

Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga y su área Metropolitana

Ana María Sarmiento Fernández
Cindy Marlen Escobar Bueno



Universidad Pontificia Bolivariana
Facultad de Psicología
Bucaramanga
2018

Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de
Bucaramanga y su área Metropolitana

Ana María Sarmiento Fernández

Cindy Marlen Escobar Bueno

Trabajo de grado para optar al título de Psicólogas

Asesora

Ara Mercedes Cerquera Córdoba

Universidad Pontificia Bolivariana

Facultad de Psicología

Bucaramanga

2018

*“Yo soy yo y tú eres tu
Yo no estoy en este mundo para cumplir tus expectativas y,
Tú no estás en este mundo para cumplir las mías.
Tú eres tú y yo soy yo.
Si en algún momento o en algún punto nos encontramos,
y coincidimos, es hermoso.
Sino, pocas cosas tenemos que hacer juntos.
Tu eres tú y yo soy yo”
(Fritz Perls)*

Quiero Agradecer en primer lugar, a Dios por haberme regalado el don de servir, por permitirme sentir su presencia en cada instante y darme muestras infinitas de su amor hacia mí. A mis padres y mi hermano, por darme una familia maravillosa, educarme en valores como la responsabilidad, la perseverancia, la humildad, el servicio y ser mis escuderos en el camino de este sueño llamado "psicología". A mis abuelas por ser ejemplo de mujeres, por dejarme ver el infinito poder del amor y la entrega desinteresada.

Al padre Hoover Cajicá Remolina, ejemplo a seguir, por permitirme aprender junto a él, por confiar en mis capacidades y ser compañía e impulso en este proceso. A Monseñor Primitivo Sierra Cano, quién un día en cabeza de la Universidad Pontificia Bolivariana creyó en mis sueños y me permitió ser parte de la familia Bolivariana. A mí docente y ejemplo a seguir la Doctora Ara Mercedes Cerquera por transmitirme su pasión por esta profesión y aportar sus múltiples conocimientos a mi formación.

A mi colega, amigo y cómplice Danilo Vallejo por regalarme su abrazo alentador, compañía, comprensión y escucha, pero ante todo por cada día impulsarme a ser la mejor versión de mí misma. A mi amiga y hermana por vocación Cindy Escobar por trabajar codo a codo en la realización de los pequeños y grandes retos que supone alcanzar este título.

A todos ustedes, ¡Gracias Totales!

Ana Maria Sarmiento Fernández

Agradezco a la vida y al universo infinito por brindarme la oportunidad de potenciar mis habilidades por medio de esta hermosa profesión junto con todas las personas que fueron participes en algún momento de mi proceso de formación como profesional.

A mi padre, figura de fortaleza y sacrificio por ser siempre la viga que ha soportado la estabilidad de mi familia desde la distancia y quien hizo posible mi preparación académica.

A mi madre, por sus incontables madrugadas, traspasadas y ser mi público en mis horas de cátedras, ensayos y exposiciones; apoyándome siempre en los momentos más difíciles de este camino.

A mi hermano, por ser mi ejemplo de dedicación académica y madurez tanto personal como profesional. Y, por último, pero no menos importante, a mi compañera, amiga y colega quien fue mi apoyo institucional y emocional durante el transcurso de los últimos cinco años.

A todos ellos, infinitas gracias hoy y siempre por hacer parte de mi existencia.

Cindy Marlen Escobar Bueno

Tabla de Contenido

Resumen General de Trabajo de Grado	10
General Summary of Work of Grade	11
Capítulo 1. Introducción	12
Capítulo 2. Justificación	15
Capítulo 3. Planteamiento del Problema	18
Capítulo 4. Objetivos	21
Capítulo 5. Marco Teórico.....	22
5.1 Envejecimiento y Vejez	22
5.2 Adulto Mayor Institucionalizado y no Institucionalizado.....	26
5.3 Calidad de Vida.....	27
Capítulo 6. Metodología	35
6.1 Diseño	35
6.2 Población.....	35
6.3 Muestra	35
6.4 Instrumentos.....	36
6.5 Consideraciones éticas	37
6.6 Procedimiento	38
Capítulo 7. Resultados	40
Capítulo 8. Discusion	57
Capítulo 9. Conclusiones	64
Capítulo 10. Recomendaciones	65
Referencias.....	66
Anexos	77

Lista de Tablas

Tabla 1. <i>Datos sociodemográficos sexo y estado civil</i>	40
Tabla 2. <i>Resultados Pregunta ¿Está enfermo actualmente?</i>	42
Tabla 3. <i>Resultados Pregunta ¿Cómo calificaría su calidad de vida?</i>	43
Tabla 4. <i>Resultados Dominio Salud Física.</i>	44
Tabla 5. <i>Puntajes en el dominio de salud física en relación con el sexo.</i>	45
Tabla 6. <i>Puntajes en el dominio de salud física en relación con el estado civil</i>	46
Tabla 7. <i>Puntajes en el dominio de salud psicológica en relación con el estado de institucionalización</i>	47
Tabla 8. <i>Puntajes en el dominio de salud psicológica en relación con el sexo</i>	48
Tabla 9. <i>Puntajes en el dominio de salud psicológica en relación con el estado civil.</i>	48
Tabla 10. <i>Respuestas a la pregunta ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos?</i> ...	49
Tabla 11. <i>Respuestas a la pregunta ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos? en relación con la institucionalización.</i>	50
Tabla 12. <i>Resultados Dominio Relaciones Interpersonales en relación a la institucionalización</i>	51
Tabla 13. <i>Resultados Dominio Relaciones Interpersonales en relación al sexo</i>	52
Tabla 14. <i>Resultados Dominio Relaciones Interpersonales en relación al estado civil.</i>	53
Tabla 15. <i>Resultados Dominio de Ambiente en relación con el estado de institucionalización</i>	54
Tabla 16. <i>Resultados Dominio Ambiente en relación al sexo.</i>	55
Tabla 17. <i>Resultados Dominio Ambiente en relación al estado civil</i>	56

Lista de figuras

<i>Figura 1.</i> Distribución de Institucionalizados y no Institucionalizados de acuerdo al Estado civil	39
<i>Figura 2.</i> Distribución de la respuesta a la pregunta ¿Esta enfermo actualmente? de acuerdo al estado de Institucionalización	40
<i>Figura 3.</i> Distribución de la respuesta a la pregunta ¿Esta enfermo actualmente? de acuerdo al sexo	41.

Lista de Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado para instituciones 775
Anexo 2. Consentimiento Informado Adultos Mayores no Institucionalizados 86
Anexo 3. Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF..... 87

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO:	Calidad de vida en adultos mayores institucionalizado y no institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga y su área Metropolitana
AUTOR(ES):	Ana Maria Sarmiento Fernández Cindy Marlen Escobar Bueno
PROGRAMA:	Facultad de Psicología
DIRECTOR(A):	Ara Mercedes Cerquera Córdoba

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo comparar la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga y su área Metropolitana, con un diseño no experimental de tipo cuantitativo, transaccional con alcance descriptivo-comparativo. Para ello, se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, obteniendo un grupo muestral de 236 adultos mayores de los cuales 118 residen en instituciones geriátricas de la ciudad de Bucaramanga y los municipios de Piedecuesta, Floridablanca y Girón; de igual manera participaron 118 adultos no institucionalizados que en su mayoría pertenecen a grupos de autoayuda de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana. Se empleó la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF, arrojando resultados en términos de las dimensiones (1) salud física; (2) salud psicológica; (3) relaciones interpersonales; (4) ambiente, logrando establecer diferenciaciones en términos de la institucionalización y variables sociodemográficas como el sexo y estado civil de los participantes. Por último, se concluye que son los adultos mayores no institucionalizados quienes registran una mejor calidad de vida en relación con los dominios evaluados.

PALABRAS CLAVE:

Adulto Mayor, Calidad de vida, Institucionalizados, No Institucionalizados

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Quality of life in institutionalized and non-institutionalized elder adults in the city of Bucaramanga and its Metropolitan Area

AUTHOR(S): Ana Maria Sarmiento Fernández
Cindy Marlen Escobar Bueno

FACULTY: Facultad de Psicología

DIRECTOR: Ara Mercedes Cerquera Córdoba

ABSTRACT

The objective of this study was to compare the quality of life of elder adults institutionalized and non-institutionalized in the city of Bucaramanga and its metropolitan area, with a non-experimental design of quantitative, transactional type with descriptive-comparative approach. For this, a not probabilistic sampling was carried out for convenience, obtaining a sample group of 236 elder adults was counted of which 118 reside in geriatric institutions of the city of Bucaramanga and the municipalities of Piedecuesta, Floridablanca and Girón; Also 118 non-institutionalized adults participated who mostly belong to self-help groups of the City of Bucaramanga and its metropolitan area. The WHOQOL-BREF quality of life scale was used, yielding results in terms of dimensions (1) physical health; (2) psychological health; (3) interpersonal relationships; (4) environment, achieving differentiation in terms of institutionalization and sociodemographic variables such as sex and civil state of the participants. Finally, it is concluded that it is the non-institutionalized older adults who register a better quality of life in relation to the evaluated domains.

KEYWORDS:

Elder Adult, Quality of Life, Institutionalized, Non-Institutionalized

Capítulo 1

Introducción

Pensar en la vejez supone en sí mismo contemplar la posibilidad de llegar al final de la línea de vida, por lo que es un pensamiento comúnmente evitado por hombres y mujeres. Sin embargo y con toda seguridad, cada ser humano sin ningún tipo de distinción tiene una gran probabilidad de llegar a esta etapa de la vida. Es por ello que, desde las diferentes áreas del conocimiento ha sido estudiada y definida de múltiples maneras; desde lo psicológico, se ha entendido como una etapa en la que, si bien se experimenta disminución de la capacidad cognitiva y funcional, se vivencia de igual manera la satisfacción por los logros y el camino recorrido a lo largo de la vida (Rodríguez, 2011) dicha satisfacción guarda directa relación con la calidad de vida experimentada por el adulto mayor.

Así pues, la definición múltiple y no consensuada de la calidad de vida en especial en esta etapa contempla la capacidad del individuo de satisfacer sus propias necesidades a través del bienestar en las diferentes áreas de su vida (Santiesteban, Pérez, Velázquez & García 2009); es por ello que, su evaluación supone el análisis de las condiciones objetivas y físicas pero también de las experiencias subjetivas y percepción de los individuos (Olivi, Fadda-Cori & Pizzi-Kirschbaum, 2015).

De acuerdo con lo anterior, el presente trabajo evidencia el estudio de la calidad de vida en dos grandes grupos de adultos mayores; por un lado, quienes residen de manera permanente en fundaciones u hogares geriátricos (Institucionalizados) que en Colombia se denominan Centros de Protección Social para el Adulto Mayor; seguidos de aquellos adultos que habitan en sus viviendas (No institucionalizados).

Las condiciones que demarcan la subdivisión de la población de adultos mayores en estos dos grandes grupos son variadas; Fernández- Ballesteros y Zamarrón (2000) afirman que la incapacidad de valerse por sí mismo y la soledad, son algunos de los motivos que impulsan al adulto a institucionalizarse. Sin embargo, siendo esta una decisión tomada por la familia o directamente por el adulto, el residir en una institución es un proceso que implica una serie de pérdidas y afecciones a nivel psicológico con el aumento de sentimientos de soledad y abandono; físicas con marcadores de fragilidad, pérdida de movilidad y desarrollo de enfermedades, entre otros (Zarragoitia como se citó Gutiérrez, Nieves & Ruiz, 2016).

Así pues, el lector podrá encontrar en este trabajo inicialmente la justificación y el planteamiento del problema, apartados en los que se hace especial énfasis en la importancia y aporte teórico del estudio realizado, por medio de un abordaje de la realidad colombiana respecto a este tema; seguidamente, se plantearán los objetivos que guiaron el proceder a lo largo de esta investigación.

Continuando con un abordaje teórico relacionado con los conceptos de vejez, envejecimiento, institucionalización y calidad de vida, haciendo una revisión específica de los estudios que guardan relación con los dominios evaluados por la escala de Calidad de vida WHOQOL-BREF, la cual fue implementada durante la investigación.

Posteriormente se plasmaron los resultados, estableciendo análisis de frecuencias en cada uno de los dominios (salud física, salud psicológica, relaciones interpersonales y ambiente) en términos no solo de institucionalización y no institucionalización sino también de variables sociodemográficas como el sexo y estado civil de los adultos pertenecientes a la muestra; así como también la comparación del perfil general de calidad de vida.

Para terminar, se discuten los resultados encontrados por dominios y del perfil general de calidad de vida de acuerdo con la teoría ya existente, para finalmente plantear las conclusiones de acuerdo con cada uno de los objetivos establecidos al inicio de la investigación, al igual que algunos aspectos relevantes a tener en cuenta en futuros trabajos relacionados con este tema.

Capítulo 2

Justificación

A lo largo del tiempo, se ha concebido de manera errónea la llegada a la vejez, considerándose como una etapa difícil a la que muchos le temen, puesto que se cree que está necesaria y únicamente determinada por la edad, desconociendo factores que intervienen en las características de esta etapa, como lo mencionan Bohórquez, Celis, Guzmán y Pinzón (2009) la estabilidad en diferentes áreas de la vida como la familiar, económica, salud, social y psicológica son determinantes en la vivencia de esta etapa del ciclo vital.

Pese a ello, es evidente el aumento mundial de la esperanza de vida y con esto el crecimiento de la población de adultos mayores, de acuerdo con las cifras mencionadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) en el 2020 serán más los mayores de 60 que los menores de 5 años y para el 2050 los adultos mayores llegarán a ser dos mil millones. Así mismo, en Colombia a nivel general según afirma Martínez et al. (2001) en apenas cien años, el país pasó de contar con 4.355.470 personas a contar con una cantidad de 41.468.384 habitantes de los que el 6,3% o sea 2.612.508 de ciudadanos son mayores a 65 años; es importante entonces mencionar que la población mayor de 80 años aumenta con un promedio del 4% anual.

Debido a todo lo anterior, la preparación para atender las necesidades de los adultos mayores debe ser preocupación de toda la sociedad (Rubio, Cerquera, Muñoz & Pinzón, 2011; Quintero 2016) puesto que como lo menciona la OMS (2014) mejorar la calidad de vida de esta población no es responsabilidad única del sector de la salud, sino que también se ha de tener en cuenta el entorno físico y social de los mismos.

Ahora bien, en relación con el término calidad de vida hacia los años sesentas factores como el nivel socioeconómico, educativo y tipo de vivienda eran utilizados por los

investigadores sociales para dar cuenta de este constructo, sin embargo, tan solo era posible acreditar los resultados de estas mediciones al 15% de la calidad de vida individual (Bognar, 2005; Urzúa & Caqueo - Urizar, 2012). Debido a esto, factores psicológicos como la felicidad y la satisfacción fueron incluidos en la medición de calidad de vida, puesto que daban razón del 50% de la misma (Campbell & Rodgers, 1976; Haas, 1999; Urzúa & Caqueo - Urizar, 2012).

De acuerdo con esto, es importante mencionar que para el presente trabajo se entiende calidad de vida según lo planteado por Santiesteban, Pérez, Velázquez y García (2009) reconociéndola como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional, que genera en el individuo la capacidad de satisfacer de forma apropiada sus necesidades.

Sumado a todo lo anterior, se ha encontrado también que en su mayoría las investigaciones realizadas en relación con la población de adulto mayores giran en torno a temáticas relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de enfermedades; al apoyo y atención requerida por el adulto mayor institucionalizado y a programas en pro de la calidad de vida de adultos en condiciones crónicas (Bohórquez, Celis, Guzmán & Pinzón, 2009; Quintero, 2016).

Por esta razón, la presente investigación se realizará con el objetivo de comparar la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana, a fin de contribuir de manera teórica en el conocimiento de los niveles de calidad de vida de estos dos grupos de adultos mayores, que podrá servir de punto de partida para las instituciones destinadas a la atención del adulto mayor en el mejoramiento de sus servicios en pro de la calidad de vida, de acuerdo con lo referido por Peláez (2005) con su llamado a las instituciones para que contribuyan al desarrollo de conocimientos y aptitudes que permitan prestar asistencia a lo largo de la vida entera, pues es importante

contribuir a las necesidades específicas de cada población, mediante la continua investigación que abarque al adulto mayor desde su integralidad.

De igual manera, este trabajo permitirá identificar los niveles de calidad de vida en relación con cuatro dominios: salud física, salud psicológica, relaciones interpersonales y medio ambiente; información valiosa en el momento de la creación e implementación de programas de intervención no solo con adulto mayor, sino también con los demás grupos poblacionales a fin de aportar a una mejor calidad de vida, entendiendo que el proceso de envejecimiento depende de las condiciones en las se vive, desde el nacimiento hasta la muerte (Dulcey-Ruiz, Arrubla& Sanabria, 2013) . Lo anterior representa entonces un reto a nivel social, poniendo en manifiesto que es posible contribuir a la calidad de vida en la vejez desde etapas tempranas del ciclo vital.

Capítulo 3

Planteamiento del Problema

Con el pasar de los años ha aumentado progresivamente la cantidad de hombres y mujeres que se encuentran en la etapa de adultez mayor de su ciclo vital, ocupando un mayor porcentaje de la población mundial, de acuerdo con esto, González- Arévalo (2015) menciona que a partir del año 2010 y hasta el 2050, se estima que las personas mayores de 65 años pasarán de ser 523 millones a 1.486 millones en el mundo, es decir, tendrán un incremento del 300%.

Por otro lado, es importante mencionar que el incremento de dicha población a nivel nacional para el 2020 en Colombia de acuerdo con Forero y Guevara (2016) aumentará hasta llegar a ser el 12,5 % de la población total, es decir, 6,5 millones de personas, así pues, en el 2050 serán 14,1 millones equivalentes al 23% de la población nacional.

Frente a dicha realidad, en Santander el aumento de los adultos mayores para el 2020 sería del 32% llegando a ser aproximadamente 295.500 personas (Vanguardia Liberal, 2011). En concordancia con lo anterior, en los resultados publicados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2005) Santander se registró dentro de los ocho departamentos con más población de adultos mayores teniendo así el 5,05% de la población nacional; de acuerdo con esto, Bucaramanga con el 1,4% de adultos mayores del país, ocuparía el sexto lugar en la lista de municipios en los que se concentra mayor cantidad de adultos mayores de 65 años.

Debido a la realidad anteriormente mencionada, ha nacido un común interés en los profesionales de diferentes áreas por realizar estudios e intervenciones en relación con la calidad de vida de esta población, la cual es comprendida por Cuevas, García, Ruiz y García (2009) como un estado personal frente a la satisfacción de sus necesidades básicas y su bienestar social, emocional, corporal y psicológico; condición que le permite estar conforme con las relaciones

ambientales y sociales. De acuerdo con esto, una muestra de ello es la investigación de Cardona (2010) en donde se realizó el análisis de cuatro aspectos, demográficos como (edad, sexo, estado civil, nivel educativo alcanzado y comuna de residencia), económicos (el cargo, ingresos, estrato socioeconómico y tipo de vivienda), de la salud (percepción individual, chequeos preventivos, enfermedad en las últimas cuatro semanas, hospitalizaciones, dificultades permanentes y maltrato) y por último, la seguridad social (afiliación al sistema de seguridad social en salud y pensiones).

Pese a ello, existe poca información relacionada con este constructo en la población de adulto mayor Bumangués, en la cual se ve evidenciada la falta de intervenciones con fines investigativos que permitan realizar una comparación de la calidad de vida entre esta población vinculada a alguna institución geriátrica y los adultos que residen en vivienda propia o que pertenecen a algún grupo de autoayuda. Así mismo, teniendo en cuenta que Bucaramanga ocupa el sexto lugar de los municipios que concentran la mayor cantidad de adultos mayores de 65 años. En este sentido, resulta problemática la poca información existente con respecto a dicha población en aumento, vacío que genera dificultad para los profesionales que quieran realizar algunas acciones investigativas, sino también la realización de intervenciones con el objetivo de generar acciones presenciales que aporten beneficios a la población.

Como consecuencia de la limitada información no se identificaron estudios que den cuenta acerca del perfil de calidad de vida de los adultos mayores vinculados a alguna institución o a grupos de autoayuda en el departamento de Santander; además, se evidencia también la falta de programas de intervención en los mismos. Es por ello que, el presente estudio descriptivo-comparativo se fundamenta en la pregunta de investigación ¿Existe diferencia en la calidad de

vida de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana?

Capítulo 4

Objetivos

4.1 Objetivo General

Comparar la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana.

4.2 Objetivos Específicos

Medir el nivel de calidad de vida de la muestra de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana, por medio de la prueba WHOQOL-BREF.

Describir el perfil de calidad de vida en los dominios salud física, salud psicológica, relaciones interpersonales y ambiente, evaluados por la prueba WHOQOL-BREF, en una muestra de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

Diferenciar el nivel de calidad de vida de acuerdo a los dominios evaluados por la prueba WHOQOL-BREF del grupo de adultos mayores institucionalizados y el grupo de adultos no institucionalizados.

Capítulo 5

Marco Teórico

Debido a que el presente estudio tiene por objetivo comparar la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de Bucaramanga y su área metropolitana, resulta necesario realizar una revisión teórica inicialmente respecto al envejecimiento y la vejez. Así mismo, referente a los conceptos de adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado, al igual que la calidad de vida y sus diferentes componentes.

5.1 Envejecimiento y Vejez

Uno de los errores más comunes al hablar de envejecimiento es asociar este término directamente con el adulto mayor, contrario a esto, Barraza y Castillo (2006) afirman que el envejecimiento es un proceso universal experimentado por todos los seres vivos; continuo y progresivo, irreversible, dinámico y gradual hasta culminar con la muerte; en el ocurren cambios biopsicosociales como resultado de la interacción de diversos factores sociales, genéticos, culturales, estilo de vida, entre otros; finalmente mencionan que este proceso es heterogéneo e individual puesto que, no se desarrolla en un patrón establecido, sino que, cada especie tiene sus características propias al envejecer y varían en gran parte de sujeto a sujeto. Así pues, la vejez en una de sus concepciones más modernas se refiere a una etapa del ciclo vital en la que se evidencian los efectos del tiempo transcurrido (Moragas, 1998; Ramos, Meza, Maldonado, Ortega & Hernández, 2009).

Por otro lado, es importante mencionar que los referentes conceptuales a cerca de estas dos definiciones tienden a ser confundidos y unificados, es por esto que al respecto Dulcey-Ruiz, Arrubla y Sanabria (2013) refieren que el concepto de vejez, aunque se encuentra relacionado con el envejecimiento, hace referencia al final del desarrollo del envejecimiento, además de ser

comprendido como el haber vivido más años que otras personas de la misma especie. Lo mencionado con anterioridad, resalta que el proceso de envejecimiento no se congela en la vejez, ya que en esta etapa los cambios, transformaciones y posibilidades siguen siendo presenciados en diferentes acontecimientos.

Así pues, tal como lo mencionan Cerquera y Quintero (2015), el envejecimiento puede ser de dos tipos, primario y secundario. El primero, es el proceso al que se acuñan un conjunto de cambios que con la edad son observados en los individuos de una especie determinada y que no están relacionados con la presencia de enfermedad (Galbán, Sansó, Díaz-Canel, Carrasco & Oliva, 2007). Por otra parte, el segundo está relacionado con las condiciones a las que cada sujeto se encuentra expuesto durante su vida y que alteran el envejecimiento normal, dichas condiciones pueden ocasionar enfermedades de tipo crónico o cambios adaptativos que permiten afrontar las demandas del ambiente (Cerquera & Quintero, 2015).

En relación con lo anterior, Moragas (1998) se refiere a un tipo de envejecimiento denominado “vejez funcional” el cual, según el autor hace referencia a la relación del término viejo con la incapacidad, concepto erróneo puesto que la vejez no implica necesariamente limitación funcional.

Continuando, como es sabido existe una diferencia conceptual entre envejecimiento y vejez, según Meléndez (1999) la vejez puede ser vista como una etapa en donde se presentan pérdidas y rupturas frente a las relaciones sociales pues éstas están mediadas por factores como el distanciamiento de las relaciones laborales debido a la jubilación, la falta de afectividad en las relaciones con sus hijos (el nido vacío) y la escasez de relaciones personales o de amistad que se van quedando atrás debido a la distancia o la muerte.

De acuerdo a esto, siendo los adultos mayores la población centro de este trabajo a continuación se abordarán las diferentes áreas o dimensiones del ser humano, y sus múltiples cambios que son propios del proceso de envejecimiento; aclarando que, dichos cambios estarán totalmente ligados a las circunstancias por las que ha atravesado la persona a lo largo de su historia de vida, factores como su nivel de escolaridad, empleo, personalidad, ingresos económicos, familia, salud, acontecimientos estresantes y demás (Montorio & Izala, 2000 citados en Pino, Rico y & Portela, 2009).

Iniciando con el área cognitiva García, Moya y Quijano (2015) refieren que en la vejez los procesos cognitivos sufren una disminución del rendimiento asociado a cambios biológicos y evolutivos, los cuales traen consigo disminución de los procesos perceptuales y sensitivos (visión, audición, olfato). Además, continúan diciendo que es notable la disminución de funciones ejecutivas más específicamente la memoria a corto plazo, de trabajo y de tipo visual, atención selectiva y velocidad del procesamiento de la información (García, Moya y Quijano, 2015). En este sentido, Jara (2008) hace especial énfasis en la importancia de la estimulación cognitiva en el adulto mayor ya que esta contribuye a la calidad de vida del mismo y ayuda al enlentecimiento del deterioro.

Siguiendo con el área emocional, el ser humano como un ser integral guarda relación con la cognición, ya que el estado de ánimo influye en el rendimiento cognitivo, Fortuna (2016) refiere que en la adultez mayor las variaciones del estado de ánimo están relacionadas a los cambios psicoactivos, ambos determinados por factores como: cambios corporales que influyen en la autoimagen, disminuyendo las capacidades sensoriales, creando limitaciones en algunas actividades que antes producían satisfacción; duelo de personas cercanas concientizando al

adulto mayor de su cercanía a la muerte; disminución o abandono de la actividad sexual provocando sentimientos de insuficiencia; entre otros.

Sumado a ello, la dimensión emocional puede analizarse también a la luz de las relaciones afectivas que sostienen los adultos mayores que a su vez, involucran la dimisión familiar y social de los mismos. Así pues, Undurraga (2012) menciona que, en cuanto a la relación de pareja, es en esta etapa de la vida en la que se cuenta con mayor tiempo para fortalecer la intimidad que implica complicidad, afecto, deseo, caricias y sexualidad; para ello es importante que los adultos logren derribar los prejuicios sociales, así como también reconocer y aceptar su cuerpo envejecido.

En cuanto a las relaciones familiares, que de acuerdo con Zavala, Vidal, Castro, Quiroga, & Klassen (2006) el primer grupo social a fortalecer será la familia, red principal de la cual el adulto mayor recibe apoyo económico, social, funcional, afectivo y de otras múltiples formas; la interacción con los hijos ya grandes se encontrará mayormente marcada por la historia familiar, es decir que si los padres mantuvieron relaciones cercanas con sus hijos se mantendrá de esta manera, sin embargo, de no ser así, es también la adultez mayor el momento de reparar y acordar puntos que permitan fortalecer dicha relación (Undurraga, 2012).

Siguiendo con lo anterior, en la relación abuelo–nieta y de acuerdo con Undurraga (2012) el adulto cumple función de estabilizador en momentos de transición o problemas, es también el árbitro o mediador entre la generación de sus hijos y sus nietos, historiador pues ayuda a relacionar el pasado con el presente desde su experiencia de vida y finalmente guardián en las ocasiones en las que se requiere cuidado y protección.

Por último, en cuanto a el área social son de gran importancia las relaciones de amistad las cuales según Undurraga (2012) en la etapa de la adultez mayor se mantienen con personas

que han brindado su compañía a lo largo de la vida, puesto que suele ser común que sean limitados los espacios en los que los adultos puedan establecer nuevas relaciones de amistad. Es por lo anterior que, esta etapa requiere de mayor enriquecimiento ya que debido al aumento de la población adulta mayor en el mundo, hace que sea necesaria la creación de espacios en los que a través de la interacción con otros se puedan poner en práctica sus potencialidades y lograr un envejecimiento exitoso.

5.2 Adulto Mayor Institucionalizado y no Institucionalizado

Debido a que la muestra de la presente investigación está conformada por adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, se hace necesario comprender con mayor profundidad estas dos condiciones. Cabe resaltar que, al llegar a la vejez diversos factores relacionados con la salud, economía y/o relaciones intrafamiliares pueden llevar al adulto mayor a trasladarse de vivienda para residir en una institución, es decir, cambiar su condición de no institucionalizado a institucionalizado, dicho traslado puede ser o no una decisión libre por parte del adulto mayor. En relación con ello Fernández- Ballesteros y Zamarrón (2000) mencionan que la enfermedad crónica, discapacidad funcional y la soledad son algunos de los factores que impulsan dicho cambio de vivienda para iniciar la institucionalización.

Continuando con lo anterior Fernández- Ballesteros y Zamarrón (2000) concluyeron en su estudio que, las razones que mayormente llevan a la institucionalización son la incapacidad de valerse por sí mismo y la soledad, lo que sugiere que en su mayoría quienes gozan de buena salud preferirán continuar en su residencia propia, percibiéndola como “buena” o “muy buena”.

De cualquier forma, la institucionalización trae consigo un impacto psicológico puesto que tal como lo menciona Rowles (2000) la residencia del adulto mayor es objeto de connotaciones subjetivas que van más allá del espacio físico, debido a que dejar el lugar de la

familia implica abandonar el espacio en el que se experimentaron partes esenciales de su historia de vida (Buendía y Riquelme, 2000).

Al respecto, aunque la institucionalización en algunos casos puede ser la mejor opción, es un proceso que trae consigo pérdidas a nivel social, afectivo, de autoestima, entre otros; a dichas pérdidas se le suman la falta de individualidad y la rutina, características de la institucionalización, todo lo anterior puede causar efectos negativos en el adulto como la desesperanza ante la vejez y la pérdida de identidad (Muñoz, 2015). Así que, el ingreso a una institución implica el acoplamiento a un ambiente extraño compuesto de ciertas normas propias de su calidad de institución, las cual en Colombia de acuerdo con la Ley 1315 de 2009 se denominan Centros de Protección Social para el Adulto Mayor y están destinadas a ofrecer los servicios relacionados con hospedaje, bienestar social y cuidado integral permanente o temporalmente a los adultos.

Ahora bien, para fin de la realización de esta investigación se consideraron adultos institucionalizados a quienes residen de manera permanente en una institución y/o fundación; así mismo, los adultos no institucionalizados fueron aquellos que residen en vivienda propia de los cuales algunos pertenecen a grupos de autoayuda, dichos grupos buscan fortalecer el reconocimiento, la solución de problemas y encontrar e intercambiar apoyo; permitiendo a las personas compartir entre ellos mismos experiencias, emociones y sentimientos recibiendo apoyo de quienes también hacen parte del grupo y que experimentan situaciones similares (Hernández, Hernández & Rodríguez, 2010).

5.3 Calidad de Vida

De acuerdo con Vera (2007), la calidad de vida en el adulto mayor es un concepto bastante subjetivo que se encuentra ligado a la personalidad del individuo, sumado a su bienestar y la

satisfacción respecto a su estilo de vida. Es decir, algunos de los factores que influyen en la percepción que tiene cada ser humano sobre los niveles de satisfacción respecto a su calidad de vida dependen de las experiencias vividas a lo largo de su existencia, es por esto que la opinión acerca de sus acontecimientos brinda información significativa sobre los conceptos de esta variable.

Así pues, la calidad de vida es un constructo muy amplio frente al cual se encontrarán diversas definiciones y múltiples componentes. Por su parte, Santiesteban, Pérez, Velázquez y García (2009) se refieren a la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional, que genera en el individuo la capacidad de satisfacer de forma apropiada sus necesidades.

Continuando, cabe mencionar que algunos autores resaltan en su definición de calidad de vida dos grandes dimensiones, por un lado, se encuentra la dimensión personal que comprende factores como la salud, satisfacción y autonomía; adicionalmente la dimensión socio ambiental contemplaría factores como las redes de apoyo y los servicios sociales (Pontificia Universidad Católica de Chile, PUCC 2011).

Sumado a lo anterior, la PUCC (2011) plantea que frente a la medición o evaluación de este constructo es importante contemplar aspectos objetivos tales como los servicios a los que tiene acceso el adulto, la presencia de enfermedades, bienes, las relaciones familiares, etc. Además, deben tomarse en cuenta aspectos subjetivos como la búsqueda de trascendencia, percepción de bienestar, percepción sobre la discriminación, su rol en la sociedad, entre otros.

Al respecto de estos factores subjetivos, tal vez uno de los más importantes es la sensación de bienestar o el bienestar subjetivo, acerca del cual se han identificado dos componentes, el primero de ellos son los factores cognitivos (percepción, memoria, habilidades

del pensamiento, orientación espacial, estilo de aprendizaje, etc.). En segundo lugar, los aspectos emocionales representados en la sensación de afecto y percepción individual de tristeza o felicidad (Argyle y Martin, 1987; Peterson, Lee, & Seligman, 2003).

En relación con lo mencionado anteriormente, las dimensiones de salud física, relaciones interpersonales, ambiente y salud psicológicas medidas en este estudio a través de la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF, es necesario mencionar los aportes de Fernández- Ballesteros (como se citó en Flores, Cervantes, Cruz y Cerquera, 2011) quien hace mención de algunos aspectos importante de la calidad de vida en el adulto mayor, la cual aunque guarda relación con la calidad de vida de los demás grupos poblacionales, también requiere del reconocimiento de dichos factores cómo: autonomía, género y edad. Los autores continúan resaltando también que la calidad de vida no se encuentra únicamente ligada a la salud física, sino que es multidimensional en relación con las habilidades funcionales, las condiciones económicas, las relaciones sociales, la actividad, los servicios sociales y sanitarios, la calidad del domicilio, la satisfacción con la vida, las oportunidades culturales y de aprendizajes y demás factores (Fernández- Ballesteros citado en Flores, Cervantes, Cruz y Cerquera, 2011). A continuación, se describirán las investigaciones realizadas acerca de cada una de las dimensiones de calidad de vida medidas en esta investigación.

Dimensión de salud física

Se puede afirmar que diversos estudios profundizan acerca de la *salud física*; en este sentido, Maya, Cardona-Arias, y Giraldo (2016), realizaron una investigación teniendo como objetivo identificar factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud de adultos mayores de un municipio colombiano. En él participaron 191 sujetos mayores de 60 años de ambos sexos pertenecientes al municipio de Antioquia (Colombia), se encontraron puntajes de CVRS (calidad

de vida relacionada con la salud) por encima de 50 puntos, en este estudio se concluyó que es erróneo considerar la adultez mayor una etapa de total dependencia y deterioro de la calidad de vida asociada a la salud, puesto que tal como se evidenció en los resultados obtenidos corresponden a una población sana (Maya, Cardona-Arias y Giraldo, 2016).

De acuerdo con lo anterior, se hace evidente que la salud psicológica, física, social y ambiental de los adultos mayores no debe mitificarse a priori solo por encontrarse en dicha etapa, ya que la calidad de vida de los seres humanos no sólo debe atenderse en la adultez mayor, sino a lo largo de todo el desarrollo en la vida de un individuo, es así como lo refiere El Ministerio de Salud y Protección Social (2017) aproximarse al envejecimiento teniendo en cuenta el ciclo vital incita a identificar la heterogeneidad de los adultos mayores y cómo esta evoluciona con el tiempo. Las acciones que generan entornos de apoyo y que permiten opciones saludables son relevantes en todas las etapas de la vida. Como muestra de ello, la consecuencia de un envejecimiento activo proviene de propiciar la salud, participación y seguridad a lo largo de la vida, potenciando el bienestar mental, social y físico de acuerdo con sus deseos, capacidades y necesidades.

Por otro lado, los resultados de otro estudio, (Cardona-Arias, Álvarez-Mendieta, & Pastrana-Restrepo, 2014) titulado calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, en donde participaron todos los adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de la ciudad de Medellín, en total fueron 220 sujetos enlistados aleatoriamente, mayores de 60 años, residentes del área metropolitana, de ambos sexos. Así pues, el objetivo de la investigación fue comparar el perfil de CVRS de adultos mayores de hogares geriátricos públicos y privados de Medellín. De la aplicación se encontró que la edad promedio de los participantes fue de 77 años. El 67% vivía en un hogar público o de beneficencia, además

de esto el 87% mostraban una percepción positiva del lugar frente a un 29% insatisfecho con su apoyo familiar. Además, en cuanto a las condiciones de salud, se encontró que el 50% de los participantes padece Hipertensión Arterial, 23% tienen diabetes y osteoporosis con 15%.

Así mismo, en la ciudad de Cartagena (Colombia), Melguizo-Herrera, Ayala Medrano, Grau-Coneo, Merchán-Duitama, Montes-Hernández, Payares-Martínez y Reyes-Villadiego (2014) en su estudio buscaban identificar los factores socio demográficos asociados a la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores en una comuna de Cartagena, en donde realizaron una encuesta transversal a una muestra de 514 personas. Los investigadores concluyeron que las dimensiones en las que más bajo puntaje obtuvieron los participantes fueron el apoyo comunitario y el bienestar físico, así mismo mencionan que son esas áreas en las que debe enfatizarse a la hora de realizar planes de intervención con esta población.

Por otra parte, Molero y Pérez-Fuente (2011) en su estudio cuya muestra fueron adultos institucionalizados, concluyeron que los sujetos cuyas edades oscilan entre los 70 y 74 años duermen mejor y por tanto manifiestan sentirse más descansados, así mismo, aunque no hubo una diferencia estadísticamente significativa entre géneros, encontraron que los hombres manifiestan mayor dificultad para realizar actividades de la vida diaria debido a su estado de salud, pese a que son ellos quienes valoran de manera más positiva la misma.

Dimensión de Salud psicológica

Se ha encontrado que el tema que más prevalece es el de la calidad de vida del adulto mayor y la depresión (Uribe, Rodríguez, Orbegozo, Valderrama, Linde, & Molina, 2010). El siguiente estudio “Perception of the quality of life of a group of older people” tuvo como objetivo conocer la percepción que tienen las personas mayores de su calidad de vida, para realizarlo se utilizó una metodología cualitativa exploratoria-descriptiva, transversal. Para ello, se tomó una población

compuesta por 48 adultos mayores, con un promedio de edad de 74,79 años. Se observó que, para estas personas, la calidad de vida es estar sano, tener paz, vivir en armonía, sentirse feliz, estar satisfecho con la vida, mantenerse ocupado, recibir apoyo de familiares amigos y vecinos (Gonçalves, Sánchez, Maria, & Palacios, 2014).

En relación con esto el estudio titulado “Dolor, calidad de vida y estado anímico relacionados con la salud de pacientes ancianos hospitalizados” se concluyó que, para el adulto mayor en condición de hospitalización con el aumento de la intensidad del dolor aumentan también respuestas emocionales de depresión y ansiedad, de igual manera los investigadores encontraron que la intensidad del dolor percibida se encuentra asociada significativamente con la ansiedad y la depresión (Molina, Uribe & Figueroa, 2013).

Así mismo, varias investigaciones han concluido que el bienestar psicológico de los adultos mayores se encuentra directamente relacionado con la calidad de vida de los mismos (Browning & Thomas, 2013; Cuadra-Peralta, Medina & Salazar, 2016; Urzúa, Bravo, Ogalde & Vargas, 2011). Sumado a esto, otros estudios han encontrado que la relación entre la percepción de salud y el bienestar psicológico puede basarse en que un estado global de bienestar estaría constituido en la salud, no limitándose únicamente a la ausencia de enfermedad, de igual manera el autoperibirse como funcional se asocia con una mejor calidad de vida, así como también experimentar actitudes positivas (Cuadra-Peralta, Medina & Salazar, 2016; Vivaldi & Barra, 2012).

Dimensión de relaciones interpersonales

Se puede decir que cotidianamente el adulto mayor es concebido como un ser con poco nivel de sociabilidad, al respecto Meléndez (1999) menciona que las relaciones interpersonales en los adultos mayores generalmente son percibidas desde un punto negativo. De acuerdo con esto, la

teoría de la desvinculación menciona que las personas se aíslan de la sociedad por la separación en las relaciones sociales, la finalización de sus funciones y la minimización del compromiso con normas y valores sociales.

Pese a lo anterior, es posible considerar varios espacios en los cuales el adulto mayor construye y desarrolla sus relaciones, en primer lugar, existen los grupos de autoayuda que según Ortiz (2009) es una agrupación de adultos mayores con objetivos en común para propiciar espacios de ocio y apoyo entre sí, haciendo participes sus experiencias de vida; en donde puedan expresar afecto, cariño, realizar actividades recreativas, viajar, hacer manualidades, entre otros.

Continuando con lo anterior, Ortiz (2009) menciona que pertenecer y participar de actividades en grupo es un importante factor de socialización que propicia la interacción con pares, conocerse, motivarse mutuamente y respetar las diferencias sociales, biológicas y psicológicas; lo cual permite que los adultos reciban apoyo al sentirse escuchados y valorados.

Otro factor que interviene en la socialización de los adultos mayores es el sentido del humor, el cual de acuerdo con el estudio realizado por Labarca (2012) se puede considerar como un factor protector de la salud, que otorga sentido de pertenencia y modifica de manera positiva el ambiente, todo lo anterior trae consigo una mejor calidad de vida.

Por otra parte, es importante considerar a la familia como tal vez el principal grupo de apoyo y desarrollo relacional del adulto mayor, de acuerdo con esto, Ramírez (como se citó en Aponte, 2015) menciona que el núcleo familiar juega un papel central en el bienestar del adulto, puesto que es el grupo más inmediato en el que además de recibir protección y apoyo, se realiza constantemente una interacción cara a cara.

Dimensión de Ambiente

Con respecto a esta dimensión, Gutiérrez (2010) mencionó que para la década del 70 se atribuía la longevidad sólo a los cambios genéticos. Así mismo, casi 50 años después se tiene en cuenta que la dimensión ambiental tanto física como social da cuenta de la esperanza de vida, el envejecimiento y la tendencia a generar patologías vinculadas con la edad como Alzheimer o cáncer (Fetter, Olivos, Gutiérrez y Michán, 2012; Sánchez, 2015).

De acuerdo con esto, algunos estudios se han centrado en analizar las implicaciones socio espaciales al comprender las diferencias en la calidad de vida de los adultos mayores, aportando a la creación de políticas públicas en contra de la desigualdad y a favor del fortalecimiento del bienestar de esta población (Sánchez, 2015; Sánchez-González, 2007).

Capítulo 6

Metodología

6.1 Diseño

Se empleó un diseño no experimental de tipo cuantitativo, transaccional con alcance descriptivo-comparativo.

6.2 Población

Este proyecto se llevó a cabo con la participación de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana; dentro de las instituciones participantes se encuentran: la fundación Albeiro Vargas y Ángeles Custodios (FAVAC), la fundación Hogar San Rafael, el asilo de ancianos San Antonio, el asilo de ancianos Señor de los Milagros, el asilo San Francisco Javier y el centro del bienestar del anciano Juan Pablo II.

Sumado a lo anterior, los adultos no institucionalizados que participaron de la investigación en su mayoría pertenecen a grupos de autoayuda de la tercera edad que se reúnen a diario en el parque de la Tercera edad de Lagos I y diferentes zonas deportivas de los municipios de Girón y Piedecuesta.

6.3 Muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, obteniendo una muestra de 236 adultos mayores, así mismo, el tamaño muestral fue escogido a conveniencia 118 fueron adultos mayores institucionalizados y 118 residentes en sus hogares particulares.

Los criterios de inclusión tenidos en cuenta fueron: (1) rango de edad de 60 años en adelante; (2) Ausencia de enfermedades crónicas e incapacitantes de tipo físico, cognitivo y/o psicológica; (3) Residir en la ciudad de Bucaramanga o su área metropolitana. Por otra parte, los

criterios de exclusión fueron: (1) Presencia de enfermedades crónicas e incapacitantes; (2) presencia de discapacidad auditiva; (3) la negativa por parte del adulto a ser parte de la investigación.

6.4 Instrumentos

Se empleó la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF (Anexo 3) propuesto por la organización mundial de la salud en 1991 y validada en el 2011 en Chile por Espinoza, Osorio, Torrejón, Lucas-Carrasco, & Bunout (2011), obteniendo un alpha de Cronbach de 0,88; por su parte para la muestra del presente estudio se registró un alpha de Cronbach 0,89.

El instrumento consta de 26 ítems puntuados por medio de una escala Likert, arrojando un perfil de calidad de vida en cuatro áreas, salud física, salud psicológica, relaciones interpersonales y ambiente, teniendo como referencia las últimas dos semanas. Sumado a ello, contiene en su parte inicial una encuesta socio demográfica en la que se indagan datos con relación a la edad, genero, estado civil, nivel de escolaridad y estrato socioeconómico.

En relación con la calificación del instrumento, se utilizaron los baremos presentados por la World Health Organization (1996) en el manual instructivo de la prueba; así mismo los puntajes netos de cada uno de los dominios, resultan de la sumatoria de los puntajes otorgados a cada una de las preguntas por los participantes de la investigación; en donde se entiende que a mayor puntaje en cada uno de los dominios mayor calidad de vida en relación con el mismo.

Continuando con lo anterior, en el dominio de *salud física* se incluyen los ítems (3) ¿Hasta qué punto piensa que el dolor físico le impide hacer lo que necesita?; (4) ¿En qué grado necesita un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?; (10) ¿tiene energía suficiente para la vida diaria?; (15) ¿Qué tan fácil le resulta desplazarle de un lado a otro?; (16) ¿Qué tan

satisfecho(a) está con su sueño?; (17) ¿Qué tan satisfecho(a) está con su habilidad para realizar las actividades diarias? y (18) ¿Qué tan satisfecho(a) está con su capacidad de trabajo?

Seguidamente para el dominio de *salud psicológica* se toman en cuenta los reactivos (5) ¿Cuánto disfruta de la vida?; (6) ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?; (7) ¿Cuánta es su capacidad de concentración?; (11) ¿Le gusta su apariencia física?; (19) ¿Qué tan satisfecho(a) está con usted mismo(a)? y (26) ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

De igual manera, en el dominio de *relaciones interpersonales* se incluyen las preguntas (20) ¿Qué tan satisfecho(a) está con las relaciones personales?; (21) ¿Qué tan satisfecho esta con su vida sexual?; (22) ¿Que tan satisfecho(a) está con el apoyo que recibe de sus amigos?; Por último, para el *dominio de ambiente* se toman en cuenta los ítems (8) ¿Qué tan seguro(a) se siente en su vida diaria?; (9) ¿Qué tan saludable es el ambiente físico a su alrededor?; (12) ¿Tiene suficiente dinero que ayude a cubrir sus necesidades?; (13) ¿Dispone de la información que necesita?; (14) ¿Qué tantas actividades de ocio realiza?; (23) ¿Qué tan satisfecho(a) está con las condiciones del lugar donde vive?; (24) ¿ Qué tan satisfecho(a) está con el acceso a los servicios de atención médica?; (25) ¿Qué tan satisfecho(a) está con el servicio de transporte?

6.5 Consideraciones éticas

En acogida con el reglamento del ejercicio de la psicología planteado en el código de odontológico contenido en la ley 1090 de 2006 del Ministerio de Protección Social del Congreso de Colombia, se utilizaron dos consentimientos informados.

El primero de ellos (Anexo 1) empleado con las instituciones, fundaciones y/o hogares geriátricos, en el cual el representante legal autorizaba a los adultos pertenecientes a la institución a participar del estudio siempre y cuando así lo quisieran, resaltando la

confidencialidad de la información con base en la ley 8430 de 1993, asegurando que los datos obtenidos solo serían utilizados por el personal investigador.

El segundo consentimiento (Anexo 2) se manejó con los adultos no institucionalizados, por medio de este los participantes afirmaban que luego de conocer el objetivo con el cual se recolectaba la información decidían participar de manera voluntaria entendiendo su derecho a ser informados de los resultados de la investigación y a retirarse de la misma si así lo desearan.

6.6 Procedimiento

Con el fin de realizar satisfactoriamente la investigación el proceso estuvo dividido en cuatro fases enunciadas y descritas a continuación:

a) Fase previa: Se llevó a cabo durante el mes de octubre y consistió en generar acercamientos con las instituciones, fundaciones y/o hogares geriátricos de la ciudad de Bucaramanga y los municipios de Girón, Piedecuesta y Floridablanca que fueron invitados a participar de la investigación, dicho contacto fue realizado a través de visitas en las que se explicó el objetivo con el cual se recolectaba la información, se acordaron fechas de aplicación y los adultos que participarían de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión ya determinados. Así mismo, durante este tiempo se realizó contacto de manera personal y telefónica con algunos líderes de los grupos de autoayuda de adulto mayores con el fin de abrir espacios en los que se pudiera socializar el objetivo de la investigación con los adultos pertenecientes a dichos grupos e identificar a quienes estaban interesados en participar.

b) Fase de aplicación: Luego de obtener las fechas de aplicación para las instituciones y el contacto de los adultos mayores no institucionalizados, durante el mes de noviembre se realizó la firma de consentimientos informados y la aplicación de la escala de calidad de vida WHOQOL-BRE. Posteriormente se en base a la información obtenida se ejecutó el proceso de tabulación

haciendo uso del programa Excel de los datos correspondientes a 236 adultos mayores de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana, de los cuales 118 se encontraban institucionalizados y 118 no institucionalizados.

c) Fase de análisis: Simultáneamente con la fase de aplicación se realizó el análisis de la información empleando el software estadístico SPSS, con el cual por medio de una distribución de frecuencias se generó un perfil de calidad de vida de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, de igual manera se discriminaron cada uno de los cuatro dominios medidos por la prueba, así mismo se comparó la información en relación a la edad, el género y el estado civil de los adultos mayores.

d) Fase de socialización y divulgación de resultados: Por último, en esta etapa se da a conocer los resultados y conclusiones producto del ejercicio investigativo mediante la socialización de la tesis de grado frente a la comunidad académica, igualmente con las instituciones palpitantes y la publicación de un artículo científico.

Capítulo 7

Resultados

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en esta investigación, en un primer momento se hace una descripción de la muestra en relación a los datos sociodemográficos, continuando con el análisis de los resultados de cada uno de los dominios (salud física, salud psicológica, relaciones interpersonales y ambiente) medidos por el instrumento en relación con la institucionalización, el sexo y el estado civil de los adultos mayores; para terminar, se analiza el perfil general de calidad de vida de los sujetos.

En primer lugar, en función de la descripción de la muestra del presente estudio y de acuerdo con los datos socio-demográficos obtenidos, se puede afirmar que, las edades de la muestra oscilaban entre los 60 y 101 años, así mismo, la edad de los adultos mayores participantes de la investigación fue en promedio de 72 años con una desviación estándar de 7,8.

Tabla 1.

Datos socio-demográficos sexo y estado civil

		Estado Civil				Total
		Soltero(a)	Casado(a)	Divorciado(a)	Viudo(a)	
Sexo	Femenino	48 (20,3%)	47 (19,9%)	9 (3,9%)	37 (15,6%)	141 (59,7%)
	Masculino	41 (17,4%)	27 (11,5%)	12 (5%)	15 (6,4%)	95 (40,3%)
Total		89 (37,7%)	74 (31,4%)	21 (8,9%)	52 (22%)	236 (100%)

Fuente. Autoría propia

Continuando, el 59,7% de la muestra pertenece al sexo femenino, mientras que el 40,3% fueron hombres, todo lo anterior de acuerdo con la información registrada en la Tabla 1. Sumado a ello, del total de adultos que conforman la muestra el 37,7% son solteros, siendo este el estado civil sobresaliente, en contraposición a esto, el 8,9% son divorciados, mientras que 31,4% adultos son casados y 22% viudos.

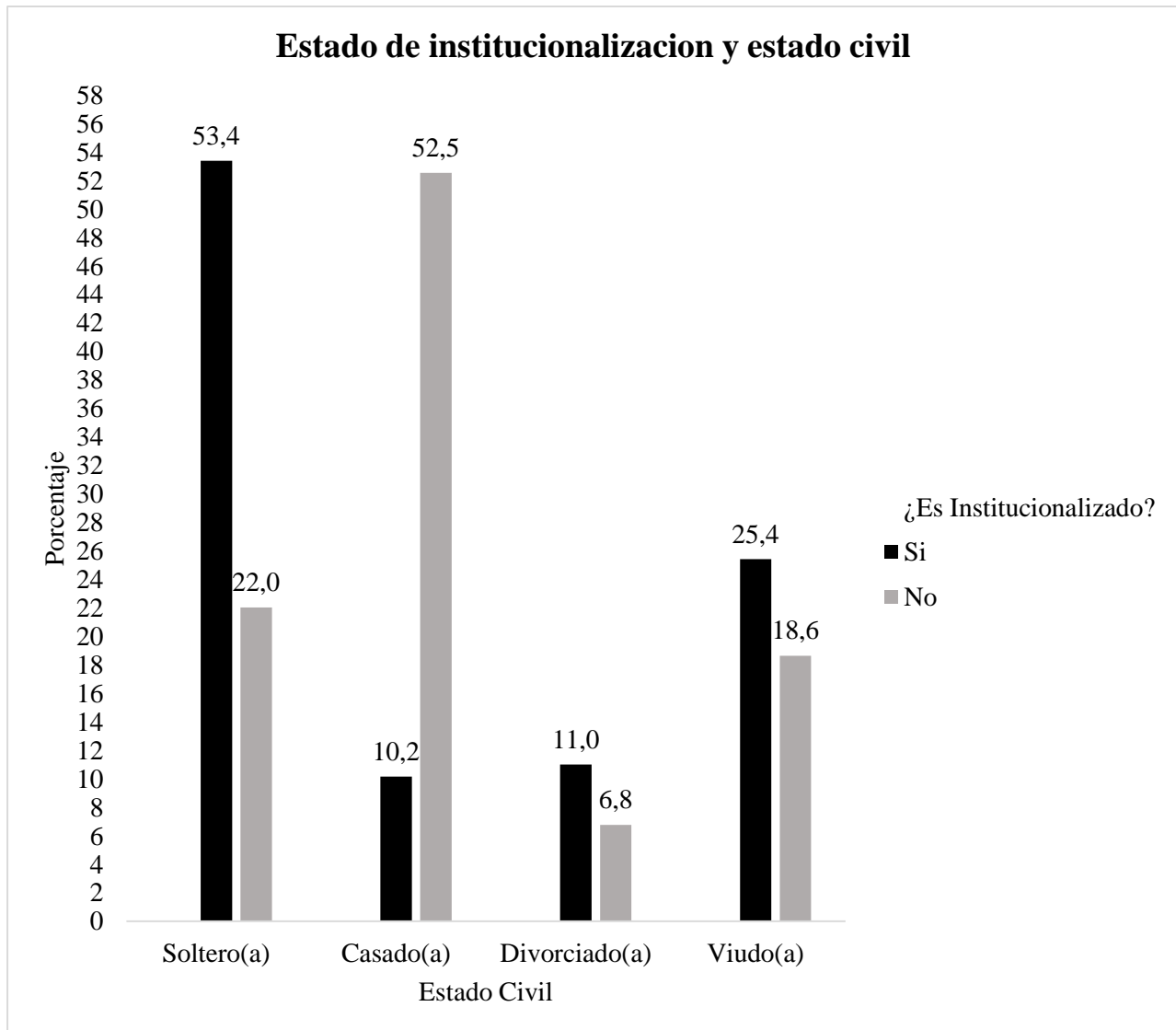


Figura 1. Distribución de institucionalizados y no institucionalizados de acuerdo al estado civil.

Fuente. Autoría propia

En la Figura 1, se puede observar detalladamente la información correspondiente a la institucionalización y el estado civil de los participantes de esta investigación, de la cual se puede decir que las personas institucionalizadas se clasificaron de la siguiente manera: 53,4% como solteras, las personas casadas fueron equivalentes al 10,2%, los divorciados corresponden al 11% y, por último, el 25,4% perteneció al grupo en situación de viudez.

Paralelamente, se observan los datos del grupo de quienes no se encuentran vinculados a ninguna institución geriátrica con la siguiente información: el grupo de solteros con el 22% y los casados con el 31,3%, frente a los divorciados que registraron un 8,8% de personas y los viudos que equivalen al 22% de este grupo.

Tabla 2.

Resultados Pregunta ¿Está enfermo actualmente?

¿Está enfermo actualmente?	Frecuencia	Porcentaje
No	105	42,5%
Si	131	53,0%
Total	247	100,0

Fuente. Autoría propia

En segundo lugar, es importante profundizar en dos preguntas específicas, la pregunta 1 que hace énfasis en la percepción de los sujetos frente a su estado de salud y la pregunta 2 la cual pide una calificación de la calidad de vida; en relación con la primera pregunta ¿Está enfermo actualmente? y tal como se evidencia en la Tabla 2 se puede decir que, el 53 % de los sujetos respondieron si y el 42.5% respondieron no, encontrando una diferencia escasa entre las dos respuestas.

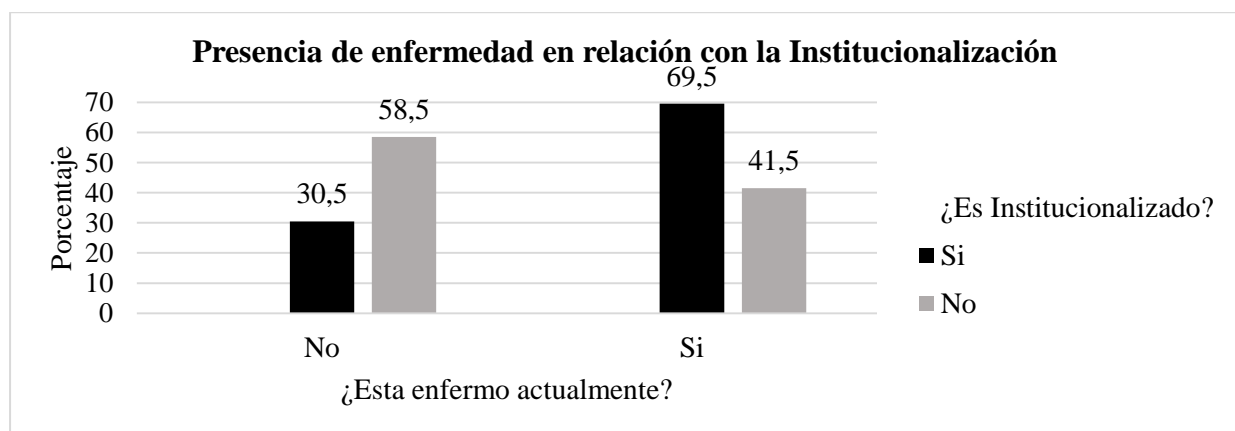


Figura 2. Distribución de la respuesta a la pregunta ¿Está enfermo actualmente? de acuerdo al estado de institucionalización.

Fuente. Autoría propia

En la información contenida en la Figura 2, se evidencia la salud en función de la institucionalización, de lo anterior se puede decir que en cuanto al grupo de los institucionalizados el 62,6% afirma estar enfermo, mientras que el grupo de quienes no están institucionalizados 65,7% menciona no estar enfermo.

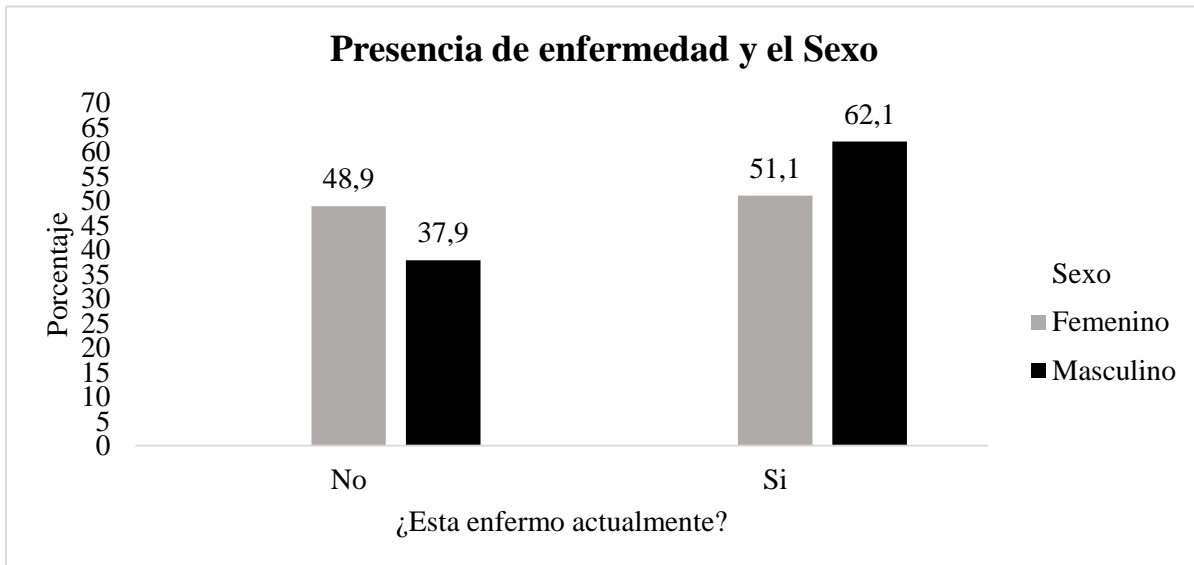


Figura 3. Distribución de la respuesta a la pregunta ¿Está enfermo actualmente? de acuerdo al sexo.

Fuente. Autoría propia

En la Figura 3, se evidencia la distribución de las respuestas de hombres y mujeres, encontrando que las mujeres reportan estar enfermas con un porcentaje de 51,1%, por su parte el 37,9 % de los hombres refieren no estar enfermos y el 62,1% mencionan que si lo están.

Tabla 3.

Resultados Pregunta ¿Cómo calificaría su calidad de vida?

¿Cómo calificaría su Calidad de Vida?	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Muy mala	3	1,3%
Regular	40	16,9%
Normal	55	23,3%
Bastante Buena	89	37,75%
Muy Buena	49	20,8%
Total	236	100%

Fuente. Autoría propia

En consecuencia, con la información presentada en la Tabla 3, se muestra que el 57,75% de los adultos califican su calidad de vida por encima de lo normal; por otra parte, se puede evidenciar que el 18,2% de los adultos perciben su calidad de vida por debajo de lo normal. Así mismo, se puede decir que, el 1,3% de los participantes califican su calidad de vida como “Muy mala”; frente al 37,75% que consideraron su calidad de vida como “Muy buena”.

7.1 Dominio Salud Física

En relación con el dominio de salud física, cabe resaltar que el puntaje más bajo registrado fue de 31 puntos, sin embargo, ninguno de los sujetos obtuvo la totalidad de los 100 puntos, a continuación, se describirán los resultados encontrados en este dominio:

Tabla 4.

Resultados Dominio Salud Física

Puntaje	I	
	Institucionalizado	No Institucionalizado
31	6 (5,1%)	5 (4,2%)
38	13 (11%)	8 (6,8%)
44	24 (20,3%)	11 (9,3%)
50	13 (11%)	13 (11%)
56	17 (14,4%)	27 (22,9%)
Salud Física 63	16 (13,6%)	25 (21,1%)
69	16 (13,6%)	12 (10,2%)
75	7 (5,9%)	8 (6,8%)
81	5 (4,2%)	8 (6,8%)
88	1 (0,8%)	0 (0%)
94	0 (0%)	1 (0,8%)
Total	118 (100%)	118 (100%)

Fuente. Autoría propia

De acuerdo con la Tabla 4 el 14,4% de personas en estado de institucionalización y el 22,9% de adultos no institucionalizados obtuvieron 56 puntos en el dominio de salud física de su calidad de vida. Por otro lado, en cuanto a los adultos no institucionalizados se puede evidenciar que el 0,8% obtuvieron 94 puntos a cerca del nivel de satisfacción de este componente. Por último, frente a la información de los menores puntajes, se puede decir que el 5,1% de personas institucionalizadas y el 4,2% de participantes no institucionalizados obtuvieron 31 puntos en ésta área. Así mismo, del grupo de los no institucionalizados el 79,6% registraron 50 o más puntos, por su parte estos puntajes fueron obtenidos por el 63,5 de quienes son institucionalizados.

Tabla 5.

Puntajes en el dominio de salud física en relación con el sexo

	Puntaje	Sexo	
		Femenino	Masculino
Salud Física	31	6 (4,3%)	5 (5,3%)
	38	9 (6,4%)	12 (12,6%)
	44	18 (12,8%)	17 (17,9%)
	50	15 (10,6%)	11 (11,6%)
	56	28 (19,9%)	16 (16,8%)
	63	33 (23,4%)	8 (8,4%)
	69	15 (10,6%)	13 (13,7%)
	75	7 (5%)	8 (8,4%)
	81	9 (6,4%)	4 (4,2%)
	88	0 (0%)	1 (1,1%)
	94	1 (0,7%)	0 (0%)
	Total	141 (100%)	95 (100%)

Fuente. Autoría propia

En esta Tabla 5, se encuentran distribuidos los puntajes obtenidos en el área de salud física en relación con el sexo, en la cual se puede observar que el 0,7% de las mujeres obtuvo 94

puntos, dicho puntaje no fue alcanzado por los participantes de sexo masculino. Por otro lado, en cuanto al puntaje mínimo obtenido que fue de 31 puntos, se puede evidenciar que fue obtenido por el 2,5% de las mujeres y el 5,3% de los hombres.

Tabla 6.

Puntajes en el dominio de salud física en relación con el estado civil

Puntaje	Estado Civil			
	Soltero(a)	Casado(a)	Divorciado(a)	Viudo(a)
31	4 (4,5%)	2 (2,7%)	2 (9,5%)	3 (5,8%)
38	10 (11,2%)	7 (9,5%)	1 (4,8%)	3 (5,8%)
44	16 (18%)	5 (6,8%)	4 (19%)	10 (19,2%)
50	8 (9%)	9 (12,2%)	2 (9,5%)	7 (13,5%)
56	14 (15,7%)	17 (23%)	3 (14,3%)	10 (19,2%)
63	14 (15,7%)	17 (23%)	4 (19%)	6 (11,5%)
69	10 (11,2%)	9 (12,2%)	2 (9,5%)	7 (13,5%)
75	5 (5,6%)	3 (4,1%)	3 (14,3%)	4 (7,7%)
81	7 (7,9%)	5 (6,8%)	0 (0%)	1 (1,9%)
88	1 (1,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
94	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,9%)
Total	89 (100%)	74 (100%)	21 (100%)	52 (100%)

Fuente. Autoría propia

En consecuencia con la información presentada en la Tabla 6, se puede decir que el 33,7% del grupo de solteros obtuvo puntuaciones menores a 50 puntos, estas mismas puntuaciones fueron alcanzadas por el 19% de los casados, el 33,3% de los divorciados y el 30,8% de los viudos; así mismo, el 1,9% de este último grupo alcanzó 94 puntos.

7.2 Dominio Salud Psicológica

A continuación, se registran los resultados del dominio de salud psicológica en función de la institucionalización, el sexo y el estado civil de los participantes. Cabe aclarar que los puntajes alcanzados en este dominio se encuentran entre 31 y 94 puntos.

Tabla 7.

Puntajes en el dominio de salud psicológica en relación con el estado de institucionalización

Puntaje	Institucionalización	
	Institucionalizado	No Institucionalizado
31	6 (5,1%)	1 (0,8%)
38	7 (5,9%)	1 (0,8%)
44	16 (13,6%)	5 (4,2%)
50	13 (11%)	12 (10,2%)
Salud Psicológica	56 (20,3%)	26 (22%)
63	13 (11%)	18 (15,3%)
69	20 (16,9%)	25 (21,2%)
75	9 (7,6%)	12 (10,2%)
81	9 (7,6%)	15 (12,7%)
88	1 (0,8%)	2 (1,7%)
94	0 (0%)	1 (0,8%)
Total	118 (100%)	118 (100%)

Fuente. Autoría propia

A partir de los datos organizados en el Tabla 7 Se puede afirmar que el 5,1 % de las personas institucionalizadas frente al 0,8% de los no institucionalizados obtuvieron el menor puntaje en ésta área registrando 31 puntos en cuanto a su salud psicológica. Al mismo tiempo, respecto al mayor puntaje obtenido se puede decir que, el 0,8% de los no institucionalizados registró 94 puntos en su salud psicológica respecto a su calidad de vida. Paralelamente, el 22% de este mismo grupo obtuvo 56 puntos en su salud psicológica, dato que se registró por la mayor cantidad de personas entrevistadas.

Tabla 8.

Puntajes en el dominio de salud psicológica en relación con el sexo

	Puntaje	Sexo	
		Femenino	Masculino
Salud Psicológica	31	2 (0,4%)	5 (5,3%)
	38	4 (2,8%)	4 (4,2%)
	44	5 (3,5%)	16 (16,8%)
	50	13 (9,2%)	12 (12,6%)
	56	33 (23,4%)	17 (17,9%)
	63	24 (17%)	7 (7,4%)
	69	27 (19,1%)	18 (18,9%)
	75	13 (9,2%)	8 (8,4%)
	81	17 (12,1%)	7 (7,4%)
	88	2 (1,4%)	1 (1,1%)
	94	1 (0,7%)	0 (0%)
	Total	141 (100%)	95 (100%)

Fuente. Autoría propia

Partiendo de los datos obtenidos en la Tabla 8, se puede observar que el 23,4% de las mujeres participantes obtuvieron 56 puntos en su salud psicológica; en cuanto al menor dato registrado por este grupo se evidencia que el 0,4% obtuvieron 31 puntos. Por otro lado, es importante mencionar que el mayor puntaje fue de 94, el cual fue alcanzado por el 0,7 de las mujeres. Al mismo tiempo, es relevante mencionar que el 18,9% varones puntuaron 69 en dicho componente. Así mismo, es importante destacar que el 5,3% de los hombres obtuvieron 31 puntos en este dominio, mientras que el 1,1 de este grupo obtuvo 88 puntos siendo el puntaje más alto alcanzado por los hombres.

Tabla 9.

Puntajes en el dominio de salud psicológica en relación con el estado civil

Puntaje	Estado Civil
---------	--------------

	Soltero(a)	Casado(a)	Divorciado(a)	Viudo(a)
31	3 (3,4%)	2 (2,7%)	1 (4,8%)	1 (1,9%)
38	6 (6,7%)	1 (1,4%)	1 (4,8%)	0 (0%)
44	8 (9%)	3 (4,1%)	4 (19%)	6 (11,5%)
50	11 (12,4%)	7 (9,5%)	2 (9,5%)	5 (9,6%)
56	17 (19,1%)	16 (21,6%)	4 (19%)	13 (25%)
Salud Psicológica	63	9	1	9
	(13,5%)	(12,2%)	(4,8%)	(17,3%)
	69	16	5	6
	(20,2%)	(21,6%)	(23,8%)	(11,5%)
	75	9	1	5
	(6,7%)	(12,2%)	(4,8%)	(9,6%)
	81	9	2	6
	(7,9%)	(12,2%)	(9,5%)	(11,5%)
	88	2	0	0
	(1,1%)	(2,7%)	(0%)	(0%)
	94	0	0	1
	(0%)	(0%)	(0%)	(1,9%)
Total	89 (100%)	74 (100%)	21 (100%)	52 (100%)

Fuente. Autoría propia

Basándose en los resultados evidenciados en el Tabla 9, se puede decir que para el grupo de los solteros (1,1%) y casados (2,7%) la puntuación más alta alcanzada fue de 88 puntos, por su parte, los divorciados (9,5%) alcanzaron 81 puntos y el grupo de los viudos (1,9%) alcanzó 94 puntos. Así mismo el 19,1% de los solteros, el 8,2% de los casados, el 28,6% de los divorciados y el 13,4% de los viudos obtuvieron puntajes menores a 50 puntos.

Tabla 10.

Respuestas a la pregunta ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos?

¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos?	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Siempre	8	3,4
Frecuentemente	17	7,2
Moderadamente	74	31,4
Raramente	91	38,6
Nunca	46	19,5
Total	236	100,0

Fuente. Autoría propia

En este dominio es importante considerar de manera específica el ítem número 26 del instrumento utilizado, puesto que hace especial énfasis en la presencia de ciertos sentimientos asociados al malestar psicológico como la tristeza, ansiedad, entre otros. En ese sentido y como se evidencia en la Tabla 10 la frecuencia en relación a dichos sentimientos por parte de los adultos mayores que participaron en esta investigación en donde el 3,4% registraron que “siempre tienen sentimientos negativos” y el 19,5% consideran que nunca presentan pensamientos de este tipo.

Tabla 11.

Respuestas a la pregunta ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos? en relación con la institucionalización

¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos?	¿Es Institucionalizado?	
	Si	No
Siempre	7 5,9%	1 0,8%
Frecuentemente	13 11%	4 3,4%
Moderadamente	35 30%	39 33%
Raramente	39 33%	52 44,1%
Nunca	24 20%	22 18,7%
Total	118 100%	118 100%

Fuente. Autoría propia

De acuerdo con la información contenida en la tabla 11 se puede decir que son en mayor medida los adultos mayores institucionalizados con el 16,9% quienes siempre o frecuentemente experimentan sentimientos de tristeza, depresión, ansiedad, soledad, entre otros. Por su parte, quienes no están institucionalizados registran en menor porcentaje dicha frecuencia 4,2%. Así mismo en relación con las frecuencias de “moderadamente”, “raramente” y “nunca” el primer grupo registro un 83%, mientras que el segundo obtuvo un 95,8%.

7.3 Dominio Relaciones Interpersonales

En el presente dominio es importante mencionar que, a diferencia de los dos dominios anteriores en este la muestra logro alcanzar la puntuación máxima de 100 al igual que la mínima de 0.

Tabla 12.

Resultados Dominio Relaciones Interpersonales en relación a la institucionalización

Puntaje	Institucionalización	
	Institucionalizado	No Institucionalizado
0	3 (2,5%)	0 (0%)
6	8 (6,8%)	1 (0,8%)
19	8 (6,8%)	2 (1,7%)
25	7 (5,9%)	3 (2,5%)
31	22 (18,6%)	10 (8,5%)
44	13 (11%)	15 (12,7%)
50	25 (21,2%)	19 (16,1%)
56	13 (11%)	21 (17,8%)
69	6 (5,1%)	20 (16,9%)
75	6 (5,1%)	13 (11%)
81	4 (3,4%)	7 (5,9%)
94	1 (0,8%)	3 (2,5%)
100	2 (1,7%)	4 (3,4%)
Total	118 (100%)	118 (100%)

Fuente. Autoría propia

De acuerdo con esto y como se registra en la Tabla 12 en relación con la institucionalización se observa que fueron en su mayoría adultos institucionalizado 72,8% quienes obtuvieron los puntajes más bajos oscilantes entre 0 y 50 puntos. Así mismo, aunque en ambos casos (institucionalizados y no institucionalizados) hubo sujetos con 100 puntos, fueron más los no institucionalizados con el 3,4%.

Tabla 13.

Resultados Dominio Relaciones Interpersonales en relación al sexo

	Puntaje	Sexo	
		Femenino	Masculino
Relaciones Interpersonales	0	1 (0,7%)	2 (2,1%)
	6	4 (2,8%)	5 (5,3%)
	19	6 (4,3%)	4 (4,2%)
	25	7 (5%)	3 (3,2%)
	31	20 (14,1%)	12 (12,6%)
	44	16 (11,3%)	12 (12,6%)
	50	25 (17,7%)	19 (20%)
	56	22 (15,6%)	12 (12,6%)
	69	17 (12,1%)	9 (9,5%)
	75	11 (7,8%)	8 (8,4%)
	81	6 (7,3%)	5 (5,3%)
	94	3 (2,1%)	1 (1,1%)
	100	3 (2,1%)	3 (3,2%)
	Total	141 (100%)	95 (100%)

Fuente. Autoría propia

Continuando con el análisis de este dominio, en relación con el sexo se encontró que como se registra en la Tabla 13, los puntajes más altos oscilantes entre 56 y 100 puntos fueron obtenidos mayormente por mujeres (47%), aunque en los seis casos en los que se obtuvieron 100 puntos fueron equitativos en relación al sexo; de igual manera 2,8% de los sujetos puntuaron cero en este dominio, de los cuales 2,1% fueron hombres. En relación con la obtención de cincuenta puntos, es decir el punto medio se evidencia que son las mujeres (17,7%) quienes más se posicionaron en este nivel.

Tabla 14.

Resultados Dominio Relaciones Interpersonales en relación al estado civil

	Puntaje	Estado Civil				
		Soltero(a)	Casado(a)	Divorciado(a)	Viudo(a)	
Relaciones Interpersonales	0	2 (2,7%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,9%)	
	6	7 (7,9%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (3,8%)	
	19	5 (5,6%)	1 (1,4%)	1 (4,8%)	3 (5,8%)	
	25	6 (6,7%)	3 (4,1%)	1 (4,8%)	0 (0%)	
	31	9 (10,1%)	8 (10,8%)	3 (14,3)	12 (23,1%)	
	44	13 (14,6%)	6 (8,1%)	4 (19%)	5 (9,6%)	
	50	19 (21,3%)	12 (16,2%)	2 (9,5%)	11 (21,2%)	
	56	11 (12,4%)	10 (13,5%)	5 (23,8%)	8 (15,4%)	
	69	5 (5,6%)	15 (20,2%)	2 (9,5%)	4 (7,7%)	
	75	8 (9%)	8 (10,8%)	1 (4,8%)	2 (3,8%)	
	81	3 (3,4%)	5 (6,8%)	0 (0%)	3 (5,8%)	
	94	1 (1,1%)	1 (1,4%)	2 (9,5%)	0 (0%)	
	100	0 (0%)	5 (6,8%)	0 (0%)	1 (1,9%)	
	Total		89 (100%)	74 (100%)	21 (100%)	52 (100%)

Fuente. Autoría propia

Por último en cuanto a las relaciones interpersonales y el estado civil, datos registrados en la Tabla 14 se puede decir que, en mayor cantidad 21,3% las personas solteras obtuvieron 50 puntos, al igual que el grupo de los casados con el 16,2%, fue también el 6,8% de este último grupo el que se alcanzó mayormente la puntuación más alta; por otro lado, el 2,7% de los solteros y el 1,0% de los viudos puntuaron cero en este dominio.

7.4 Dominio Ambiente

Los resultados obtenidos en el presente dominio por el total de la muestra de esta investigación fueron puntajes oscilantes entre 19 y 94 puntos.

Tabla 15.

Resultados Dominio de Ambiente en relación con el estado de institucionalización

	Puntaje	Institucionalización	
		Institucionalizado	No Institucionalizado
Ambiente	19	4 (3,4%)	1 (0,8%)
	25	3 (2,5%)	0 (0%)
	31	7 (5,9%)	0 (0%)
	38	8 (6,8%)	0 (0%)
	44	17 (14,4%)	5 (4,2%)
	50	13 (11,0%)	13 (11,0%)
	56	17 (14,4%)	24 (20,3%)
	63	16 (13,6%)	18 (15,3%)
	69	10 (8,5%)	23 (19,5%)
	75	9 (7,6%)	20 (17,0%)
	81	11 (9,3%)	7 (5,9%)
	88	1 (0,8%)	4 (3,4%)
	94	2 (1,7%)	3 (2,5%)
	Total	118 (100%)	118 (100%)

Fuente. Autoría propia

De este modo en la Tabla 15, los datos obtenidos en relación con el ambiente y la institucionalización de los participantes arrojan que el 3,4% de las personas que se encuentran vinculadas a alguna institución registraron un puntaje de 19 en el nivel de satisfacción referente a esta área; así mismo, el 1,7% de los adultos obtuvieron 94 puntos como satisfacción máxima. Por otra parte, en cuanto a los adultos mayores no institucionalizados, tan sólo el 0,8% de los entrevistados refiere una puntuación baja en este componente, mientras que, en mayor medida, es decir el 2,5% de este mismo grupo indicó que se encuentra sobre el nivel más alto en puntuación, el cual corresponde a 94.

Tabla 16.

Resultados Dominio Ambiente en relación al sexo

	Puntaje	Sexo	
		Femenino	Masculino
Ambiente	19	3 (2,1%)	2 (2,1%)
	25	1 (0,7%)	2 (2,1%)
	31	1 (0,7%)	6 (6,3%)
	38	3 (2,1%)	5 (5,3%)
	44	7 (5,0%)	15 (15,8%)
	50	14 (9,9%)	12 (12,6%)
	56	27 (19,1%)	14 (14,7%)
	63	22 (15,6%)	12 (12,6%)
	69	21 (14,9%)	12 (12,6%)
	75	24 (17,0%)	5 (5,3%)
	81	12 (8,5%)	6 (6,3%)
	88	4 (2,8%)	1 (1,1%)
	94	2 (1,4%)	3 (3,2%)
	Total	141 (100%)	95 (100%)

Fuente. Autoría propia

Frente los resultados presentes en la Tabla 16 obtenidos en relación al ambiente y el sexo se puede observar que el 10,6% de las participantes femeninas obtuvieron puntajes por debajo de 50, mientras que el 89,2% se registraron dentro del rango de 50-94 puntos. Paralelamente, en cuanto a los varones es importante mencionar que más adultos hombres, es decir el 31,6% se ubicaron en el rango de 19-44 puntos en comparación al 10,6% de las mujeres; así mismo, el 55,8% se encuentra dentro del rango de 50-94 puntos, lo que indica que obtuvieron menores niveles de satisfacción respecto a esta área en comparación a las mujeres.

Tabla 17.

Resultados Dominio Ambiente en relación al estado civil

	Puntaje	Estado Civil			
		Soltero(a)	Casado(a)	Divorciado(a)	Viudo(a)
Ambiente	19	4 (4,5%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,9%)
	25	2 (2,2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,9%)
	31	4 (4,5%)	0 (0%)	2 (9,5%)	1 (1,9%)
	38	3 (3,4%)	1 (1,4%)	2 (9,5%)	2 (3,8%)
	44	10 (11,2%)	7 (9,5%)	0 (0%)	5 (9,6%)
	50	11 (12,4%)	8 (10,8%)	3 (14,3%)	4 (7,7%)
	56	19 (21,3%)	10 (13,5%)	5 (23,8%)	7 (13,5%)
	63	10 (11,2%)	14 (18,9%)	1 (4,8%)	9 (17,3%)
	69	8 (9,0%)	16 (21,6%)	3 (14,3%)	6 (11,5%)
	75	11 (12,4%)	10 (13,5%)	2 (9,5%)	6 (11,5%)
	81	3 (3,4%)	6 (8,1%)	3 (14,3%)	6 (11,5%)
	88	3 (3,4%)	1 (1,4%)	0 (0%)	1 (1,9%)
	94	1 (1,1%)	1 (1,4%)	0 (0%)	3 (5,8%)
	Total	89 (100%)	74 (100%)	21 (100%)	52 (100%)

Fuente. Autoría propia

De acuerdo con la Tabla 17 se evidencian datos importantes relacionados al ambiente y el estado civil de las personas encuestadas. De esta manera, es importante resaltar que en cuanto a los grupos de solteros que corresponden al 77,5% y los adultos casados equivalentes al 87,8% de los adultos presentan la mayor frecuencia de respuesta dentro del rango de 44-75 en la escala de calificación de la prueba. En oposición a esto, se encuentran los resultados del grupo de los divorciados con el 66,7% y los viudos referentes al 71,1%, los cuales obtuvieron puntajes parcialmente menores a los de los dos grupos anteriores en cuanto a la frecuencia de respuesta obtenida en el rango de 44-75 puntos.

Capítulo 8

Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo comparar la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana, una vez presentados los resultados, es fundamental contrastar los hallazgos del presente estudio con otras investigaciones o planteamientos teóricos referentes a la calidad de vida del adulto mayor.

En primera instancia, de acuerdo con las características sociodemográficas de la muestra de este estudio, se puede decir que, en relación con el sexo en su mayoría los participantes fueron mujeres lo que guarda relación con el informe del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE,2002) al plantear que gracias a la sobrevivencia de las mujeres, el predominio femenino se ha convertido en un rasgo del envejecimiento, llevando a que los índices de masculinidad para el año 2000 fueran de 86 hombres por cada 100 mujeres a nivel regional. En relación con ello, cabe aclarar que dicho predominio femenino puede deberse a múltiples factores, en primer lugar, la fisiología hormonal y protectora contra enfermedades crónicas; seguida de los factores sociales como la predominancia de los trabajos riesgosos en los hombres (Rodríguez, 2011). Sumado a todo lo anterior, Castaño-Vergara y Cardona-Arango (2015) afirman que en Colombia son las mujeres quienes cuentan con una esperanza de vida mayor en relación con los hombres.

Adicional a esto, otras de las características sociodemográficas de la muestra determinaron que de las personas institucionalizadas que conforman la muestra de este estudio en su mayoría pertenecen al grupo de los solteros, seguido de los viudos; así mismo frente a la pregunta, ¿está enfermo actualmente? fueron los adultos institucionalizados quienes

respondieron en mayor medida de forma afirmativa. De acuerdo con Fernández-Ballesteros y Zamarrón (2000) algunos de los motivos que impulsan mayormente la institucionalización son la soledad y la incapacidad de valerse por sí mismo, planteamiento que se relaciona con lo mencionado anteriormente.

Continuando ahora, en relación con la pregunta ¿Cómo calificaría su calidad de vida? explicada a los adultos en el momento de la aplicación del instrumento, en función de los planteamientos hechos por Santiesteban, Pérez, Velázquez y Gracia (2009) al definirla como un estado de bienestar social, físico, espiritual, emocional, ocupacional e intelectual; los adultos participantes de este estudio respondieron en su mayoría calificándola como “bastante buena” o “muy buena”, sin embargo, al obtener el perfil general de calidad de vida, la mayor parte de los adultos mayores se ubicaron en un nivel medio.

Lo anterior puede deberse a que, el instrumento utilizado no refería un límite de tiempo a tener en cuenta al responder a la pregunta ¿Cómo calificaría su calidad de vida?, por lo que los adultos mayores podrían asociar su respuesta a la suma de las vivencias a lo largo de toda su existencia, sin embargo, al realizar las demás preguntas del instrumento se hacía especial énfasis en las últimas dos semanas. Esto guarda relación con lo encontrado por Varela y Gallego (2015) de acuerdo con la percepción de la calidad de vida del adulto mayor, así pues las autoras mencionan que para este grupo lograr relacionar el significado de la calidad de vida a diferentes componentes como la salud, satisfacción de necesidades psicosociales, bienestar general, entre otras; solo es posible cuando se tiene en cuenta todo el ciclo de vida, puesto que consideran su situación de vejez un derivado de su trayectoria en el ciclo vital.

Llegando a los resultados específicos de cada una de las dimensiones medidas por el instrumento utilizado, se encontró que los dominios en los que se alcanzaron menores puntajes

fueron relaciones interpersonales llegando a 0 puntos y ambiente con 19 puntos, lo que se asemeja a lo hallado por Melguizo-Herrera, et al. (2014) en su estudio donde el apoyo comunitario fue una de las dimensiones con menor puntaje.

Para precisar, en el dominio de *Salud Física* contrario al estudio realizado por Molero y Pérez-Fuente (2011) se encontró que son las mujeres quienes en su mayoría califican de manera positiva su estado de salud, contraponiéndose así a lo que refiere la Organización Panamericana de la Salud (OPS,2005) al mencionar que, percibir la salud como “mala” y “muy mala” es una tendencia marcada de forma sutil en la mujer, puesto que son ellas quienes de manera global tienen mayor deterioro de su salud luego de los 75 años.

Así mismo, fueron los adultos mayores no institucionalizados quienes obtuvieron mejores puntajes en la salud física, si bien lo anterior guarda relación con lo planteado por Fernández-Ballesteros y Zamarrón (2000) al sugerir que los adultos que gozan de buena salud, preferirán permanecer en su residencia propia, también puede considerarse que el pertenecer a un grupo de autoayuda podría influir en dichos resultados. Por otra parte, en relación con el estado civil, fueron los adultos casados quienes obtuvieron mejores puntajes en esta dimensión, este resultado concuerda con los hallazgos obtenidos por Castaño-Vergara y Cardona-Arango (2015) en cuyo estudio fue el grupo de adultos casados quienes valoraron de mejor manera su salud; Por otro lado, los hallazgos de este estudio son contrarios a los de Melguizo, Acosta y Castellano (2012) al afirmar que quienes viven en unión libre tienen mejores resultados en el bienestar físico.

Ahora bien, en relación con el dominio de *Salud Psicológica* algunos autores al referirse a la psicología del adulto mayor, han planteado que llegar a esta etapa de la vida implica el sufrir un impacto psicológico que modifica sus ideas y comportamientos, viendo disminuida la actividad física y mental, lo cual puede predisponer a la depresión alterando así la

autopercepción de salud (Uribe, Valderrama, 2007; Valdés, Román & Cubillas, 2005). En cuanto a los resultados de esta investigación se obtuvieron mejores puntajes en los adultos no institucionalizados que en el grupo de los institucionalizados, en relación con esto algunas investigaciones han encontrado que la institucionalización estaría asociada con factores que ayudan a la presencia de síntomas o cuadros depresivos (Cerquera, 2008; Estrada et al. 2013). Así mismo, Canto y Castro (2004) registraron en su estudio que fueron los adultos institucionalizados quienes en mayor proporción puntuaron ansiedad leve o moderada; lo anterior se relaciona también con las respuestas encontradas en el presente estudio a la pregunta ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión? en la que se evidencia que son las personas institucionalizadas quienes en mayor proporción experimentan dichos sentimientos con una frecuencia de “siempre” y “frecuentemente”.

Continuando con lo anterior, en relación con el sexo se encontró que son los hombres quienes en mayor porcentaje obtienen puntajes bajos en relación a este dominio, en este orden de ideas las mujeres registraron una mejor salud psicológica, contrario a lo encontrado por Vivaldi y Barra (2012) en su investigación en la que fueron los hombres quienes mostraron un mayor bienestar psicológico, dicha diferencia registrada en el presente trabajo entre sexos masculino y femenino podría explicarse debido a que gran parte de las mujeres de la muestra hacen parte activa de un grupo de autoayuda en caso de ser no institucionalizadas o participan activamente en las actividades artísticas y deportivas realizadas por los hogares geriátricos en el caso de las institucionalizadas, así pues Vivaldi y Barra (2012) afirman también que la participación de las mujeres en actividades que les permiten mantener activa su vida social podría asociarse a un mayor bienestar psicológico.

Por último, en relación con el estado civil se encontró que fueron los adultos mayores casados quienes registraron mejor calidad de vida en relación con la salud psicológica, seguidos de los viudos, los solteros y finalmente los divorciados; esto puede relacionarse con el hecho de que quienes no cuentan con una pareja estable pueden presentar en mayor grado dificultades de adaptación física y psicológica, mostrando también menor percepción de apoyo social, el cual resulta un recurso importante en el afrontamiento del estrés (Vivaldi & Barra, 2012).

En relación con el dominio de *Relaciones Interpersonales* los resultados obtenidos demuestran que es en esta dimensión a diferencia de las demás, en la que se alcanzaron puntajes mínimos de cero y máximos de cien puntos; de acuerdo con la institucionalización se encontró que más de la mitad de los adultos institucionalizados registraron menos de cincuenta puntos en este dominio, por su lado, un gran porcentaje de los adultos no institucionalizados registraron cincuenta puntos o más hasta alcanzar un máximo de cien.

Lo anterior podría explicarse basándose en la pertenencia a un grupo de autoayuda de gran parte de la muestra de adultos mayores no institucionalizados puesto que como ya se había mencionado anteriormente, la participación en actividades grupales y la interacción con pares permite la recepción de apoyo social a través de la escucha y valoración de los mismo (Hernández, Hernández & Viveros, 2010; Ortiz, 2009). Así mismo, en lo referente a los adultos institucionalizados el sistema de apoyo informal (familia y amigos) y los cuidados profesionales son aspectos a tener en cuenta respecto a las relaciones interpersonales de este grupo (Cardona-Arango, 2010).

Continuando con este dominio en relación al sexo, aunque no hay una diferencia altamente marcada, se encontró que son las mujeres quienes tienen mejores puntuaciones, al respecto autores mencionan que esta diferencia puede estar asociada con el rol asumido en la

sociedad a lo largo de la vida, como el trabajo fuera del hogar para los hombres y el cuidado de los hijos para las mujeres. Sin embargo, en ambos casos las pérdidas acuñadas a la jubilación y la ausencia de los hijos son características propias de la vejez que influyen en esta dimensión de los adultos (Huenchuan, Guzmán & Montes de Oca, 2003; Santo de Santos, 2009).

Otro aspecto a tener en cuenta es el estado civil, en el cual se encontró que son los adultos mayores casados quienes registran mejores puntajes, por su parte al igual que en otros estudios quienes están solteros, divorciados y viudos mostraron un mayor deterioro de sus relaciones interpersonales (Cardona, Villamil, Henao & Quintero, 2009; Zapata-López, delgado-Villamizar & Cardona-Arango, 2015) manifestando un sentimiento de soledad, debido a la ausencia de pareja, amigos y compañeros.

Ahora bien, con respecto a la dimensión de *Ambiente* es importante mencionar que el estudio de esta dimensión es fundamental a la hora de hablar de calidad de vida en adulto mayor, debido a que, esta población desarrolla gran parte de sus actividades en los límites de su lugar de residencia, y por tanto son directamente afectados por las condiciones del mismo (Fried citado en Hernández, Gómez y Parra, 2010). En este sentido, en relación con la institucionalización se encontró que las personas no institucionalizadas calificaron de mejor manera lo referente a este dominio (condiciones de vivienda, situación económica, servicios médicos y de transporte, etc.) este resultado es acorde con lo encontrado en otras investigaciones (Molina y Meléndez, 2006; Molina, Meléndez y Navarro, 2008), en donde aquellas personas que residen fuera de una institución percibían de manera más positiva su ambiente. La diferencia entre estos dos grupos podría explicarse de acuerdo de acuerdo al bienestar subjetivo, así pues, Triadó (como se citó en Molina, Meléndez y Navarro, 2008) afirma que “con independencia de los ambientes y las

condiciones objetivas, las personas responden ante las condiciones tal y como son subjetivamente percibidas”(p. 318).

Continuando, en relación con el sexo fueron las mujeres quienes en mayor proporción alcanzaron puntajes altos en este dominio, evidenciando que son los hombres quienes evalúan negativamente el ambiente en el que se encuentran, esto guarda relación con lo encontrado por Navarro, Calero y Calero-García (2014) quienes en su investigación encontraron que son las mujeres quienes tienen un mayor acceso a los servicios sociales, asociado a la búsqueda de ayudas en la solución de diferentes problemas presentado en esta etapa. De igual forma, en relación con el estado civil, se encontró que son los solteros quienes califican más alta mente en este dominio, seguidos de los divorciados, viudos y casados, contrario a los hallazgos hechos por otras investigaciones (Molina y Meléndez, 2006) en donde fueron los adultos casados quienes obtuvieron mejores puntajes, sin embargo, los hallazgos del presente estudio pueden acreditarse a que son las persona solteras quienes en mayor medida se integran socialmente, teniendo así más acceso a servicios sociales generando una percepción positiva de los mismos (Duran, Valderrama, Uribe-Rodríguez y Uribe, 2008).

Capítulo 9

Conclusiones

En primer lugar y tal como era el objetivo de esta investigación, se logró medir y comparar el nivel de calidad de vida de una muestra representativa de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana, además se estableció una diferenciación en términos del estado civil y el sexo de los participantes en el perfil general de calidad de vida y cada uno de sus dominios.

En ese orden de ideas, con respecto a los cuatro dominios (salud física, salud psicológica, relaciones interpersonales y ambiente) evaluados por escala de calidad de vida WHOQOL-BREF, se puede concluir que, al comparar los resultados obtenidos por los grupos de institucionalizados y no institucionalizados, son los adultos no institucionalizados quienes registran mejores puntajes en cada una de las áreas; por otro lado, el grupo de las mujeres y de los casados obtuvieron mayores niveles en los dominios de salud física, salud psicológica y relaciones interpersonales, mientras que, en el dominio de ambiente, aunque se mantuvo la predominancia del sexo femenino, en relación con el estado civil los mayores puntajes fueron registrados por los solteros.

Capítulo 10

Recomendaciones

A modo de recomendación, es importante mencionar que se resalta la relevancia de fortalecer desde las diferentes áreas involucradas en la atención de esta población, los dominios de relaciones interpersonales y ambiente, puesto que fueron en los que se registraron puntajes bajos de 0 y 19 correspondientemente.

Así mismo, cabe mencionar que este es tan solo un primer acercamiento a la realidad de los adultos mayores de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana, es por esto que resulta fundamental la realización de investigaciones que permitan ahondar más profundamente en este tema; sumado a esto, en función de lo observado a lo largo de este trabajo, es primordial resaltar el valor de generar intervenciones en pro del mejoramiento de la calidad de vida del ser humano en todas las etapas y áreas de su ciclo vital de su vida, puesto que al llegar a la vejez el nivel de satisfacción se experimentará en función de lo vivido a lo largo de toda la existencia.

Referencias

- Aponte, V. C. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 13(2), 152-182. Recuperado en 01 de diciembre de 2017, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003&lng=es&tlng=es.
- Argyle, M. y Martin, M. (1987). *The psychological causes of happiness*. Londres: Methuan.
- Barraza, A. y Castillo, M. (2006). El Envejecimiento. Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar de la Serena, Módulo I Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción. Recuperado de: http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202006/El_envejecimiento.pdf
- Bedoya, M y Ocampo, P. (2015). *Calidad de vida en adultos mayores, ancianos jóvenes y ancianos maduros institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Pereira* (Tesis de pregrado). Universidad Católica de Pereira, Colombia. Recuperado de <http://repositorio.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/10785/2993/2/CDMPSI208.pdf>
- Bognar, G. (2005). The concept of quality of life. *Social and Practice*, 31, 561-580.
- Browning, C., y Thomas, S. (2013). Enhancing quality life in older people. Recuperado el 1 de diciembre del 2017 desde: <http://www.psychology.org.au/publications/inpsych/2013/february/browning/>.
- Buendía, J., y Riquelme, A. (2000). Vivir en una residencia; algunas expectativas. En L. Salvarezza. (Ed.), *La experiencia depresiva en residencias geriátricas* (355-377). Buenos Aires, Argentina: Paidós.

- Campbell, A., Converse, P y Rodgers, W. (1976). *The Quality of American Life*. New York: Russell Sage
- Canto, H. G., y Castro, E. K. (2004). Depresión, Autoestima y Ansiedad en la Tercera Edad: Un Estudio Comparativo. *Enseñanzas e Investigación en psicología*, 9 (2), 257-270.
- Cardona, A. (2010). Comparativo de la calidad de vida del adulto mayor. Medellín, 2008. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 28 (2), 149-160
- Cardona, J. L., Villamil, M.M., Henao, E., y Quintero, A. (2009) Concepto de soledad y percepción que de su momento actual tiene el adulto mayor en el municipio de Bello, Colombia, 2007. *Revista FacNac Salud Pública*, 27(2), 153-163.
- Cardona-Arango, D., Estrada-Restrepo, A., Chavarriaga-Maya, L., Segura-Cardona, A., Ordoñez-Molina, J y Osorio-Gómez, J. (2010). Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado. Medellín, 2008. *Revista de Salud Pública*, 12 (3), 414-424. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/422/42217801007/index.html>
- Cardona-Arias, J. A., Álvarez-Mendieta, M. I., y Pastrana-Restrepo, S. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, 2012. *Revista Ciencias De La Salud*, 12(2), 139-155. doi:10.12804/revsalud12.2.2014.01
- Castaño-Vergara, D y Cardona-Arango, D. (2015). Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores. *Revista Salud Pública*, 17 (2), 171-183. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n2/v17n2a02.pdf>
- Centro latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). (2002). *LOS ADULTOS MAYORES EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE DATOS E INDICADORES*.

Recuperado

de

https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/9353/boletin_envejecimiento.PDF

Cerquera, A. M. (2008). Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el asilo San Antonio de Bucaramanga. *Universitas Psychologica*, 7(1), 271-281.

Cerquera, A. M., y Quintero, M. S. (2015). Reflexiones grupales en gerontología: el envejecimiento normal y patológico. *Revista Virtual Universidad Católica Del Norte*, 45, 173-180.

Cuadra-Peralta, A., Medina, E. F., y Salazar Guerrero, K. J. (2016). Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica. *Limite*, 11(35), 56-67.

Cuevas, S., García, S., Ruiz, M-F y García, M. (2009). *APROXIMACIÓN A LA SITUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA DEL ADULTOS MAYOR DESDES UNA MIRADA DEL DESARROLLO HUMANO* (Tesis de pregrado). Universidad de la Salle, Bogotá, Colombia.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2005). *Censo General 2005* (72).

Recuperado

de:

https://www.dane.gov.co/files/censos/presentaciones/poblacion_adulto_mayor.pdf

Dulcey-Ruiz, E., Arrubla, D., y Sanabria, P. (2013). Envejecimiento y vejez en Colombia.

Recuperado

de

<http://www.profamilia.org.co/docs/estudios/imagenes/3%20-%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ%20EN%20COLOMBIA.pdf>

- Duran, D.M., Valderrama, L.J., Uribe-Rodríguez, A.F., y Uribe, J.M. (2008). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Universitas Psychologica*, 7(1), 263-270.
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M.J., Lucas Carrasco, R., y Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista Médica de Chile*, 139, 579-586.
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, A.M., Ordoñez, J., Osorio, J.J., y Chavarriaga, L.M. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 81-94.
- Fernandez-Ballester, R., y Zamarrón, M.D. (2000). Vivir en una residencia; algunas expectativas. En L. Salvarezza. (Ed.), *La vejez: una mirada gerontológica actual* (333-354). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Fetter, I., Olivos, L., Gutiérrez, G., y Michán, S. (2012). Regulación Epigenética del envejecimiento. En E. López y N.M Torres (Eds.), *Aspectos moleculares del envejecimiento* (61-69). México DF, México: Instituto de Geriátría.
- Flores, M.E., Cervantes, G.A., Cruz, M., y Cerquera, A.M. (2011). Concepto de la calidad de vida en relación con el adulto mayor. En M.E. Flores., M.G. Vega., & G.J. González. (Ed), *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor experiencias de México, Chile y Colombia* (87-98). Guadalajara, México: Ediciones de la Noche
- Forero, A. y Guevara, C. (2016, Mayo). En 4 años, Colombia tendrá un mayor de 60 años por dos adolescentes. *El Tiempo*. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/envejecimiento-en-colombia/16599507>

- Fortuna, F.B. (2016). *Reminiscencia en adultos mayores no institucionalizados de República Dominicana: seguimiento de una intervención* (Tesis Doctoral). Universidad de Valencia, España.
- Galbán, P., Sansó, F., Díaz-Canel, A., Carrasco, M. y Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Rev Cubana Salud Pública*, 33(1). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_1_07/spu10107.htm
- García, M.A., Moya, L.M., y Quijano, M.C. (2015). Rendimiento cognitivo y calidad de vida de adultos mayores asistentes a grupos de tercera edad. *Acta Neurológica Colombiana*, 31(4),398-403.
- Gonçalves, B., Sánchez, S., Maria, E., y Palacios, B. (2014). Perception of the quality of life of a group of older people. *Revista De EnfermagemReferência*, 4(1), 73-81. doi:10.12707/RIII1314
- González- Arévalo, K.A. (2015). Terapia de reminiscencia y sus efectos en los pacientes mayores con demencia. *Psicogeriatría*, 5(3), 101-111.
- Gutierrez, J., Nieves, A y Ruiz, L. (2016). Percepciones de los adultos mayores institucionalizados en un hogar geriátrico de la ciudad de Barrancabermeja (Tesis de Pregrado). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/20443/AlejoGutierrezJennifer2016.pdf?sequence=1>

- Gutiérrez, L.M. (2010). México y la revolución de la longevidad. En L.M Gutiérrez, y J.H Gutiérrez-Ávila (Eds.), *Envejecimiento humano. Una visión transdisciplinaria* (21-36). México DF, México: Instituto de Geriatria.
- Haas, B. (1999). Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Journal of nursing Scholarships*, 31, 215 – 220
- Hernández, A., Gómez, L y Parra, D. (2010). Ambientes urbanos y actividad física en adultos mayores: Relevancia del tema para América Latina. *Revista de Salud Pública*, 12 (2), 327-335.
- Hernández, R., Fernandez, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGRAW-HILL
- Hernández, Z.E., Hernández, O.R., y Rodríguez, E. (2010). El Grupo de Ayuda como Alternativa para Mejorar la Calidad de Vida del Adulto Mayor. *Psicología Iberoamericana*, 18(2), 47-55.
- Jara, M. (2008). La Estimulación Cognitiva en Personas Adultas Mayores. *Revista Cúpula*, 22(2), 4-14.
- Labarca R., C. M. (2012). Sentido del humor en el adulto mayor. *Revista Telos*, 14(3), 400-414.
- León, D., Rojas, M., y Campos, F. (Ed). (2011). *Guía calidad de vida en la vejez. Herramientas para vivir más y mejor*. Santiago de Chile, Chile: Salesianos.
- Ley 1315 de 2009, Congreso de la Republica, República de Colombia, Julio 13 de 2009.

- Martínez, J.W., Acosta, H.A., Dussan, J.C., Álvarez, J.A., Bedoya, W.F., Carvajal, J.A., y López, F. (2011). Calidad de vida en ancianos institucionalizados en Pereira. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40 (4), 700-708.
- Maya, M. A., Antonio Cardona-Arias, J., y Giraldo, E. (2016). Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de un municipio colombiano, 2013. *Revista Médicas UIS*, 29(1), 17-27. doi:10.18273/revmed.v29n1-2016002
- Mejía, K. (2017). La importancia de los grupos de adultos mayores para el mejoramiento de las relaciones interpersonales. *Poiésis*, 33, 21-25. DOI: <https://doi.org/10.21501/16920945.2493>
- Meléndez, J-C. (1999). Percepción de relaciones sociales en la tercera edad. *Geriatría*, 15 (1), 28-32. Recuperado de <https://www.uv.es/melendez/envejecimiento/relacsociales.pdf>
- Melguizo Herrera, E., Acosta López, A., y Castellano Pérez, B. (2012). Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*, 28 (2), 251-263. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n2/v28n2a08.pdf>
- Melguizo-Herrera, E., Ayala Medrano, S., Grau-Coneo, M., Merchán-Duitama, A., Montes-Hernández, T., Payares-Martínez, C., y Reyes-Villadiego, T. (2014). Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena (Colombia). *AQUICHAN*, 14(4), 537-548.
- Molero, M., y Pérez-Fuentes, M. (2011). Salud y Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1).249-258.

- Molina, C., Meléndez, J y Navarro, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 24 (2), 312-319.
- Molina, C., y Meléndez, J. (2006). Bienestar psicológico en envejecientes de la República Dominicana. *Geriátrika*, 22(3), 97-105. Recuperado de <https://www.uv.es/melendez/envejecimiento/bienestar.pdf>
- Molina, J.M., Uribe, A.F., y Figueroa J. (2013). Dolor, calidad de vida y estado anímico relacionados con la salud de pacientes ancianos hospitalizados. *Pensamiento Psicológico*, 11 (1), 43-53.
- Moragas, R. (1998). *Gerontología Social*. Barcelona, España: Herder, S.A.
- Muñoz, R. (2015). Diferencias en la autopercepción entre ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Gerokomos*, 26 (2), 43-47. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v26n2/02_original1.pdf
- Navarro, E., Calero, M-D y Calero-García, M-J. (2014). Diferencias entre hombres y mujeres mayores en funcionamiento cognitivo y calidad de vida. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(3), 267-277. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/european-journal-cognicion-hombreMujeres-diferencia-03-2015.pdf>
- Olivi, A., Fadda-Cori, G y Pizzi-Kirschbaum, M. (2015). Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Valparaíso. *Papeles de Población*, 84, 227-249. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v21n84/v21n84a9.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). <<Envejecer bien>>, una prioridad mundial.

Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/es/>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2005). *Salud y bienestar del adulto mayor en la*

Ciudad de México (608). Recuperado de

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/743/9275316082.pdf?sequence=1>

Ortiz, J. (2009). *Comunicación Interpersonal en el adulto mayor* (Tesis de pregrado). Pontificia

Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Recuperado de

<http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/comunicacion/tesis323.pdf>

Peláez, M. (2005). La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las

Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17, 299-302. Recuperado de

<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/38/9295>

Pino, M., Ricoy, M.C., y Portela, J. (2009). Evaluación sobre las características del proceso de

envejecimiento a través de relatos de vida. *COHUIÇAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO*,

13(3), 362-382.

Pontificia Universidad de Chile (PUCC). (2011). Guía Calidad de Vida en la Vejez. Recuperado

de http://adulthoodmayor.uc.cl/docs/guia_calidad_de_vida.pdf

Quintero, M-S. (2016). *Caracterización de adultos mayores sanos: Una visión salutogénica de*

la vejez en prevención del envejecimiento patológico (Tesis de pregrado). Universidad

Pontificia Bolivariana, Bucaramanga, Colombia.

- Ramos, J., Meza, A-M., Maldonado, I., Ortega, M-P y Hernández, M-T. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11, 47-56. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf
- Rodriguez, K. (2010). *Vejez y Envejecimiento*. Bogota, Colombia: Editorial Universidad del Rosario.
- Rubio, R., Cerquera, A., Muñoz, R., y Pinzón, E. (2011). Concepciones populares sobre soledad de los adultos mayores de España y Bucaramanga, Colombia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 7 (2), 307-319. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67922761008>
- Sánchez, D. (2015). Ambiente físico-social y envejecimiento de la población desde la gerontología ambiental y geografía. Implicaciones socioespaciales en América Latina. *Revista de Geografía Norte Grande*, 60, 97-114. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rgeong/n60/art06.pdf>
- Sánchez-González, D. (2007). Envejecimiento demográfico urbano y sus repercusiones socioespaciales en México: Retos de la Planeación Gerontológica. *Revista de Geografía Norte Grande*, 38, p. 45-61.
- Santiesteban, I., Pérez, M.L., Velázquez, N., y García, N.E. (2009). Calidad de vida y su relación con el envejecimiento. *Correo Científico Médico de Holguín*, 13(2).
- Undurraga, C. (2012). Cartillas Educativas Calidad de vida en la vejez Relaciones Sociales. Santiago de Chile: Salesianos Impresores S.A.

- Uribe, A. F. R., Rodríguez, F., Orbezo, L. J. V., Valderrama, J., Linde, J. M. M., y Molina, M. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores/Psychological intervention in elderly adults. *Psicología desde el Caribe*, (25), 246-258.
- Uribe, A.F., y Valderrama, L.J. (2007). Salud Objetiva y Salud Psíquica en Adultos Mayores Colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (1), 75-81.
- Urzúa, A y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30 (1), 61-71. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>
- Urzúa, A., Bravo, M., Ogalde, M., y Vargas, C. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Revista Médica de Chile*, 139(8), 1006-1014.
- Valdez, E., Román, R., & Cubillas, M. (2005). Análisis de la oferta de servicios para adultos mayores y sus necesidades manifiestas. *Psicología y Salud*, 15,127-133.
- Varela, L. E., y Gallego, E. A. (2015). Percepción de la calidad de vida en un grupo de adultos mayores de Envigado (Colombia). *Salud SocUptc*. 2(1), 7-14.
- Vera, M. (2007). Significado de la Calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de medicina*, 68(3), 284-290.
- Villegas-Vázquez, K y Montoya-Arce, B. Condiciones de vida de los adultos mayores de 60 años o más con seguridad social en el Estado de México. *Papeles de Población*, 20 (79), 133-167. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v20n79/v20n79a6.pdf>
- Vivaldi, F., y Barra, B. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23-29.

World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF INTRODUCTION, ADMINISTRATION, SCORING AND GENERIC VERSION OF THE ASSESSMENT*.

Zapata-López, B., Delgado-Villamizar, N y Cardona-Arango, D. (2015). Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia 2011. *Revista de Salud Pública*, 17 (6), 848-860. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/viewFile/34739/55071>

Zavala, M., Vidal, D., Castro, M., Quiroga, P., & Klassen, G. (2006). Funcionamiento social del adulto mayor. *Ciencia y enfermería*, 12(2), 53-62.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado para instituciones

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PERMITIR LA PARTICIPACIÓN DE LOS INTEGRANTES DEL _____:
“CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA Y SU ÁREA METROPOLITANA”

Ana María Sarmiento Fernández identificada con C.C. No. 1.098.773.404 de Bucaramanga y Cindy Marlen Escoba Bueno identificada con C.C. No., 1.098.778.936 de Bucaramanga

estudiantes de la Universidad Pontificia Bolivariana, como parte de su proceso de trabajo de grado en modalidad de tesis que lleva por título **“Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana”** realizada bajo la supervisión de la Dra. Ara Mercedes Cerquera, en el cual se invitará a los integrantes del _____ a participar, con el fin de evaluar el nivel de calidad de vida de los adultos mayores. Por tanto, su decisión de aprobar la participación en el presente estudio es voluntaria. Si usted decide dar su consentimiento, es importante que lea cuidadosamente este documento y lo firme.

Objetivo del Estudio

Comparar la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga y su área Metropolitana.

Duración de la participación en el estudio

La aplicación de la entrevista se realizará según horarios que convengan para la institución; cada sesión tendrá una duración aproximada de dos horas.

Instrumentos

Se empleará como instrumento principal la prueba WHOQOL-BREF que permitirá medir la calidad de vida de los adultos mayores en cuatro dominios los cuales son: salud física, salud psicológica, ambiente y relaciones interpersonales.

Beneficios

No se recibirán beneficios de tipo económico. Los resultados de este proyecto generarán conocimiento que contribuya con la literatura frente a la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga y su área Metropolitana.

Posibles Riesgos de la Participación

No existe ningún riesgo serio conocido por participar en este estudio, lo que quiere decir que durante la participación.

Confidencialidad

Con base en la ley 8430 de 1993 que sustenta la regulación ética en investigación con seres humanos en Colombia, toda la información obtenida del estudio se mantendrá bajo estricta confidencialidad, velando por la integridad y dignidad de cada uno de los participantes. Los datos serán utilizados únicamente por el personal investigador, dichos datos podrán ser publicados por cualquier medio científico como revistas, congresos, entre otros; respetando la confidencialidad y anonimato de los participantes. El nombre y datos serán identificados

mediante códigos. Los informes serán suministrados únicamente si usted como representante legal del hogar desea conocerlos.

Derecho a participar o retirarse del estudio

Usted podrá rehusarse a participar del estudio o retirarse del mismo en el momento que así lo consideren, sin necesidad de una explicación o justificación al personal investigador. Lo anterior, no implicará sanción alguna o pérdida de cualquier beneficio o derecho derivado de la participación.

Después de haber leído toda la información contenida en este documento con respecto al proyecto **“Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana”** y habiendo dispuesto de tiempo suficiente para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión libre y consciente, voluntariamente manifiesto que he decidido autorizar la participación de los integrantes del _____ de quien soy el responsable. Además, expresamente autorizo al equipo de investigación para utilizar la información codificada para futuras investigaciones.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en la ciudad de _____ el día _____ del mes de _____ del año _____.

**FIRMA DEL REPRESENTANTE
LEGAL**
C.C. No:

**FIRMA DEL INVESTIGADOR
PRINCIPAL**

Anexo 2. Consentimiento Informado Adultos Mayores no Institucionalizados**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Bucaramanga, 2017

Respetando los principios y los valores que sustentan las normas éticas vigentes para el ejercicio de la profesión de Psicología (ley 1090 de 2006) y teniendo en cuenta las disposiciones en materia del talento Humano en Salud (Ley 1164 de 2007) se solicita el presente consentimiento informado.

Yo, _____ siendo mayor de edad identificado con CC _____ de _____, mediante el presente documento y de mi propia, libre y espontánea voluntad, tramito este consentimiento informado.

Doy constancia que se me informó que Ana Maria Sarmiento Fernández identificada con C.C. No. 1.098.773.404 de Bucaramanga y Cindy Marlen Escoba Bueno identificada con C.C. No., 1.098.778.936 de Bucaramanga estudiantes de la Universidad Pontificia Bolivariana, quienes como parte de su proceso de trabajo de grado en modalidad de tesis que lleva por título “Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana” realizada bajo la supervisión de la Dra. Ara Mercedes Cerquera harán un ejercicio de aplicación de la prueba WHOQOL_BREF.

Entiendo que tengo derecho a tener información sobre el resultado del test y a ser informado cuando se deba suministrar información a terceros, todo lo anterior con la debida normatividad que exige la ley para estos casos.

Declaro que he leído y entendido este documento, igualmente ha sido explicado y comprendido su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas, y de que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

Nombre:

N° de Cedula

Firma o Huella

Anexo 3. Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF	
Sexo: Masculino ___ Femenino ___	Edad: _____ Estrato socioeconómico: _____
Estudios: Primarios ___ Secundarios ___ Universitarios ___	Estado Civil: Soltero(a)___ Casado(a)___ Separado(a)___ Viudo(a)___
Nombre de la Institución o Grupo de autoayuda: _____	¿Está enfermo(a) actualmente? Sí ___ No ___
¿Qué problema de salud piensa que tiene? _____ _____	

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un circulo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy Mala	Regular	Normal	Bastante Buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho(a)	Un poco Insatisfecho(a)	Lo normal	Bastante Satisfecho(a)	Muy satisfecho(a)
2	¿Qué tan satisfecho(a) está con su salud ?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor físico le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuánta es su capacidad de	1	2	3	4	5

	concentración?					
8	¿Qué tan seguro se siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Qué tan saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a la medida en que usted tuvo la capacidad para realizar ciertas cosas en las últimas dos semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Le gusta su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero que ayude a cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita?	1	2	3	4	5
14	¿Qué tantas actividades de ocio realiza?	1	2	3	4	5
15	¿Qué tan fácil le resulta desplazarse de un lado a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a que tan satisfecho se ha sentido en diferentes aspectos de su vida durante las dos últimas semanas.

		Muy insatisfecho(a)	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho(a)	Muy satisfecho(a)
16	¿Qué tan satisfecho(a) está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Qué tan satisfecho(a) está con su habilidad para realizar las actividades diarias?	1	2	3	4	5
18	¿Qué tan satisfecho(a) está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Qué tan satisfecho(a) está con usted mismo(a)?	1	2	3	4	5
20	¿Qué tan satisfecho(a) A esta con las relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Qué tan satisfecho(a) está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Qué tan satisfecho(a) está con el apoyo que recibe de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Qué tan satisfecho(a) está con las	1	2	3	4	5

	condiciones del lugar donde vive?					
24	¿Qué tan satisfecho(a) está con el acceso a los servicios de atención médica?	1	2	3	4	5
25	¿Qué tan satisfecho (a) está con el servicio de transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha tenido ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

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

¿Le ha ayudado alguien a responder el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestar?
