

**CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN EL ÁREA  
METROPOLITANA DE BUCARAMANGA**

**LUISA FERNANDA BENÍTEZ CORREA  
LIZETH DAYANNA OTÁLORA MIRANDA**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
BUCARAMANGA**

**2019**

*Calidad de vida en los adultos mayores residentes en el área metropolitana de  
Bucaramanga*

**CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN EL ÁREA  
METROPOLITANA DE BUCARAMANGA**

**LUISA FERNANDA BENÍTEZ CORREA  
LIZETH DAYANNA OTÁLORA MIRANDA**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE PSICÓLOGA**

**ASESOR  
MG. ANDRÉS ENRIQUE ZÁRATE**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**2019**

## **Tabla de contenido**

<b>Introducción .....</b>	<b>6</b>
<b>Planteamiento del Problema.....</b>	<b>8</b>
<b>Justificación .....</b>	<b>12</b>
<b>Objetivos .....</b>	<b>15</b>
<b>Objetivo General .....</b>	<b>15</b>
<b>Objetivos Específicos.....</b>	<b>15</b>
<b>Antecedentes de Investigación.....</b>	<b>16</b>
<b>Marco teórico .....</b>	<b>26</b>
<b>Calidad de vida.....</b>	<b>26</b>
<b>El ciclo vital y el adulto mayor .....</b>	<b>27</b>
<b>Área física .....</b>	<b>30</b>
<b>Área psicológica.....</b>	<b>31</b>
<b>Área social y relaciones interpersonales .....</b>	<b>34</b>
<b>Área Ambiental .....</b>	<b>36</b>
<b>Diferencias en la calidad de vida en función del género.....</b>	<b>37</b>
<b>Metodología .....</b>	<b>39</b>
<b>Tipo de investigación.....</b>	<b>39</b>
<b>Diseño de investigación .....</b>	<b>39</b>
<b>Población y muestra .....</b>	<b>40</b>
<b>Instrumentos.....</b>	<b>40</b>
<b>Criterios de inclusión .....</b>	<b>41</b>
<b>Criterios de exclusión .....</b>	<b>41</b>
<b>Procedimiento.....</b>	<b>41</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>43</b>
<b>Discusión .....</b>	<b>59</b>
<b>Conclusiones .....</b>	<b>63</b>
<b>Recomendaciones .....</b>	<b>63</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>64</b>
<b>Apéndices.....</b>	<b>70</b>

**Lista de tablas**

Tabla 1. Codificación de datos sociodemográficos .....	43
Tabla 2. Frecuencias de resultados de datos sociodemográficos .....	44
Tabla 3. Medidas de tendencia central en la variable edad.....	45
Tabla 4. Calificación general de dominios .....	47
Tabla 5. Sexo y calidad de vida .....	47
Tabla 6. Percepción de calidad de vida.....	48
Tabla 7. Satisfacción con la salud.....	48
Tabla 8. Dolor físico.....	49
Tabla 9. Dependencia al tratamiento médico.....	49
Tabla 10. Disfrute de la vida.....	50
Tabla 11. Sentido de la vida.....	50
Tabla 12. Facilidad para concentrarse .....	50
Tabla 13. Seguridad diaria percibida .....	51
Tabla 14. Ambiente físico saludable.....	51
Tabla 15. Suficiente energía para actividades diarias.....	51
Tabla 16. Es capaz de aceptar su apariencia física .....	52
Tabla 17. Suficiente dinero para suplir sus necesidades.....	52
Tabla 18. Accesibilidad a la información requerida .....	53
Tabla 19. Oportunidad de realizar actividades placenteras.....	53
Tabla 20. Movilidad corporal .....	53
Tabla 21. Satisfacción con el sueño.....	54
Tabla 22. Satisfacción con habilidades.....	54
Tabla 23. Satisfacción con capacidad de trabajo .....	55
Tabla 24. Satisfacción con sí mismo.....	55
Tabla 25. Relaciones interpersonales.....	56
Tabla 26. Satisfacción vida sexual.....	56
Tabla 27. Satisfacción con apoyo de amigos .....	57
Tabla 28. Satisfacción con el lugar de vivienda.....	57
Tabla 29. Satisfacción con servicios de salud.....	57
Tabla 30. Satisfacción con el medio de transporte.....	58
Tabla 31. Sentimientos negativos .....	58

## **Resumen**

La presente investigación tenía como objetivo describir la calidad de vida de los adultos mayores residentes en el área metropolitana de Bucaramanga. Esto por medio de un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, en el cual se analizaron las variables sociodemográficas y la aplicación del instrumento que mide la calidad de vida, el WHOQOL-BREF. La muestra estuvo compuesta por 70 adultos mayores residentes en el área metropolitana de Bucaramanga. Se encontró que los dominios evaluados a través de la prueba arrojaron puntajes bajos; por lo cual se concluye que la calidad de vida de los adultos mayores participantes, es pobre. También se halló que no existen diferencias significativas en la calidad de vida según el género.

**Palabras claves:** *Adulto mayor, calidad de vida, salud, Bucaramanga, percepción*

## **Abstract**

The purpose of this research was to describe the quality of life of older adults residing in the Bucaramanga metropolitan area. This is done through a quantitative descriptive study, in which the sociodemographic variables and the application of the instrument that measures the quality of life, the WHOQOL-BREF, were analyzed. The sample consisted of 70 older adults residing in the metropolitan area of Bucaramanga. The domains evaluated through the test were found to have low scores; therefore, it is concluded that the quality of life of the participating older adults is poor. It was also found that there are no significant differences in the quality of life according to gender.

**Keywords:** *Elderly, quality of life, health, Bucaramanga, perception.*

## **Introducción**

A partir de la definición de la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad» (OMS,1948), se generó como uno de los aspectos claves dentro del área de la salud, el estudio de la calidad de vida de las personas, debido a que involucra el concepto de salud, que tiene una naturaleza dinámica y multidimensional; lo anterior quiere decir que con el paso del tiempo, su variación puede llegar a ser significativa e involucra diversos aspectos en los que se ve inmerso cada individuo; desde lo biológico, social, psicológico, político, de salud y económico, teniendo en cuenta la satisfacción de necesidades humanas tanto a nivel subjetivo como objetivo del bienestar social que experimentan, este puede ser en función del individuo o en función de la comunidad (Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno, 2007). Con base en lo anterior, se evidencia la importancia de centrarse en el estudio de la calidad de vida de los adultos mayores, quienes al estar expuestos constantemente a tratamientos pueden sufrir efectos secundarios indeseables, los cuales pueden llegar a afectar su estilo de vida, e incluso a incrementar la percepción de una calidad de vida pobre.

Es por ello, que el presente proyecto de investigación tiene como objetivo identificar cómo es la calidad de vida de los adultos mayores que se encuentran ubicados en Bucaramanga y su área metropolitana, con el fin de conocer de qué manera la última etapa del ciclo vital (vejez), afecta el desempeño de los adultos mayores en las diversas áreas de ajuste en las que se desenvuelve; tales como la personal, social, familiar o laboral.

*Calidad de vida en los adultos mayores residentes en el área metropolitana de Bucaramanga*

La investigación se ejecutó mediante la aplicación de la prueba “WHOQOL-BREF” de la OMS, que evalúa la calidad de vida. De igual forma, se llevó a cabo una evaluación sociodemográfica. Para realizar la descripción de la calidad de vida de los adultos mayores, se desarrolló un análisis de las diferentes dimensiones que evalúa la prueba: física, psicológica, social y espiritual. En cuanto al estudio sociodemográfico, se analizaron aspectos como la edad, el género, procedencia, el estrato socioeconómico, la composición del núcleo familiar.

En síntesis, lo que se buscó abordar en la presente investigación fue la medición de la calidad de vida de los adultos mayores del área metropolitana de Bucaramanga, Santander; asimismo, se hizo una evaluación sociodemográfica con el fin de realizar un análisis acerca de la influencia de la edad, el género, el estrato socioeconómico, la procedencia y la composición del núcleo familiar. Lo anterior, con el fin de generar investigación que permita recolectar documentación, para que posteriores investigadores desarrollen estrategias que busquen impactar positivamente en la calidad de vida de estas personas.

### **Planteamiento del Problema**

Resulta necesario comenzar definiendo qué es el envejecimiento poblacional o demográfico, según Díaz (1998) “El envejecimiento demográfico consiste en un cambio en la estructura por edades o, en otras palabras, en el mayor o menor peso de unas edades respecto a otras en el conjunto de la población” (p. 2). Lo cual, generalmente se utiliza como sinónimo del aumento del promedio de las edades que se sitúan en el rango de edad para considerar a alguien persona de la tercera edad, lo que en Colombia vendría siendo a partir de los 55 años para las mujeres y 60 años para los hombres. Ahora bien, como ya es conocido, el envejecimiento poblacional es un fenómeno que ha ido impactando de manera significativa en las estructuras poblacionales en Colombia y, de hecho, en América Latina, tal y como lo menciona el Ministerio de Salud y Protección Social (2013) “Los cambios de la mortalidad y la fecundidad a lo largo del tiempo condicionan transformaciones en las estructuras de la población” (p.15). Esto quiere decir que el tamaño de la población infantil y adolescente, determinará de manera relativa el peso de la población de adultos mayores, dicho esto, se puede afirmar que de manera gradual la población irá envejeciendo.

Cabe resaltar que, la OMS (2018) concluye. “Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%”.

Asimismo, para 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años (OMS, 2018).

De la misma forma, Flórez, Villar, Puerta y Berrocal (2015) comentan:

Uno de los indicadores clásicos del proceso de envejecimiento demográfico es el porcentaje que representa la población de 60 años o más respecto del total de la

*Calidad de vida en los adultos mayores residentes en el área metropolitana de Bucaramanga*

población. En Colombia, a partir del año 2020, el peso de las personas de 60 años o más frente al total de la población empieza a crecer aceleradamente. En 1985, esa proporción era alrededor del 7 %; en el 2014 representaba el 10 % y a partir del 2020 tendrá un crecimiento acelerado que lo llevará al 23 % en el 2050. El subgrupo de edad más dinámico es el de 80 años o más, que representará en el 2050 un 5 % de la población total, en contraste con el 0.6 % de 1985 y del 1.4 % en el 2014. Esto tiene consecuencias de política pública, pues este grupo es el que más demanda servicios de salud y de cuidado, e impondrá una mayor responsabilidad a los programas de asistencia y seguridad social del Estado. (p. 35)

Con el fin de complementar lo anterior, cabe resaltar que, el Ministerio de Salud y Protección Social (2013) afirma:

El índice de envejecimiento definido como el peso de la población mayor de edad con respecto a la población infantil y adolescente se triplicó en las últimas décadas. De 10 pasó a 34 (personas mayores por cada 100 personas menores de 15 años) entre 1964 y el año 2010, y de acuerdo con la tendencia observada, mantendrá aumentos sostenidos en un futuro próximo. (p.17)

También, es necesario mencionar que según el DANE (citado en Ministerio de Salud y Protección social, 2013), afirma que el departamento de Santander, está entre uno de los departamentos con los índices de envejecimiento más altos, respecto al conjunto del país, con un 42 %, asimismo, también hace parte de los departamentos con un peso relativo superior de las personas mayores, en comparación con el conjunto del país.

Con base en lo anterior, es posible afirmar que el envejecimiento poblacional plantea un reto para la sociedad, así pues, resulta necesario contar con estrategias que puedan ser implementadas por las personas en su cotidianidad y, de esta manera, favorecer la calidad de vida en los adultos mayores.

Por consiguiente, es necesario contar con directrices adecuadas que permitan dirigir el comportamiento de la sociedad con relación a este fenómeno que se viene dando años atrás; pero aún no se cuenta con la información y el proceso de análisis de la misma, que es requerida para lograr un involucramiento necesario de la población respecto a la adecuada adaptación del adulto a su nueva etapa de adultez mayor, y de esta forma, se recalca la importancia de continuar realizando investigaciones sobre la calidad de vida de los adultos mayores, para poder trabajar desde bases firmes, teniendo en cuenta la sociedad en general, para dejar atrás la percepción del adulto mayor como una persona enferma, improductiva, entre otras cosas, sino al contrario, tener empatía en su rol como parte de la sociedad, y verlo como un ente activo en la misma; teniendo presente las características del desarrollo comunes en esta población, como también, variables que pueden llegar a afectarlo como son la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, y la muerte de amigos y pareja (OMS, 2018).

Por todo lo descrito anteriormente, se conoce que los adultos mayores pueden tener afecciones de tipo físicas, psicológicas o sociales, es por esto que se buscó responder en esta investigación a la siguiente pregunta: ¿Cómo es la calidad de vida de los adultos mayores en el área metropolitana de la ciudad de Bucaramanga, Santander?

*Calidad de vida en los adultos mayores residentes en el área metropolitana de  
Bucaramanga*

De igual forma, se buscó conocer si hay diferencias en la calidad de vida de estos adultos mayores, dependiendo del género. Para esto, se han establecido las siguientes hipótesis:

Hipótesis nula:

No hay diferencias significativas en la calidad de vida de los adultos mayores según su género.

Hipótesis alternativa:

Hay diferencias significativas en la calidad de vida de los adultos mayores según su género.

### **Justificación**

Es importante empezar por entender qué es el envejecimiento; la OMS (2018) puntualiza. “es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte”.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que estos cambios no son uniformes, no son iguales en todas las personas. De la misma forma, cabe aclarar que el Ministerio de Salud y Protección Social (2018). Define a los adultos mayores como “sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones”.

Por otra parte, uno de los conceptos principales para esta investigación es la calidad de vida; Ferrans (1990) señaló, que “la calidad de vida general es definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella”. (Citado en Urzúa y Caqueo, 2012, p.61). Asimismo, Bigelow et al. (1991) la define como “Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar”. (Citado en Urzúa y Caqueo, 2012, p.61). De ahí la importancia de investigar acerca de las dimensiones o áreas que son importantes para el adulto mayor que se encuentra en el área metropolitana de Bucaramanga, diversas áreas como la psicológica, física, social y ambiental, haciendo énfasis en la esfera psicológica, por lo cual es necesario conocer cuáles son las áreas más afectadas, con el fin de buscar estrategias que permitan superar o mejorar estas áreas en los adultos mayores participantes en el estudio.

De esta forma, Padilla (2005) afirma. “Es evidente que el concepto de calidad de vida, aunque depende de muchos factores (socioculturales, políticos, emocionales, físicos, espirituales), es, en última instancia, una apreciación del individuo, lo que obliga a incluir el elemento subjetivo en su valoración” (Citado en Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno, 2007, p.56). Es debido, entonces, que esta percepción implique aspectos personales y sociales como Grau y Gonzáles (1997) refieren, entre estos están: el valor subjetivo del bienestar, la manera de sentirse frente a las distintas áreas de su vida, los recursos personales y sociales con los que cuente, de la misma forma, las estrategias de afrontamiento para enfrentar cada una de las situaciones que se le presente (Citado en Gaviria, et al., 2007).

Moreno y Ximénez (1996) comentan que la manera en las que se afronten las situaciones, así como las enfermedades que se pueden dar en la adultez mayor, no está solamente mediada por la percepción de vejez que tenga, o por la percepción de su calidad de vida, sino también por la red de apoyo que maneje y la forma de interpretar este apoyo, la valoración de su círculo social; lo cual podría favorecer la adaptación a dicho proceso vital. De esta manera, es posible afirmar que el surgimiento de dicha situación permite que el individuo acuda a sus esquemas cognitivos, y realice razonamientos que le permitan incrementar las posibilidades de tener una actitud positiva, o lo que se llamaría un afrontamiento positivo de la situación, como también puede ser negativo; lo que sí es cierto es que estos razonamientos incidirán en las actitudes que tenga hacia él mismo, hacia su vida y hacia los otros (Citado en Gaviria, et al., 2007).

Hay diversos estudios sobre la calidad de vida de los adultos mayores, en esta investigación se encontraron algunos factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Cartagena; Herrera, López y Pérez (2012) concluyen:

Los adultos mayores que en la actualidad son trabajadores o pensionados reportaron mejor bienestar físico, con un promedio de 8,8; mejor bienestar psicológico, con 8,5; mejor autocuidado y funcionamiento ocupacional, con 9,1 y 8,8 respectivamente. En cuanto al bienestar físico, se observó mayor puntuación en aquellos que viven con una persona, mientras que el menor puntaje es para quienes viven con 7 y 8 personas.

Habría que decir también que, al tener algún tipo de estabilidad económica, los adultos mayores tienen mejor percepción sobre su calidad de vida, en comparación con quienes no cuentan con este tipo de estabilidad. De la misma manera, fue fundamental conocer acerca de la calidad de vida percibida que tienen los adultos mayores que se encuentran en el área metropolitana de Bucaramanga, teniendo en cuenta que, según los dominios evaluados en el WHOQOL BREF, esto engloba aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales.

Llevando a cabo el estudio de la percepción de las dimensiones mencionadas de manera previa, se pudo indagar, en qué forma se ha visto afectada la calidad de vida de cada adulto mayor, relacionándolo con aspectos sociodemográficos; y como resultado de esta investigación, también, que posteriores investigadores lleven a cabo acciones estratégicas que proporcionen a las personas de su alrededor que participen en la atención y el cuidado de estas personas, a mejorar los aspectos que sean necesarios para tener una percepción más positiva acerca de su calidad de vida.

De esta forma, este estudio contribuyó a las investigaciones que se tienen acerca de calidad de vida en adultos mayores, de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, con el objetivo de realizar una descripción acerca de la percepción de la calidad de vida de estas personas, incluyendo cada uno de los aspectos que esto engloba, para que, desarrollando este precedente, se puedan llegar a sentar bases de cómo poder mejorar la calidad de vida de los mismos.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Identificar la calidad de vida de los adultos mayores mediante la aplicación del WHOQOL BREF (OMS) con el fin de contribuir a la línea de calidad de vida del programa de psicología de la UNAB.

### **Objetivos Específicos**

Analizar las características sociodemográficas de la población de adultos mayores del área metropolitana de Bucaramanga, Santander.

Analizar los aspectos psicológicos, físicos, sociales y ambientales que determinan el nivel de calidad de vida de los adultos mayores del área metropolitana de Bucaramanga, Santander.

Determinar si hay diferencias significativas en la calidad de vida de los adultos mayores del área metropolitana de Bucaramanga, Santander, dependiendo de su género.

### **Antecedentes de Investigación**

Hernández- Huayta, Meneses y Carreazo (2016) llevaron a cabo un estudio que pretendía evaluar la calidad de vida en relación con la salud en una muestra de 447 adultos mayores de la población del área rural y urbana de Perú. El estudio fue de tipo transversal con población de cuatro distritos rurales y uno urbano. El proceso llevó a cabo una evaluación sobre la asociación entre el área de residencia y cinco variables sociodemográficas. Para ello, se utilizó la prueba de suma de rangos de Wilcoxon y se evaluó la magnitud de efectos. También, se midieron y compararon los puntajes por dimensiones obtenidos en los instrumentos WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD y el puntaje total de este último. Se encontró que el área en donde residen los adultos mayores, sí ejerce un efecto significativo en las diversas dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud de la población objeto de estudio.

En la ciudad de Valparaíso- Chile, Olivi, Fadda-Cori y Pizzi-Kirschbaum (2015) desarrollaron una evaluación acerca de la calidad de vida de los adultos mayores. En el estudio se combinaron métodos y técnicas cuantitativas y cualitativas a través de distintas fuentes de recolección de datos primarios (personas) y secundarias (fuentes bibliográficas, estadísticas oficiales y cartografía). Estos instrumentos se aplicaron en 13 barrios, tres barrios ubicados en el plan y diez en los cerros. Se halló que los adultos mayores en general, poseen una actitud proactiva con relación a su edad, tienden a estar orientados en la solución de problemas y las carencias de tipo institucional principalmente, en una sociedad con un envejecimiento progresivo. Por otro lado, los aspectos con percepción positiva por parte de los adultos mayores fueron principalmente aspectos relacionados con

la capacidad individual de los mismos. Por otro lado, los aspectos con evaluación deficiente se relacionan a ámbitos de competencia de las autoridades, en donde la iniciativa personal tiene un menor impacto.

Urzúa y Navarrete (2013) realizaron una investigación con la que buscaban comparar la estructura factorial encontrada en la versión original del WHOQoL-Old17 con las versiones abreviadas de la misma escala en población de adultos mayores chilenos. Para esto, se desarrolló un muestreo intencionado por disponibilidad en donde participaron 804 personas: 528 eran mujeres y 276 fueron hombres. Los encuestados tenían un rango de edad entre los 60 y 90 años. La edad fue de 70 años para las mujeres y para los hombres de 69 años.

Fernández, Avilés y Castillo (2009) llevaron a cabo un estudio descriptivo sobre la funcionalidad del adulto mayor en México con una escala de medición de actividades de la vida diaria y las relacionaron con la calidad de vida. La muestra estaba compuesta por 225 adultos mayores de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez (ISSSTE). Se aplicaron cuestionarios de funcionalidad de actividades básicas de la vida diaria. Para relacionar las variables se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis mediante el programa SPSS, V12. Se encontró que, en cada una de las tres escalas de funcionalidad, uno de cada tres pacientes tuvo algún grado de disfunción. También, se concluyó que, a menor funcionalidad, mayor deterioro en la calidad de vida.

Olivares, Martínez, Oquendo y Crespo (2015), estudiaron la calidad de vida del adulto mayor en la Habana, Cuba; con el objetivo de conocer aspectos relacionados con la calidad de vida del adulto mayor y su relación con el envejecimiento. Con lo cual, a través de revisión de literatura, se concluyó que el nivel de satisfacción de las necesidades de las personas, determinan la percepción de la calidad de vida. Por ello, se entiende que la calidad de vida es multifactorial, la cual está compuesta por un carácter individual y subjetivo, acompañado de la satisfacción de la vida propia del individuo, percibida por este mismo. A partir del estudio de la calidad de vida en la vejez, se concluye que se deben incluir aspectos relacionados con la etapa correspondiente del ciclo vital del adulto mayor. Finalmente, la aceptable percepción del estado de salud, del nivel educativo alcanzado, la economía, el entorno social favorable, el grado de satisfacción general y el logro de los objetivos individuales que experimentan los adultos mayores, se encuentran estrechamente asociados a la experimentación positiva y satisfactoria del proceso de envejecimiento.

Avendaño, Cruz y Elías (2009) desarrollaron un estudio descriptivo transversal en el cual evaluaron la calidad de vida en adultos mayores residentes en la zona urbana del municipio Pinar del Río- Cuba. Para esto, se tuvieron en cuenta varias variables sociodemográficas, y la vinculación de los adultos mayores a Casa de Abuelos, en los meses de enero y diciembre del 2006. La muestra estuvo compuesta por 42 adultos mayores adscritos a la Casa de Abuelos y otra muestra de igual tamaño, pero con adultos mayores no incorporados. Se aplicó una entrevista estructurada para los datos sociodemográficos y la Escala M.G.H para la calidad de vida. Los datos dominantes encontrados fueron del género masculino, entre las edades de 75-84 años, con estado civil; soltero y viudo. En cuanto a la

calidad de vida, respuestas altas y medias entre los adultos mayores; para la dimensión de salud no se encuentra una percepción de daño en la calidad de vida de los adultos mayores, pero en la dimensión de satisfacción por la vida si se encuentra una afectación en gran parte del grupo.

Pérez, Trillo, Aguilera y Castro (2009) investigaron sobre la autopercepción de los adultos mayores sobre su calidad de vida en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE por medio de la aplicación del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI), teniendo en cuenta diferentes aspectos que permitieran diseñar estrategias preventivas. La investigación se realizó mediante un estudio transversal, observacional y descriptivo, a 150 pacientes, con un promedio de edad de 72 años, a través del CUBRECAVI. A partir de lo anterior, se concluyó que las relaciones interpersonales tienen una relación directa con la percepción que tienen los adultos mayores sobre su calidad de vida. De igual forma.

Arias, Mendieta y Restrepo (2014) buscaban comparar el perfil de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de adultos mayores de hogares geriátricos públicos y privados de la ciudad de Medellín, Colombia; a través de un estudio transversal correlacional en 220 adultos mayores seleccionados mediante muestreo probabilístico. Se aplicó el WHOQOL-BREF y la ficha clínica de cada individuo. Se encontró que el mejor puntaje fue el de salud psicológica y el peor en relaciones sociales. Por otro lado, no se hallaron diferencias en la CVRS según el tipo de hogar geriátrico. Finalmente, se identificó que hay algunos factores determinantes de la CVRS que evidencian su multidimensionalidad; lo cual puede servir para realizar investigaciones posteriores e implementar políticas de salud pública y acciones en clínica.

Córdoba, Rodríguez, Camacho y Gómez (2017) desarrollaron una investigación con el objetivo de identificar la asociación existente entre la dependencia funcional y el dolor crónico asociados a la calidad de vida del adulto mayor. Para esto, se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Redalyc, Google académico, Ebsco, Medline, entre otras, donde fueron seleccionados 60 artículos que estuviesen incluidos en revistas indexadas. Se halló una gran prevalencia de estudios que reportan que el envejecimiento asociado al dolor evidencia mayor nivel de dependencia funcional en el adulto mayor.

Herrera et al. (2014) realizaron una investigación guiada a describir la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores residentes en centros de protección social en la ciudad de Cartagena, Colombia. Fue un estudio descriptivo, con una muestra de 187. Se aplicó el Test de Valoración Mental (Pfeiffer), una encuesta sociodemográfica y el “Índice multicultural de calidad de vida”. Se encontró que el promedio de edad fue de 75 años (95 %), predominó el estado civil soltero (57,6 %), nivel educativo primaria (45,5 %), recibir medicamentos (80,3 %), realizar actividades físicas (54,5 %) y no realizar actividades productivas (37,9 %). La autopercepción de la calidad de vida relacionada con salud tiende a valores que pueden considerarse como buenos (7,6 %). Lo anterior, permitió concluir que las dimensiones que presentaron puntajes más altos fueron la plenitud espiritual y el autocuidado, y con menor puntaje el bienestar físico y el apoyo comunitario.

Estrada et al. (2011) llevaron a cabo un estudio transversal de exploración de condiciones asociadas a la calidad de vida de los adultos mayores en hogares geriátricos en la ciudad de Medellín, Colombia. Participaron 276 adultos mayores de 39 Centros de Bienestar del Anciano de Medellín. La calidad de vida se evaluó mediante el WHOQOL-OLD de la Organización Mundial de la Salud; se utilizaron la escala de depresión de

Yesavage, la de ansiedad de Goldberg, la de funcionalidad de Pfeffer, la mini-valoración nutricional y, además, se evaluaron aspectos demográficos y sociales. Se encontró un deterioro en la calidad de vida cuando las condiciones de funcionalidad y autonomía limitaban la realización de actividades de la vida diaria, agravado por el hecho de ser mujer, tener sintomatología depresiva y de ansiedad, y sentirse maltratado por sus familiares.

Mejía y Merchán (2007) desarrollaron una revisión teórica sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años, en la Universidad de Caldas, Colombia. Se resaltó la importancia de las redes de apoyo primarias como parte de la estructura funcional, afectiva y social. De igual forma, el envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de la población y tiene consecuencias significativas en el volumen y distribución de la carga social de la enfermedad y en la calidad de vida. En Colombia el grupo de ancianos de 60 años representa un alto porcentaje de años de vida perdidos, del mismo modo el problema de la población envejeciente no se limita sólo a analizar la morbilidad y la mortalidad, sino también a determinar las condiciones de vida y de la protección social. Por ello, se expone la necesidad de formular y abordar políticas y estrategias que fomenten la participación activa y real de la población adulta mayor, en las decisiones que permitan su participación en apoyo de sus conocimientos y competencias, esto debido a que la afectación de la calidad de vida de los adultos mayores se afecta significativamente por la desprotección familiar y social que viven en Colombia.

Gualdrón et al. (2018) realizaron un análisis con el objetivo de evaluar las evidencias de validez de una aproximación unidimensional al WHOQOL- BREF en adultos mayores. El instrumento fue aplicado a una muestra probabilística de 510 adultos mayores de Bucaramanga y Manizales pertenecientes a centros día o centros vida. Se analizó Rasch

de ajuste de categorías de respuesta, ajuste de los ítems y de las personas, funcionamiento diferencial de los ítems, unidimensionalidad y confiabilidad. Como conclusión sobre el WHOQOL-BREF se evidencia una obtención de medida unidimensional a nivel de intervalo de calidad de vida en adultos mayores.

Cardona (2008) desarrolló un estudio descriptivo comparativo con fuente de información secundaria, usando los 82.601 registros de la Encuesta de calidad de vida del año 2008, distribuida en tres grupos: jóvenes, adultos y adultos mayores. Con el fin de comparar la calidad de vida del adulto mayor de Medellín con dos grupos poblacionales. Se halló que el adulto mayor no presentó diferencias frente a los otros dos grupos poblacionales, pero la edad lo hacen más vulnerable en lo económico y en las condiciones que salud al tener limitaciones para acceder a las oportunidades, al no acceder a las exigencias que el medio productivo y la sociedad requieren, olvidando su experiencia y sabiduría adquirida en el transcurso de su vida.

Sánchez (2017), llevó a cabo un estudio observacional analítico de corte transversal con el objetivo de identificar los factores relacionados con la calidad de vida en los adultos mayores de seis instituciones geriátricas de Bucaramanga, Colombia. Para este estudio, participaron 221 adultos mayores vinculados a seis hogares geriátricos del área metropolitana de Bucaramanga, en quienes se recolectaron variables sociodemográficas, condición sistémica, CV, condición oral, capacidad física funcional, salud mental y soportes sociales. Se aplicó un análisis de regresión logística para el cálculo de los OR con sus respectivos IC95%, métodos de corrección de los OR y se evaluó la bondad de ajuste del modelo. Se encontró que el estar institucionalizado, el no realizar labores y estar

deprimido (todas con RR 1,6) comprometen negativamente la calidad de vida en las personas vinculadas a los seis hogares geriátricos analizados.

En la ciudad de Cúcuta-Norte de Santander, Vergel, Núñez y Suárez (2018) llevaron a cabo una investigación en torno al grado de bienestar propio que reconoce un grupo de adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Cúcuta, en el departamento de Norte de Santander, Colombia. Se seleccionó una muestra aleatoria de 750 adultos mayores institucionalizados en asilos de la ciudad de Cúcuta. Para la recolección de datos se empleó la adaptación al español del perfil PERMA, que mide emociones positivas, compromiso, relaciones, significado y logros. En los resultados obtenidos se encontró un nivel de bienestar auto-reportado medio; la edad resultó ser un factor de peso en la percepción del bienestar de los adultos mayores institucionalizados. La vinculación con el mundo laboral también incide significativamente en su percepción de bienestar integral. Finalmente, la prueba también estableció una correlación alta entre todas las dimensiones del modelo y la percepción de la salud.

Hernández y Jaimes (2017) estudiaron el grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores que se encuentran institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga, Santander, Colombia. Lo anterior, mediante un estudio cuantitativo con diseño descriptivo, de corte transversal. La población total era de 165 adultos mayores, en donde se sacó una muestra de 60 adultos mayores de los dos hogares para ancianos, con edades entre los 65 con presencia o ausencia de patología. El muestreo fue de tipo no probabilístico por conveniencia, y se aplicó el instrumento: MMSE (Examen Cognoscitivo Mini-Mental). Se encontró que las edades predominan entre los 75 u 94 años, con significancia mayor del género masculino; con nivel educativo básico primario, los

cuales tenían contacto con sus familias, el tiempo que llevaban institucionalizados era de 1 a 5 años. Con base en lo anterior se concluyó que el 41,7% de los adultos mayores presentan deterioro cognitivo grave.

Cáceres, Parra y Rico (2018) buscaron determinar la calidad de vida relacionada con la salud en población general del área metropolitana de Bucaramanga. La metodología utilizada fue una encuesta transversal, y el cuestionario SF-36 que mide la calidad de vida relacionada con la salud en población general que vive en cuatro barrios seleccionados. La información obtenida se sistematizó en Excel, se calcularon los puntajes por cada uno de los dominios comparándolos por aspectos sociodemográficos tales como edad, género, ocupación, escolaridad y estrato socioeconómico de cada uno de los participantes. Los resultados fueron obtenidos a partir de la realización de entrevistar a 1.098 personas con un rango de edad entre los 15 y 99 años, en donde 732 (66,7%) fueron mujeres, con edad promedio de 46 años, que residen en estratos socioeconómicos 1 a 4, con ocupación principalmente en actividades de comercio, servicios y hogar. Los puntajes en todos los dimensiones fueron superiores a 60%, lo que indica una buena CVRS. Sin embargo, se identificó diferencias significativas en cuanto a niveles altos o bajos de la calidad de vida, dependiendo de la edad, el género, la escolaridad y ocupación.

Carreño, Angarita, Pinto, Delgado, y García (2015) desarrollaron una investigación que buscaba determinar la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la incontinencia urinaria (IU) en mujeres con sobrepeso del área metropolitana de Bucaramanga, Colombia. Esto, a través de un estudio analítico de corte transversal realizado en 63 mujeres elegidas de forma aleatoria con edades de 18 a 65 años, de las cuales, 76 % se encuentran con sobrepeso y 24 % con obesidad. El instrumento utilizado

para medir la CVRS fue el SF-36 y el cuestionario de calidad de vida para mujeres con síntomas del tracto urinario bajo (ICIQ-FLUTSqol). Se encontró que la prevalencia de IU global fue de 39,7 %, IU esfuerzo 28,6 % e IU mixta 11,1 %. La dimensión con puntaje más bajo en las mujeres con IU fue vitalidad con 63,4. El puntaje obtenido en CVRS obtuvo una mediana de 27 con un mínimo de 20 y máximo 52. Lo anterior significa que las mujeres con exceso de peso no generaron diferencias significativas en las 8 dimensiones de la CVRS comparadas en los dos grupos de estudio; las mujeres con IU y las mujeres sin IU.

## **Marco teórico**

### **Calidad de vida**

El concepto de calidad de vida a través de los años ha tenido múltiples concepciones; la Organización Mundial de la Salud (Citado en Molina, 2011) refiere:

“La calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes; el cual está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno” (p.1)

Por la misma línea, la calidad de vida se divide en dos niveles; el nivel público y el nivel privado. Entendiendo el nivel privado como la definición individual y social que hacen las personas de su sistema de valores, su concepto de vida, de calidad y de felicidad, estableciendo su propio proyecto de vida. Por otro lado, el nivel público, se caracteriza porque los miembros de una sociedad contratan un conjunto de valores que son respetados por todos, aun coactivamente. De allí que la "ética de mínimos", (ética pública), que asume la definición general de calidad de vida que realiza la sociedad expresada en forma de leyes, sustentada en los principios de no maleficencia y de justicia (Guevara, Domínguez, Ortunio, Padrón, & Cardozo, 2010).

Asimismo, la calidad de vida se concibe como un término multidimensional de políticas sociales que hacen referencia a tener condiciones de vida apropiadas (concebido como lo objetivo) y un alto grado de bienestar (entendido como lo subjetivo). De igual forma, tiene en cuenta la satisfacción colectiva de las necesidades por medio de las políticas sociales como un agregado a la satisfacción individual de las necesidades (Palomba, 2002).

Por otro lado, hay unos factores que son claves en la medición de la calidad de vida, dentro de estos encontramos los factores materiales; que son los recursos que cada persona tiene, tales como los ingresos, la posición en el mercado del trabajo, la salud, el nivel de educación, entre otros. También se tienen en cuenta los factores ambientales, los cuales son las características de la comunidad en la que se desenvuelven las personas, tales como el acceso a servicios, el grado de seguridad, el nivel de criminalidad, la movilización en las zonas, la habilidad y el acceso a las nuevas tecnologías, y las características de la vivienda (Palomba, 2002).

En cuanto a los factores de relacionamiento, se encuentra la relación de las personas con sus familias, amigos y el uso de redes sociales. Finalmente, se tienen en cuenta las políticas gubernamentales, ya que las políticas existentes dentro de un estado inciden en la calidad de vida, ya sea generando un impacto positivo, o, por el contrario, negativo (Palomba, 2002).

### **El ciclo vital y el adulto mayor**

Cuando se habla del ciclo vital, se hace referencia a una serie de etapas ordenadas en número, duración y procesos por los cuales se vivencian diversos cambios determinados por aspectos socioculturales en las áreas del desarrollo humano tales como; la biológica, psicológica, cognoscitiva y familiar. Cada una de las etapas se caracterizan por el cumplimiento de aspectos que deben ser cumplidos por cada individuo; estos aspectos o tareas generan un conjunto de crisis designadas “crisis normativas” a través de las cuales se puede analizar la habilidad de adaptación de los individuos y conocer si su evolución es congruente con la etapa del ciclo vital a la que corresponde (Chaparro & A., 2017).

Con respecto a las “crisis normativas”, se basan en una teoría planteada por Erikson (1950) (citado en Chaparro & A., 2017) en donde hablaba acerca de una serie de etapas que él llamó las «ocho edades del hombre». Erikson expresaba que el desarrollo de los humanos, desde la infancia a la senectud, tenía como fin realizar una búsqueda de identidad personal, a través de ocho etapas; y la conclusión positiva de cada etapa generaba en los individuos el fortalecimiento o aumento de las capacidades de estos para así poder afrontar las crisis venideras e ir superando cada etapa del ciclo vital (Chaparro & A., 2017).

Siguiendo la misma idea de la teoría de las “crisis normativas”, Erik Erikson (1979) realizó una definición acerca a la vejez (citado en Chaparro & A., 2017), a la cual se refirió: “como un estadio de la vida en el cual se intenta equilibrar la búsqueda de la integridad del yo con la desesperación; se inicia, para este autor, a los 50 años y culmina con la muerte” (p.1076). En la cual resaltaba la característica madurativa que tenía esta etapa si era superada de manera positiva, guiada por la aceptación de las experiencias pasadas como una forma de aprendizaje a partir de los errores, lo cual permite desarrollar un proceso de adaptación frente a las nuevas experiencias, basándose en la sabiduría y la integridad. De igual forma, se desarrolla una aceptación a la situación actual, lo cual impide que surja un sentimiento de culpabilidad por lo que se pudo o no hacer en el pasado (Chaparro & A., 2017).

Erik Erikson, denominó al estadio psicosocial de la vejez como: integridad versus desespero – sabiduría, el cual inicia a los 50 años y la palabra que lo representa es la integridad, a la cual se refiere al proceso de aceptación que es llevado a cabo por los adultos en cuanto a sus vivencias personales y el desarrollo psicosocial obtenido. Lo anterior, para generar un proceso de integración emocional en donde prevalezca la confianza y la

autonomía. De igual forma, el amor es la base de la experiencia de su vida propia, construyendo así confianza en sí mismos y en las generaciones venideras, teniendo la convicción de que han contribuido de manera significativa a la humanidad; y por ello, se sienten tranquilos por lo vivido y por el hecho de enfrentar la muerte (citado en Bordignon, 2005). Finalmente, es importante resaltar que para que se genere lo anteriormente descrito, los individuos deben superar de manera exitosa estas crisis normativas, esto quiere decir que es resultado de la superación eficaz de cada una de las etapas planteadas por Erikson.

Por otro lado, la vejez está atada a diversos estereotipos que son dados debido a la falta de conocimiento acerca de esta etapa del ciclo vital. Se cree que aquí ya no se generan cambios o se sigue en procesos de desarrollo comportamental, por el contrario, se tiene la percepción de que existe una estabilidad en la conducta. Pues bien, desde la investigación se ha encontrado que en la vejez sí hay un desarrollo en los repertorios de conducta de los adultos, aunque estos no sean incrementados en gran medida. De igual forma, se tiene la concepción de que la vejez está ligada a la pérdida, enfermedad y deterioro; hay una dificultad de aprendizaje, incapacidad de velar por sí mismos y tener estados emocionales caracterizados por la ira. Lo anteriormente mencionado es falso, no se tiene un momento exacto en el que la enfermedad aparezca en la vida de las personas, a lo largo del ciclo vital se posee la capacidad de desarrollar procesos de aprendizajes continuo y la personalidad en la vejez no tiene cambios drásticos. Finalmente, es necesario entender que la vejez es un objeto de conocimiento multidisciplinar, ya que los individuos están constituidos por una realidad biopsicosocial (Ballesteros, 2006)

## **Área física**

Dado que dentro del envejecimiento se puede encontrar definiciones relacionadas con un deterioro funcional, progresivo y generalizado en donde es causada una pérdida en las respuestas de agresión y un aumento en el riesgo en padecer enfermedades que están relacionadas significativamente con la progresión de la edad biológica (citado en Triadó & Villar, 2014). Esto quiere decir que, a medida que el ciclo vital avance, el cuerpo lleva a cabo un proceso en el que biológicamente diversos procesos físicos se van deteriorando y, por consiguiente, surgen las enfermedades que afectan significativamente el funcionamiento de las personas.

Del mismo modo, los procesos físicos que se van deteriorando están relacionados con la caída funcional de los órganos y de sistemas corporales que se van intensificando al final del ciclo vital. Dentro de estos cambios, encontramos una disminución de la masa muscular y ósea, y, por el contrario, la grasa aumenta su porcentaje. También, se generan cambios degenerativos globales en la capacidad funcional tales como la disminución del ritmo cardíaco y la dificultad en la capacidad pulmonar; la vulnerabilidad ante diversas enfermedades, la dificultad adaptativa ante las fuertes demandas ambientales y el aumento en la probabilidad de muerte (Triadó & Villar, 2014).

Es de esperarse que, a medida que la persona va envejeciendo, tenga cierta predisposición a enfermar, o a tener dificultades referidas a su salud; por esto, La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2012) afirma:

Con el envejecimiento las personas enfrentan más problemas de salud, principalmente con las enfermedades crónicas (como la hipertensión, la diabetes y el cáncer, entre otras) que requieren un tratamiento continuo. Como estas

condiciones suelen presentarse en forma simultánea, es casi inevitable la polifarmacia, es decir, el consumo de múltiples medicamentos por un paciente, que puede traer consigo un aumento de interacciones no deseadas o peligrosas. A estos riesgos se suman, problemas por cambios en el organismo, posibles errores de prescripción indebida y la automedicación. (p. 1)

Finalmente, cabe resaltar que, según Orley (1996), estos son algunos de los aspectos que se consideran en la salud física: “actividades de la vida diaria, dependencia de sustancias medicinales y ayudas médicas; energía y fatiga, movilidad, dolor e incomodidad, sueño y descanso, capacidad de trabajo” (p. 7).

### **Área psicológica**

Al llegar a la vejez, gran número de adultos mayores sienten que cuentan con la capacidad plena de seguir realizando actividades que desempeñaban con anterioridad. Se sienten con una amplia energía, motivación y deseos de seguir en búsqueda de su crecimiento personal y laboral; sin embargo, viven un proceso que los limita en sus expectativas de continuar ejerciendo sus labores: la jubilación, por lo cual las organizaciones prescinden de ellos (López, 2005).

Teniendo en cuenta que una de las necesidades básicas del ser humano es la de sentirse aceptado, útil, querido, reconocido y perteneciente a algún grupo; sentimientos que son base de la autoestima, al pasar por este proceso de desprendimiento debido a la jubilación que experimentan los adultos cuando llegan a cierta edad, la satisfacción de las necesidades mencionadas con anterioridad se ve afectada, lo cual genera un deterioro en la autoestima. Esto, debido a que empiezan a surgir sentimientos de inutilidad e incapacidad frente al valor afectivo-emotivo que tienen de sí mismos (López, 2005).

Ahora bien, es posible que haya una pérdida del significado o sentido de la vida.

Como se ha mencionado con anterioridad, siempre ocurre un desarrollo a lo largo del ciclo vital, por lo que las expectativas de logro relacionadas consigo mismo y con la vida siguen presentándose en la vida de las personas; si estas expectativas o ilusiones no se procesan con base en la realidad que vive cada quien puede generar frustración y sentimientos de desesperanza. Estos sentimientos de desesperanza generan ausencia de significación vital, del sentido de ser y estar en un lugar, lo cual puede desencadenar un conjunto de síntomas depresivos. Estos síntomas vienen acompañados de aflicción, tristeza y dolor emocional, causados también por las pérdidas vividas, ya sean a nivel familiar, laboral, de salud o de trabajo (López, 2005).

Otros de los cambios que se viven en esta etapa del ciclo vital están relacionados con el sueño, el cual se ve afectado por variables físicas, ambientales o de la conducta; causando así, insomnio. Dentro de estas variables podemos encontrar el ruido, los desórdenes alimenticios, el consumo de café o alcohol, los antidepresivos, las medicinas estimulantes, la ansiedad, entre otros (López, 2005).

En relación con el auto-concepto o la imagen que cada persona tiene de sí misma, como todo proceso, implica cambio; a partir de esta transformación que suele ligada a los cambios de tipo físico y psicológicos dados por las características propias del envejecimiento se desencadena una modificación en la autoimagen de manera gradual, y se crea una brecha entre la imagen real y la ideal; requiriendo así una adaptación y acomodación psicológica a los cambios (Sarabia, 2012). Asimismo, sumándole el concepto global que se ha dado relacionado con la vejez en cuanto a los cambios corporales tales como: las canas, los cambios en la silueta corporal, las arrugas, pérdida de cabello, entre

otros; los cuales son relacionados con la disminución en la funcionalidad y encasillado en estereotipos de impacto negativo, causan un desequilibrio y cambio en la percepción previa de la imagen corporal del adulto mayor, lo que está ligado con el auto-concepto. Con base en lo descrito con anterioridad, se afirma que la vejez trae consigo cambios en la percepción de la imagen de sí mismo, que en la mayoría de los casos de investigación se da de manera negativa, especialmente en las mujeres, ya que los hombres tienden a percibir ésta de manera más positiva; influyendo e impactando en la calidad de vida de los mismos (Sarabia, 2012).

Por otra parte, el proceso psicológico de la atención que es un mecanismo de activación de procesos mentales más complejos tales como la memoria, el lenguaje y la percepción en los adultos mayores; está compuesto por 4 componentes: alerta, que consiste en la capacidad de vigilancia de las personas para adaptarse; atención selectiva, la cual permite elegir e integrar voluntariamente estímulos para una posterior clasificación; atención sostenida que permite mantener el foco en la atención, a pesar de la fatiga y las condiciones de distractibilidad que se puedan dar en el momento de atención; finalmente, la atención dividida que alterna el proceso de atención ante dos o más estímulos (Gill & Martínez, 2008). Este proceso de atención se va disminuyendo a través de los años, por ello, al llegar a la vejez, la atención sufre un declive que se evidencia en la dificultad al momento de detectar señales, desarrollando una disminución en el grado de vigilancia que requiera una tarea con atención mantenida (Gill & Martínez, 2008)

Finalmente, debido a los cambios dados en la vejez y mencionados en los apartados anteriores, tales como los aspectos físicos, psicológicos, emocionales y la evaluación que se le realiza al camino recorrido debido a la concepción de la muerte que se siente más

cercana, la espiritualidad que está relacionada con los sentimientos y las creencias que contribuyen a dar sentido a la vida, es un aspecto primordial que influye generalmente de forma positiva en la percepción de la calidad de vida, siendo base en el proceso de afrontamiento de la vejez para cada individuo (Fernández, 2012).

### **Área social y relaciones interpersonales**

Durante el proceso de envejecimiento se experimenta un cambio en la actividad social, esta está sustentada en dos teorías; la teoría de la actividad y la teoría de la desvinculación (Triadó & Villar, 2014).

Desde la teoría de la desvinculación, se habla de una reducción de la actividad social entendido como una vivencia normal, universal y adaptativa, la cual sirve como un proceso de preparación a la muerte. Esta reducción está guiada por dos factores; el social, ya que se van desprendiendo de los roles que desempeñaban dentro de la sociedad y las responsabilidades sociales, entre estas lo laboral. Y el personal, que consiste en que la propia persona elige esta simplificación, debido a que empieza un proceso muchas veces inconsciente de preparación a la muerte, por lo que decide enfocarse en actividades para sí mismo, priorizando las de nivel individual (Triadó & Villar, 2014).

Por el contrario, la teoría de la actividad resalta la importancia de continuar con los vínculos sociales y las actividades desarrolladas con anterioridad, ya que esto permite llevar a cabo el proceso de envejecimiento de la mejor manera. Esto quiere decir que para que se lleve una vejez exitosa, es primordial estar implicado y activo en actividades sociales. Se considera que sí hay un descenso en la activación social, pero es a causa por el ambiente del individuo y a los determinantes biológicos que implican un conjunto de pérdidas. Estas dos teorías discrepan en la medida en la que una da cuenta de la disminución de la interacción

social por gusto tanto propio como de la sociedad, y la otra lo relaciona con unos aspectos que evitan esta interacción, aunque el individuo lo desee (enfermedades, factores sociales y políticos, entre otros) (Triadó & Villar, 2014).

De modo que, surge una tercera teoría, que se caracteriza por la integración de las dos anteriores, esta se llama teoría de la selectividad socioemocional; esta enfatiza el aislamiento social como un proceso selectivo que hacen los adultos mayores en relación con sus contactos, en donde las relaciones más superficiales pierden importancia, y por lo tanto hay un quiebre en ellas; por el contrario, las relaciones más estrechas permanecen intactas a través de los años. Lo anteriormente descrito se da ya que para las personas mayores es de gran importancia la emocionalidad en sus relaciones, debido a que sienten la necesidad de apoyo emocional, buscando que los otros generen seguridad y tranquilidad, lo que impide que surjan sentimientos negativos (Triadó & Villar, 2014).

Otro de los aspectos importantes dentro del desarrollo satisfactorio del envejecimiento es el apoyo social, entendido como la red de relaciones interpersonales que proveen al adulto mayor compañía, ayuda y soporte emocional. De igual forma, es un aspecto importante dentro de los comportamientos que conducen a la promoción de la salud, disminuyendo el impacto de las situaciones de tipo estresante, convirtiéndose en un factor protector; esto genera un mejoramiento en la salud física y mental, asimismo, genera tasas bajas de mortalidad y morbilidad (Triadó & Villar, 2014).

Finalmente, la actividad sexual es otro aspecto que a lo largo del ciclo vital sufre de algunas variaciones debido a los cambios físicos que se da tanto en mujeres (pérdida del vello púbico, sequedad vaginal, falta de secreción hormonal y disminución de estrógenos y progesterona) como en hombres (disminución de testosterona, intensidad de eyaculación

disminuye, pérdida de vello púbico, aumento en el tamaño de la próstata). A pesar de esto, no se afirma que haya un cese de la actividad y el deseo sexual, por el contrario, investigaciones sexológicas de la actualidad afirman que este pensamiento es solo un prejuicio; ya que los adultos mayores con buena salud que disfrutan o se sienten satisfechos con el sexo, son capaces de tener actividad sexual hasta una edad muy avanzada. Esto dependerá de la actitud y la forma en la que se concebía la sexualidad en las etapas previas del ciclo vital, si para las personas esta área era importante y de disfrute, en la vejez se le dará importancia igualmente; por el contrario, si este aspecto no era relevante y por el contrario causaba malestar, la vejez es el momento indicado en donde la pausan (Sapetti, 2013).

### **Área Ambiental**

Actualmente se encuentra en crecimiento el interés de una problemática que involucra a toda la sociedad, esto implica tener en cuenta los distintos factores que determinan la calidad de vida de las personas; de esta forma, el área ambiental cumple un rol importante dentro de esta precisión. Por lo cual, como Sánchez (2015) menciona. “Hoy estamos empezando a comprender que a través del control del ambiente se puede influir en el bienestar físico y emocional de las personas adultas mayores” (p. 98). Es por esto que últimamente se le está prestando atención al ambiente y a la relación que tiene con el envejecimiento activo, donde el adulto mayor pueda tener un espacio saludable para su desenvolvimiento cotidiano, de modo que, algunos estudios encuentran que la vulnerabilidad de esta población, se asocia con factores biológicos y sociales, pero también, ambientales, relacionados con la discapacidad, dependencia, exclusión social y los peligros naturales (Sánchez, 2015).

Asimismo, cabe mencionar el auge que ha tenido últimamente la gerontología ambiental, que, es un área de conocimiento de gerontología que tiene por objetivo analizar, modificar y optimizar la relación entre quien envejece y su entorno físico-social, desde enfoques interdisciplinarios, que abarcan ciencias como geografía, psicología, trabajo social, arquitectura, urbanismo, sociología y ciencias afines (Como se cita en Sánchez, 2015).

De esta manera, es posible afirmar que en la evaluación del área ambiental se tienen en cuenta diversos aspectos, como bien apunta Orley (1996), algunos de estos son:

“Recursos financieros, libertad, seguridad física, salud y asistencia social: accesibilidad y calidad; ambiente en el hogar, oportunidades para adquirir nueva información y habilidades, participación y oportunidades para actividades recreativas y de ocio, entorno físico; contaminación, ruido, tráfico, clima y transporte” (p. 7).

### **Diferencias en la calidad de vida en función del género**

Existen diversos factores que influyen en la percepción sobre la calidad de vida de cada persona; uno de estos es el género, de esta forma, como se cita en (Arango y Ruiz 2005) en la encuesta Nacional de demografía de 2005, la calificación de la salud de los hombres era percibida en mayor medida como excelente, muy buena y buena, por el contrario, en las mujeres estas respuestas tienen mayor porcentaje en las alternativas de regular y malo.

Por esto, cabe resaltar que uno de los aspectos que más ha causado investigación es el estudio de la existencia de diferencias en relación con el género en la calidad de vida de los adultos mayores. Tanto hombres como mujeres se enfrentan a diversas experiencias que afectan la calidad de vida de estos, tales como aislamiento, deterioro físico y cognitivo,

pérdidas de experiencias, entre otros. Sin embargo, gran cantidad de investigaciones han arrojado que las mujeres suelen tener una peor calidad de vida en comparación con los hombres en la vejez. Uno de estos estudios fue realizado por Oliveira y Ferreira (citado en Navarro, Calero, & Calero-García, 2014), en donde encontró que el 28% de las mujeres con 60 años de edad en adelante presentan dificultades en al menos una actividad de la vida diaria; sin embargo, estas viven más, aunque tengan niveles más bajos de autonomía

## **Metodología**

### **Tipo de investigación**

La presente investigación fue de tipo cuantitativo, con alcance transeccional de tipo descriptivo, “ya que busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Sampieri, 2014, pág. 92). Esto quiere decir que el objetivo de la investigación fue recolectar datos acerca de los aspectos que son objeto de estudio, para así poder describirlos y obtener un patrón de información que permita reconocer un fenómeno particular a raíz de sus características o aspectos que lo diferencian de otros fenómenos.

### **Diseño de investigación**

El diseño de esta investigación fue no experimental, ya que no se modificaron o manipularon las variables independientes de la investigación, con el fin de ver los efectos de estas sobre las variables dependientes. Por el contrario, lo que buscó fue realizar un proceso de observación de los fenómenos en el contexto natural de estos sin intervención alguna, con el propósito de generar un análisis con posterioridad (Sampieri, 2014).

Por otro lado, el alcance de la investigación fue de corte transeccional debido a que los datos o información fue recolectada en un solo momento, y no se volvió a generar momentos de recolección en tiempos posteriores. El único propósito fue realizar un proceso de descripción de variables y analizar la incidencia de estas en un momento o tiempo determinado. (Sampieri, 2014).

Finalmente, fue descriptivo ya que tuvo como objetivo investigar acerca de la incidencia de los niveles de una o más variables en una población determinada. El proceso

consistió en identificar un determinado número de variables en un grupo de individuos y posteriormente, proveer su respectiva descripción. (Sampieri, 2014)

### **Población y muestra**

El tipo de muestreo utilizado fue probabilístico y aleatorio, debido a que los participantes tuvieron la misma oportunidad de participar en el proceso investigativo. Una muestra aleatoria tiene la ventaja de la ausencia de sesgos de muestreo y sistemáticos; teniendo una muestra representativa de la población. El sesgo de muestreo también se elimina, ya que los sujetos son elegidos al azar (Explorable, 2009). Los instrumentos fueron aplicados a 70 adultos mayores que residían en el área metropolitana de Bucaramanga, Santander.

### **Instrumentos**

Esta investigación se llevó a cabo mediante la aplicación de la prueba que mide la calidad de vida; El WHOQOL BREF de la OMS. Asimismo, un cuestionario sociodemográfico que buscó recoger ciertos datos que ayudarán al análisis.

El WHOQOL BREF fue creado de forma transcultural, permitiendo crear un perfil de la calidad de vida en población general como en pacientes. Se puede tener una calificación general de la percepción de la calidad de vida, como de cada una de sus áreas (salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente). Está compuesto por 28 preguntas, 27 de ellas son de tipo Likert, acompañada de 5 opciones.

Para su calificación, se obtienen sumas parciales que van de 0 a 100 puntos, en donde a mayor puntaje se obtenga, mejor es la calidad de vida de las personas, ya que los dominios se miden en una dirección positiva.

Es un instrumento que se caracteriza por tener una comprensión accesible y el cual no requiere de un tiempo significativamente amplio para su aplicación, ya que va desde los 15 a 20 minutos y genera un perfil de la población y del contexto social. Por otro lado, ha sido aplicado en diversas ocasiones, por ejemplo, para para medir la calidad de vida en adultos mayores pobres, y calidad de vida en mujeres con tratamiento oncológico.

### **Criterios de inclusión**

Adultos mayores (a partir de los 60 años)

Residentes del área metropolitana de Bucaramanga.

### **Criterios de exclusión**

Adultos menores de 60 años.

No acepten la firma del consentimiento informado.

No residan en el área metropolitana de Bucaramanga.

### **Procedimiento**

En primer lugar, se saludó y agradeció a la población por la participación, posteriormente se les informó el objetivo de la investigación y se les pidió la aceptación o negación para la participación en la misma, con previo conocimiento del consentimiento informado. En segunda medida, se inició con la aplicación del instrumento que mide la calidad de vida; el WHOQOL-BREF. Finalmente, se ejecutó la evaluación sociodemográfica a cada uno de los participantes. La aplicación de los dos instrumentos, se realizó de manera individual por lo que los participantes tuvieron un acompañamiento constante por parte de las investigadoras. Posterior a la aplicación de la prueba, se realizó el

análisis de lo que fue encontrado en la investigación, para finalmente realizar una socialización de lo que se halló a los participantes.

## Resultados

A continuación, se darán a conocer los resultados obtenidos a partir de la aplicación del cuestionario sociodemográfico y el cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF. Estos resultados están representados en tablas que permitirán obtener una visión de los objetivos planteados con anterioridad.

**Tabla 1.** *Codificación de datos sociodemográficos*

Variable		Codificación
Sexo	1	Hombre
	2	Mujer
Civil	1	Soltero
	2	Casado
	3	Viudo
Escolaridad	1	Primaria
	2	Secundaria
	3	Universitaria
	4	No estudió
Procedencia	1	Rural
	2	Urbano
Ocupación	1	Hogar
	2	Trabajador independiente
	3	Empleado
Estrato	1	Uno
	2	Dos
	3	Tres
	4	Cuatro
Vive	1	Solo
	2	Con alguien
Pensionado	1	Sí
	2	No
Apsicológico	1	Sí
	0	No
Afamiliar	1	Sí
	0	No
Aeconómico	1	Sí
	0	No
Asocial	1	Sí
	0	No
Enfermedad	1	Sí
	0	No

**Tabla 2.** Frecuencias de resultados de datos sociodemográficos

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Edad	60-64	10	14 %
	65-69	25	36 %
	70-74	20	29 %
	75-79	8	11 %
	80-85	7	10 %
Sexo	1	31	44 %
	2	39	56 %
Civil	1	28	40 %
	2	28	40 %
	3	14	20 %
Escolaridad	1	41	58,57 %
	2	22	31,43 %
	3	5	7,14 %
	4	2	2,86%
Procedencia	1	17	24,29%
	2	53	75,71 %
Ocupación	1	48	68,57 %
	2	21	30 %
	3	1	1,43%
Estrato	1	21	30 %
	2	28	40%
	3	17	24, 29%
	4	4	5, 71%
Vive	1	15	21,43%
	2	55	78,57 %
Pensionado	1	21	30 %
	2	49	70 %
Apsicológico	1	24	34,29%
	0	46	61,71%
Afamiliar	1	42	60%
	0	28	40%
Aeconómico	1	39	55,71%
	0	31	44,29 %
Asocial	1	28	40 %
	0	42	60 %
Enfermedad	1	27	38,57 %
	0	43	61,43%

**Tabla 3. Medidas de tendencia central en la variable edad**

<b>Edad</b>	<b>Número</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación</b>
	70	60	85	70,07	6,416

La población de adultos mayores participantes en el presente estudio, está conformada por 31 hombres y 39 mujeres, con un promedio de edad de 70 años, en donde la edad mínima fue 60, y la máxima fue de 85 años. Por otro lado, el 75,71% de la muestra, proviene de las ciudades; mientras que el 24,29% restante, nacieron en zonas rurales.

Cabe resaltar que, el 40% de los sujetos participantes, están casados; otro 40% están solteros y el 20% restante, son viudos. Respecto a la ocupación que desempeñan actualmente, el 68,57% se dedican a las labores de su hogar; el 30% trabajan como independientes y el 1,43% de la muestra total, pertenece a una empresa.

Por otro lado, se encontró que el 30% de la muestra es pensionada; contrario a esto, el 70 % de la muestra no cuenta con pensión.

Además, en relación con el estrato socioeconómico, el 30% de la muestra es del nivel 1, el 40% pertenece al nivel 2, y 24,29% corresponden al nivel 3; finalmente, 5,71 % de las personas participantes, se encuentran en el nivel de estrato socioeconómico 4. Por otro lado, se encontró que el 78,57%, viven acompañados, en su mayoría es por hijos o familiares, sin embargo, también están acompañados de sus compañeros sentimentales o simplemente amigos con quienes comparten casa o apartamento. Contrario a esto, el 21,43 % restante, viven solos.

Otras de los aspectos sociodemográficos indagados mediante el cuestionario, fue el grado de escolaridad máximo alcanzado por los participantes, donde se encontró que, el 58,57 % de la muestra, alcanzaron la básica primaria, el 31,43 %, lograron culminar su

bachillerato y finalmente, un 7,14 % terminaron sus estudios universitarios. También, fue encontrado que, 2,86% de la muestra total, no estudió.

Por otra parte, se buscó identificar los diversos apoyos con los que los adultos mayores contaban. En primer lugar, tenemos el apoyo psicológico, en donde se obtuvo que el 65,71 %, no cuentan con un acompañamiento psicológico, contrario al 34,29 % de los adultos mayores que sí cuentan con este. Luego se encuentra el apoyo familiar, en donde se halló que el 60% de la muestra total; cuentan con apoyo familiar, a diferencia del 40% que representa a los adultos mayores que no cuentan con él. En tercer lugar, se encuentra el apoyo económico, con un resultado del 55,71 % que indican que sí cuentan con este tipo de apoyo, mencionando que, principalmente es por parte de los hijos; no obstante, el 44,29 % de la muestra total, no cuentan con apoyo de tipo económico, subsisten con lo que ganan al trabajar. Finalmente, en el apoyo de tipo social, el 60 % de los participantes, no cuentan con apoyo social; sin embargo, el 40% percibe que sí tienen este tipo de apoyo, por medio de sus amigos o vecinos.

Por último, en el aspecto de salud, al investigar si actualmente padecían de alguna enfermedad, se halló que el 38,57% se perciben como enfermos; y, por el contrario, el 61,43 % de la muestra total, actualmente no padecen de ninguna enfermedad.

A continuación, se expondrá una tabla que contienen el promedio de cada dominio, integrando los ítems pertenecientes a cada uno, del cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF, en donde separa el dominio físico, psicológico, social y ambiental; asimismo, se observan las medias con una puntuación de 0 a 100, donde 100 es el máximo puntaje, luego entonces, es la mejor calificación de cada área, y 0, la peor; seguido esto por su desviación típica.

**Tabla 4.** *Calificación general de dominios*

<b>Dominios</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación tip</b>
Salud Física	70	23,9142	10,280
Área psicológica	70	29,8285	9,743
Relaciones sociales	70	51,8143	14,766
Ambiente	70	15,8285	7,297

Con respecto a los puntajes globales de los dominios, se encontró que el promedio de las personas evaluadas en cada dominio, es bajo si lo situamos en un intervalo de 0 a 100; sin embargo, la variable de relaciones sociales es la calificación más alta en la media de los dominios, quedando con un 52 en su puntuación, de esta manera, se evidencia diferencias con relación a las otras áreas evaluadas en el instrumento aplicado.

**Tabla 5.** *Sexo y calidad de vida*

<b>Dominio</b>	<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación Tip.</b>	<b>Valor Chi 2</b>
Salud física	Hombre	31	26,19	9,84	0,509
	Mujer	39	13,56	2,95	
Área psicológica	Hombre	31	29,35	10,42	0,485
	Mujer	39	14,38	6,00	
Relaciones sociales	Hombre	31	51,35	15,23	0,272
	Mujer	39	11,13	8,63	
Ambiente	Hombre	31	16,41	7,20	0,420
	Mujer	39	12,74	2,59	

Para realizar la prueba de hipótesis, fue necesario tomar el grado de libertad de cada dominio que fue de 6 para cada dominio, luego de eso, ir a la tabla de distribución de chi cuadrado, usando un riesgo del 5 %, es decir; un nivel de significancia de 0.05 para cada uno. Posterior a esto, se halló el valor crítico, pero los 4 dominios dieron como resultado que se encontraban en la zona de aceptación, teniendo como límite un valor de 12,592. Debido a que los valores de los distintos dominios se encontraban dentro de esta zona, se acepta la hipótesis nula. De igual forma, también es necesario reportar que todos los niveles

de significación fueron mayores a 0,05; lo que, también, confirma que se debe aceptar la hipótesis nula.

**Tabla 6.** *Percepción de calidad de vida*

<b>Calidad de vida</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Muy pobre	2	3 %
Pobre	11	16 %
Ni pobre ni buena	26	37 %
Buena	26	37 %
Muy buena	5	7 %

Con respecto a la percepción de su calidad de vida; 37 % de la población total, consideran que su calidad de vida es buena, de la misma forma, 37 % también, consideran que no es ni pobre ni buena, situando a la mayoría de personas que participaron en la investigación, en estas opciones. No obstante, evaluando la calidad de vida separada por cada dominio, se encontró que la calidad de vida de las personas que participaron en el estudio, es mala; pero, solo un 3 % de la muestra, calificó su calidad de vida global como pobre.

**Tabla 7.** *Satisfacción con la salud*

<b>Satisfacción con la salud</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Muy insatisfecho	2	3 %
Insatisfecho	10	14 %
Ni insatisfecho ni satisfecho	15	21 %
Satisfecho	38	54 %
Muy satisfecho	5	7 %

Referente a la salud de las personas que participaron en la investigación, la mayoría se encuentra satisfecha con la misma, con un 54 %. Sin embargo, el 14 % de los adultos mayores, refieren que están insatisfechos con su salud,

**Tabla 8.** *Dolor físico*

<b>Dolor físico</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Para nada	1	1 %
Un poco	12	17 %
Moderado	26	37 %
Mucho	16	23 %
En extremo	15	21 %

En este ítem, fue posible encontrar que el 37 % de las personas considera que el dolor físico les impide de manera moderada hacer actividades de la vida cotidiana, seguida por un 23 % de los adultos mayores, quienes reportan que el dolor físico les impide en mayor medida hacer las tareas que requieren, resultado que era esperado puesto que, a esta edad hay un deterioro físico propio del envejecimiento.

**Tabla 9.** *Dependencia al tratamiento médico*

<b>Dependencia al tratamiento</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Para nada	0	0 %
Un poco	21	30 %
Moderado	12	17 %
Mucho	19	27 %
En extremo	18	26 %

De la misma forma, es importante comentar que, respecto al tratamiento médico, el 30 % de los adultos mayores que participaron en el estudio, refieren que dependen un poco de esto para el desenvolvimiento cotidiano de su vida, lo que hace posible que esto puede tener repercusiones en la percepción de la calidad de vida de ellos mismos, debido a que se enfrentan a diversos riesgos por consumir múltiples medicamentos.

**Tabla 10.** *Disfrute de la vida*

<b>Disfruta de la vida</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Para nada	6	9 %
Un poco	9	13 %
Moderado	34	49 %
Mucho	20	29 %
En extremo	1	1 %

Se encontró que el 49 % de la muestra total, tiene un disfrute moderado de su vida.

Por el contrario de un 9 % de la muestra que no disfruta para nada la vida.

**Tabla 11.** *Sentido de la vida*

<b>Sentido de la vida</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Para nada	1	1 %
Un poco	6	9 %
Moderado	39	56 %
Mucho	21	30 %
En extremo	3	4 %

Con respecto a este ítem, resulta que los adultos mayores tienen un nivel moderado de sentido que le encuentran a sus vidas, con un 56%.

**Tabla 12.** *Facilidad para concentrarse*

<b>Facilidad de concentración</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Para nada	6	9 %
Un poco	20	29 %
Moderado	26	37%
Mucho	16	23%
En extremo	2	3%

Para el 9 % de la población, no es nada fácil concentrarse, sin embargo, para el 23 % es muy fácil hacerlo.

**Tabla 13.** Seguridad diaria percibida

Seguridad percibida	Número de participantes	Porcentaje
Para nada	2	3 %
Un poco	11	16 %
Moderado	35	50 %
Mucho	19	27 %
En extremo	3	4 %

Un 3 % de la población no se siente nada seguro, no obstante, el 31 % de los adultos mayores se sienten muy y extremadamente seguros.

**Tabla 14.** Ambiente físico saludable

Ambiente físico saludable	Número de participantes	Porcentaje
Para nada	0	0 %
Un poco	11	16%
Moderado	26	37 %
Mucho	30	43%
En extremo	3	4%

El 16 % de las personas, considera que su ambiente físico es poco saludable, por el contrario, 30 personas, con un 43 %, consideran que es muy saludable su ambiente físico.

**Tabla 15.** Suficiente energía para actividades diarias

Suficiente energía	Número de participantes	Porcentaje
Para nada	2	3 %
Un poco	13	19 %
Moderado	21	30 %
Por lo general	26	37 %
Completamente	8	11 %

El 3 % de la población piensa que no tiene suficiente energía para su desenvolvimiento diario, sin embargo, el 37 % de la misma, piensa que generalmente tiene la energía requerida para sus actividades diarias.

**Tabla 16.** *Es capaz de aceptar su apariencia física*

<b>Aceptación de apariencia física</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Para nada	0	0 %
Un poco	8	11 %
Moderado	18	26 %
Por lo general	33	47 %
Completamente	11	16 %

El 11 % de la población acepta un poco su apariencia física, el 26 % moderadamente, por el contrario, el 47 % generalmente la acepta, de igual forma, el 16 % de la población la acepta completamente.

**Tabla 17.** *Suficiente dinero para suplir sus necesidades*

<b>Suficiente dinero</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Para nada	17	24 %
Un poco	20	29 %
Moderado	27	39 %
Por lo general	6	9 %

Gran parte de los adultos mayores, consideran que tienen moderadamente el dinero suficiente para suplir las necesidades que presentan, siendo un 39 % de la muestra. En esta área se logró evidenciar respuestas emocionales negativas, puesto que, comentaban que les resulta muy difícil conseguir los recursos económicos necesarios para ayudar a su familia y esto desencadenó en ellos respuestas emocionales de tristeza y llanto, mientras estaban siendo entrevistados.

**Tabla 18.** *Accesibilidad a la información requerida*

<b>Accesibilidad a la información</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Para nada	6	9 %
Un poco	9	13 %
Moderado	28	40 %
Por lo general	27	39 %
Completamente	0	0 %

Gran parte de las personas que participaron en la investigación, consideran que de manera moderada pueden acceder a la información que ellos requieren, siendo un 40 % de la muestra, seguido del 39 % de las personas que consideran que generalmente pueden acceder a la información que necesitan.

**Tabla 19.** *Oportunidad de realizar actividades placenteras*

<b>Realizar actividades placenteras</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Para nada	3	4 %
Un poco	14	20 %
Moderado	20	29 %
Por lo general	29	41 %
Completamente	4	6 %

Un alto porcentaje de adultos mayores consideran que generalmente pueden realizar actividades placenteras, siendo un 41 % de la muestra participante, sin embargo, 20 % de la muestra total, considera que muy poco tiene la oportunidad de hacer actividades que les gusten.

**Tabla 20.** *Movilidad corporal*

<b>Capacidad de movimiento</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Muy poco	4	6%
Poco	9	13%
ni poco ni bien	20	29%
Bien	27	39%
muy bien	10	14%

Se encontró que, gran parte de la población tiene una percepción positiva de su movilidad física, puesto que el 39 % de la muestra, considera que es capaz de moverse bien, lo que se traduce en menos dependencia para hacer las cosas que requieren.

**Tabla 21.** *Satisfacción con el sueño*

<b>Satisfacción con el sueño</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Muy insatisfecho	3	4%
Insatisfecho	12	17%
Ni insatisfecho ni satisfecho	22	31%
Satisfecho	25	36%
Muy satisfecho	8	11%

La tabla anterior señala que el 36% de los adultos mayores del área metropolitana de Bucaramanga se sienten satisfechos con su higiene del sueño con un 36%. Por otro lado, el 17% de la población se encuentra insatisfecho con este mismo aspecto.

**Tabla 22.** *Satisfacción con habilidades*

<b>Satisfacción con habilidades diarias</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Muy insatisfecho	2	3%
Insatisfecho	8	11%
Ni insatisfecho ni satisfecho	17	24%
Satisfecho	39	56%
Muy satisfecho	4	6%

La anterior tabla refiere que, el 56% de los adultos mayores sienten satisfacción con las habilidades que poseen para realizar las actividades cotidianas de su vida.

**Tabla 23.** Satisfacción con capacidad de trabajo

Satisfacción con capacidad de trabajo	Número de participantes	Porcentaje
Muy insatisfecho	3	4%
Insatisfecho	9	13%
Ni insatisfecho ni satisfecho	23	33%
Satisfecho	30	43%
Muy satisfecho	5	7%

Se encontró que el 43 % de la muestra total, está satisfecho con su capacidad de trabajo, no obstante, estas personas reportaban que pese a sentirse bien y capacitados para trabajar, no tienen oportunidades laborales para hacerlo.

**Tabla 24.** Satisfacción con sí mismo

Satisfacción con sí mismo	Número de participantes	Porcentaje
Muy insatisfecho	0	0%
Insatisfecho	7	10%
Ni insatisfecho ni satisfecho	19	27%
Satisfecho	37	53%
Muy satisfecho	7	10%

En cuanto a la variable de satisfacción con sí mismo, se encontró que el 53% de los adultos mayores del área metropolitana de Bucaramanga se sienten satisfechos consigo mismos, frente a un 10% que se encuentra insatisfecho.

**Tabla 25.** *Relaciones interpersonales*

<b>Satisfacción con relaciones interpersonales</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Muy insatisfecho	0	1%
Insatisfecho	8	13%
Ni insatisfecho ni satisfecho	18	49%
Satisfecho	38	36%
Muy satisfecho	6	1%

En cuanto a la satisfacción con las relaciones interpersonales, se evidencia que los adultos mayores presentan un nivel de ni insatisfecho ni satisfecho con un porcentaje del 49%, seguido de un estado de satisfacción con el 36%; finalmente, un 13% de la muestra siente insatisfacción en sus relaciones con el otro.

**Tabla 26.** *Satisfacción vida sexual*

<b>Satisfacción vida sexual</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Muy insatisfecho	1	1%
Insatisfecho	9	13%
Ni insatisfecho ni satisfecho	34	49%
Satisfecho	25	36%
Muy satisfecho	1	1%

Por el lado de la satisfacción con la vida sexual, los adultos mayores manifestaron con un 49% que no se encontraban ni insatisfechos ni satisfechos en este aspecto; lo que indica que esto no es un aspecto tan importante actualmente en su vida, puede ser debido a que han quedado viudos o a que no lo practican muy seguido con su pareja.

**Tabla 27.** *Satisfacción con apoyo de amigos*

<b>Satisfacción con apoyo de amigos</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Muy insatisfecho	8	11%
Insatisfecho	4	6%
Ni insatisfecho ni satisfecho	24	34%
Satisfecho	33	47%
Muy satisfecho	1	1%

El 47% de los adultos mayores se sienten satisfechos con el apoyo que obtienen de su grupo de amigos, estos normalmente son las personas con quienes viven, o adultos mayores que se encuentran en los lugares a donde asisten a hacer deporte, a tejer, pintar, entre otras cosas.

**Tabla 28.** *Satisfacción con el lugar de vivienda*

<b>Satisfacción con el lugar de vivienda</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Muy insatisfecho	2	3%
Insatisfecho	8	11%
Ni insatisfecho ni satisfecho	16	23%
Satisfecho	41	59%
Muy satisfecho	3	4%

Un 59% de los adultos mayores residentes en el área metropolitana de Bucaramanga, se sienten satisfechos con las condiciones del lugar donde viven, contrario del 11% que manifiesta sentirse insatisfecho.

**Tabla 29.** *Satisfacción con servicios de salud*

<b>Satisfacción con los servicios de salud</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Muy insatisfecho	4	6%
Insatisfecho	4	6%
Ni insatisfecho ni satisfecho	20	29%
Satisfecho	36	51%
Muy satisfecho	6	9%

En relación al nivel de satisfacción con el acceso que tienen a los servicios de salud, se evidencia que un 51% de los adultos mayores refieren estar satisfechos con estos servicios, pues comentaban que, a pesar de tener que esperar bastante, siempre los atendían y en muchas ocasiones les brindaban el medicamento que requerían.

**Tabla 30.** *Satisfacción con el medio de transporte*

<b>Satisfacción con transporte</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Muy insatisfecho	5	7%
Insatisfecho	4	6%
Ni insatisfecho ni satisfecho	29	41%
Satisfecho	32	46%
Muy satisfecho	0	0%

Un 46% de los participantes en el presente estudio se sienten satisfechos con el medio de transporte que utilizan para realizar cualquier tipo de actividad que lo requiera; no obstante, este transporte en muchas ocasiones es brindado por amigos, o por personas desconocidas quienes le brindan esta posibilidad al ver que no tienen el dinero suficiente para pagar un pasaje.

**Tabla 31.** *Sentimientos negativos*

<b>Sentimientos negativos</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Nunca	3	4%
Raramente	6	9%
Regularmente	22	31%
Muy a menudo	24	34%
Siempre	15	21%

En cuanto a la frecuencia con la que los adultos mayores residentes en el área metropolitana de Bucaramanga tienen sentimientos negativos, tales como tristeza,

desesperanza, ansiedad y depresión, se encontró que un 34% los presenta muy a menudo, un 31% regularmente y tan solo un 9% raramente.

### **Discusión**

El presente estudio analizó los aspectos sociodemográficos de 70 adultos mayores residentes del área metropolitana de Bucaramanga, y buscó describir su calidad de vida con base en cuatro dominios evaluados por el cuestionario de la OMS, denominado WHOQOL BREF. También, realizó una correlación entre la percepción sobre la calidad de vida de los adultos mayores y su género, esto con el fin de conocer si hay diferencias entre la percepción que tienen los hombres y las mujeres respecto a su calidad de vida; así, de esta forma, contrastar con la teoría investigada, cuáles podrían ser los factores que influyan en el posible resultado.

El objetivo de este estudio era conocer la percepción que tienen los adultos mayores sobre su calidad de vida, y con base en esto, que posteriores investigadores tengan fundamentos para construir estrategias que permitan una mejoría de la misma; aportando también, de esta forma, a las líneas de investigación en Calidad de Vida de la Universidad Autónoma de Bucaramanga.

Es importante comenzar mencionando que la hipótesis nula fue aceptada, por lo que fue posible afirmar que el género no influye en la calidad de vida de los adultos mayores, en tanto, las diferencias observadas no son estadísticamente significativas. Resultado distinto al que plantean Oliveira y Ferreira (citado en Navarro, Calero, & Calero-García, 2014), en donde refieren que, en la adultez mayor, las mujeres suelen tener una peor calidad de vida comparándolo con los hombres.

En relación al WHOQOL BREF, en referencia a la satisfacción que presentan los adultos mayores estudiados del área metropolitana de Bucaramanga, se presentó que se sienten satisfechos frente a la salud que tienen actualmente; tal y como el estudio realizado por Avendaño, Cruz y Elías (2009) arrojó que la dimensión salud no se encontró percepción alguna de daño en la calidad de vida.

Respecto a la dimensión física, se encontró que tienen una percepción negativa frente a la misma; esta dimensión incluye dependencia a tratamientos médicos, fatiga, movilidad, dolor y sueño (Orley, 1996). Su percepción negativa frente a este dominio, lo explican bien Triadó & Villar (2014) en donde afirman que a medida que va aumentando la edad biológica, se da un deterioro funcional y progresivo, de esta manera, es más grande el riesgo de padecer enfermedades y que esto afecte su funcionamiento.

Con relación a la dimensión psicológica, uno de los aspectos evaluados mediante la prueba fue el sentido de vida que tienen los individuos. Con respecto a este, resulta que los adultos mayores tienen niveles básicos de disfrute de la vida y el sentido que le encuentran a la misma también es de nivel moderado, esto explica tal y como lo fundamenta López (2005) que los adultos mayores tienden a tener una disminución en el significado y sentido que le encuentran a la vida, debido a las expectativas que se dan a lo largo de esta. Por el lado de la autoestima, los participantes del presente estudio resultó ser positiva, ya que los adultos mayores aceptan generalmente su apariencia física y se sienten satisfechos consigo mismos; estos resultados son contrarios a lo que Sarabia (2012) encontró, en donde afirmaba que gran parte de la población adulta mayor, debido a los cambios que se viven por la vejez, experimentan una modificación en la imagen corporal y el auto-concepto, lo cual podía perjudicar la calidad de vida de la personas.

Gill y Martínez (2008) plantearon que el proceso de atención mantenida va disminuyendo a través de los años, por ello, al llegar a la vejez, la atención sufre un declive que se evidencia en la dificultad al momento de detectar señales; en el caso del presente estudio, no se detectó que este declive fuera significativo, ya que, la muestra refirió que moderadamente les era fácil concentrarse. Finalmente, en este dominio, los adultos mayores muy a menudo han presentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperanza, ansiedad y depresión; esto puede explicarse como lo afirma López (2005) debido a que a raíz de las pérdidas vividas (trabajo, metas, familia, amigos) y el sentimiento de inutilidad que esto genera, se desencadenan una serie de síntomas depresivos tales como aflicción, tristeza y dolor emocional.

La tercera dimensión denominada relaciones sociales, está medida por el grado de satisfacción con las relaciones personales, aquí, los adultos mayores participantes se encuentran en niveles moderados de satisfacción, ya que consideran que sus relaciones con los vecinos no son muy significativas, como lo expone la teoría de la desvinculación explicada por Traidó y Villar (2014) que entiende la reducción de la actividad social como una vivencia normal y adaptativa. De igual forma, la satisfacción de los adultos mayores del área metropolitana de Bucaramanga con la vida sexual se encuentra en niveles medios, indicando que esto no es un aspecto importante en su vida actual debido a que han quedado viudos o no lo practican muy seguido con su pareja.

Asimismo, en este dominio se encuentra el apoyo social, en el cual se sienten satisfechos, resaltando la importancia del apoyo de sus amigos, esto se explica mediante la teoría de la selectividad socioemocional explicada por Traidó y Villar (2014) en donde se enfatiza la selección que llevan a cabo los adultos mayores en cuanto a su círculo de apoyo

dependiendo del nivel de cercanía con el entorno y cómo este entorno es clave para la satisfacción de los adultos en su calidad de vida.

Finalmente, con referencia al dominio ambiental, es posible afirmar que la puntuación de los adultos mayores que participaron en el estudio, también fue muy baja aquí, esto puede estar relacionado con los promedios de los puntajes que se encontraron en los demás dominios, donde también fue bajo. Debido a que, como lo afirman algunos estudios, la vulnerabilidad de esta población está asociada con factores biológicos y sociales, pero también, ambientales. Lo cual se puede relacionar con discapacidad, dependencia, exclusión social y peligros naturales (Sánchez, 2015). Asimismo, cabe aclarar que el control del ambiente puede influir en el bienestar físico y emocional de los adultos mayores (Sánchez, 2017) criterio que no se cumplió en el estudio, debido a que gran parte de las personas, no tenían dinero suficiente para suplir sus necesidades y tampoco se encontraban muy satisfechos con las condiciones del lugar en donde viven.

### **Conclusiones**

A partir de los datos obtenidos en la aplicación del WHOQOL BREF, se halló que los adultos mayores del área metropolitana de Bucaramanga participantes de este estudio, obtuvieron puntuaciones bajas en las áreas física, psicológica, relacional y ambiental; lo que lleva a la conclusión de que la calidad de vida de estas personas es pobre.

En relación con el análisis de las características sociodemográficas, se concluye que la mayoría de los participantes fueron mujeres, la tendencia del nivel educativo máximo alcanzado fue primaria, gran parte provenían de zonas urbanas; asimismo, se dedicaban a las labores del hogar y vivían acompañados por su familia o amigos.

Finalmente, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida de los adultos mayores según su género.

### **Recomendaciones**

Se sugiere que, a partir de los datos obtenidos acerca de la calidad de vida de los adultos mayores participantes, posteriores investigadores diseñen estrategias que permitan mejorar la calidad de vida de los mismos. Las estrategias pueden ir enfocadas hacia el fortalecimiento de los dominios físico, psicológico, relacional y ambiental. Respecto a estos dominios, se podría llevar a cabo un programa de envejecimiento activo.

Asimismo, se propone indagar qué aspectos sociodemográficos pueden llegar a influir en la percepción positiva o negativa de la calidad de vida de los adultos mayores.

### **Referencias**

- Arango, V. & Ruiz, I. (2005). DIAGNÓSTICO DE LOS ADULTOS MAYORES DE COLOMBIA. 2019, de Fundación Saldarriaga Concha Sitio web: [http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/diag\\_adul\\_mayor.pdf](http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/diag_adul_mayor.pdf)
- Arias, J. A., Mendieta, M. I., & Restrepo, S. P. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, 139-155.
- Avendaño, A. M., Cruz, C. M., & Elías, E. H. (2009). Calidad de vida en adultos mayores. *Hospital psiquiátrico Docente Provincial: "Isidro de Armas"*, 1-11.
- Ballesteros, R. F. (2006). *La psicología de la vejez*. Universidad Autónoma de Madrid, 2.
- Bordignon, N. A. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. *Lasallista de Investigación*, 50-63.
- Cáceres, Parra & Rico. (2018). Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia. *Salud Pública*.
- Cardona, D. (2008). Comparativo de la calidad de vida del adulto mayor. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 149-160.
- Carreño, L. M., Angarita-Fonseca, A., Pinto, A. L., Delgado, A. N., & García, L. M. (2015). Calidad de vida relacionada con salud e incontinencia urinaria en mujeres con exceso de peso de Bucaramanga, Colombia. *Universidad del Rosario*.

- Chaparro, J. M., & A., I. L. (2017). Ciclo Vital Individual: Vejez. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*, 1075.
- Córdoba, A. M., Rodríguez, A. F., Camacho, Y. J., & Gómez, H. V. (2017). Dependencia funcional y dolor crónico asociados a la calidad de vida del adulto mayor. *Redalyc*, 398-409.
- Díaz, J. (1998), "La demografía y el envejecimiento de las poblaciones", incluido en A.S. Staab y L.C. Hodges, *Enfermería Gerontológica*. México D.F., McGraw Hill, pp. 451-463. Recuperado de <http://digital.csic.es/bitstream/10261/14062/1/Staab98.pdf>
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, A. M., Chavarriaga, L. M., Ordóñez, J., & Osorio, J. J. (2011). Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*, 492-502.
- Explorable. (2009). Muestreo probabilístico y aleatorización. Explorable.
- Fernández, E. (2012). Tercera edad: la importancia de la espiritualidad en el adulto mayor. Chile *Psicólogos*.
- Fernández, S. S., Avilés, A. G., & Castillo, Y. d. (2009). Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *De Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 161-172.
- Flórez, C. Villar, L. Puerta, N. Berrocal, L. (2015). El proceso de envejecimiento de la población en Colombia: 1985-2050. Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha. *Misión Colombia Envejece: cifras, retos y recomendaciones*. Editorial Fundación Saldarriaga Concha. Bogotá, pp. 35 Recuperado en <https://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/1021>
- Gaviria, A. Vinaccia, S. Riveros, M. & Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con

la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21302004>

Gill, I. Y., & Martínez, V. T. (2008). El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. *SCIELO*.

Gualdrón, D. F., Gordón, P. D., Ortega, D. P., Ortiz, M. E., Ruíz, J. C., & Marín, A. d. (2018). Análisis Rasch del WHOQOL-BREF en adultos mayores de Bucaramanga y Manizales. *Psicología desde el Caribe*, 183-196.

Guevara, H., Domínguez, A., Ortunio, M., Padrón, D., & Cardozo, R. (2010). Percepción de la calidad de vida desde los principios de la complejidad. *Scielo*.

Hernandez - Huayta, J., Meneses, S. C., & Carreazo, N. Y. (2016). Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. *Peru Med Exp Salud Publica*, 680-688.

Hernández, K. C., & Jaimes, E. (2017). Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. *Universidad y salud*.

Herrera, E. López, A. & Pérez, B. (2012). Factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores. Cartagena (Colombia). *Revista Científica Salud Uninorte, Vol 28*,

No 2. Recuperado de

<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/1250/3951>

Herrera, E. M., Medrano, S. A., Coneo, M. G., Duitama, A. M., Hernández, T. M., Martínez, C. P., & Villadiego, T. R. (2014). Calidad de vida de adultos mayores en centro de protección social en Cartagena, Colombia. *Redalyc*, 537-548.

López, A. M. (2005). Aspectos psicológicos y psiquiátricos del adulto mayor. Asociación mexicana de alternativas en psicología.

Mejía, B. E., & Merchán, M. E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Redalyc*, 11-24.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (2013). ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO. COLOMBIA 1951-2020. Ministerio de Salud y Protección Social, 17. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>

Molina, R. T. (2011). La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte*.

Moreno, B. & Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud., Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4899621>

Navarro, E., Calero, M. D., & 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*.

*Calidad de vida en los adultos mayores residentes en el área metropolitana de Bucaramanga*

- Olivares, D. Y., Martínez, L. R., Oquendo, L. d., & Crespo, F. V. (2015). Calidad de vida en el adulto mayor. *Científico- Metodológica*, 1-7.
- Olivi, A., Fadda-Cori, G., & Pizzi-Kirschbaum, M. (2015). Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Valparaíso. *Universidad de Chile*, 227-249.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). Calidad de vida. Recuperado Marzo 15, 2019 en Ecured.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Envejecimiento y Salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). La Salud Añade Vida a los Años. 2019, de OPS Sitio web: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Medicamentos-span.pdf>
- Orley, J. (1996). INTRODUCTION, ADMINISTRATION, SCORING AND GENERIC VERSION OF THE ASSESSMENT. 2019, de WORLD HEALTH ORGANIZATION Sitio web: [https://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf)
- Palomba, R. (2002). Calidad de vida: Conceptos y Medidas. Institute of Population Research and Social Policies, Roma, Italia.
- Pérez, B. P., Trillo, M. T., Aguilera, F. M., & Castro, M. B. (2009). Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. *Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 53-61.
- Sampieri, H. (2014). Metodología de la investigación. Mc. Graw Hil 6ta Edición

- 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), undefined-undefined. [Fecha de Consulta 10 de septiembre de 2019]. ISSN: 0379-8682. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=300/30041118006>
- Sánchez, S. C. (2017). Los factores relacionados con la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados de Bucaramanga. *UstaSalud*, 7-16.
- Sapetti, A. (2013). La sexualidad en el adulto mayor. *Psicodebate*.
- Sarabia, C. M. (2012). La imagen corporal de los ancianos. *Redalyc*.
- Triadó, C., & Villar, F. (2014). *Psicología de la Vejez*, Madrid: Alianza.
- Urzúa, A. & Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Abril, 2019, Sitio web: [https://www.researchgate.net/publication/236904648\\_Calidad\\_de\\_vida\\_Una\\_revisi\\_ on\\_teorica\\_del\\_concepto](https://www.researchgate.net/publication/236904648_Calidad_de_vida_Una_revisi_ on_teorica_del_concepto)
- Urzúa, A. & Navarrete, M. (2013). Calidad de vida en adultos mayores: análisis factoriales de las versiones abreviadas del WHOQOL-Old en población chilena. *Med Chile*, 28-33.
- Vergel, V. H., Nuñez, R. P., & Suárez, C. A. (2018). Bienestar subjetivo entre adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Cúcuta, Colombia. *Diversitas- Perspectivas en Psicología*, 243-262.

Apéndices

Apéndice A

**Cuestionario WHOQOL-BREF Calidad de Vida**

---

Este cuestionario busca saber cómo se siente usted respecto a su calidad de vida, salud y otras áreas. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está muy seguro de que opción contestar, por favor seleccione la que le parezca más apropiada, por lo general es la primera opción que se piensa. Por favor tenga presente sus placeres, esperanzas y preocupaciones. Estamos preguntando qué opina sobre su vida en las últimas 2 semanas.

**¿Actualmente se encuentra enfermo?**

Sí  No  No estoy seguro

**Preg.11.- Usted recibe de otros el tipo de apoyo que necesita?**

Para nada  No mucho  Moderadamente  Bastante  Completamente

**Preg.12.- ¿Cómo calificaría su calidad de vida?**

Muy pobre  Pobre  Ni pobre ni buena  Buena  Muy buena

**Preg.13.- ¿Qué tan satisfecho se encuentra con su salud?**

Muy insatisfecho  Insatisfecho  Ni insatisfecho ni satisfecho  Satisfecho  Muy satisfecho

**Preg.14.- LAS SIGUIENTES PREGUNTAS BUSCAN SABER QUE TANTO HA EXPERIMENTADO CIERTAS COSAS EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS**

	Para nada	Un poco	Moderado	Mucho	En extremo
¿Hasta qué punto considera usted que el dolor físico le impide realizar sus actividades?	<input type="checkbox"/>				
¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para poder funcionar cotidianamente?	<input type="checkbox"/>				
¿Qué tanto disfruta de la vida?	<input type="checkbox"/>				
¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	<input type="checkbox"/>				
¿Qué tan fácil le es concentrarse?	<input type="checkbox"/>				
¿Qué tan seguro se siente en su vida diaria?	<input type="checkbox"/>				
¿Qué tan saludable es su ambiente físico?	<input type="checkbox"/>				

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS BUSCAN SABER QUE TANTO USTED EXPERIMEN TO O FUE CAPAZ DE HACER CIERTAS COSAS EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS**

	Para nada	Un poco	Moderado	Por lo general	Completamente
¿Tiene suficiente energía para sus actividades diarias?	<input type="checkbox"/>				
¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	<input type="checkbox"/>				
¿Tiene suficiente dinero para suplir sus necesidades?	<input type="checkbox"/>				
¿Qué tan accesible es para usted la información que requiere?	<input type="checkbox"/>				
¿Hasta qué punto usted tiene la oportunidad de realizar actividades placenteras?	<input type="checkbox"/>				

*Calidad de vida en los adultos mayores residentes en el área metropolitana de Bucaramanga*

**Preg.16.- ¿Qué tan bien es capaz de moverse?**

Muy poco  Poco  Ni poco ni bien  Bien  Muy bien

**Preg.17.- LAS SIGUIENTES PREGUNTAS BUSCAN SABER QUE TAN BIEN O SATISFECHO SE HA SENTIDO USTED CON VARIOS ASPECTOS DE SU VIDA EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS**

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni insatisfecho ni satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
¿Cuán satisfecho está con su sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuán satisfecho está con su transporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Preg.18.- LA SIGUIENTE PREGUNTA BUSCA SABER CON QUE FRECUENCIA USTED HA SENTIDO O EXPERIMENTADO CIERTAS COSAS EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS**

	Nunca	Raramente	Regularmente	Muy a menudo	Siempre
¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	<input type="checkbox"/>				

*Apéndice B*

---

**Cuestionario Sociodemográfico del adulto mayor**

**Fecha:**

**Ciudad:**

1. Edad: \_\_\_\_\_ años
2. Sexo:
  - Hombre
  - Mujer
3. Estado civil
  - Soltero
  - Casado
  - Viudo
  - Otro. ¿Cuál? \_\_\_\_\_
4. Grado máximo de escolaridad
  - Primaria
  - Secundaria
  - Universitario
  - Otro. ¿Cuál? \_\_\_\_\_
5. Procedencia
  - Rural
  - Urbano

**6. Ocupación**

Hogar

Trabajador independiente

Empleado

Otro. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**7. Estrato socioeconómico**

1  2  3  4  5  6

**8. ¿Con quién vive?**

Solo

Con alguien

**9. Jubilado**

Sí

No

**10. Cuenta con apoyo:**

Psicológico

Familiar

Económico

Social

Otro.  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**11. ¿Padece actualmente una enfermedad? Si la respuesta es sí, por favor escriba cuál o cuáles.**

\_\_\_\_\_

*Apéndice C*

**PROYECTO DE GRADO**

**Calidad de vida en los adultos mayores del área metropolitana de Bucaramanga, Santander**

**Consentimiento de participación**

De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki: respeto a los derechos del sujeto, prevaleciendo su interés por sobre los de la ciencia y la sociedad y el respeto por la libertad del individuo; en el Reporte Belmont: respeto por las personas, beneficencia y justicia y en las Pautas CIOMS que rige los principios éticos para la ejecución de la investigación en seres humanos, especialmente en los países como Colombia, en desarrollo dadas las circunstancias socioeconómicas, leyes, reglamentos y sus disposiciones ejecutivas y administrativas. A nivel nacional, en la Resolución 008430 de Octubre 4 de 1993 y debido a que esta investigación se consideró como sin riesgo y en cumplimiento con los aspectos mencionados con el Artículo 6 de la presente Resolución, este estudio se desarrollará conforme a los siguientes criterios:

- Esta investigación busca describir la calidad de vida en los adultos mayores del área metropolitana de Bucaramanga, Santander. Por medio de la aplicación de la prueba WHOQOL-BREF de la OMS y una respectiva evaluación sociodemográfica para cada participante.
- Prevalece el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar del sujeto de estudio.
- Cuenta con el consentimiento informado y por escrito de los adultos mayores, sujetos de estudio.
- El estudio es realizado por estudiantes de 9° semestre, junto al acompañamiento del asesor de proyecto, quienes tienen el conocimiento para cuidar la integridad del sujeto de estudio.
- El estudio se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización de la UNAB, y de los participantes del área metropolitana de Bucaramanga; asimismo, el consentimiento informado de los participantes en el estudio.

**I. REQUERIMIENTOS**

Por favor, lea con cuidado o escuche con atención este documento y pregunte cualquier duda que usted tenga antes de consentir participar de este estudio.

- Mi participación es voluntaria. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para mí en caso de no aceptar la colaboración.
- Puedo retirarme en cualquier momento, si lo considero conveniente, aun cuando el investigador responsable no lo solicite, sin tener que dar ninguna explicación y sin ningún tipo de consecuencia para mí.
- El cuestionario sociodemográfico y la prueba sobre calidad de vida se aplicará solo con mi consentimiento.
- La información no se divulgará ni compartirá con terceras personas.
- Me han explicado que los datos obtenidos serán usados exclusivamente para finalidades de investigación. En las comunicaciones científicas se cambiarán los nombres por pseudónimos para garantizar en todo momento la absoluta confidencialidad de los datos.
- Entiendo que este es un trabajo de investigación y como tal no proporcionará ningún tipo de beneficio económico a las personas que participen en él, incluidas las universidades y organizaciones vinculadas.
- Puedo solicitar en el transcurso de la investigación información actualizada sobre la misma. En todo momento puedo hacer las preguntas que considere oportunas si tengo dudas o considero que me falta información.
- Entiendo que existe la posibilidad de que el grupo investigador decida en cualquiera de las etapas del proceso, cancelar mi participación en el proyecto.