

UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO /FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS/  
ESCUELA DE ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

# **ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y ACTITUDES HACIA LA VEJEZ DE ADULTOS LABORALMENTE ACTIVOS, CHILLÁN 2016**

## **AUTORES:**

BURDILES AGUIRRE, SARA

GUTIÉRREZ PINILLA, JHANNSON

RIQUELME ACUÑA, MANUEL

ROMÁN FIGUEROA, DANIELA

## **PROFESOR GUÍA TESIS:**

EU. MG. JUANA CORTÉS RECABAL.

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA  
2016**



## AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer en primer lugar a nuestras familias, quienes sin su apoyo no hubiéramos llegado a esta instancia de la vida, que nos apoyaron de una u otra forma durante el proceso de tesis.

A nuestros compañeros de curso y amigos, agradecer la paciencia y alegría que nos brindaron, y porque buscaron la forma de distraernos y reducir nuestro estrés, ya sea con risas, películas o fútbol en algunos casos. Y también en éste punto queremos agradecer a las parejas de las chicas, por la paciencia y la preocupación de velar porque esta etapa fuera lo menos estresante para ellas y pudieran llevar a cabo el anhelo de terminar otra etapa para su futura profesión.

Un agradecimiento especial también a don Miguel Ángel López, por su ayuda en todo el proceso de estadística de la tesis, por su apoyo y palabras de aliento en nuestros momentos más complicados y también al profesor José Leiva Caro gracias a ambos por su amable disposición para ayudarnos.

Y por último, agradecer a todos aquellos jefes y trabajadores que aceptaron y colaboraron en nuestra tesis, porque sin estar obligados, contestaron nuestros cuestionarios de buena gana y además nos dieron sus mejores deseos para completar éste proceso, sin su ayuda, esto no hubiera sido posible.

Gracias a todas aquellas personas que en algún momento nos ayudaron de una u otra forma a avanzar en la vida y en nuestro proceso universitario para lograr llegar a éste punto, en el cual estamos por terminar nuestra vida universitaria y pasaremos a ser profesionales.

Muchas gracias.

## DEDICATORIAS

*A mi padre Jorge, porque me ha enseñado muchas cosas a través de mi vida, entre ellas la de ayudar a las personas y a querer superarme, cosas que me llevaron a elegir ésta carrera, además de brindarme su apoyo en todo momento y cariño. A mi madre, Marianela, porque me enseña a tener empatía, paciencia y a demostrar cariño y afecto a quienes quiero y quienes lo necesitan, y por regalarme en aquellos momentos en que más lo necesitaba y añoraba. A mi hermano Jorge, porque me enseña que a veces es necesario dedicarle más tiempo a las cosas que me hacen crecer como persona y profesional. A mi amado pololo, Leonardo, porque siempre me apoyó, me regaló y soportó mis quejas, porque siempre me dio una palabra de aliento, me enseñó a ser más perseverante y me entregó su amor incondicional. A mis amigos y compañeros, porque hicieron que esta etapa de mi vida estuviera llena de alegrías y momentos para recordar.*

**Sara Burdiles Aguirre**

*A mi familia que a pesar de mi complicado genio en aquellos momentos en que peor me sentí, siempre estuvieron apoyándome, acompañándome y brindándome su alegría, a mis amigos los que a pesar de vernos pocas veces, jamás nos separamos y siempre fueron una instancia de diversión en los momentos en que la cotidianidad agobiaba y a mis profesores y compañeros con los que he compartido, los que de alguna u otra forma han proveído su legado y enseñanza incluso sin saberlo y han participado en desarrollar la persona que soy actualmente.*

**Manuel Riquelme Acuña**

*Para el ser humano que más ha sufrido por todo esto, pero aun así me ama... Y yo a ti, hijo,  
de aquí al cielo.*

**Daniela Román Figueroa**

*Dedico este presente trabajo a todas aquellas almas pasivas y activas que fueron agentes de cambio para mí. Dedico este tiempo utilizado a los actores de mi vida, a esas personas que me otorgaron una palabra de aliento, una crítica, un consejo y un desafío; pero que por mis fallas no he dedicado el tiempo que merecen. Dedico este trabajo al Jhannson niño, a ese ser humano que tenía muchos sueños, mucho por querer hacer y que día a día ve como sus metas se van cumpliendo. Y por último, dedico mi esfuerzo y entrega a aquellos héroes que incansablemente lucharon por la alegría de aquellos que comúnmente no ríen : ¡¡Grande Bicampeones de América!!*

**Jhannson Gutiérrez Pinilla**

## RESUMEN

**Introducción:** A través de los años, en Chile se ha evidenciado un cambio demográfico de la población observándose en la actualidad un aumento considerable de la población sobre 60 años, cambio que si bien implica un logro sanitario, fundamenta una mejora de la calidad de vida y una transformación en la forma de percibir la vejez de la población, sobre todo en los adultos. **Objetivo:** Determinar asociación entre la calidad de vida y las actitudes hacia la vejez de los adultos laboralmente activos. **Método:** Se realizó muestreo aleatorio de locales comerciales dentro las cuatro avenidas principales de la ciudad de Chillán logrando una muestra final de 79 trabajadores laboralmente activos, donde se aplicó: Un Cuestionario de Actitudes hacia la Vejez para población general (AAQ-12) y un Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF), además de una encuesta de caracterización sociodemográfica. **Resultados:** En población global se encontró asociación positiva significativa entre calidad de vida y actitudes hacia la vejez ( $r=0,372$ ,  $p=0,001$ ), diferenciándose esta asociación según las variables sociodemográficas, de salud y de relación interpersonal con adulto mayor que se analizaron. **Conclusiones:** La calidad de vida y las actitudes hacia la vejez tuvieron una alta correlación, lo que significa que el actuar sobre la primera variable de forma positiva, supondrá como consecuencia que se mejore la percepción y autopercepción sobre el proceso de envejecimiento y de la imagen que se tiene del adulto mayor, sobre todo en aquellos grupos en los que se encontró asociación positiva y significativa entre ambas escalas.

**PALABRAS CLAVE:** Calidad de vida, Actitudes hacia la vejez, Adultos laboralmente activos

## ABSTRACT

**Introduction:** Through the years, it had proved a demographic change of population in Chile, which is perceived in the present a considerable increase of the population over 60 years. Besides this change implies a health achievement, it is based an improvement of quality of life and a transformation in the way of perceiving the old age of the population.

**Objective:** Determine association between quality of life and attitudes toward ageing of the working adults. **Method:** It was done a random sampling of commercial premises in four main avenues of the city of Chillán which achieved a final sample of 79 workers occupationally active. It was applied: An Attitudes towards ageing questionnaire for general population (AAQ-12) and a Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF), besides a socio-demographic survey. **Results:** It was found a significant positive association in global population between quality of life and attitudes toward ageing ( $r=0,372$ ,  $p=0,001$ ). Each association is differentiated according to socio-demographic, health and interpersonal relationships variables with elderly that were analyzed. **Conclusions:** Quality of life and attitudes toward ageing had a highly correlation. This means that acting on the first variable positively will have as a consequence the improvement of perception and self-perception about the aging process and the image we have of elderly, especially in those groups in which positive and significant association was found between the two scales.

**KEYWORDS:** Quality of life, attitudes toward ageing, working adults.

## ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
	1.1 Fundamentación del problema.....	3
	1.2 Problema de investigación.....	6
	1.3 Problematización .....	6
	1.4 Marco teórico.....	8
	1.4.1 Conceptualización.....	8
	1.4.2 Teoría de Enfermería que sustenta la investigación .....	11
	1.5 Marco empírico.....	16
	1.6 Propósito de la investigación.....	20
	1.7 Objetivos .....	20
	1.7.1 General.....	20
	1.7.2 Específicos.....	20
	1.8 Hipótesis .....	21
II.	MÉTODO .....	22
	2.1 Tipo de diseño.....	22
	2.2 Población de estudio.....	22
	2.3 Muestra.....	22
	2.4 Unidad de análisis .....	23
	2.4.1 Criterios de elegibilidad .....	23
	2.5 Listado de variables .....	24
	2.5.1 Dependiente .....	24
	2.5.2 Independiente:.....	24

2.5.3 Covariables:.....	24
2.6 Instrumentos.....	25
2.6.1 Encuesta de Caracterización Sociodemográfica (Anexo 4) .....	25
2.6.2 Cuestionario de calidad de vida (Anexo 5) .....	25
2.6.3 Cuestionario de actitudes hacia la vejez (Anexo 6) .....	26
2.7 Procedimiento de recolección de datos .....	28
2.8 Aspectos éticos .....	29
2.9 Procesamiento de datos .....	30
III. RESULTADOS .....	31
IV. DISCUSIÓN .....	41
4.1 Discusión .....	41
4.2 Limitaciones del estudio .....	52
4.3 Sugerencias del estudio .....	52
4.4 Conclusiones .....	53
V. BIBLIOGRAFÍA.....	54
VI. ANEXOS .....	65
1. Conceptos de variable.....	65
2. Mapa del centro de Chillán.....	69
3. Consentimiento informado.....	70
4. Encuesta Sociodemográfica .....	72
5. Cuestionario WHOQOL-BREF.....	74
6. Conversion de Puntuaciones del Cuestionario WHOQOL-BREF .....	79
7. Cuestionario de Actitudes a la Vejez (AAQ).....	80

8. Carta Gantt.....82

## I. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha observado que existe un descenso de la natalidad y un aumento de la expectativa de vida llegando a considerar que entre los años 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22% (1). Por su parte, en Chile se ha presentado una transición demográfica importante en donde la tasa de fecundidad ha disminuido, pasando de 5,5 hijos por mujer en los años 1955-1960 a 1,89 en los años 2010-2015 (2), la mortalidad se ha reducido a la mitad en los últimos 25 años, llegando a constituir la población sobre 60 años el 13% del total de la población para el año 2011 (3), con una esperanza de vida de alrededor de 80 años (4). A nivel regional la situación no es muy distinta, según el último informe de las estadísticas vitales año 2013 en la región del Biobío, solo nacen en promedio 1,64 hijos por mujer en edad fértil, inferior incluso a la media nacional de dicho año (1,79 hijos por mujer en edad fértil) (5), por otra parte, con respecto a la distribución de la población entre los 45 y 64 años, considerado como los más próximos a envejecer, en el caso de la comuna de Chillán y según las proyecciones del censo del año 2002, el porcentaje de éste grupo es mayor al existente a nivel regional y nacional (24,04%; 23,45%; 23,08% a nivel comunal, regional y nacional respectivamente en población entre 45 a 64 años) (6). Estos cambios fundamentan una transformación en la forma de percibir el envejecimiento de la población, y más aún en las actitudes que tienen hacia la propia vejez y la de los demás. En otro aspecto, el aumento de la expectativa de vida se considera tanto un éxito de las políticas públicas de salud y desarrollo económico como un reto para la sociedad (7), la cual requiere mejorar la calidad de vida (CV) que se prolonga y adaptarse al rango etario del Adulto Mayor (AM) que cada vez se hace notar más.

Respecto al concepto CV, ésta ha sido definida por la OMS como la percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativa, estándares y preocupaciones y aunque ésta

definición no ha logrado un consenso, este concepto otorga importancia a la influencia de factores en la percepción individual, como las metas, expectativas, estándares e intereses relacionados con la evaluación que se haga en el área y a los factores que en ella inciden, siendo por esto, más que los valores, el factor principal modulador de la evaluación de la CV, el proceso cognitivo de la evaluación (8).

Se puede agregar además que los AM son ampliamente caracterizados por tener mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles que suelen ser de larga evolución como la hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia entre otras; enfermedades neurodegenerativas, siendo el Alzheimer y la demencia asociados a edades mayores y esto sumado al deterioro físico progresivo con la tendencia a la pérdida de funcionalidad y el deterioro cognitivo al presentar alteraciones de la memoria afectando su relación con el medio, generan dependencia en el AM que llevan a una visión negativa acerca de la vejez y podrían afectar su proceso cognitivo de evaluación sobre la CV (9).

Según esto Dulcey y Ardila plantean que (1976) “los esfuerzos de la medicina para prolongar la vida no tendrían sentido por si solos sí no nos esforzamos para mejorar las actitudes hacia esa vida que se prolonga” (10). La información descrita nos permite replantear el enfoque que se da a esta etapa, considerando lo esencial que es mejorar la CV para mejorar en respuesta las actitudes hacia la vejez que presenta el adulto. En concordancia con lo desarrollado anteriormente, el objetivo de este estudio será establecer asociación entre la calidad de vida de los adultos laboralmente activos y las actitudes hacia la vejez.

## 1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

A nivel mundial existen aproximadamente 7.260 millones de personas, de las cuales un 65% se encuentran entre las edades de 15 y 64 años (11) y un 8,1% se encuentra sobre los 65 años (12), cifra que se ha ido incrementando con el pasar de los años (13). En relación a la población activa total, ésta corresponde a las personas de 15 años o más que satisfacen la definición de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) de población económicamente activa, que son todas las personas que aportan trabajo para la producción de bienes y servicios durante un período específico (14). En datos aportados directamente por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) obtenidos a través de la Encuesta Nacional de Empleo, se observa que la población activa en la comuna de Chillán es de 143.870 personas entre diciembre del 2009 y enero del 2010, una cifra no menor, considerando que la población proyectada al 2012 para ésta misma comuna es de 178.478 habitantes (6), o sea, un 80,6% de los habitantes de ésta comuna pertenecen a la denominada población activa. Siendo evidente que una gran parte de la población llegará a ser AM, no es de extrañar que quienes van en esa dirección tengan cierta actitud hacia la vejez.

La actitud como concepto se puede definir según la psicología como “Un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones” (15). Lo expuesto llevado al plano del estudio que se desea desarrollar, el hecho de ser un “estado de disposición mental y nerviosa” (15), puede presentar inclinaciones o direcciones distintas y contrarias, expresando actitudes positivas o negativas frente a un tema en específico. Asimismo, la experiencia organiza la disposición mental, lo que implica que se requiere un grado de conocimiento otorgado por los años y la forma en que se ha vivido ese periodo de tiempo. La actitud se puede modificar de forma específica, definiendo el sentido que posee en el individuo y su experiencia, siendo en el sistema sanitario, por ejemplo, necesario formar una actitud positiva en el individuo para su propio beneficio.

Para poder lograr estas modificaciones con sentido específico, ya sea positivo o negativo, es necesario un conocimiento y/o experiencia relacionada con su actitud, donde cada acción realizada por el individuo, como del entorno que le rodea (16). De acuerdo a un estudio publicado el año 2008, se afirma que los factores de las actitudes que son positivos hacia la vejez y el envejecimiento se relacionan con el bienestar físico y psicológico; y a su vez, los factores de las actitudes de tipo negativo conllevan un estado de malestar general, situación que refleja la relevancia de las actitudes positivas en el estado de bienestar de las personas mayores, con consecuencias directas en su CV (17). Otro estudio sugiere que las actitudes se asocian al proceso de adaptación de la persona, lo cual implicaría dependiendo de la eficacia de la adaptación desarrollada, una mayor o menor CV (18). La cual se ve afectada por diversas variables, siendo las más influyentes el sexo, la edad, estado civil, nivel educacional, el ingreso per cápita, el padecer una patología crónica y el tipo de relación con un AM, entre otras. En cuanto al sexo, se tiene mayor fragilidad al ser mujer (19) (20); de la edad, se tiene que a mayor edad las actitudes hacia la vejez son más desfavorables, consensuando con autores anteriores que los jóvenes tienen mejor opinión de los ancianos que la que ellos tienen de sí mismos (21). Con el estado civil, encontrando una relación en las personas que no viven con una pareja y medidas más altas de ansiedad ante el envejecimiento (22). Siendo un AM, se dificulta, por ejemplo, el modificar su nivel educacional debido al deterioro cognitivo propio de la edad y las trabas sociales para la educación adulta (23); siendo un factor que influye en la CV que éste posea de forma proporcional (24). Otra variable que influye en la CV es el ingreso per cápita, donde los sujetos que se caracterizan por tener un bajo nivel educacional y por desempeñar una ocupación de bajo prestigio social, según resultados de la evaluación, se observaron actitudes más desfavorables hacia la vejez (21), sin embargo, mejorar el ingreso económico no depende del AM, sino que del aporte estatal, pues la mayoría se encuentran jubilados, ya que no presentan la fuerza laboral necesaria para realizar un trabajo por jornada activa. También la convivencia con un AM influye en una determinada actitud hacia el envejecimiento y por ende afecta la CV (25). La presencia de patología crónica en el adulto,

es un factor que influye directamente en las actitudes que se tiene sobre los AM, siendo generalmente negativas. El presentar enfermedades crónicas afectan los dominios físicos o mentales (dependiendo del tipo de enfermedad), la que se relaciona con las actitudes negativas que se tiene de la vejez (26). Las patologías crónicas permanecen en quien las padecen por un largo periodo de tiempo, mermando la CV y la percepción propia sobre su futuro. El hecho de no ser curable, indica la necesidad de actuar en la relación de la patología crónica sobre su percepción personal, lo que se traduce en las actitudes positivas o negativas que se pueda tener sobre una vida como AM. Es por ello que los cambios en la CV mientras se es aún un adulto son más factibles y fáciles de modificar, y producirían un efecto mayor que cuando se es ya un AM.

Por otro lado, los estudios encontrados (17) (27) (28) solo muestran un análisis entre las actitudes hacia el envejecimiento en el AM o los estereotipos de la vejez en menores de edad y los AM. Indicando un déficit de estudios que intenten establecer la relación entre la CV de adultos y sus actitudes hacia la vejez, que al desarrollar en el individuo una actitud crítica positiva frente a su propio envejecimiento, se podrán implementar cambios de forma efectiva según su actual CV para la prevención de los problemas de la vejez previo a su aparición.

Por último, en una revisión de estudios de investigación que se realizó el 2014 respecto a la aplicación del instrumento WHOQOL-BREF y que fueron publicados entre el 2002 y el 2012 se plasma que a pesar de ser un instrumento genérico solo el 4,9% de los estudios se centra sobre población de empleados, destacando el vacío de conocimiento respecto a la CV sobre este grupo poblacional (29) (30) (31).

Respecto a la labor del profesional de enfermería frente a las actitudes hacia la vejez que desarrolla la población este participa activamente durante todo el ciclo vital, conociendo los aspectos propios de los diferentes rangos etarios, y en algunos casos, manteniendo una relación de continuidad con las personas, siendo posible realizar una valoración exhaustiva

en la persona antes de su vejez, y así trabajar con factores que desarrollen una actitud negativa frente a ello.

Por lo cual es importante lograr modular los factores que permiten desarrollar actitudes hacia la vejez es la esencia para desarrollar una visión más realista hacia los AM y la cercanía del profesional de enfermería el que hace posible introducir estos cambios desde un punto de apoyo transversal: la familia, la que se inserta en una comunidad; la cual influye positiva o negativamente en la concepción de actitudes específicas del individuo hacia la vejez que vivirá. Del mismo modo, al ser reevaluadas las necesidades de la persona en desarrollo, la implementación de políticas públicas, acorde a los cambios descritos será indispensable si se quiere garantizar su bienestar de forma integral.

### **1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

¿Existe asociación entre la calidad de vida y las actitudes hacia la vejez de los adultos laboralmente activos?

### **1.3 PROBLEMATIZACIÓN**

1.- ¿Cuáles son las variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel educacional, estado civil e ingreso percapita), de relación interpersonal con AM y de salud que caracterizan a la población adulta laboralmente activa?

2.- ¿Cuál es el nivel de calidad de vida y el nivel de actitudes hacia la vejez en la población adulta laboralmente activa?

3.- ¿Es el tipo de percepción de las actitudes hacia la vejez distinta según rango etario de la población adulta laboralmente activa?

4.- ¿Es la asociación, entre calidad de vida actual y las actitudes hacia la vejez, distinta según las características sociodemográficas (Edad, sexo, estado civil, nivel educacional e ingreso per cápita) de la población adulta laboralmente activa?

5.- ¿Existen variaciones en la asociación entre la calidad de vida actual y las actitudes hacia la vejez con la existencia de alguna patología crónica en la población adulta laboralmente activa?

6.- ¿Es diferente la asociación entre calidad de vida actual y las actitudes hacia la vejez según relación interpersonal de la población adulta laboralmente activa con AM?

## **1.4 MARCO TEÓRICO**

### **1.4.1 CONCEPTUALIZACIÓN**

#### *1.4.1.1 ACTITUD HACIA LA VEJEZ*

En el contexto psicosocial para lograr comprender la actitud hacia la vejez, se debe abordar la actitud como concepto único, para ello muchos autores intentan definir “actitud”, siendo Gordon W. Allport en 1935 quien logra unificar el concepto como “Un estado mental y nervioso de la preparación, organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con las que está relacionada.” (32). Las actitudes siempre generarán una respuesta del individuo frente a un objeto, siendo esta respuesta según Allport: un movimiento expresivo y si bien no se puede afirmar que todos los movimientos expresivos tengan origen en conflictos, sí ocurre en algunos y estos movimientos expresivos tienen consistencia, la cual está ligada a la acción adaptativa del ser humano. (33)

Más tarde, en el año 1967 Edwin Hollander propone que la actitud es en esencia “una organización de creencias que predispone al individuo a preferir una respuesta”. Asimismo explica el proceso de adaptación como “un proceso de ajuste de ciertas tendencias o deseos individuales [...] a los requisitos sociales” dentro de los que destaca, entre otros, las actitudes (34). Por otra parte, en el mismo año, Kimball Young define actitud como “la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas” (35). Young plantea la controversia acerca de la forma más eficaz de mejorar la adaptación, siendo una opción el utilizar la reorientación interna para modificar las actitudes frente a las experiencias, “cambiar el punto de vista del individuo” y a partir de un estudio que realizó con 3.200 niños de 9 a 18 años, donde se les realizaron evaluaciones de personalidad y adaptación, cotejados con diferentes criterios externos de adaptación, concluye que a pesar de que los

datos que se poseen no son suficientes, existe algún fundamento de que la orientación interna respecto de la experiencia tiene alguna relación con la adaptación, que el nivel de la adaptación a su vez modifica por su parte la orientación interna y que éstas actitudes pueden ser educadas (36).

Estas definiciones se encuentran actualmente ampliamente válidas, y como consenso inciden en que las actitudes pueden inducir una respuesta adaptativa en la persona, un cambio, que dependiendo del enfoque otorgado, pueden fomentar el bienestar de la persona.

#### *1.4.1.2 CALIDAD DE VIDA*

La calidad de vida ha sido un tema importante desde la antigua Grecia, siendo aceptado por autores que Aristóteles es quien se refiere a la calidad de vida, al concebir la 'buena vida' como lo mismo que 'ser feliz' (37) (38). Sin embargo, el concepto de Calidad de Vida (CV), se podría decir que hace su aparición tras la segunda guerra mundial como una forma de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras por parte de investigadores (39).

El concepto de CV cuenta con diversas definiciones, dentro de las cuales, existe variación en cuanto al ámbito en que se define (38):

- Hörnquist (1982): Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural (40).
- Oppong (1987): Condiciones de vida o experiencia de vida (41).
- Ferrans (1990): Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella (42).
- Martin y Stockler (1998): Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida (43).

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004): La percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativa, estándares y preocupaciones.

Actualmente la definición más aceptada es de la OMS por ser un organismo de unificación internacional, sin embargo este modelo no es el que ha alcanzado el consenso de todos los investigadores, del mismo modo en que no existen criterios únicos para definir la CV (39)

Modelo de Calidad de Vida: El modelo planteado por la OMS, a través del grupo WHOQOL propone 6 dominios en los cuales se desarrolla la CV de un individuo identificados en el instrumento WHOQOL-100, sin embargo al realizarse la versión breve los investigadores decidieron fusionar el Dominio 1 con el Dominio 3 (físico con independencia) y el Dominio 2 con el Dominio 6 (psicológico con la espiritualidad, religión y creencias personales) creando cuatro ámbitos de la CV (44):

- Dominio físico: Enfocado en el dolor, energía, sueño, morbilidad, actividades, medicación y trabajo.
- Dominio psicológico: Se refiere a los sentimientos positivos, cognición, auto-estima, imagen corporal, sentimientos negativos y espiritualidad.
- Dominio relaciones Sociales: Se avoca en las relaciones personales, apoyo social y sexualidad.
- Dominio de medio ambiente: Seguridad y protección, entorno en el hogar, finanzas, seguro de salud y social, el acceso a información, tiempo de ocio, entorno físico y transporte.

Es un concepto de amplio alcance influido de una manera compleja por la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y su relación con las características más destacadas de su entorno (45). Se debe tener en cuenta que es un concepto que ha evolucionado en el tiempo, y que su definición es al menos en parte dependiente del contexto en el que se utilice (46), sustentada en una filosofía de vida.

#### **1.4.2 TEORÍA DE ENFERMERÍA QUE SUSTENTA LA INVESTIGACIÓN**

El presente estudio se sustenta en el Modelo de Callista Roy. Su modelo se centra en el concepto de adaptación de la persona asociándolo a la enfermería, persona, salud y entorno con el concepto cardinal. La interacción se produce cuando la persona busca constantemente estímulos en el entorno, afectando su reacción y de este modo produciendo su adaptación. Si la respuesta de adaptación es eficaz, fomentará la integridad de la persona y le ayudan a conseguir el objetivo de adaptarse, incidiendo en la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el control sobre las cosas y las transformaciones que sufre la persona y el entorno (47).

Roy define cinco metaparadigmas en su teoría: Adaptación, Enfermería, Persona, Salud y Entorno. Se refiere a la primera como un proceso y resultado por los que las personas, que tienen capacidad de pensar y de sentir, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno, más allá de ser un sistema humano que simplemente lucha para responder ante los estímulos que envía el entorno para así mantener su integridad, se trata de que cada vida humana tiene una función en un universo creador y las personas no se pueden separar de su entorno (48).

Donde la enfermería, la define como la ciencia y la práctica que amplía la capacidad de adaptación y mejora la transformación del entorno, la enfermería debe realizar un análisis de la conducta y de los estímulos que influyen en la adaptación, actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno para fomentar la adaptación, y contribuir así a tener una buena salud, una buena CV y a morir con dignidad (48).

En la que las personas, son sistemas holísticos de adaptación y el centro de atención de la enfermería, están en constante interacción con el entorno e intercambian información, materia, y energía, es decir las personas afectan y se ven afectadas por el entorno (48), los sistemas humanos comprenden a las personas como individuos y como grupos, incluidas familia, organizaciones, comunidades y sociedad en general, estando compuesto por procesos internos (relacionador y regulador) y que actúa para mantener la capacidad de

adaptación en los cuatro modos de vida (el fisiológico, la autoestima, la función del rol y la interdependencia) (48).

En el caso de la salud, éste es el estado y el proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y completo. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno, se mantiene la salud mientras las personas se adaptan (48). Finalmente el entorno es la aportación a la persona de un sistema de adaptación que engloba tanto factores internos como externos, estos factores pueden ser insignificantes o relevantes, negativos o positivos, además, éstos factores que llegan del entorno e influyen sobre las personas se clasifican en estímulos focales, contextuales y residuales (48).

Con respecto a los estímulos focales, son aquellos estímulos internos o externos más inmediatos al que se enfrenta el sistema humano; mientras que los contextuales son otros estímulos que están presentes en la situación y que contribuyen al efecto que origina el estímulo focal, son los que se le presentan a la persona, tanto de modo interno como del modo externo, aunque no ocupan el centro de atención de la persona ni de la energía; y los estímulos residuales son los factores del entorno de dentro o fuera del sistema humano que provocan unos efectos no muy definidos en la situación del momento (48).

Al analizar el modelo de Callista Roy, la meta de éste es potenciar los procesos vitales a través de la adaptación en cuatro modos adaptativos (48). En el modelo, hay dos subsistemas que se relacionan entre sí, uno de procesos primarios, funcionales o de control, compuesto por el regulador y el relacionador, y un sistema secundario y de efector que está compuesto por cuatro modos de adaptación (48), los cuales son:

- El modo fisiológico y físico de adaptación están relacionado con los procesos físicos y químicos que participan en la función y en las actividades de los organismos vivos; se relacionan con las necesidades básicas de la integridad fisiológica (oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y reposo, y protección), y los procesos complejos compuestos por los sentidos, por el equilibrio de líquido, electrolitos y ácido-base, y

por las funciones neurológicas y endocrinas, contribuyen a la adaptación fisiológica (48).

- El modo de adaptación de autoconcepto del grupo es uno de los tres modos de adaptación psicosociales y se centra, en particular, en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano; la necesidad básica se identifica como la integridad física y espiritual, o como la necesidad de saber quién es uno mismo; el autoconcepto puede definirse como el conjunto de creencias y sentimientos que uno tiene de y hacia sí mismo en un momento determinado, ésta se forma por la percepción interna y por la percepción de las reacciones de los demás individuos; los componentes de éste modo de adaptación son el yo físico, que engloba las sensaciones y el aspecto del cuerpo, y el yo de la persona, que está formado por la constancia, los valores o expectativas, y la moral, la ética y la espiritualidad del ser; la identidad de grupo refleja cómo se ve y percibe la gente dentro de un grupo, basándose en reacciones ante el entorno, mientras que el modo del autoconcepto de identidad de grupo se compone de las relaciones interpersonales, la imagen que se tiene del grupo, el entorno social y al cultural (48).
- El modo de adaptación de función de rol se centra en el papel que tiene la persona en la sociedad; el rol, interpretado como la unidad funcional de la sociedad, se describe como el conjunto de expectativas que se tienen del comportamiento de una persona que ocupa una posición hacia otra persona que ocupa otra posición; la necesidad básica es la integridad social, el saber quién es uno mismo con respecto a los demás, para así saber cómo actuar. Los roles se clasifican en 3 grupos, el primario, que determina la mayoría de los comportamientos que tiene una persona en un periodo particular de su vida y que está determinado por la edad, el sexo y la fase de desarrollo; los roles secundarios que son los que asume la persona para completar la tarea relacionada con una fase del desarrollo y el papel primario; y los roles terciarios que están relacionados con los secundarios y representan las distintas maneras en que los individuos cumplen con las obligaciones que su papel

acarrea, normalmente están de forma provisional y el individuo los escoge libremente (48).

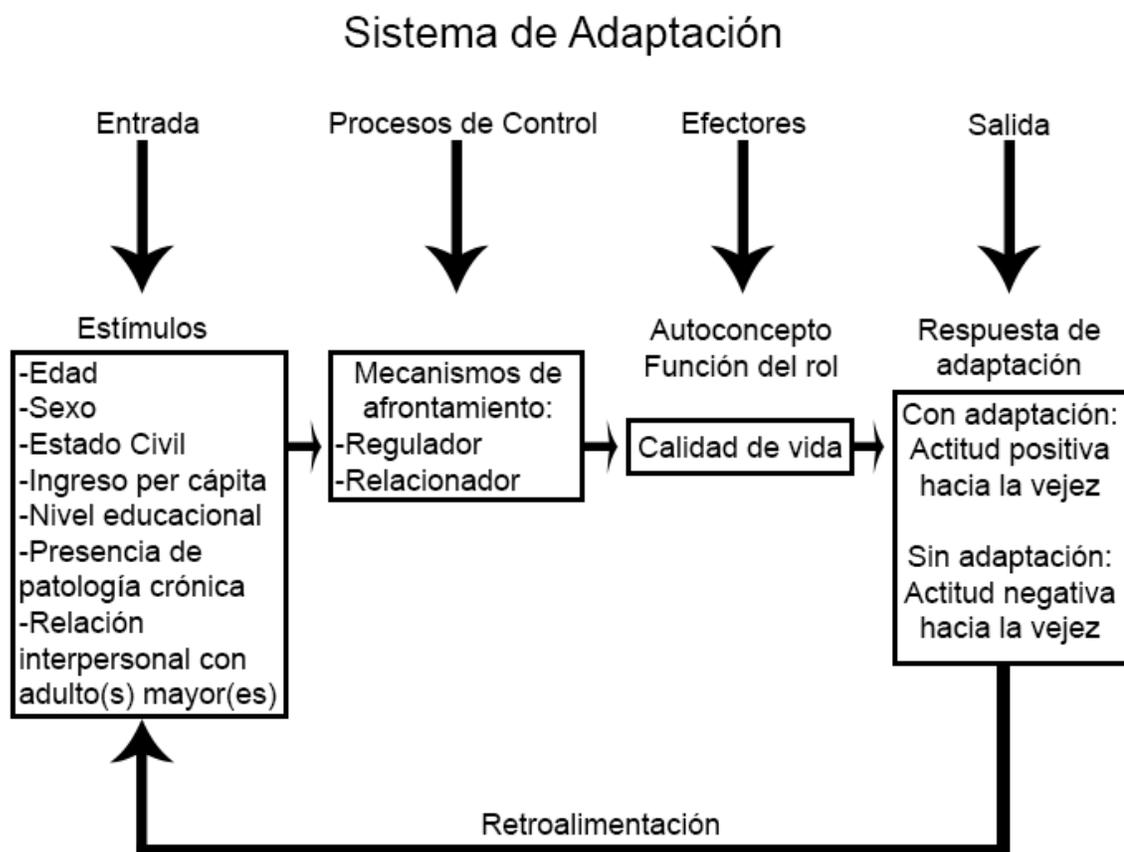
- El modo adaptación de interdependencia se centra en las relaciones cercanas de las personas (ya sea como individuos o como parte de un colectivo) y en su finalidad, estructura y desarrollo; las relaciones dependientes entre sí afectan al deseo y a la capacidad de dar a los demás y de recibir de ellos aspectos de todo lo que uno puede ofrecer (amor, respeto, valores, educación, conocimiento, habilidad, responsabilidades, bienes materiales, tiempo y talento); la necesidad básica es la integridad de las relaciones, tanto con individuos significativos como con los sistemas de apoyo (48).

Junto a lo anterior, Roy considera además, que en el subsistema primario, tanto el regulador como el relacionador, son métodos de afrontamiento; el subsistema del regulador, por medio del modo de adaptación fisiológico, reacciona automáticamente mediante procesos de afrontamiento neuronales, químicos y endocrinos; mientras que el subsistema del relacionador, gracias a los modos de adaptación de la autoestima, de la interdependencia y de la función del rol, reaccionan por medio de los canales cognitivos y emocionales, con el procesamiento de la información sensorial, el aprendizaje, el criterio y las emociones; la percepción de la persona enlaza el regulador con el relacionador, la entrada de información en el regulador se transforma en percepciones, con la que pasa a ser un proceso del relacionador (48).

Al realizar una revisión de la evolución de su trabajo desde los inicios de la década de los ochenta, Roy ha ampliado el modelo para aplicarlo a familias y parientes en las relaciones. En su opinión, el profesional de enfermería “prevé lo posible y crea y transforma el futuro” (48) para así ayudar a la adaptación de la persona frente a su entorno y por tanto aportar a su salud y CV tanto presente como futuro.

Para el presente estudio, la forma en la que se utilizó el modelo de adaptación es el siguiente: Dentro del sistema de adaptación, en la entrada se encuentran aquellos factores

sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, nivel educacional, ingreso per cápita), la presencia de patología crónica y la relación interpersonal con un AM, los cuales fueron los estímulos que produjeron un efecto en el nivel de adaptación de la persona; éstos afectaron los procesos de control primario de la persona, y por tanto, los mecanismos de afrontamiento, los cuales fueron el regulador (físico y fisiológico) y el relacionador, por los modos de adaptación de la autoestima, interdependencia y función del rol, que dependieron de la CV que tiene la persona; todo lo anterior afectó la respuesta de adaptación, si la persona logró la adaptación, tiene una actitud positiva hacia la vejez, y en caso de que no logró la adaptación, la persona tiene una actitud negativa hacia la vejez.



Esquema 1: Modelo de Adaptación de Callista Roy aplicado a “Asociación entre calidad de vida y actitudes hacia la vejez de adultos laboralmente activos, Chillán 2016”.

## 1.5 MARCO EMPÍRICO

En cuanto a las investigaciones relacionadas con el presente estudio cabe destacar que existe una laguna en materia de evaluación de actitudes hacia el AM en población adulta, sobre todo considerando que ellos mismos formarán eventualmente parte de dicho grupo.

A mediados del año 2007 en Chile, se llevó a cabo un estudio por Lenka Andrades y Sandra Valenzuela que fue titulado como “Factores asociados a calidad de vida de enfermeras hospitalarias chilenas”, cuyo objetivo fue conocer la CV y los factores asociados de una muestra de 100 enfermeras de un hospital de la octava región; en este estudio se desglosaron los dominios del cuestionario de CV indicando que el más bajo puntaje medio se dio en el dominio Físico (54,46 DE=12,04) y el más alto puntaje medio en el de Relaciones Sociales (77,38 DE=17,62), además, se indicó que las variables que afectaron la CV fueron la edad ( $p=0,005$ ), la situación de pareja ( $p<0,001$ ) y si realizaban turno de noche ( $p=0,001$ ) (49).

Durante el mismo año (2007), en el mes de diciembre se presentó un estudio realizado en la ciudad de Santiago, Chile por Arnold-Cathalifaud et al. que fue titulado “La vejez desde la mirada de los jóvenes chilenos: Estudio exploratorio”, en el cual se aplicó a 682 estudiantes universitarios una prueba de diferencial semántico para ampliar el conocimiento sobre las imágenes que los jóvenes universitarios chilenos tienen de la vejez, como resultado se mostró un predominio de las imágenes negativas sobre la vejez y que podrían afectar la perspectiva de bienestar actuales y futuros de los AM (27).

Por su parte en México en el año 2010 se realiza la tesis “Actitud hacia el propio envejecimiento, funcionalidad y discapacidad”, por Perla Hernández Cortés, cuyo propósito fue conocer qué factores influyen en la actitud hacia el propio envejecimiento, para la investigación se reclutó a 103 adultos mayores localizados en 35 manzanas de Monterrey entre los resultados se obtuvo que la actitud hacia el envejecimiento es menos positiva en personas con mayor edad, con mayor número de enfermedades y medicamentos ( $p<0,05$ );

se concluyó que los factores que determinan la actitud son edad, género y número de enfermedades. (50).

En Brasil, en el año 2010 Assalvi et al realizaron un estudio titulado “Evaluación de la calidad de vida y de la depresión de técnicos y auxiliares de enfermería”, cuyo propósito fue evaluar la CV y depresión, y relacionarlos a las características sociodemográficas de técnicos y auxiliares de enfermería de un hospital privado. La muestra estuvo compuesta por 226 participantes, quienes trabajaban en el sector salud. Entre los principales resultados se encuentra que la presencia de problemas de salud disminuye el puntaje medio de CV en el dominio Físico (54,7 y DE=11,7) y Medio Ambiente (53,8 y DE=13,6) (51).

También en el año 2010, en Chile se realizó por Flores et al. un estudio titulado “Análisis de la calidad de vida laboral en trabajadores con discapacidad”, donde la muestra estuvo compuesta por 428 trabajadores de centros especiales de empleo e iniciativas de empleo con apoyo. El objetivo consistió en dar a conocer un campo de estudio novedoso en la investigación sobre discapacidad intelectual: la calidad de vida. Los resultados ponen de manifiesto que los trabajadores con discapacidad intelectual también perciben riesgos psicosociales laborales (estrés, burnout) y que los recursos (apoyo social) ayudan a mejorar su bienestar en el trabajo, y por ende, su CV (52).

En México, en el año 2012, una investigación realizada por Sánchez et al, llamada “Incertidumbre y calidad de vida en mujeres y hombres afectados por cáncer”, tuvo por propósito conocer la asociación entre la incertidumbre en la CV en hombres y mujeres de cáncer de mama y próstata. Participaron del estudio 100 personas, y los principales resultados evidencian una “buena” CV (58.25 y DE = 19,5) y la influencia positiva del sexo femenino sobre la CV (53).

A mediados del 2012, en Turquía, Mehmet Top et al. realizaron un estudio descriptivo y cuantitativo titulado “Quality of Life (QOL) and Attitudes Toward Aging in Older Adults in Sanliurfa, Turkey”; en aquel estudio se le aplicaron a 550 AM de la provincia de Sanliurfa los cuestionarios de WHOQOL-OLD y AAQ, encontrando una correlación significativa entre la

CV y las actitudes hacia la vejez de esa muestra ( $r=0,431$ ,  $p<0,01$ ), además de encontrar que factores como la escolaridad ( $p<0.05$ ), la seguridad ( $p<0.05$ ), la edad ( $p < 0.05$ ) y el estado civil ( $p<0.05$ ) afectan algunas dimensiones de la CV y algunas subescalas de actitudes hacia la vejez (54).

Otro estudio realizado en República Checa el año 2013 desarrollado por Hana Janečková et al., cuyo título es "The attitudes of older adults living in institutions and their caregivers to ageing"; la cual consistió de 364 encuestados adultos mayores de 19 hogares residenciales de dicho país, que respondieron al cuestionario de actitudes a la vejez (AAQ), de 24 ítems, de ellos una muestra reducida de 220 personas fue utilizada para comparar sus actitudes a la vejez (AAQ) que ellos junto a una muestra de 276 profesionales que trabajan en 12 Hogares residenciales de AM refirieron, para ello se usó una forma aplicable a población general del cuestionario de actitudes a la vejez (AAQ) consistente en 12 ítems extraíble de la versión original del cuestionario de 38 ítems. En la evaluación de distintas variables se encontró que la puntuación total AAQ demostró una significativa influencia por el género, la presencia de hijos, autopercepción de la salud, depresión y CV. En el análisis de comparación de los dos grupos (adultos mayores institucionalizados y profesionales de los hogares residenciales) se encontró que las actitudes de los cuidadores profesionales al envejecimiento fueron más positivas en comparación con las actitudes de las personas mayores que viven en instituciones. Los adultos mayores mostraron una mayor concordancia con las declaraciones negativas sobre el envejecimiento. En el caso de los hombres, su actitud era más positiva que las mujeres ( $p=0.030$ ); en las personas con hijos, la actitud era más positiva que en aquellos sin hijos ( $p=0.004$ ); la CV influía en la actitud a la vejez, a mejor CV, más positiva era su actitud y a menor CV, una actitud más negativa ( $p<0.001$ ) (55).

En agosto del año 2013 se publica la investigación "Attitudes to aging mediate the relationship between older peoples' subjective health and quality of life in 20 countries" realizada por Low G., Molzahn A. E. y Schopflocher D., centrada en reconocer la relación

existente entre CV a través de los cuestionario WHOQOL-OLD Y WHOQOL-BREF y las actitudes hacia la vejez a través del cuestionario AAQ entre sus distintas dimensiones encontrándose mediaciones parciales manifestada de manera semejante en todas las muestras de los 20 países (56).

Durante el año 2015 la oficina de gobierno para la ciencia de Reino Unido publica dos investigaciones, enfocadas a las actitudes desarrolladas entorno a la vejez. En enero del 2015 publica la investigación titulada “The barriers to and enablers of positive attitudes to ageing and older people, at the societal and individual level”, como una forma de análisis de los estudios existentes hasta la fecha respecto a las actitudes que se tienen hacia la vejez así como los factores individuales y sociales que contribuyen a una actitud más positiva o negativa a la edad y su aplicación a la reducción de las experiencias de discriminación por edad (57) y en marzo de ese mismo año publica la investigación titulada “What are the attitudes of different age groups towards contributing and benefitting from the wider society and how are these experienced by individuals in those age groups? Looking forward to 2025 and 2040, how might these evolve?”, como un análisis de las actitudes hacia la vejez que presenta y podría presentar la población (58), ambos estudios como un proyecto de previsión del futuro envejecimiento de la población.

## **1.6 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN**

Determinar asociación entre la calidad de vida y las actitudes hacia la vejez de los adultos laboralmente activos.

## **1.7 OBJETIVOS**

### **1.7.1 GENERAL**

Identificar la asociación existente entre la calidad de vida y las actitudes hacia la vejez de los adultos laboralmente activos.

### **1.7.2 ESPECÍFICOS**

- 1.- Identificar las variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel educacional, estado civil e ingreso per-cápita), de relación interpersonal con AM y de salud que caracterizan a la población adulta laboralmente activa.
- 2.- Identificar el nivel de calidad de vida y nivel de actitudes hacia a la vejez en la población adulta laboralmente activa.
- 3.- Reconocer la percepción de las actitudes presentes en el AAQ-12 según rango de edad en la población adulta laboralmente activa.
- 4.- Determinar la asociación entre calidad de vida y las actitudes hacia la vejez según las características sociodemográficas (Edad, sexo, nivel educacional, estado civil e ingreso per-cápita) de la población adulta laboralmente activa.
- 5.- Establecer la asociación entre calidad de vida y las actitudes hacia la vejez con la presencia de patología crónica en los adultos laboralmente activos.
- 6.- Comparar la asociación entre calidad de vida y las actitudes hacia la vejez de la población adulta laboralmente activa según relación interpersonal con AM.

## **1.8 HIPÓTESIS**

La calidad de vida de los adultos laboralmente activos se asocia con sus actitudes hacia la vejez, basado en el Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy aplicado a ésta investigación.

## II. MÉTODO

### 2.1 TIPO DE DISEÑO

Estudio correlacional y transversal.

### 2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio está constituida por 143.870 personas adultos entre 25 y 59 años laboralmente activas, dentro de la ciudad de Chillán.

### 2.3 MUESTRA

Se calculó una muestra mínima de 73 personas, con un nivel de confianza del 95%, un poder de 90% y una correlación estimada en 0,40 entre la calidad de vida y actitudes hacia la vejez, según datos obtenidos por los trabajos de Top y Dikmetas (59) y por Low, Molzahn, Schopflocher (56). Los cálculos para obtener la muestra se inician con la expresión  $n \geq$

$$\left( \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})}{\frac{1}{2} \ln \frac{(1+r)}{1-r}} \right)^2 + 3 ; \text{ sustituyendo se tiene que } z_{1-\alpha/2} = 1,96; z_{1-\beta} = 1,282 \text{ y } r = 0,4,$$

$$\text{reemplazando, se tiene que } n \geq \left( \frac{1,96 + 1,282}{\frac{1}{2} \ln \frac{(1+0,4)}{1-0,4}} \right)^2 + 3 = 62$$

Luego, al aplicar la corrección por pérdidas  $n = \frac{n'}{1-l}$ ; donde  $n'$  = muestra sin ajuste y  $l$  = porcentaje de pérdida. Dado que en este trabajo se consideró un 15% de potenciales pérdidas, se tiene que  $n = \frac{62}{1-0,15} = 73$ .

El método fue un diseño probabilístico por conglomerados bietápico para la selección de la muestra. La primera etapa incluyó ubicar el lugar geográfico dentro de las cuatro avenidas principales de la ciudad de Chillán que se utilizaron como marco para seleccionar la muestra. El límite que corresponde al espacio geográfico establecido por los investigadores fue definido en Avenidas Collín (sur), Brasil (oeste), Ecuador (norte) y Argentina (este).

Luego, se enumeraron en sentido de lectura occidental (de izquierda a derecha, desde el límite norte hacia el sur) las 143 manzanas presentes en las cuatro avenidas, de las cuales se descartaron 4 por corresponder a las plazas, quedando disponibles 139 manzanas para la aleatorización (Anexo 2). Posteriormente, con ayuda de un listado de números aleatorios generado por el programa Excel 2007<sup>®</sup>, se seleccionó al azar las manzanas previamente numeradas. Las manzanas que no presentaron fábricas o empresas del comercio establecido y que fueron seleccionadas por el método de aleatoriedad se descartaron del estudio y los locales pequeños de abarrotes atendidos por los propios dueños se descartaron del estudio por escases de personal.

Una vez con las manzanas seleccionadas, se recorrieron las cuadras en sentido de las agujas del reloj, iniciando por la esquina noroeste hasta completar las cuatro cuadras que abarcan cada manzana con el objetivo de acceder a las fábricas y empresas cuyo último número en su dirección sea par, además se incluyeron los locales comerciales que se encontraban en las esquinas de cada manzana. Una vez autorizada la investigación por el encargado o jefatura del local seleccionado, todos los sujetos fueron medidos para este estudio.

## **2.4 UNIDAD DE ANÁLISIS**

Adultos de 25 a 59 años laboralmente activos que desempeñan actividades dentro de las cuatro avenidas de la ciudad de Chillán por un periodo superior a 6 meses.

### **2.4.1 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD**

#### *2.4.1.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN*

Para objeto del estudio, se incluyó a aquellas personas adultas entre 25 y 59 años laboralmente activos dentro de las cuatro avenidas de la ciudad de Chillán, con un trabajo estable por un periodo mayor o igual a 6 meses. Además de lo mencionado el participante debió tener autorización de la jefatura del trabajo que desempeña, y su propia aprobación a través de la firma del consentimiento informado.

#### **2.4.1.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Se excluyeron del estudio personas que estudiaban y trabajaban en la misma época, al igual que los extranjeros residentes en Chile por menos de 2 años. No participaron del estudio las personas en que su lugar de trabajo se encontraba fuera de las cuatro avenidas de la ciudad de Chillán. Así mismo, no participaron quienes poseían un diagnóstico confirmado de deterioro cognitivo, el cual fue expresado verbalmente por el participante.

### **2.5 LISTADO DE VARIABLES**

#### **2.5.1 DEPENDIENTE**

- Actitudes hacia la vejez

#### **2.5.2 INDEPENDIENTE:**

- Calidad de vida

#### **2.5.3 COVARIABLES:**

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Ingreso per-cápita.
- Nivel educacional.
- Patología crónica.
- Relación interpersonal con AM.

## **2.6 INSTRUMENTOS**

### **2.6.1 ENCUESTA DE CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA (ANEXO 4)**

Es una encuesta de tipo estructurada, autorreportada, de elaboración propia, la cual consta de 4 partes: la primera manifiesta preguntas relacionadas al participante para la obtención de datos de tipo individual (sexo, edad, estado civil, nivel educacional), el segundo ítem indica la presencia o no de relación con adulto (s) mayor (es). Por otro lado, la tercera parte recopila antecedentes mórbidos, y por último, la cuarta parte tiene relación con los antecedentes laborales (tiempo laboral, ingreso per cápita) del participante.

### **2.6.2 CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA (ANEXO 5)**

El cuestionario de calidad de vida (World Health Organization Quality Of Life-BREF o WHOQOL- BREF por sus siglas en inglés) es un instrumento genérico, elaborado por la OMS para evaluar la calidad de vida. El cuestionario es aplicable a sujetos sanos y enfermos, y su puntaje ha sido utilizado para observar los cambios en la CV debido a la enfermedad, establecer valores pronósticos de la enfermedad y valorar algunas intervenciones. A diferencia de otros instrumentos genéricos de medición de CV, el WHOQOL BREF no se centra en aspectos funcionales, sino en el grado de satisfacción que el individuo tiene frente a diversas situaciones de su cotidianidad, por lo que es la escala de mayor solidez conceptual y metodológica (29).

Es de tipo autoreportado y consta de 26 preguntas, que se dividen en 2 preguntas generales sobre CV y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas relacionadas a cuatro dominios: Salud física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente. El WHOQOL-BREF presenta una escala de respuesta tipo Likert con 5 opciones válidas de contestación. Para las 2 preguntas generales (Calidad de Vida Global y Calidad de Vida en salud respectivamente), las respuestas van desde 1 al 5, correspondiendo a “muy mal” y “muy bien” ambas evaluadas de manera independiente, al resto de los dominios. Asimismo, las 24 preguntas restantes presentan opciones de respuesta de 1 al 5; siendo 1 “nada” y 5 “extremadamente”. Por otro lado, en el instrumento existen reactivos en reversa, cuyas

respuestas deben ser evaluadas de forma contraria, respecto de las demás. Las preguntas que cuentan con estas características son los reactivos 3, 4 (dominio físico) y reactivo 26, correspondiente al dominio psicológico.

Respecto a las propiedades psicométricas del instrumento, la validez se identifica a través del análisis factorial de sus 4 dominios: salud física, aspectos psicológicos, relaciones sociales y ambiente; encontrándose una validez de constructo (31).

La fiabilidad del instrumento se puntualiza con un alfa de Cronbach de 0,89 para el cuestionario total. Para la consistencia interna de los factores se calculó un 0,71 para la dimensión salud física, 0,75 para la dimensión psicológica, 0,63 para la dimensión social y de 0,76 para la dimensión ambiental (30).

La puntuación del instrumento se determina por puntaje estandarizado de los dominios de CV donde los puntajes más altos sugieren mayor perfil de CV de la persona evaluada, siendo cada dimensión o dominio puntuado de forma independiente (60), transformando los puntajes a fin de hacerlos equiparables entre sí, este puntaje transformado por dominios es obtenido a través del puntaje medio de los reactivos dentro de él, tras lo cual los puntajes medios son multiplicados por 4, en orden a hacer comparables estos valores con los puntajes usados en el WHOQOL-100 (que van de 0-20 para cada dimensión) y finalmente transformados a una escala de 0 –100 a través de la tabla de conversión diseñada por el WHOQOL-group (anexo 6), en donde el puntaje 0 denota peor CV y el puntaje 100 la mejor CV (61). La calidad de vida global de este instrumento se determinó con la sumatoria algebraica de los puntajes estandarizados de cada dominio a fin de obtener un perfil general de CV (56).

### **2.6.3 CUESTIONARIO DE ACTITUDES HACIA LA VEJEZ (ANEXO 6)**

El Cuestionario de actitudes hacia el envejecimiento o Attitudes to ageing questionnaire (AAQ) es un instrumento elaborado por K. Laidlaw et al en Reino Unido en el año 2006 (62). Es de carácter autorreportado y consta de 24 reactivos con la finalidad de evaluar la percepción personal al propio envejecimiento, que para forma de estudio en esta

investigación se usó una versión depurada de 12 reactivos, apto para población general con la finalidad de valorar de forma general las percepciones vertidas al tema de envejecer (55). Con respecto a estos 12 reactivos usados para medir las actitudes al envejecimiento 4 poseen carácter negativo y 8 carácter positivo, el puntaje correspondiente a cada respuesta seleccionada por la persona, varía de 1 a 5, y su valor es relativo y asignado según la posición de la respuesta, variando en si el reactivo es positivo o en reversa (negativo), a saber:

- Reactivos positivos: Son puntuados del 1 al 5, siendo 1 “totalmente mentira” y 5 “totalmente verdad” (Pertenece los reactivos 1, 2, 4, 5, 7, 10, 11 y 12).
- Reactivos en reversa (o negativos): Son puntuados igualmente del 1 al 5, diferenciándose en que 1 es “totalmente verdad” y 5 “totalmente mentira” (Pertenece los reactivos 3, 6, 8 y 9)

El instrumento de medición AAQ de 24 reactivos esta validado en España con una fiabilidad de alfa de Cronbach de 0.807, 0,809 y 0.738, y una validez de constructo por medio de análisis factorial (62); Con respecto a la versión de 12 reactivos del AAQ que se usó esta se creó en base a una versión de campo del AAQ para comparar actitudes a la vejez en 2 grupos poblacionales (adultos mayores y sus respectivos cuidadores) (55).

Cabe destacar que este instrumento no ha sido encontrado en español a pesar de que en el primer estudio se menciona una versión en este idioma (62). Por tanto, los investigadores de este estudio decidieron realizar una adaptación transcultural, traduciendo los reactivos destinados a población general los cuales se encontraban en inglés y fueron extraídos de la investigación realizada por Janečková et al (55), y utilizando una muestra piloto de 8 personas que cumplieran los criterios de inclusión de esta investigación, a las cuales se les realizó el cuestionario ya revisado por los autores de esta investigación y su profesora guía, y se les consultó por palabras o frases que los participantes no hubieran comprendido del cuestionario para realizar su modificación y después poder ser aplicado al total de la muestra. Tras la realización de la prueba piloto y al analizar los comentarios de los participantes, se decidió modificar el reactivo número 10 para su mayor comprensión.

En cuanto a los resultados e interpretación de los mismos, los puntajes se clasificaron en un mínimo de 12 puntos y un máximo de 60 puntos (55), denominándose: actitud más negativa para puntuaciones más bajas y actitud más positiva para puntuaciones más elevadas.

## **2.7 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

- Antes de iniciar el trabajo de campo con la muestra definida en el estudio, los autores se sometieron a un entrenamiento con el objetivo de unificar criterios de la administración de instrumentos y forma de abordar potenciales preguntas de los encuestados, evitando influir de alguna forma en las respuestas de los sujetos.
- Se aplicó una muestra piloto a 8 personas que cumplían los criterios de inclusión de esta investigación, con el fin de identificar la comprensión de palabras y frases contenidas en el cuestionario de Actitudes hacia la vejez (AAQ) y, así luego, realizar los cambios pertinentes. La modificación afectó sólo a un reactivo del cuestionario (Reactivo 10), el cual se mejoró para su posterior aplicación a la población de la muestra.
- El trabajo de campo se desarrolló en el mismo lugar de trabajo de los encuestados. Se estudiaron a todos los participantes presentes en el momento de la visita y que hayan aceptado participar voluntariamente del estudio. Los cuestionarios fueron aplicados de manera individual o en grupo según disponibilidad de tiempo y de personal de los locales comerciales. Se solicitó en lo posible lugar en condiciones de suficiente iluminación, el mayor silencio posible y privacidad, a fin de promover un ambiente confortable. El proceso de recolección de datos se desarrolló en jornadas de mañana y en ocasiones en jornadas de la tarde.
- Los instrumentos fueron autoadministrados por los mismos trabajadores. Las interrogaciones de los participantes, fueron contestadas por los investigadores de forma individual para evitar distraer a los demás participantes del estudio.

- El tiempo de administración de los instrumentos fue de 20 a 25 minutos por participante, a los cuales una vez terminadas las respuestas se les agradeció por su participación en el estudio.
- En los casos donde la aplicación de instrumentos no se pudo realizar de forma inmediata, se gestionó una hora de aplicación para la recolección de datos consensuada según disponibilidad horaria de los lugares elegidos.

## **2.8 ASPECTOS ÉTICOS**

Se solicitó, en primer lugar la autorización de los jefes o encargados de los lugares elegidos para la aplicación de los cuestionarios. Se informó el objetivo y procedimiento del estudio, a los participantes, haciendo entrega del consentimiento informado y se solicitó a cada participante su asentimiento previo a la aplicación del instrumento.

En la ley número 20.120, la cual regula las investigaciones científicas en humanos indica que toda investigación científica en un ser humano deberá contar con su consentimiento previo, expreso, libre e informado, o, en su defecto, el de aquel que deba suplir su voluntad en conformidad con la ley (63). Sobre los alcances del consentimiento informado, la misma ley precisa que se debe informar los alcances de la investigación, y además, que existe el derecho de no autorizar la investigación y revocar el consentimiento en cualquier momento (63). Asimismo en la declaración de Helsinki de 1982, se declara el resguardo de la intimidad de la persona y la confidencialidad de la información entregada (64).

Es por esto, que se procedió a informar claramente el objetivo del estudio a jefes y empleados; informando su carácter voluntario, confidencial y no remunerado con el único fin de aportar conocimiento. Asimismo, se consideró el asentimiento informado de los participantes en relación a los cuestionarios de aplicación (La encuesta de caracterización sociodemográfica, Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF y Cuestionario de Actitudes a la Vejez AAQ) (Anexo 3).

## **2.9 PROCESAMIENTO DE DATOS**

Las variables cualitativas se describieron con frecuencias absolutas y relativas. La prueba para evaluar normalidad fue la de Kolmogorov-Smirnov (adecuación de Lilliefors). Para asociar las variables del estudio, se aplicó el coeficiente R de Pearson.

La hipótesis fue comprobada con un nivel de significación de 0,05 (p-valor). Se aplicó el paquete estadístico SPSS versión 15, en español para Windows.

### III. RESULTADOS

Se contó de una muestra inicial de 99 trabajadores del sector comercio del radio urbano de Chillán, de las cuales hubo 20 personas que fueron descartadas por cuestionarios incompletos y/o por no cumplir con los requisitos de inclusión, quedando fuera de la muestra analizada y dejando una total final de 79 trabajadores participantes del estudio.

La tabla 1 indica las principales características de la muestra, encontrándose que el 62% se encontraba en un tramo de edad entre 20-39 años, el 55,7% fueron mujeres, el 50,6% refirió no tener un compromiso civil y el 29,1% se clasificaron dentro del quintil III de ingreso per cápita (\$120.230 - \$184.909 pesos CLP). Donde el 68,4% completó estudios medios, el 27,8% superiores. El 73,4% señaló no presentar ninguna patología diagnosticada al momento del levantamiento de los datos. Como también el 54,4% indico tener una relación cercana con el AM.

**Tabla 1.** Distribución de los participantes del estudio según las variables sociodemográficas.

<b>Variables sociodemográficas</b>	<b>n =79</b>	<b>%</b>
<b>Edad (años)</b>		
Adulto joven (20-39)	49	62,0%
Adulto medio (40-59)	30	38,0%
<b>Sexo</b>		
Hombre	35	44,3%
Mujer	44	55,7%
<b>Estado Civil</b>		
Con compromiso	39	49,4%
Sin compromiso	40	50,6%
<b>Ingreso Per cápita (pesos CLP)</b>		
\$0-\$71.788	10	12,7%
\$71.789-\$120.229	19	24,1%
\$120.230-\$184.909	23	29,1%
\$184.910-\$337.775	13	16,4%
>\$337.775	14	17,7%
<b>Nivel educacional</b>		
Sin estudios	0	0,0%
Enseñanza Básica	3	3,8%
Enseñanza Media	54	68,4%
Estudios Superiores	22	27,8%
<b>Enfermedades Crónicas</b>		
Sí	21	26,6%
No	58	73,4%
<b>Relación(es) Interpersonal(es) con adulto mayor</b>		
Relación interpersonal cercana	43	54,4%
Relación interpersonal lejana	17	21,5%
No tiene relación interpersonal	19	24,1%

**Fuente:** "Asociación entre calidad de vida y actitudes hacia la vejez de adultos laboralmente activos, Chillán 2016"

Se presenta en la tabla 2 las medidas de resumen de los puntajes que evalúan calidad de vida (por dominios) y actitud hacia la vejez. Respecto a los dominios de la CV, se encontró que todas las puntuaciones medias están por sobre el puntaje medio. Al comparar los puntajes de los cuatro dominios, el constructo psicológico presentó la mayor media (67,58  $\pm$  13,521 puntos). Luego, ambiente presentó la menor media, con 59,39  $\pm$  13,815 puntos. La sumatoria del puntaje de los 4 dominios (físico, psicológico, relaciones sociales y ambiente) que otorga el puntaje total del concepto CV, arrojó una media de 255,709  $\pm$  53,879 puntos, superior a la media esperada para la sumatoria de estos dominios.

En cuanto a los resultados de actitudes hacia la vejez (tabla 2), el valor global medio fue de 37,73  $\pm$  5,791 puntos, el cual está en torno al valor medio esperado para este instrumento.

**Tabla 2.** Medidas de resumen de los puntajes de calidad de vida (por dominios) y actitudes hacia la vejez de los participantes del estudio (n=79).

<b>Variables</b>	<b>Rango esperado del cuestionario*</b>	<b>Media ± dt†</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Mediana</b>	<b>Máximo</b>
<b>Calidad de vida</b>					
Calidad de vida global	[1 - 5] (3)	3,28 ± 0,576	3	3	5
Calidad de vida en salud	[1 - 5] (3)	3,56 ± 0,873	1	4	5
Dominio Físico	[0 - 100 ] (50)	63,56 ± 15,841	31	69	94
Dominio Psicológico	[0 - 100] (50)	67,58 ± 15,321	31	69	94
Dominio Relaciones Sociales	[0 - 100] (50)	65,16 ± 18,991	0	69	100
Dominio Ambiente	[0 - 100] (50)	59,39 ± 13,815	31	56	88
<b>Calidad de vida (sumatoria dominios) ‡</b>	<b>[0 – 400] (200)</b>	<b>255,709 ± 53,879</b>	<b>138</b>	<b>263</b>	<b>357</b>
<b>Actitudes hacia la vejez</b>	<b>[12 - 60] (36)</b>	<b>37,73 ± 5,791</b>	<b>25</b>	<b>38</b>	<b>49</b>

\*Entre corchetes corresponde a los valores teóricos mínimo y máximo del cuestionario. El valor entre paréntesis corresponde a la media del rango. Los valores teóricos y obtenidos del cuestionario, fueron estandarizados al puntaje del cuestionario Whoqol-100

†dt= desviación típica

‡Calculado en base a la sumatoria de los puntajes entre los cuatro dominios estandarizados del cuestionario Whoqol-100

**Fuente:** Ídem Tabla 1

Al distribuir los resultados de actitudes hacia la vez según rango etario (tabla 3), el 63,4% de la muestra entre 40-59 años (adulto medio) opinó como “algo verdad” o “totalmente verdad” que los adultos mayores están interesados en nuevas tecnologías (reactivo 1), versus el 38,8% de quienes tuvieron un rango de edad entre 25-39 años.

Respecto al reactivo: “es un privilegio llegar a viejo” (reactivo 2), el 49% de los trabajadores entre 25-39 años (adulto joven) indicó que es “algo verdad” o “totalmente verdad” esta afirmación, versus el 50% de los sujetos entre 40-59 años (adulto medio) que la calificó como “totalmente mentira” o “algo mentira”.

En cuanto al estímulo de AAQ-12: “La edad avanzada es una época de soledad” (reactivo 3), el 57,2 y 70% de los sujetos entre 25-39 años (adulto joven) y 40-59 años (adulto medio) indicaron que esta afirmación es “algo verdad” o “totalmente verdad”, respectivamente.

Luego, para el reactivo: “La sabiduría viene con la edad” (reactivo 4), el 76,7% de los trabajadores entre 40 y 59 años (adulto medio) opinó como “algo verdad” o “totalmente verdad” esta afirmación, versus 73,5% de los trabajadores entre 25 a 39 años (adulto joven).

En relación al reactivo: “Hay muchas cosas agradables acerca del envejecimiento” (reactivo 5), los que opinaron como “algo verdad” o “totalmente verdad” esta afirmación fue el 76,7% y 53% de las muestras con edades de 40 a 59 y de 25 a 39 años, respectivamente.

En cuanto al reactivo 6: “La edad avanzada es una etapa depresiva”, se reportó que el 56,6% de la muestra de 40 a 59 años (adulto medio) la calificó como “algo verdad” o “totalmente verdad” el enunciado, versus 44,9% de los trabajadores entre 25 a 39 años.

Respecto al reactivo: “Es importante hacer ejercicio a cualquier edad” (reactivo 7) en ambos grupos etarios indicaron que este estímulo es “totalmente verdad”, con un 93,3 y 81,6%, respectivamente.

En relación a “las capacidades y habilidades disminuyen con la edad” (reactivo 8) el 96,7% de los trabajadores de 40 a 59 años cree que es “algo verdad” o “totalmente verdad”, versus el 93,9% de los trabajadores de 25 a 39 años.

El 80% de los trabajadores de 40 a 59 años (adulto medio) indicó como “algo verdad” o “totalmente verdad” la afirmación “La edad avanzada es una etapa de enfermedad” (reactivo 9) versus 77,5% de los trabajadores de 25 a 39 años (adulto joven).

Para el estímulo “uno es tan viejo como él o ella lo sienta” (reactivo 10), el 60% de la muestra entre 40 y 59 años (adulto medio) declaró “algo verdad” o “totalmente verdad” esta afirmación. Luego, en el grupo de 25-39 años (adulto joven), el 51% de la muestra tiene esta opinión.

Las respuestas “algo mentira” o “totalmente mentira” del estímulo “a medida que las personas envejecen están en mejores condiciones de hacer frente a la vida” (reactivo 11), presentaron una frecuencia del 50% en trabajadores de 40 a 59 años (adulto medio), versus el 44,8% de los trabajadores entre 25 y 39 años (adulto joven).

El 86,7% de los trabajadores entre 40 y 59 años (adulto medio) opinó como “algo verdad” o “totalmente verdad” que “los adultos mayores están interesados en el amor” (reactivo 12), versus el 69,4% de los trabajadores entre 25 y 39 años (adulto joven).

**Tabla 3.** Distribución de las respuestas para los reactivos incluidos en el cuestionario que evalúa actitudes hacia la vejez, según rango de edad de los participantes del estudio (n=79).

Actitudes hacia la vejez	Opciones de respuesta (%*)				
	Totalmente mentira	Algo Mentira	Indeciso	Algo Verdad	Totalmente Verdad
<b>Reactivo 1</b>					
Adulto joven (n=49)	18,4%	28,6%	14,3%	34,7%	4,1%
Adulto medio (n=30)	6,7%	13,3%	16,7%	56,7%	6,7%
<b>Reactivo 2</b>					
Adulto joven (n=49)	22,4%	10,2%	18,4%	24,5%	24,5%
Adulto medio (n=30)	23,3%	26,7%	10,0%	3,3%	36,7%
<b>Reactivo 3</b>					
Adulto joven (n=49)	10,2%	22,4%	10,2%	42,9%	14,3%
Adulto medio (n=30)	23,3%	0%	6,7%	53,3%	16,7%
<b>Reactivo 4</b>					
Adulto joven (n=49)	8,2%	10,2%	8,2%	42,9%	30,6%
Adulto medio (n=30)	3,3%	13,3%	6,7%	26,7%	50,0%
<b>Reactivo 5</b>					
Adulto joven (n=49)	6,1%	20,4%	20,4%	40,8%	12,2%
Adulto medio (n=30)	3,3%	13,3%	6,7%	40,0%	36,7%
<b>Reactivo 6</b>					
Adulto joven (n=49)	8,2%	32,7%	14,3%	36,7%	8,2%
Adulto medio (n=30)	13,3%	23,3%	6,7%	43,3%	13,3%
<b>Reactivo 7</b>					
Adulto joven (n=49)	0%	0%	0%	18,4%	81,6%
Adulto medio (n=30)	0%	0%	3,3%	3,3%	93,3%
<b>Reactivo 8</b>					
Adulto joven (n=49)	0%	2,0%	4,1%	38,8%	55,1%
Adulto medio (n=30)	3,3%	0%	0%	46,7%	50,0%
<b>Reactivo 9</b>					
Adulto joven (n=49)	8,2%	8,2%	6,1%	36,7%	40,8%
Adulto medio (n=30)	3,3%	13,3%	3,3%	56,7%	23,3%
<b>Reactivo 10</b>					
Adulto joven (n=49)	16,3%	24,5%	8,2%	30,6%	20,4%
Adulto medio (n=30)	16,7%	13,3%	10,0%	26,7%	33,3%
<b>Reactivo 11</b>					
Adulto joven (n=49)	22,4%	22,4%	18,4%	22,4%	14,3%
Adulto medio (n=30)	16,7%	33,3%	10,0%	40,0%	0%

**Reactivo 12**

Adulto joven (n=49)	2,0%	12,2%	16,3%	38,8%	30,6%
Adulto medio (n=30)	3,3%	3,3%	6,7%	36,7%	50,0%

---

\*El porcentaje fue calculado de acuerdo al rango etario (por fila)

**Fuente:** Ídem Tabla 1

La tabla 4 señala el nivel de relación obtenida en la muestra de trabajadores del sector comercio entre calidad de vida y actitudes hacia la vejez, encontrándose una correlación global de 0,372 ( $p=0,001$ ). Luego, al desagregar la información por variables sociodemográficas, se muestran correlaciones estadísticamente significativas entre calidad de vida y actitudes hacia la vejez en el grupo con edades entre 20-39 años ( $r=0,318$ ,  $p=0,026$ ), edades entre 40-59 años ( $r=0,469$ ,  $p=0,009$ ), en hombres ( $r=0,464$ ,  $p=0,005$ ), con compromiso ( $r=0,485$ ,  $p=0,002$ ), sujetos con enseñanza media ( $r=0,592$ ,  $p<0,001$ ).

**Tabla 4.** Asociación entre calidad de vida (sumatoria de dominios con puntaje estandarizado) y actitudes hacia la vejez agrupado por variables sociodemográficas (n=79).

Puntuación calidad de vida (Sumatoria de dominios con puntaje estandarizado) / variables sociodemográficas	Puntuación actitudes hacia la vejez	
	Coefficiente r de Pearson	p-valor
<b>Calidad de vida</b>	0,372	0,001
<b>Calidad de vida en el grupo:</b>		
Adulto joven (20-39; n=49)	0,318	0,026
Adulto medio (40-59; n=30)	0,469	0,009
<b>Calidad de vida en el grupo:</b>		
Hombre (n=35)	0,464	0,005
Mujer (n=44)	0,292	0,055
<b>Calidad de vida en el grupo:</b>		
Con compromiso (n=39)	0,485	0,002
Sin compromiso (n=40)	0,228	0,157
<b>Calidad de vida en el grupo:</b>		
\$0 – 71.788 (n=10)	0,611	0,061
\$71.789 – 120.229 (n=19)	0,389	0,099
\$120.230 – 184.909 (n=23)	0,358	0,094
\$184.910 – 337.775 (n=13)	0,196	0,521
> \$337.776 (n=14)	0,191	0,514
<b>Calidad de vida en el grupo:</b>		
Sin estudios (n=0)	-	-
Enseñanza Básica (n=3)	n/c	n/c
Enseñanza Media (n=54)	0,592	<0,001
Enseñanza Superior (n=22)	-0,233	0,297

n/c: No Calculado, por la escasa cantidad de individuos en el grupo

Fuente: Ídem Tabla 1

La tabla 5 indica que la correlación entre calidad de vida y actitudes hacia la vejez de los trabajadores que indicaron presentar patologías crónicas fue estadísticamente significativa ( $r=0,745$ ,  $p<0,001$ ) al igual que la correlación en el grupo que refirió no sufrir esta clase de patologías ( $r=0,309$ ,  $p=0,018$ ).

**Tabla 5.** Asociación entre calidad de vida y actitudes hacia la vejez agrupados por presencia de patología crónica (n=79).

Calidad de vida/ patología crónica	Actitudes hacia la vejez	
	Coefficiente r de Pearson	P- valor
Sí, Presenta patología (n=58)	0,745	<0,001
No, presenta patología (n=21)	0,309	0,018

Fuente: Elaboración propia.

Ahora, al correlacionar calidad de vida con actitudes hacia la vejez desagregado por el tipo de relación que establece el sujeto con un AM (tabla 6), se encontraron correlaciones estadísticamente significativas en el grupo de quienes opinaron que su relación es cercana ( $r=0,413$ ,  $p=0,006$ ) y en el grupo que no siente una relación interpersonal con un adulto mayor ( $r=0,504$ ,  $p=0,028$ ), no así en el grupo que indicó tener una relación lejana ( $r=0,199$ ,  $p=0,444$ ).

**Tabla 6.** Asociación entre calidad de vida actual y las actitudes hacia la vejez según relación interpersonal del adulto con adulto(s) mayor(es) (n=79).

Puntuación calidad de vida / Relación(es) Interpersonal(es) con adulto mayor	Puntuación actitudes hacia la vejez	
	Coefficiente r de Pearson	p-valor
<b>Calidad de vida (puntaje)</b>		
Relación interpersonal cercana (n=43)	0,413	0,006
Relación interpersonal lejana (n=17)	0,199	0,444
No tiene relación interpersonal (n=19)	0,504	0,028

Fuente: Idem tabla 1

## IV. DISCUSIÓN

### 4.1 DISCUSIÓN

Respecto a las características sociodemográficas de los sujetos del estudio el 62% corresponde a adultos jóvenes entre 25 a 39 años situación que podría sustentarse en que a mayor experiencia de las personas en el trabajo estas van subiendo de rango o cambiando de rubro y dejando en algunas ocasiones de ser empleados, por otra parte en la muestra se encontró que el 73,4% no presentan patologías crónicas esto se podría considerar consistente en cuanto al porcentaje de rango etario de la muestra de adultos jóvenes y adultos medios, sobretodo valorando que la prevalencia de las patologías crónicas aumenta con la edad, en relación al nivel educacional el 68,4% presenta educación media y el 27,8% educación superior considerándose consistente con un estudio realizado en Chile el año 2011 que menciona que la situación ocupacional de trabajadores jóvenes con educación media se concentra en oficios tales como “trabajadores de los servicios y vendedores de comercio y mercado” (65).

Al describir el resumen de los resultados obtenidos respecto al puntaje esperado del cuestionario de calidad de vida, por dominios y de forma global, se evidenció que la media de los encuestados se encuentra por sobre la media esperada, lo que indica una “mayor” CV en los participantes del estudio, lo que se asimila a lo obtenido en una investigación (51), donde la media de puntajes de los 4 dominios (Físico, Psicológico, Relaciones sociales y Ambiente) fue mayor que la media esperada.

Al identificar la distribución del sexo en la muestra estudiada, se obtuvo que existe una predominancia de mujeres. Lo mencionado, podría explicar los puntajes “positivos” de CV; dado que una investigación (53) declara que el sexo femenino presenta una mayor CV. En contraparte, un estudio (66) afirma que no existirían diferencias de CV entre sexo femenino y masculino. Esto supondría que la influencia del sexo en la CV puede deberse a factores sociales del lugar donde se realice la investigación; como por ejemplo el rol cultural que cumple el sexo femenino en la sociedad en la cual se desenvuelve.

Otra variable que podría condicionar el puntaje del CV es la edad, un estudio realizado en población de adultos mayores (67) afirma que a mayor edad existe una “peor” CV. No obstante, otras investigaciones (53) (68) argumentan que la edad no se relacionaría con la CV presentada. La muestra del presente estudio no se compone de adultos mayores, por lo que la variable edad no influiría de manera “negativa” en la CV, no siendo una condicionante de relevancia sobre el puntaje final.

Por otro lado, la muestra estudiada estuvo conformada totalmente por adultos laboralmente activos, variable que según una investigación (52) no influiría en una “buena” CV. La nula influencia de la condición de laboralmente activo, puede responder a que el empleo no se relaciona tanto con el poder adquisitivo, sino más bien con la satisfacción en el trabajo; dimensión que no se aborda en los cuestionarios sociodemográficos, por lo que no se puede evidenciar algún tipo de influencia sobre la variable CV. Aparte, podría ser que el adquirir bienes gracias a la fuente laboral, es un factor protector de la CV, pero sin embargo, no existe evidencia científica que pueda identificar la dirección de la posible relación.

En cuanto a la variable nivel educacional, según un estudio realizado en Latinoamérica (69) los años de estudios influyen en una “positiva” percepción de la CV, mientras más altos éstos sean. El nivel educacional medio y superior presentaron casi el porcentaje total de la muestra en este estudio, pudiendo explicar en parte los puntajes por sobre la media esperada en todos los dominios y las sumatorias de ellos. La mayor escolaridad permitiría ir alcanzando un nivel cognoscitivo, social, cultural y económico que pueda satisfacer los diferentes menesteres del individuo, quién al satisfacer las necesidades de las áreas mencionadas, aumentaría su CV.

Respecto al ingreso per cápita, se señala que hay una evidente relación entre la CV “mayor” y un nivel socioeconómico alto (70). Los puntajes obtenidos posiblemente respondieron a la variable ingreso per cápita, ya que la muestra del presente estudio estuvo compuesta mayoritariamente por el Quintil III. La similitud de resultados, se explicaría básicamente en

la importancia y utilidad del dinero en las sociedades actuales, donde servicios esenciales como luz, agua, vivienda, alimentación y salud, entre otros; se mantienen gracias a un ingreso per cápita aceptable (debido a la presencia de la fuente laboral) produciendo en el individuo una percepción más “positiva” sobre la CV.

En el siguiente punto, la mayoría de los participantes del estudio reportaron no presentar alguna patología crónica, acorde a lo expuesto en los estudios (71) (72), donde se muestra que quienes no presentan patologías crónicas relatan una mayor CV en comparación con quienes si las presentan. Teniendo en cuenta los resultados expuestos, se podría afirmar que dicha variable permitió que los puntajes del cuestionario de calidad de vida estuviesen por sobre la media del rango esperado. Es preciso inferir que las patologías merman el estado de salud e inciden en la CV. Asimismo, las patologías de tipo crónica afectan la salud durante toda la vida de quien la padece, por lo que la percepción “negativa” de la CV no sufriría grandes cambios, lo que delimitaría abruptamente las posibles intervenciones en pos de cambiar dicha percepción.

La evaluación de la CV por dominios da la posibilidad de conocer cuáles son los aspectos con falencias en la vida de las personas o grupos específicos, con el fin de que a través de los procesos de adaptación reduzcan la brecha entre las expectativas personales y la realidad (73).

Entre los dominios del cuestionario de CV del presente estudio, aquel que presentó una mayor media fue el constructo Psicológico, lo que difiere de la mayoría de los estudios realizados en población laboral del sector salud (73) (74). Los datos obtenidos pueden deberse a las diferencias de carga laboral existentes entre el sector comercio y salud, tanto en el ámbito horario y emocional-afectivo, las cuales producirían un foco de riesgo para los factores psicosociales y una desgaste emocional en quienes se desempeñan en salud (75). El sector comercio no tendría la influencia de factores agresores, debido al flujo constante de las personas, la poca emocionalidad existente y el poco involucramiento entre trabajador y cliente.

En lo que atañe a la variable sexo, es preciso considerar que la muestra al estar compuesta principalmente por mujeres podría predisponer, en el dominio psicológico, a una CV más “mala”; debido al desempeño del “triple rol” (cuidadora de sus hijos y hogar, trabajadora y vida personal) según lo expuesto en una investigación (73), sin embargo no es concordante con el presente estudio, lo que se explicaría principalmente por la flexibilidad horaria que permite el sector comercio, donde se reduciría la brecha del trabajo y el cuidado de hijos y del hogar, aminorando probablemente la carga psico-emocional que pudiese existir.

Avanzando por los dominios, Ambiente presentó la menor media, datos que se asimilan con los obtenidos en un estudio (76) donde el dominio ambiente también arrojó una media menor en comparación con los dominios restantes. Lo mencionado revela la importancia que se le otorga al ingreso económico para desarrollar una CV “positiva”, punto que fundamentaría los resultados obtenidos, ya que en el sector comercio los ingresos individuales superarían apenas el sueldo mínimo.

Por lo que se refiere al dominio Físico y Relaciones sociales, ambos presentaron una media mayor a la esperada respectivamente, resultados que se equiparan a los obtenidos en otros estudios (77) (78). Al entender que estos dominios responden a condiciones de salud y aspectos de relaciones humanas; las variables (no presencia de patología crónica y laboralmente activos) que describen a la muestra, influirían en el comportamiento “positivo” de ambos dominios. Dicho de otra manera, el no poseer algún tipo de enfermedad crónica impactaría negativamente en el dominio Físico, por todas las repercusiones que se asocian a las enfermedades. Asimismo, el ser laboralmente activos dispondría a los participantes del estudio a ser parte de una vida social, que si bien no es profunda y mantenida, ayudaría a entender un rol social efectivo frente a los demás.

En cuanto a la sumatoria del puntaje de los 4 dominios (Físico, Psicológico, Relaciones sociales y Ambiente), se obtuvo un puntaje medio, el cual está por sobre la media esperada, por lo que el concepto de CV en el presente estudio es de carácter “positivo”. Estos resultados se asimilan a los obtenidos por un estudio realizado en 20 países (56), donde

ciudades de Latinoamérica, como Montevideo, arrojaron puntajes medios de las sumatorias de los dominios por sobre lo esperado; al igual que ciudades europeas (Barcelona y París). Los datos mencionados podrían fundamentarse debido a la relativa estabilidad política, social y económica que predominan en las 3 ciudades mencionadas y Chillán, ciudad del presente estudio. El mencionado supuesto, influiría en la percepción de tranquilidad de los adultos laboralmente activos del sector comercio, el cual por naturaleza es dinámico e inestable, tranquilidad que se expresaría en una CV más “positiva”. Por lo tanto, podría ser que la CV responda tanto a indicadores personales como a los interpersonales (locales y nacionales), ampliándose así el enfoque necesario para mejorarla, ya que una política pública tendría el mismo impacto en la sociedad como el en individuo.

Ahora, en relación al cuestionario de actitudes hacia la vejez, el puntaje medio reportado se ubicó sobre la media, lo que indica que los participantes del estudio poseen una actitud más “positiva” hacia la vejez. Dado que la cantidad de adultos jóvenes (25-39 años) se encontró en mayor porcentaje; se podría suponer que las actitudes hacia la vejez serían mayoritariamente “negativas”, ya que la población más joven y los propios adultos mayores tienden a relatar actitudes más “negativas” hacia la vejez (79) (80). Sin embargo, los participantes del estudio no presentaron una edad extrema, lo que explicaría los resultados más “positivos”. Así mismo, podría ser que los grupos más extremos del ciclo vital poseen actitudes hacia la vejez más “negativas”, ya que por un lado se aprehenderían mitos creados en torno a la vejez y, por el otro, los propios AM verían sus limitaciones y problemáticas influyendo en la percepción propia y de sus pares. Dicha situación difícilmente se puede revertir, ya que los estereotipos sobre adultos mayores ya son parte de la cultura y, por lo tanto forman parte de la sociedad (81).

Por otro lado, la variable sexo de los encuestados no parecería influir en la dirección de las actitudes hacia la vejez, sólo se aclara que el sexo influiría en los estereotipos negativos una vez ya se es AM, siendo más imperativos socialmente en las mujeres que en los varones (82). La nula influencia del sexo (mientras no se es AM), estaría explicada en el hecho de

que los estereotipos de los AM son transversales para el hombre y la mujer, es decir, la sociedad impondría estereotipos en ambos sexos, sin hacer diferencia. El contraste si se haría notar cuando ya se es AM, ya que las mujeres tendrían peores actitudes hacia la vejez.

Con respecto al nivel de escolaridad, los participantes presentaron mayoritariamente media completa y estudios superiores, lo que influiría en una actitud “positiva” hacia la vejez; ya que las personas con menor escolaridad exhiben mayor nivel de estereotipos negativos, en comparación con el grupo de escolaridad alta (80). Esto se debería al hecho de que poseer conocimientos implica necesariamente una desvinculación o aceptación de los imposiciones culturales aprendidas durante el ciclo vital, donde los estereotipos hacia la vejez serían derribadas al entender los cambios propios del envejecimiento, entendimiento que sólo un nivel mayor de conocimiento podría otorgar.

En cuanto al ingreso per cápita, el Quintil con más frecuencia fue el III. Un ingreso per cápita bajo implica actitudes negativas hacia la vejez (21), por lo que quienes presenten un inestable o nulo ingreso, a diferencia de los adultos laboralmente activos de la muestra de este estudio; tendrían actitudes negativas mayoritariamente.

En consideración con la apreciación de las respuestas al cuestionario de actitudes hacia la vejez de los individuos presentes en el estudio por grupo etario, se encuentran diferencias en algunos reactivos de más del 20% en las afirmaciones positivas. En el reactivo “Los adultos mayores están interesados en las nuevas tecnologías” se muestran respuestas más positivas (63,4%) y menos negativas (20%) por parte de los adultos medios en sus respuestas en relación a los adultos jóvenes (38,8% positivas y 37% negativas), la investigación “jóvenes, migraciones digitales y brecha tecnológica” respecto al tema afirma que la nueva cultura juvenil está ampliamente determinada por los medios (83), hallazgo a partir del cual se indica como prioridad establecer acciones para contrarrestar algunas de las fuentes de discriminación entre los jóvenes (83), sobre todo considerando que los medios como revistas, TV y publicidad presentan una insuficiente representación de los AM (58). Así también lo señala el SENAMA en su ficha “envejecimiento: mitos y realidades”

donde sostiene que “Uno de los grandes responsables de la imagen que durante años se ha sostenido sobre el envejecimiento son los medios de comunicación, principalmente la televisión” en su mayor parte destinada a un público más joven (84) lo que reforzaría la idea respecto a que los AM no están interesados en las nuevas tecnologías y a su vez distorsionar la percepción que se tiene sobre ellos. Por otra parte respecto al reactivo “Hay muchas cosas agradables acerca del envejecimiento” las afirmaciones positivas “algo verdad” o “totalmente verdad”, también predominaron sobre un 20% en el grupo etario de adultos medios (76,7%) versus el del grupo etario del adulto joven (53%).

En relación a los reactivos la tendencia más predominante se presenta en el reactivo “es importante hacer ejercicio a cualquier edad” en que sobre el 80% de los encuestados percibe la frase de manera afirmativa como “totalmente verdad” (81,6% en adultos jóvenes y 93,3% en adultos medios), de igual forma la OMS indica que personas mayores físicamente activas que practican ejercicio de manera regular pueden mejorar sus funciones cardiorrespiratorias, musculares, la salud ósea, funcional, la reducción del riesgo de enfermedades no transmisibles, depresión y deterioro cognitivo (85). Sin embargo se advierte que una consecuencia importante del envejecimiento es que los estereotipos de edad que se originan respecto a "otros" en última instancia, se convierten en estereotipos que se aplican a sí mismos y a su vez hacen que la gente restrinja sus horizontes porque se ven a sí mismos como “demasiado jóvenes” o “demasiado viejos” para ejercer ciertas actividades o funciones pudiendo tener un impacto perjudicial sobre la propia imagen, la confianza, la autoestima y las habilidades del individuo (57).

El reactivo “las capacidades y habilidades disminuyen con la edad” centró en ambos grupos etarios sobre un 80% de las respuestas en “algo verdad” o “totalmente verdad” y en el reactivo “La edad avanzada es una etapa de enfermedad” sobre el 75% de las personas afirma como “algo verdad” o “totalmente verdad”, ambos enunciados según investigaciones corresponden a percepciones fuertemente arraigados al tema de la tercera edad, (57), sin embargo como se señaló anteriormente los estereotipos que se aplican sobre

si mismos tienen una fuerte acción moduladora sobre las actitudes hacia la vejez. Según declara el profesor de medicina y geriatría de la Pontificia Universidad Católica de Chile Pedro Paulo Marín: “A la larga, los mitos los van a ir derribando las mismas personas mayores al demostrar que son activos, participativos y saludables” (84).

Después de analizar las principales variables (CV y Actitudes hacia la vejez) se observó que el p-valor entre ambas era altamente significativo ( $p=0,001$ ), lo que indicaría una asociación entre los resultados de los cuestionarios, gracias a ello, se pudo decir que la hipótesis planteada en esta investigación es aceptada. Además, se agrega que la correlación es de tipo positiva ( $r=0,372$ ). Resultado similar se presentó en el estudio de Mehmet et al., donde también se demostró una asociación entre la CV y las Actitudes hacia la vejez con una correlación positiva y significativa ( $r=0,431$ ,  $p<0,01$ ) (54).

En cuanto al análisis que se realizó entre CV y actitudes hacia la vejez asociadas a las variables sociodemográficas; según la edad se pudo indicar que tienen una asociación positiva y significativa en el grupo de adultos entre los 40 y 59 años ( $r=0,469$ ,  $p=0,009$ ), con una correlación mayor que en el grupo de adultos entre los 25 y 39 años ( $r=0,318$ ,  $p=0,026$ ), lo cual indicaría que en éstos grupos, al mejorar su CV, su actitud hacia la vejez sería más positiva y viceversa, pero en menor grado cuando se es más joven, esto puede verse influenciado por la ansiedad hacia el envejecimiento que algunas de las personas más jóvenes presentan (58), lo que disminuiría levemente la correlación entre la CV y la actitud hacia la vejez, pero que por la escases de estudios, no se puede confirmar empíricamente.

Al analizar las variables antes mencionadas con la variable sociodemográfica “sexo”, se detectó una asociación positiva ( $r=0,464$ ) y significativa ( $p=0,005$ ) en el grupo de los hombres de ésta investigación, lo que puede indicar que los hombres tienen una actitud más positiva mientras su CV sea mejor, resultado que también se ha dado en el estudio de Janečková con un resultado significativo ( $p=0,030$ ) (55), mientras que en el caso de la mujer, se dio una menor correlación no significativa; un factor a considerar es que en el caso de las mujeres, pueden estar desempeñando más de un rol en su diario vivir, el de ser trabajadora,

y además ser madres, parejas o esposas, ser hijas y/o cuidadoras, lo que puede estar influyendo en su CV; analizando éste punto, el estudio de Andrades y Valenzuela, en el cual dicen que esta relación se da ya que el cumplimiento de todos sus roles le provocaría cansancio, dolores, déficit de sueño, entre otros (49) lo que podría afectar su CV, pero no su actitud hacia la vejez, además de que socialmente se asocia la labor de cuidador del adulto mayor a la mujer, por lo que su experiencia puede modificar esta asociación. Otro aspecto a considerar es que se percibe de forma diferente la vejez dependiendo del género, puesto que las mujeres suelen ser percibidas como formando parte de las categorías de mediana edad y de vejez, cinco años antes que el hombre como media (86), lo que también podría estar afectando ésta correlación.

Cuando se asociaron las variables principales con el ingreso per cápita, no se encontraron resultados significativos que indicaran una correlación, esto se presentó de forma similar en la investigación realizada por Arnold-Cathalifaud et al., donde mencionaba que parecía que el nivel socioeconómico no influía en la visión que se tenía de la vejez de parte de los jóvenes que conformaron la muestra (27), por lo que aunque pudiera afectar la CV de la persona, no sería así con la actitud hacia la vejez, que es un aspecto más psicológico y social que económico.

Según el nivel educacional, se mostró una asociación positiva y significativa en el grupo de enseñanza media, lo que difirió con la investigación de Hernández-Cortés quien mencionaba en sus resultados que hubo una asociación positiva entre años de escolaridad con actitudes hacia la vejez (50), mientras que en esta investigación se da una asociación negativa ( $r=-0,233$ ), pero no significativa ( $p=0,297$ ) en el grupo de enseñanza superior, esto puede deberse tanto a que la muestra total fue pequeña, como al hecho de que el número de personas que poseía enseñanza superior ( $n=22$ ) era mucho menor que los con enseñanza media ( $n=54$ ), y una consideración importante sería el hecho de que algunos profesionales no pueden o no quieren ejercer su profesión y tienen un trabajo diferente, lo que afectaría su CV a pesar de su nivel educacional.

Cuando se asoció la CV y las actitudes hacia la vejez según el estado civil, y al agruparlo entre las personas con compromiso y sin compromiso, el primer grupo fue el que tuvo una correlación significativa; resultado similar al presentado por Andrades y Valenzuela, en donde las enfermeras que tenían pareja evaluaron de mejor forma su CV que aquellas sin pareja (49), esto puede deberse al apoyo tanto emocional, como social y familiar que percibe la persona que tenga algún tipo de compromiso (sea conviviendo o en matrimonio), además, puede existir una visión más optimista del envejecimiento al estar acompañado en éste proceso y por tanto, la actitud hacia la vejez sería más positiva en éste grupo.

En cuanto a la correlación entre calidad de vida y actitudes hacia la vejez de los trabajadores laboralmente activos de Chillán, que indicaron presentar patologías crónicas, en ambas se observa relación, lo cual concuerda con una investigación (50), donde se observa una relación entre la edad y las enfermedades ( $P=0,001$ ) con las actitudes hacia la vejez, lo que también se confirma con la teoría, dado que en el modelo de adaptación de Sor Callista Roy (87), se entiende la enfermedad como un estímulo focal más inmediato al que se enfrenta el trabajador, el cual debe realizar un proceso de adaptación de la autoestima, interdependencia y función del rol (88), de los que depende que su CV y por lo tanto incide en una variación acerca de la actitud que tenga hacia la vejez.

En la correlación entre CV y actitudes hacia la vejez según el tipo de relación con el AM, quienes opinaron tener una relación “cercana” o no sentir relación presentaron alguna actitud hacia la vejez, descrito en una investigación (25), muestra que los estudiantes de medicina de 5° año, quienes estaban más tiempo en contacto con los AM en prácticas intrahospitalarias poseían una actitud diferente de aquellos estudiantes que estaban en 1° y 3° año de la carrera debido a que éstos últimos se ven influenciados por concepciones “pre-fabricadas” a partir de la sociedad. En la relación interpersonal lejana, no se muestra relación, lo que supondría en este caso a través del modelo de adaptación desarrollado por Sor Callista Roy (87), que el trabajador, al verse enfrentado al proceso de adaptación constante para el rol laboral (89) independientemente de su CV, y al no tener un estímulo

(relación interpersonal lejana) tan intenso, de característica residual, éste no provocaría un cambio definido en el trabajador, y por lo tanto no habría una actitud determinada en el mismo.

#### **4.2 LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

- Muestra escasa para distribución de empleados según variables sociodemográficas.
- No se pudo obtener versión original en español del cuestionario de actitudes hacia la vejez (AAQ-12), por lo que se realizó traducción y piloteo del instrumento por los autores de la investigación.
- Dificultad para la aplicación de los cuestionarios en los locales de trabajo.
- Pérdida de muestra por cuestionarios incompletos y por rechazo a participación.

#### **4.3 SUGERENCIAS DEL ESTUDIO**

A partir de las limitaciones del estudio es posible realizar algunas sugerencias para futuras investigaciones relacionadas con las actitudes hacia la vejez en población laboralmente activa, entre las que destacan:

- Realizar un estudio de diseño descriptivo y longitudinal sobre población general respecto a las actitudes hacia la vejez, a fin de reconocer percepciones que presenta los diferentes grupos etarios sobre los adultos mayores en población chilena y más aún sobre la región del Biobío.
- Realizar pruebas psicométricas de fiabilidad y validez sobre el cuestionario de actitudes hacia la vejez (AAQ-12), a fin de hacerlo consistente para su segura aplicación.
- Considerar investigaciones respecto a las actitudes hacia la vejez sobre otros grupos poblacionales de profesionales que trabajan, debido a los escasos de información que se encuentran sobre la percepción de estos.
- Continuar desarrollando esta línea de investigación propuesta por el Departamento de Enfermería de la UBB, pero con investigaciones de carácter cualitativo y/o descriptivo a fin de determinar previamente las percepciones de la población chilena en relación a las actitudes hacia la vejez, para futuros estudios correlacionales.

#### 4.4 CONCLUSIONES

Respecto a la distribución de las variables sociodemográficas del estudio se obtiene que la mayor proporción de adultos laboralmente activos fue de sexo femenino (55,7 %), el 62 % se encontraba en el tramo de edad de 20-39 años, el 50,6% refirió no tener compromiso civil y el 29,1% se clasificó dentro del Quintil III. Además el 68,4% completó estudios medios, el 73,4% no presentó patología crónica y el 54,4% precisó tener una relación cercana con el AM.

En referencia al nivel de CV y nivel de actitudes hacia la vejez de la población adulta laboralmente activos, ambos puntajes medios estuvieron por sobre la media esperada ( $255,709 \pm 53,879$ ) y ( $37,73 \pm 5,791$ ) respectivamente; por lo que el nivel de CV fue “bueno” y actitudes hacia la vejez fue positivo.

En cuanto a los resultados de éste estudio se puede concluir que la calidad de vida y las actitudes hacia la vejez en los adultos laboralmente activos se asocian de forma positiva.

Además, la asociación entre la calidad de vida y las actitudes hacia la vejez es diferente según la característica sociodemográfica que los adultos laboralmente activos posean.

Igualmente la asociación entre las variables principales varía si los adultos laboralmente activos presentan alguna patología crónica.

De la misma forma la asociación entre las variables principales es distinta según la relación interpersonal que los adultos laboralmente activos tengan con AM.

De acuerdo al modelo de adaptación de Callista Roy, centrarse en la mejora de la CV a través de los aspectos de aquellos dominios que presenten menor puntaje en comparación con el resto, es la clave para el efectivo proceso de adaptación y el desarrollo de una actitud positiva en torno a la vejez. Por lo tanto, si se actúa de forma temprana en mejorar las actitudes hacia la vejez a través de la CV, se podrá lograr a futuro un envejecimiento saludable y activo.

## V. BIBLIOGRAFÍA

1. Who.int, Envejecimiento y ciclo de vida [sede Web]. Ginebra: who.int; 2015- [actualizada el 3 de octubre de 2015; acceso 6 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
2. Datos.bancomundial.org, Tasa de fertilidad, total (nacimientos por cada mujer) [sede Web]. Washington, DC: Datos.bancomundial.org; 2014- [actualizada el 14 de junio de 2016; acceso 26 de junio de 2016]. Disponible en: [http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN?cid=GPDes\\_11](http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN?cid=GPDes_11)
3. Datos.bancomundial.org, Esperanza de vida al nacer, total (años) [sede Web]. Washington, DC: Datos.bancomundial.org; 2013- [actualizada el 14 de junio de 2016; acceso 26 de junio de 2016]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN/countries/CL--XS?display=graph>
4. Luco L, Santander S, Velasco J, Mestanza M, Froimovich K, Herrera P, Bustos C, Retamal M, Benavides X, Burdiles P, Castillo K, Contreras P, Piriz C, Pontoni P, Escobar M, Leyton B, López A, Vargas I, Rosales J, Rozas M, San Martín A, Soto T, Valenzuela R, Zuleta C, et al. Programa nacional de salud de las personas adultas mayores. [monografía en Internet]. Chile: Ministerio de Salud; 2014 [acceso 6 de octubre de 2015]. Disponible en: [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%202004-03\\_14.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%202004-03_14.pdf)
5. Castillo C, Alanis T, Clark X. Estadísticas vitales, anuario 2013. [monografía en Internet]. Chile: Comité nacional de estadísticas vitales; 2015 [acceso 22 de mayo de 2016]. Disponible en: [http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario\\_de\\_publicaciones/pdf/completa\\_vitales\\_2013.pdf](http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/completa_vitales_2013.pdf)
6. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Reportes estadísticos comunales [sede web]. Chile: reportescomunales.bcn.cl; 2012 [acceso el 10 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://reportescomunales.bcn.cl/2012/index.php/Chill%C3%A1n>
7. Who.int, Envejecimiento [sede Web]. Ginebra: who.int; 2015- [actualizada el 8 de septiembre de 2015; acceso 6 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
8. Urzua A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Ter Psicol [Internet] 2012-[acceso 26 de junio de 2016], pp.61-71. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000100006&script=sci\\_arttext#top](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000100006&script=sci_arttext#top)

9. Milan J. Envejecimiento y calidad de vida. RGE [revista en Internet] 2011. [acceso 16 de octubre de 2015]; 20(ex). Disponible en:  
[http://www.usc.es/econo/RGE/Vol20\\_ex/castelan/art5c.pdf](http://www.usc.es/econo/RGE/Vol20_ex/castelan/art5c.pdf)
10. Dulcey E, Ardila R. Actitudes hacia los ancianos. Rev Latinoam Psicol [Internet] 1976. [acceso 12 de noviembre de 2015]; 8(1). Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80580106>
11. Datos.bancomundial.org, Población entre 15 y 64 años de edad (% del total) [sede Web]. Washington, DC: Datos.bancomundial.org; 2015- [actualizada el 14 de junio de 2016; acceso 26 de junio de 2016]. Disponible en:  
<http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.1564.TO.ZS?display=graph>
12. Datos.bancomundial.org, Población de 65 años de edad y más (% del total) [sede Web]. Washington, DC: Datos.bancomundial.org; 2014- [actualizada el 14 de junio de 2016; acceso 26 de junio de 2016]. Disponible en:  
<http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS?display=graph>
13. Wdi.worldbank.org, World Development Indicators: population dynamics [sede Web]. Washington, DC: wdi.worldbank.org; 2014- [actualizada el 14 de junio de 2016; acceso 26 de junio de 2016]. Disponible en: <http://wdi.worldbank.org/table/2.1>
14. Datos.bancomundial.org, Población activa, total [sede Web]. Washington, DC: Datos.bancomundial.org; 2013- [actualizada el 14 de junio de 2016; acceso 26 de junio de 2016]. Disponible en:  
[http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN?cid=GPDes\\_11](http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN?cid=GPDes_11)
15. Hogg MA, Vaughan GM. Actitudes. En: Alcocer A, editor. Psicología Social. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. pág. 147-187.
16. Moore AW. Mejorando nuestra habilidad para capacitar. [monografía en Internet]. Washington, DC: Departamento del Interior de los Estados Unidos de América; 1993 [acceso 13 de noviembre de 2015]. Disponible en:  
<https://www.nps.gov/oia/mod%20a.pdf>
17. Castellano C, Negrodo A. Estereotipos viejistas en ancianos: actualización de la estructura factorial y propiedades psicométricas de dos cuestionarios pioneros. Rev Int Psicol Ter Psicol [revista en Internet] 2010. [acceso 19 de noviembre de 2015]; 10(2). Disponible en: <http://www.ijpsy.com/volumen10/num2/261/estereotipos-viejistas-en-ancianos-actualizaci-ES.pdf>
18. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Cienc. enferm. [Internet]. 2003 diciembre [acceso 19 de noviembre de 2015]; 9(2).

Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es)

19. Martínez C, Pérez V, Roselló A, Brito G, Gil M. La fragilidad: un reto a la atención geriátrica en la APS. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]. 2005 abril [acceso 21 de noviembre de 2015]; 21(1-2). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252005000100002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100002&lng=es)

20. Jürschik P, Escobar M, Nuin C, Botigué T. Criterios de fragilidad del adulto mayor. Estudio piloto. Aten Primaria [revista en Internet] 2011 abril. [acceso 19 de noviembre de 2015]; 43(4). Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656710002064>

21. Stefani D, Rodríguez N. Actitudes hacia la vejez y nivel socioeconómico. Rev Latinoam Psicol [revista en Internet] 1988. [acceso 23 de noviembre de 2015]; 20(2). Disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/805/80520204.pdf>

22. Rivera A, Montero M, González A, Sánchez J. Escala de ansiedad ante el envejecimiento de Lasher y Faulkender: Propiedades psicométricas en adultos mayores mexicanos. Salud Ment (Mex) [revista en Internet] 2007 julio-agosto. [acceso 25 de noviembre de 2015]; 30(4). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58230408.pdf>

23. Gonzáles K, Llacho M, Cardenas C, Soto M, Mucho K, Chino B, Abarca J, Vázquez R. Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores de Arequipa. Revista Chilena de Neuropsicología [revista en Internet] 2008. [acceso 27 de noviembre de 2015]; 3(1). Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179317752002>

24. Rodríguez N. Factores que influyen sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos. Psicología y Psicopedagogía. USAL [revista en internet]. 2007 Septiembre. [acceso 25 de noviembre de 2015]; 6(17). Disponible en:

[http://www.usal.edu.ar/archivos/psico/otros/factores\\_que\\_influyen\\_sobre\\_la\\_calidad\\_de\\_vida.pdf](http://www.usal.edu.ar/archivos/psico/otros/factores_que_influyen_sobre_la_calidad_de_vida.pdf)

25. Martina M, Gutiérrez C, Mejía M, Terukina R. Percepción del estudiante de medicina de una universidad pública acerca del docente adulto mayor y del adulto mayor en general. UNMSM [revista en internet]. 2014. [acceso 25 de noviembre de 2015]; 75(3). Disponible en:

<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/9777/8631>

26. Thorpe A. Attitudes to Ageing: Relationships with Health and Health Behaviours at Midlife [tesis doctoral]. Otago: Otago University Research Archive; 2014.

<https://ourarchive.otago.ac.nz/bitstream/handle/10523/5526/ThorpeAnnaM2014PhD.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

27. Arnold M, Thumala D, Urquiza A, Ojeda A. La vejez desde la mirada de los jóvenes chilenos: estudio exploratorio. Última década [revista en Internet] 2007. [acceso 12 de noviembre de 2015]; (27): pág 75-91. Disponible en:

<http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/121593>

28. Jensen F, Vogel N. [sede web]. Facso U. de Chile [acceso 12 de octubre de 2015].

Disponible en: <http://www.facso.uchile.cl/observa/16.pdf>

29. Cardona J, Higuera L. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. Rev Cubana Salud Pública [revista en internet] 2014.

[acceso 14 de octubre de 2015]; 40(2). Disponible en:

[http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol40\\_2\\_14/spu03214.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol40_2_14/spu03214.htm)

30. Urzúa M. A, Caqueo A. Estructura factorial y valores de referencia del WHOQoL-Bref en población adulta chilena. Revista médica de Chile [revista en internet] 2013 Diciembre. [acceso el 14 de octubre de 2015]; 141(12). Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872013001200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872013001200008&script=sci_arttext)

31. Espinoza I, Osorio P, Torrejón M, Lucas-Carrasco R, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. Revista médica de Chile [revista en internet] 2011 Mayo. [acceso 14 de octubre de 2015]; 139(5).

Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000500003)

[98872011000500003](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000500003)

32. Hollander E, Alport G, Young K, Flügel J. Psicología de las actitudes. Buenos Aires: Paidós; 1977. pág. 9

33. Alport G. La personalidad. Barcelona: Herder; 1973. pág. 412, 550-553.

34. Hollander E. Principios y métodos de psicología social. Buenos Aires: Amorrortu; 1968. pág. 147, 96.

35. Kimball Y. Psicología de las actitudes. Buenos Aires: Paidós; 1977. pág. 9.

36. Kimball Y. Psicología de las actitudes. Buenos Aires: Paidós; 1977. pág. 153-155, 169-170.

37. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Cienc. enferm [revista en internet] 2003 Diciembre [acceso 16 de octubre de 2015]; 9(2).

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>

38. Fernández-Mayoralas G, Pérez F. Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. Territoris [revista en internet] 2005 [acceso 16 de mayo de 2016]; N° 5: pág. 117-135. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/Territoris/article/viewFile/117017/147939>
39. Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Ter Psicol [revista en internet] 2012 abril. [acceso 6 de junio de 2016]; 30(1). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000100006&script=sci_arttext)
40. Hörnquist J. Quality of life: concept and assessment. Scand J Public Health [revista en internet] 1990 marzo. [acceso 6 de junio de 2016]; 18(1): pág. 69-79. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2320980>
41. Oppong J, Ironside R, Kennedy L. Perceived Quality of Life in a Centre-Periphery Framework. Social Indicators Research [revista en internet] 1988 Diciembre. [acceso 7 de junio de 2016]; 20(6): p605-620. Disponible en: <http://moscow.sci-hub.bz/900dba52c2cbba8060c8481a2159a489/10.2307%4025427017.pdf>
42. Kimura M, Silva J. Índice de calidad de vida de Ferrans y Powers. Rev. Esc. Enferm. USP [revista en internet] 2009. [acceso 6 de junio de 2016]; 43: pág. 1098-1104. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/en\\_a14v43ns.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/en_a14v43ns.pdf)
43. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Rev Med Chile [revista en internet] 2010 marzo. [acceso 6 de junio de 2016]; 138(3): pág. 358-365. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872010000300017](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300017)
44. Skevington S, Lotfy M, O'Connell K. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. Quality of Life Research [revista en internet] 2004 marzo. [acceso 6 de junio de 2016]; 13: pág. 299-310. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.463.2578&rep=rep1&type=pdf>
45. Division of mental health and prevention of substance abuse- WHO. WHOQOL: measuring quality of life. [monografía en internet]. Geneva : World Health Organization; 1997 [acceso 24 de mayo de 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)
46. Jenney ME, Campbell S. Measuring quality of life. Archives of Disease in Childhood [revista en internet] 1997 octubre. [acceso 25 de mayo de 2016]; 77(5). Disponible en: <http://adc.bmj.com/content/77/4/347.long>

47. Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. Barcelona: Elsevier; 2014. pág. 299-300.
48. Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. Barcelona: Elsevier; 2011. pág. 339-356.
49. Andrades Barrientos L, Valenzuela Suazo S. Factores asociados a calidad de vida de enfermeras hospitalarias chilenas. Rev. Latino-Am. Enfermagem [revista en Internet]. 2007 Junio [acceso 18 de Junio de 2016]; 15(3): pág 480-86. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000300018&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000300018&script=sci_arttext&tlng=es)
50. Hernández Cortés PL. Actitud hacia el propio envejecimiento, funcionalidad y discapacidad [Tesis]. 2010 [acceso 10 de Junio de 2016]. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/5645/1/1080192142.PDF>
51. Assalvi Rios K, Aparecida Barbosa D, Silva Belasco AG. Evaluación de la calidad de vida y de la depresión de técnicos y auxiliares de enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem [revista en Internet]. 2010 Mayo-Junio [acceso 10 de Junio de 2016; 18(3). Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_17.pdf)
52. Flores Robaina N, Jenaro Río C, González-Gil F, García-calvo M. Análisis de la calidad de vida laboral en trabajadores con discapacidad. Zerbtizuan: Revista de Servicios Sociales [revista en Internet]. 2010 Junio [acceso 21 de Junio de 2016];(47): pág. 95-107. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11181/2796>
53. Arreguin Sánchez L, Morales Rodriguez MC, de la Luz Bonilla M, Soriano y Sotomayor MM, Tialpan Hernández RMT, Pérez Badillo V. Incertidumbre y calidad de vida en mujeres y hombres afectados por cáncer. Revista Enfermería: Cuidado Humanizados [revista en Internet]. 2012 Diciembre [acceso 16 de Junio de 2016]; 1(2): pág. 77-83. Disponible en: <http://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/829>
54. Top M, Eris H, Kabalcioglu F. Quality of Life (QOL) and Attitudes Toward Aging in Older Adults in Sanliurfa, Turkey. Research on Aging [revista en Internet]. 2012 Julio [acceso 12 de Noviembre de 2015]; 35(5): pág. 533-62. Disponible en: <http://roa.sagepub.com/content/35/5/533>
55. Janečková H, Dragomirecká E, Holmerová I, Vaňková H. The attitudes of older adults living in institutions and their caregivers to ageing. Cent Eur J Public Health [revista en Internet]. 2013 Junio [acceso 18 de Marzo de 2015]; 21(2): pág 63-71. Disponible en: <http://apps.szu.cz/svi/cejph/archiv/2013-2-01-full.pdf>

56. Low G, Molzahn AE, Schopflocher D. Attitudes to aging mediate the relationship between older peoples' subjective health and quality of life in 20 countries. *Health and Quality of Life Outcomes* [revista en Internet]. 2013 Agosto [acceso 20 de Junio de 2016]. 11(146). Disponible en <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-11-146>
57. Abrams D, Swift HJ, Lamont RA, Drury. The barriers to and enablers of positive attitudes to ageing and older people, at the societal and individual level. Foresight, Government Office for Science (Reino Unido) [monografía en Internet]. 2015 [acceso 20 de Abril de 2016]. Disponible en: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/454735/gs-15-15-future-ageing-attitudes-barriers-enablers-er06.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/454735/gs-15-15-future-ageing-attitudes-barriers-enablers-er06.pdf)
58. Kishita , Fisher P, Laidlaw K. What are the attitudes of different age groups towards contributing and benefitting from the wider society and how are these experienced by individuals in those age groups? Looking forward to 2025 and 2040, how might these evolve?. Foresight, Government Office for Science (Reino Unido) [monografía en Internet]. 2015 [acceso 12 de Abril de 2016]. Disponible en: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/454795/gs-15-16-future-ageing-attitudes-psychological-er07.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/454795/gs-15-16-future-ageing-attitudes-psychological-er07.pdf)
59. Top M, Dikmetas E. Quality of life and attitudes to ageing in Turkish. *Health Expectation* [revista en Internet]. 2012 Diciembre [acceso 16 de Marzo de 2016]; 18: pág 288-300. Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hex.12032/pdf>
60. Servicio Andaluz de Salud. Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF, Anexo 3.1 de "Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento marco" [Internet]. 2010 [acceso 16 de Marzo de 2016]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/426/pdf/Anexo\\_3-1\\_WHOQOL-BREF.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/426/pdf/Anexo_3-1_WHOQOL-BREF.pdf)
61. WHOQOL-group. WHOQOL-BREF Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment [Internet]. 1996 [acceso 12 de Junio de 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf)
62. Laidlaw K, Power MJ, Schmidt S. The attitudes to ageing questionnaire (AAQ): development and psychometric properties. *International Journal of Geriatric Psychiatry* [revista en internet]. 2006 Octubre; 22(4): pág 367-79. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/6743344\\_The\\_Attitudes\\_to\\_Ageing\\_Questionnaire\\_AAQ\\_Development\\_and\\_psychometric\\_properties](https://www.researchgate.net/publication/6743344_The_Attitudes_to_Ageing_Questionnaire_AAQ_Development_and_psychometric_properties)

63. Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana [internet]. Ley 20.120/07 de Septiembre 2006. Ministerio de salud; subsecretaría de salud pública. 22 de Junio de 2006. Disponible en:  
<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=253478&idParte=0&idVersion=&r=4>
64. World Medical Association. Declaración de Helsinki de la asociación medica mundial: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet].; 1982 [actualizada Octubre 2008; acceso 10 de Noviembre de 2015]. Disponible en:  
[http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c\\_es.pdf](http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf).
65. Ortiz I. Situación ocupacional de los jóvenes egresados de la educación media: comparación entre los egresados de la formación técnico-profesional y la humanista-científica. Estud pedagóg [revista en Internet]. 2011 [acceso 24 de Junio de 2016]; 37(2). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-07052011000200011#n4](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052011000200011#n4)
66. Sanz Guajardo D, López Gómez JM, Jofre R, Fort J, Valderrábano F, Moreno F, et al. Diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud entre hombres y mujeres en tratamiento en hemodiálisis. Revista Nefrología [revista en internet]. 2004 Marzo 26 [acceso 12 de Junio de 2016]; 24(2): pág. 167. Disponible en:  
<http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefroplus-articulo-diferencias-calidad-vida-relacionada-con-salud-entre-hombres-mujeres-tratamiento-X0211699504016783>
67. Azpiazu Garrido M, Cruz Jentoft A, Villagrasa Ferrer JR, Abanades Herranz JC, García Marín N, Valero De Bernabé FA. Factores asociados a mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en mayores de 65 años. Revista Española de Salud Pública [revista en internet]. 2002 Noviembre-Diciembre; [acceso 16 de Junio de 2016] 76(6): pág. 683-699. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v76n6/v76n6a05.pdf>
68. González J, Yentzen G, Alvarado R. Calidad de vida en usuarias del programa de tratamiento de la depresión en atención primaria. Revista Chilena de Salud Pública [revista en internet]. 2015 [acceso 16 de Junio de 2016]; 9(3): pág. 146-153. Disponible en:  
<http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/20152/21316>
69. Cortés Mayor S. Percepción del estado de salud de los habitantes de las comunas de Cali: una perspectiva desde la encuesta del empleo y calidad de vida Cali 2012-2013 [Tesis]. Cali: Universidad del Valle, Facultad de ciencias sociales y económicas, Programas de economía [Internet]; 2014. Disponible en:  
<http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/8169/1/0508788-P-E-15.pdf>
70. Reyes Camjeo T, Triana Alvarez E , Matos Perez N, Acostas Sariego JR. Salud en la Tercera Edad y Calidad de Vida. Revista Electrónica Geriatria Gerontología. 2002 [acceso 5

de Junio de 2016]; 4(1) Disponible en

<http://%20www.geriatrianet.com/6/periodo%206//geriatriarticulo%20htm/>

71. Urzúa A. Calidad de Vida y Factores Biopsicosociales en Patologías Médicas Crónicas. Revista Ter Psicol [revista en internet]. 2008 Diciembre [acceso 16 de Junio de 2016]; 26(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000200007>

72. Martín de Villodres PC, Hueso Montoro C, Pleguezuelos Navarro H, Balanza Galindo S, Merino Torres MA, Merino Torres JR. Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores del área medioambiental. Revista Medicina y Seguridad del Trabajo [revista en internet]. 2012 Enero-Marzo [acceso 21 de Junio de 2016] ; 58(226). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2012000100005>

73. Andrades Barrientos L, Valenzuela Suazo S. Factores asociados a calidad de vida de enfermeras hospitalarias chilenas. Revista Latino-Americana de Enfermería [revista en internet]. 2007 Junio [acceso 21 de Junio de 2016]; 15(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000300018>

74. Assalvi Rios , Aparecida Barbosa D, Silva Belasco G. Evaluación de la calidad de vida y de la depresión de técnicos y auxiliares de enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem [revista en internet]. 2010 Mayo-Junio [acceso 16 de Junio de 2016]; 18(3). Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_17.pdf)

75. Proyecto Araucaria. Riesgos psicosociales y salud mental de trabajadores y trabajadoras del sector salud en Chile. [Internet].; 2012 [actualizada 27 de Junio 2013; acceso 22 de Junio de 2106]. Disponible en: <http://www.proyectoarucaria.cl/documentos/20130627103555Riesgos%20psicosociales%20y%20salud%20mental%20de%20trabajadores%20y%20trabajadoras%20del%20sector%20salud%20en%20Chile.pdf>

76. Urzúa A, Vega M, Jara A, Trujillo S, Muñoz R. Calidad de vida percibida en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. Revista Terapia Psicologica [revista en internet]. 2015 Julio [acceso 21 de Junio de 2016]; 33(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200008>

77. Cardonas Arias JA, Ospina-Franco LC, Eljualde-Alzamora AP. Validez discriminante, convergente/divergente, fiabilidad y consistencia interna del WHOqol-Bref y el Mossf-36 en adultos sanos de un municipio colombiano. Revista Facultad nacional de Salud Pública [revista en internet]. 2015 Febrero 1 [acceso 22 de Junio de 2016]; 33(1): pág. 50-57. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v33n1/v33n1a07.pdf>

78. Urzúa M A, Cortés K, Maita C, Osorio K, Caqueo-Urizar A. La valoración de la importancia en el autoreporte de calidad de vida en la adultez. Revista Médica de Chile

[revista en internet]. 2013 Octubre [acceso 22 de Junio de 2016]; 141(8): pág. 1010-1018. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v141n8/art07.pdf>

79. Gil Barreiro M, Trujillo Grás O. Estereotipos hacia los ancianos. Revista Cubana de Medicina General Integral [revista en internet]. 1997 Enero-Febrero [acceso 22 de Junio de 2016]; 13(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251997000100006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000100006)

80. Hernández-Pozo, M. R., Torres, M., Coronado, O., Herrera, A., Castillo, P., y Sánchez, A. Actitudes negativas hacia la vejez en población mexicana: Aspectos psicométricos de una escala. Revista Evaluación en Psicogerontología. [revista en internet]. 2009 [acceso 14 de Noviembre de 2015]. Disponible en: [https://www.academia.edu/6384165/Actitudes\\_negativas\\_hacia\\_la\\_vejez\\_en\\_poblaci%C3%B3n\\_mexicana\\_Aspectos\\_psicom%C3%A9tricos\\_de\\_una\\_escala](https://www.academia.edu/6384165/Actitudes_negativas_hacia_la_vejez_en_poblaci%C3%B3n_mexicana_Aspectos_psicom%C3%A9tricos_de_una_escala)

81. Montorio I. Actitudes hacia las personas mayores y discriminación basada en la edad. Revista Multi Geron [revista en internet]. 1998 junio [acceso 21 de Junio de 2016]; 8(1): pág. 21-30. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2834648>

82. Sánchez Palacios C. Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas [tesis doctoral]. Málaga: Universidad de Málaga Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación; 2004 [acceso 22 de Junio 2016]. Disponible en: <http://www.biblioteca.uma.es/bbl/doc/tesisuma/16704046.pdf>

83. Covi Druetta M. Jóvenes, migraciones digitales y brecha tecnológica. Rev. mex. cienc. polít. soc [revista en internet]. 2010 Mayo-Agosto [acceso 22 de Junio 2016]; 52(209). Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-19182010000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-19182010000200008&script=sci_arttext)

84. SENAMA. Envejecimiento: Mitos y realidades. Ser Mayor: Aprender a vivir la madurez [revista en internet]. 2012 Agosto [acceso 20 de Junio 2016]; 2(9). Disponible en <http://www.senama.cl/filesapp/AgostoSerMayor%20Mitos.pdf>

85. Who.int, La actividad física en los adultos mayores [sede Web]. Ginebra: who.int; 2016- [actualizada 5 de Junio 2016; acceso 12 de Junio 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_olderadults/es/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/es/)

86. Sánchez Palacios C. Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas [tesis doctoral]. Málaga: Universidad de Málaga Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación; 2004. Disponible en: <http://www.biblioteca.uma.es/bbl/doc/tesisuma/16704046.pdf>.

87. Ruíz JFM. Los factores definitorios de los grandes grupos de edad de la población: tipos, subgrupos y umbrales. *Geo Crítica/Scripta Nova* [revista en Internet]. 1 de junio de 2005 [acceso 20 de Octubre de 2015]. 9(190). Disponible en: <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-190.htm>
88. De las pruebas del Estado Civil. Artículo 304 del Código Civil/2000 de 30 de Mayo. Chile. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=172986#3040>
89. Ministerio de Desarrollo Social. Indicadores de Caracterización Social: Glosario [Internet]. Chile. [acceso 20 de Octubre de 2015]. Disponible en: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/indicadores/glosario.php>
90. Casen. Nivel Socioeconómico: Quintiles [Internet]. Mineduc: Ayuda Mineduc. [Actualizado Diciembre de 2015; acceso 20 de Octubre de 2015]. Disponible en: <https://www.ayudamineduc.cl/Temas/Detalle/aee0363b-2e29-e211-8986-00505694af53>
91. Instituto Nacional de Estadísticas [Internet]. Ine.cl; 2011 [acceso 18 de Octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/>
92. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades Crónicas [Internet]. OMS; [actualizado el 2016; acceso 20 de Noviembre de 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)
93. DeCS. Relación interpersonal [Internet]. Biblioteca virtual en salud. 2015- [actualizada en Marzo de 2016; acceso 16 de Octubre de 2015]. Disponible en: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/#1>

## VI. ANEXOS

### 1. CONCEPTOS DE VARIABLE

#### Variable Dependiente

	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>
<b>Actitudes hacia la vejez (AAQ)</b>	Un estado mental y nervioso de preparación, organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con los que está relacionada (15).	Cuestionario es autoreportado, y consta de 24 reactivos con la finalidad de evaluar la percepción personal al propio envejecimiento, se usó una versión depurada de 12 reactivos. Cuestionario de tipo Likert de 5 puntos, con actitud más negativa para puntuaciones más bajas y actitud más positiva para puntuaciones más elevadas. (55)

**Variable Independiente**

	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>
<b>Calidad de vida</b>	Se puede caracterizar cada una de las facetas de la calidad de la vida definidas por la OMS como una descripción de una conducta, un estado, una capacidad o un potencial o una percepción o experiencia subjetivas (39).	WHOQOL-BREF (Cuestionario de calidad de vida), tiene 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente. Puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida. Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 5 opciones de respuesta (29).

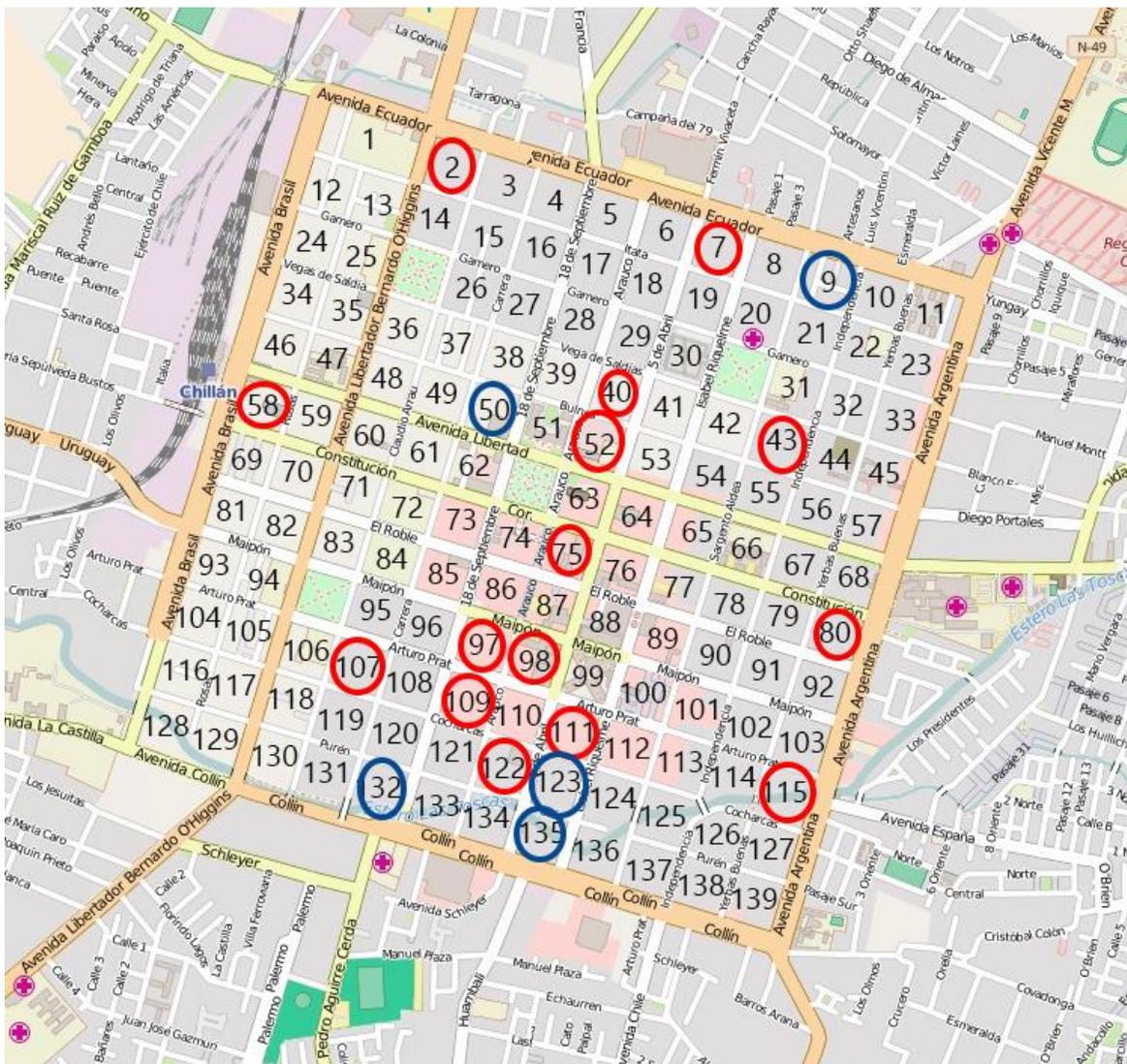
**Covariables**

<b>Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>																		
<b>Edad</b>	Del lat. aetas, -ātis. Tiempo que ha vivido una persona (RAE).	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Adulto joven (20-39 años).</li> <li>✓ Adulto medio (40-59 años) (90).</li> </ul>																		
<b>Sexo</b>	Del lat. sexus. Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas (RAE).	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masculino</li> <li>✓ Femenino</li> </ul>																		
<b>Estado civil</b>	“El estado civil es la calidad de un individuo, en cuanto le habilita para ejercer ciertos derechos o contraer ciertas obligaciones civiles.” (91)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Con compromiso: Casados o en unión libre.</li> <li>✓ Sin compromiso: Solteros, divorciados, viudos, separados.</li> </ul>																		
<b>Ingreso Per cápita</b>	Razón entre el ingreso total del hogar y el número de personas que constituyen ese hogar (92).	<p>Tabla de quintiles (93)</p> <p>Quintil Promedio de Ingreso</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>71.788</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>71.789</td> <td>120.229</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>120.230</td> <td>184.909</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>184.910</td> <td>337.775</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>337.776</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>		Desde	Hasta	1	0	71.788	2	71.789	120.229	3	120.230	184.909	4	184.910	337.775	5	337.776	-
	Desde	Hasta																		
1	0	71.788																		
2	71.789	120.229																		
3	120.230	184.909																		
4	184.910	337.775																		
5	337.776	-																		
<b>Nivel educacional</b>	Es un tipo de enseñanza que involucra ciertos aprendizajes ordenados en una gradiente de complejidad (94).	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sin estudios</li> <li>✓ Básico</li> <li>✓ Medio</li> <li>✓ Superior</li> </ul>																		

<p><b>Patologías crónicas</b></p>	<p>Corresponden a enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta (95).</p>	<p>✓ Sí ¿Cuál? ✓ No</p>
<p><b>Relación(es) Interpersonal(es) con adulto mayor.</b></p>	<p>Interacción recíproca de dos o más personas, en éste caso, con un adulto mayor (96).</p>	<p>✓ Cercana ✓ Lejana</p>

## 2. MAPA DEL CENTRO DE CHILLÁN.

A continuación se muestra el mapa del centro de la ciudad de Chillán, con las numeraciones de las manzanas y la selección aleatoria de éstas para la muestra.



### 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado participante:

Quienes suscriben, Sara Elizabeth Burdiles Aguirre Rut: 18.161.183-9, Jhannson Guillermo Gutiérrez Pinilla Rut: 19.549.174-7, Manuel Francisco Riquelme Acuña Rut: 18.490.067-K, Daniela Paz Muriel Román Figueroa Rut: 18-498.607-8, Estudiantes de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, están realizando una investigación titulada: Asociación entre la calidad de vida y actitudes hacia la vejez de adultos laboralmente activos, Chillán 2016.

El objetivo de este estudio es establecer asociación entre la calidad de vida de los adultos y las actitudes hacia la vejez.

Usted ha sido seleccionado para participar en esta investigación, la cual consiste en responder, por una vez, un cuestionario sobre Calidad de Vida (WHOQOL-BREF) y un Cuestionario de Actitudes hacia la vejez (AAQ) y una Encuesta de Caracterización Sociodemográfica. Esto le tomara aproximadamente 15 minutos.

La participación en este estudio es voluntaria. La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad. Su nombre no será utilizado y la información será sólo almacenada por los investigadores en dependencias institucionales, no existiendo copias de ésta. Esta información sólo será utilizada en esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación, por tanto, serán anónimas. Las publicaciones que se generen de esta investigación serán anónimas no incluirán nombres ni datos personales de los participantes.

Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para su participación en cualquier momento, y esto NO supondrá ninguna consecuencia ni pérdida de derecho de salud.

El estudio no conlleva ningún riesgo para su salud ni recibe ningún beneficio. No recibirá compensación por participar. Los resultados grupales estarán disponibles en la Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, si así desea solicitarlos. Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar con la profesora Juana Elena Cortés Recabal, teléfono de la carrera 042-2-463133 o al correo [jcortes@ubiobio.cl](mailto:jcortes@ubiobio.cl).

Este consentimiento se firmará en dos ejemplares, quedando uno en poder del participante.

Agradeciendo su participación, le saluda atentamente,

Sara Elizabeth Burdiles Aguirre  
Jhannson Guillermo Gutiérrez Pinilla  
Manuel Francisco Riquelme Acuña  
Daniela Paz Muriel Román Figueroa

## ACEPTACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_, he leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de los tesis Sara Elizabeth Burdiles Aguirre, Jhannson Guillermo Gutierrez Pinilla, Manuel Francisco Riquelme Acuña, Daniela Paz Muriel Román Figueroa, sobre Asociación entre calidad de vida y actitudes hacia la vejez de adultos laboralmente activos, Chillán 2016. He recibido copia de este consentimiento.

\_\_\_\_\_

Firma participante

\_\_\_\_\_

Nombre y apellidos de quién toma el CI

Chillán, \_\_\_/\_\_\_/2016

#### 4. ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

La información que usted nos entregue se mantendrá confidencial, anónima y los datos obtenidos sólo serán de uso académico, teniendo acceso sólo quienes realizarán el estudio.

Marque con una X en los recuadros correspondiente a cada pregunta y rellene las líneas con la información que se le solicite.

##### I.- Antecedentes personales.

I.1. Sexo: Femenino  Masculino  Edad: \_\_\_\_\_ años (cumplidos)

I.2. Estado civil:

Con compromiso: Casado/a  Unión libre

Sin compromiso: Soltero/a  Divorciado/a  Viudo/a  Separado/a

I.3. Nivel educacional:

Sin estudios  E. Básica  E. Media  E. Superior

##### II.- Relación con un Adulto Mayor:

Cercana  Lejana  No tiene

##### III.- Antecedentes mórbidos:

III.1. Ninguna

III.5. EPOC

III.2. Hipertensión arterial

III.6. Asma

III.3. Diabetes

III.7. Enfermedad Renal Crónica

III.4. Dislipidemia

III.8. Obesidad

III.9. Otro ¿Cuál?: \_\_\_\_\_.

**IV.- Antecedentes laborales.**

IV.1. ¿Cuánto tiempo lleva en su trabajo actual?: \_\_\_\_\_Años      \_\_\_\_\_Meses

IV.2. ¿Cuál es el quintil al cual usted Pertenece? De no conocerlo, continúe en la siguiente pregunta.

Quintil I     Quintil II     Quintil III     Quintil IV     Quintil V

IV.3. ¿Cuántas personas constituyen su hogar? \_\_\_\_\_Personas

IV.4. ¿Cuál es el ingreso total en su hogar en promedio aproximado durante un mes normal?

\_\_\_\_\_Pesos chilenos.

## 5. CUESTIONARIO WHOQOL-BREF

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 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 últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

EDAD:

SEXO:

### 1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

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

### 2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?

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

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

### 3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

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

### 4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

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

**5. ¿Cuánto disfruta de la vida?**

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

**6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?**

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

**7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?**

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

**8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?**

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

**9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?**

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

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

**10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?**

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

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

**16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?**

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

**17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?**

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

**18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?**

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

**19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?**

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

**20 ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?**

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

**21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?**

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

**22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?**

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

**23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?**

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

**24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?**

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

**25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?**

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

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

**26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?**

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

## 6. CONVERSION DE PUNTUACIONES DEL CUESTIONARIO WHOQOL-BREF

Método de conversión de las puntuaciones directas a las puntuaciones transformadas.

Dominio 1		
Puntajes brutos	Puntajes transformados	
	4-20	0-100
7	4	0
8	5	6
9	5	6
10	6	13
11	6	13
12	7	19
13	7	19
14	8	25
15	9	31
16	9	31
17	10	38
18	10	38
19	11	44
20	11	44
21	12	50
22	13	56
23	13	56
24	14	63
25	14	63
26	15	69
27	15	69
28	16	75
29	17	81
30	17	81
31	18	88
32	18	88
33	19	94
34	19	94
35	20	100

Dominio 2		
Puntajes brutos	Puntajes transformados	
	4-20	0-100
6	4	0
7	5	6
8	5	6
9	6	13
10	7	19
11	7	19
12	8	25
13	9	31
14	9	31
15	10	38
16	11	44
17	11	44
18	12	50
19	13	56
20	13	56
21	14	63
22	15	69
23	15	69
24	16	75
25	17	81
26	17	81
27	18	88
28	19	94
29	19	94
30	20	100

Dominio 3		
Puntajes brutos	Puntajes transformados	
	4-20	0-100
3	4	0
4	5	6
5	7	19
6	8	25
7	9	31
8	11	44
9	12	50
10	13	56
11	15	69
12	16	75
13	17	81
14	19	94
15	20	100

Dominio 4		
Puntajes brutos	Puntajes transformados	
	4-20	0-100
8	4	0
9	5	6
10	5	6
11	6	13
12	6	13
13	7	19
14	7	19
15	8	25
16	8	25
17	9	31
18	9	31
19	10	38
20	10	38
21	11	44
22	11	44
23	12	50
24	12	50
25	13	56
26	13	56
27	14	63
28	14	63
29	15	69
30	15	69
31	16	75
32	16	75
33	17	81
34	17	81
35	18	88
36	18	88
37	19	94
38	19	94
39	20	100
40	20	100

### 7. CUESTIONARIO DE ACTITUDES A LA VEJEZ (AAQ)

Nos interesa saber lo que usted piensa de esta etapa de la vida, usted leerá unas frases y dirá que tan mentira o verdad es lo que dice. Lea las siguientes frases y marque con una (X) si es “algo verdad”, “totalmente verdad”, “algo mentira” o “totalmente mentira”, según lo que usted piense, si no tiene una respuesta para lo que dice la frase, entonces marque “indeciso”. No hay respuestas correctas ni tampoco incorrectas.

Frases	Mentira		¿?	Verdad	
	Totalmente mentira	Algo Mentira		Algo Verdad	Totalmente Verdad
1. Los adultos mayores están interesados en las nuevas tecnologías					
2. Es un privilegio llegar a viejo					
3. La edad avanzada es una época de soledad					
4. La sabiduría viene con la edad					
5. Hay muchas cosas agradables acerca del envejecimiento					
6. La edad avanzada es una etapa depresiva					
7. Es importante hacer ejercicio a cualquier edad					
8. Las capacidades y habilidades disminuyen con la edad					
9. La edad avanzada es una etapa de enfermedad					
10. Uno es tan viejo como él o ella lo sienta					

11. A medida que las personas envejecen están en mejores condiciones de hacer frente a la vida					
12. Los adultos mayores están interesados en el amor					

### 8. CARTA GANTT

Carta Gant	2015				2016				
	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Identificación del problema.	X								
Revisión de la literatura sobre actitudes hacia la vejez.	X	X	X						
Realización estructura de tesis: Introducción, fundamentación, marco teórico y empírico, material y método.		X	X		X				
Entrega de anteproyecto de tesis.				X					
Contacto con empresas y negocios para solicitar y formalizar permisos para realizar estudio.					X	X			
Entrenamiento de entrevistadores.						X			
Aplicación de WHOQOL-BREF y AAQ.						X	X		
Entrada, depuración, análisis de datos.							X		
Redacción de resultados, discusión y conclusiones.							X	X	
Entrega de tesis terminada.								X	
Defensa de tesis.									X