

CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR INSCRITOS EN LOS PROGRAMAS DE
PROTECCIÓN SOCIAL RESIDENTES EN FLORIDABLANCA - SANTANDER

ANA KARINA RODRIGUEZ CASTRO

DIANA MILENA GÜETTE CASTILLA

ERIKA CARDONA SERNA

MARTHA EUGENIA ORTEGA ORTIZ

PATRICIA DÍAZ GORDON

ASESORES

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGIA

ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

BUCARAMANGA

2014

CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR INSCRITOS EN LOS PROGRAMAS DE
PROTECCIÓN SOCIAL RESIDENTES EN FLORIDABLANCA - SANTANDER

ANA KARINA RODRIGUEZ CASTRO

DIANA MILENA GÜETTE CASTILLA

ERIKA CARDONA SERNA

Trabajo de Grado

Requisito para optar el título de especialista

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

BUCARAMANGA

2014

Agradecimientos

Principalmente a nuestro amado padre celestial, a todas las personas que participaron e hicieron posible este proyecto muchas gracias por su apoyo y enseñanza:

Dra. Patricia Díaz y Dra. Martha Ortega, Asesoras,

Coordinación Programa del Adulto Mayor Floridablanca,

A nuestros familiares.

Sin ustedes no hubiese sido posible.

Tabla de contenido

Introducción.....	12
Planteamiento del Problema.....	13
Formulación de la pregunta de la Investigación.....	14
Objetivos.....	15
Objetivos General.....	15
Objetivos Específicos.....	15
Justificación.....	15
Antecedentes de Investigación.....	17
Marco Teórico.....	22
Calidad de vida en el adulto mayor.....	23
Enfoque biológico.....	28
Enfoque psicológico.....	28
Enfoque social.....	29
Enfoque cultural.....	31
Perspectiva psicológica.....	32
Situación de los adultos mayores en la actualidad.....	34

Dominios de la calidad de vida evaluados por WIIQQOL-BREF.....	35
Salud física.....	36
Salud psicológica.....	36
Relaciones sociales.....	36
Medio ambiente.....	36
Políticas públicas a la protección del adulto mayor.....	37
Programas de protección social.....	37
Programa Colombia mayor.....	38
Características del subsidio económico.....	38
Complementos alimentarios para los adultos mayores.....	41
Metodología.....	43
Tipo de investigación.....	43
Muestra.....	43
Recolección de la información.....	44
Procedimiento.....	45
Resultados.....	45
Discusión.....	65

Referencias..... 68

Apéndices..... 72

Lista de tablas

	Páginas
Tabla No. 1 Edad de la muestra de los adultos mayores.....	45
Tabla No. 2 Género de la muestra de los adultos mayores.....	46
Tabla No. 2 Lugar de vivienda de los adultos.....	46
Tabla No. 4 Tiempo de permanencia en Colombia de los adultos mayores.....	47
Tabla No. 5 Niveles de Sisben de la muestra.....	47
Tabla No. 6 Entidades que subsidian la atención en el adulto mayor de la muestra..	48
Tabla No. 7 Adultos mayores que reciben bono.....	48
Tabla No. 8 Adultos mayores que reciben mercado.....	49
Tabla No. 9 Características sociodemográficas, cabeza hogar.....	49
Tabla No. 10 Características sociodemográficas, cabeza hogar ingresos.....	49
Tabla No. 11 Características sociodemográficas, valor ingreso.....	50
Tabla No. 12 Características sociodemográficas, fuente de ingreso.....	50
Tabla No. 13 Características sociodemográficas, otros ingresos.....	50
Tabla No. 14 Características sociodemográficas, en qué gasta más dinero.....	51
Tabla No. 15 Características sociodemográficas, sabe leer.....	51
Tabla No. 16 Características sociodemográficas, sabe escribir.....	51
Tabla No. 17 Características sociodemográficas, nivel educativo.....	52
Tabla No. 18 Características sociodemográficas, con quién vive.....	52
Tabla No. 19 Características sociodemográficas, quién se encarga de su cuidado....	53
Tabla No. 20 Características sociodemográficas, frecuencia de chequeo médico.....	53
Tabla No. 21 Características sociodemográficas, vive en.....	53
Tabla No. 22 Características sociodemográficas, tipo de vivienda.....	54

Tabla No. 23 Características sociodemográficas, agua.....	54
Tabla No. 24 Características sociodemográficas, electricidad.....	54
Tabla No. 25 Características sociodemográficas, gas.....	55
Tabla No. 26 Características sociodemográficas, teléfono.....	55
Tabla No. 27 Características sociodemográficas, recolección basura.....	55
Tabla No. 28 Características sociodemográficas, baños.....	56
Tabla No. 29 Características sociodemográficas, baño comunal.....	56
Tabla No. 30 Características sociodemográficas, número usuarios baño.....	56
Tabla No. 31 Características sociodemográficas, cocina comunal.....	57
Tabla No. 32 Características sociodemográficas, cocina individual.....	57
Tabla No. 33 Características sociodemográficas, lavadero.....	57
Tabla No. 34 Características sociodemográficas, habitaciones.....	58
Tabla No. 35 Características sociodemográficas, personas por habitación.....	58
Tabla No. 36 Características sociodemográficas, tipo de cama.....	58
Tabla No. 37 Características sociodemográficas, duerme solo en la cama.....	59
Tabla No. 38 Características sociodemográficas, puesto de salud.....	59
Tabla No. 39 Características sociodemográficas, CAI.....	59
Tabla No. 40 Características sociodemográficas, transporte público.....	60
Tabla No. 41 Características sociodemográficas, zona de recreación.....	60
Tabla No. 42 Calificación de calidad de vida.....	60
Tabla No. 43 Satisfacción con la salud.....	61
Tabla No. 44 Relación entre género y calidad de vida.....	61
Tabla No. 45 Relación entre cabeza de hogar y calidad de vida.....	62
Tabla No. 46 Relación entre saber leer y calidad de vida.....	62

Tabla No. 47	Relación entre escritura y calidad de vida.....	63
Tabla No. 48	Relación entre SISBEN y calidad de vida.....	63
Tabla No. 49	Relación entre tenencia de casa y calidad de vida.....	64
Tabla No. 50	Relación entre nivel educativo y calidad de vida.....	64

Resumen

El objetivo de esta investigación consistió en analizar la calidad de vida del adulto mayor inscrito en los programas de protección social residentes en el municipio de Floridablanca, Santander, mediante una investigación de tipo descriptivo. Se evaluaron 100 adultos mayores, hombres 43 y mujeres 57, cuyo estrato es 1, 2 y 3. El instrumento utilizado fue el WHOQOL-BREF y un cuestionario para datos sociodemográficos. Los resultados obtenidos sobre la percepción de la calidad de vida es buena para el 46% de la población estudiada, Sin embargo, en el 16% de la población se identificaron niveles de insatisfacción. Además de estas cifras, se encontró que para los adultos mayores de este municipio, el saber leer y escribir, al igual que el tener redes de apoyo son factores que influyen en su calidad de vida asociada a las dimensiones física y psicológica.

Palabras Clave: Calidad de vida, Adulto mayor, Floridablanca, WHOQOL-BREF

Abstract

The objective of this research was to analyze the quality of life of older adults enrolled in social protection programs resident in the municipality of Floridablanca, Santander, through a descriptive investigation. 100 older adults, 43 men and 57 women, whose stratum is 1, 2 and 3. The instrument used was the WHOQOL-BREF questionnaire and sociodemographic data were evaluated.

The results on the perception of quality of life is good for 46% of the study population. However, in 16% of the population levels of dissatisfaction were identified. In addition to these figures, it is found that for older adults in this town, the ability to read and write, as well as having support networks are factors that influence the quality of life associated with the physical and psychological dimensions.

Keywords: Quality of life, Sénior Adult, Floridablanca, WHOQOL-BREF

Pensar en la calidad de vida implica la participación de las personas en la evaluación de aquello que los afecta, lo cual significa que necesariamente es determinante integrar en tal conceptualización el bienestar físico y psicológico, relacionado con las necesidades materiales y socioafectivas, tal como lo afirma Tonón (2006).

Ahora, la calidad de vida en su relación con la salud, según Schwartzmann (2003) expone que en el alcance de la percepción de los individuos sobre su estado de bienestar desde los ámbitos físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contenido cultura e historia personal.

El estado colombiano, busca promover a través de los Programas de Protección Social la reducción de la vulnerabilidad de la población ante los riesgos económicos (sean éstos covariantes o idiosincrásicos individuales) y de asistir a los adultos mayores del Municipio de Floridablanca a través del Programa Nacional de Protección Social al Adulto Mayor, el cual hace entrega de un subsidio económico de manera bimensual por un valor de \$150,000 pesos, o un abastecimiento de alimentos de manera mensual a más de 1,900 adultos mayores que forman parte del programa, con SISBEN 1,2 y 3.

No obstante, para poder entender los efectos de estos programas a la población beneficiada, es importante conocer cuál es la percepción en la calidad de vida de los adultos mayores en las dimensiones de salud física, salud mental, relaciones sociales y ambiente. Esto a través del instrumento WHOQOL-BREF.

En la investigación, se revisaron diversos proyectos desde el ámbito local, nacional e internacional, los cuales sirven de referencia para el progreso del estudio. Se presentan los resultados conseguidos en relación a las diferentes variables sociodemográficas de la población objeto de análisis y, a través de las conclusiones y discusiones, se espera dar aportes que sean de utilidad para la comprensión de este grupo etario.

Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud es un referente internacional, en la investigación y las tendencias mundiales en salud. En el año 2012, el tema del Día Mundial de la Salud estaba centrado en el “envejecimiento y la salud”, con el lema: "La buena salud añade vida a los años", la cual buscaba promover el mantenimiento de una buena salud como estrategia para llegar a una vida plena y productiva en la vejez, desempeñando un papel activo en la familia y en la sociedad.

Es menester considerar que, junto a los atributos salud, los recursos económicos y los recursos medioambientales, las dimensiones recursos personales, recursos sociales y redes de participación y apoyo son otros componentes importantes en la Calidad de Vida (CdV) de los adultos mayores.

El envejecimiento de la población sucede en todas las partes del mundo con diferentes niveles de desarrollo, teniendo prevalencia en los países de primer mundo; en la actualidad, Japón, es el país con más población de personas mayores, cerca del 30% del total; hacia el 2050 se prevé que 64 países se habrán sumado a Japón, superando este porcentaje de dicha población (UNFPA y HAI, 2012).

En Colombia, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) realizada en el 2010, los mayores de 60 años representan el 10% de la población y los mayores de 65 años un 7%, proporciones similares a las del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DAÑE) para el mismo año: 9.8% y 6.7%, respectivamente. De acuerdo con esta última proyección, el número de mayores de 60 y más años en Colombia es de casi cuatro millones y medio, y el total de los de 65 y más años, es de tres millones; en una población total de cuarenta y cinco millones y medio de Colombianos (Profamilia, 2011).

Según la distribución porcentual de la población de adultos mayores por departamento, en Santander el 44.8% son hombres y el 55.2% mujeres; de una muestra de 745 personas, donde el 58.5% se encuentra en una zona residencial urbana y el 41.5% en zona rural (Profamilia, 2011).

Existen diferentes programas que favorecen de manera significativa a los adultos mayores, particularmente, en la Alcaldía de Bucaramanga, durante el actual mandato, se encuentra la Secretaría de Desarrollo Social, que ha sido creada con el fin de planear, orientar, coordinar, ejecutar, evaluar y controlar la realización de diferentes programas, proyectos y estrategias contemplados en el Plan de Desarrollo "BUCARAMANGA CIUDAD SOSTENIBLE", en pro de las comunidades vulnerables y consideradas en desventaja socio-económica, por medio de labores que conllevan a un equilibrio social (Alcaldía de Bucaramanga, 2013).

En el caso del municipio de Floridablanca Santander, hay 252,472 habitantes según el DAÑE del año 2005, y de esos pobladores, el 21,886 son adultos mayores, es decir que 5,9 % de la población.

Estos programas buscan reforzar la calidad de vida en las personas adultas mayores, ya que su objetivo central es dar una atención adecuada en el área de la salud, en lo social y en lo económico. Además de garantizar el aspecto médico y psicológico, lo cual promueve la inclusión y le brinda condiciones de bienestar a la población objeto de estudio.

Teniendo en cuenta lo expuesto se formula la pregunta de investigación: ¿Qué factores influyen en la calidad de vida del adulto mayor inscritos en los programas de protección social residentes en Floridablanca?

Objetivos

Objetivo general

Analizar la calidad de vida del adulto mayor inscrito en los programas de protección social residentes en Floridablanca mediante el empleo de una investigación descriptiva, para determinar las necesidades de este tipo de población.

Objetivos específicos

- Determinar las características sociodemográficas en el adulto mayor residentes en Floridablanca - Santander.
- Analizar los dominios de calidad de vida en el adulto mayor mediante el cuestionario WHOQOL- BREF
- Analizar las necesidades de los adultos mayores inscritos en los programas de protección social residentes en Floridablanca - Santander.

Justificación

El garantizar una vida de calidad a las personas mayores es un nuevo reto que seguirá cobrando importancia en el contexto de la cooperación internacional y en las agendas nacionales en la mayoría de los países durante las próximas décadas. En el plano individual, las personas que ya cumplieron 50 años podrían llegar a 100; por ende, es de suma prioridad reflexionar sobre la calidad de vida que se quiere tener en la vejez y tomar medidas encaminadas a proteger la salud y bienestar en el futuro. Así lo expresa el Órgano Oficial de la Federación Argentina de Geriatria y Gerontología (2014).

En el municipio de Floridablanca - Santander, hay 2,472 habitantes según el DAÑE del año 2005, y de esos pobladores, el 21,886 son adultos mayores, es decir que 5,9 % de la población.

Ante esta distribución de la población se generará un impacto en los adultos mayores ante los cambios que deberán afrontar a nivel físico, psicológico y social; anexo al impacto de la reconfiguración a nivel político y cultural, para atender a las necesidades de salud, pensión, crecimiento económico y bienestar social, que esbozan cuestionamientos sobre la manera de atender y de la forma como se está dando forma a las condiciones de vida para esta población (González, 2010).

Se hace importante dar a luz mayor conocimiento sobre la percepción que tienen los adultos mayores sobre su calidad de vida y las variables, tanto internas como externas, que la intervienen, para que así se pueda orientar de manera más objetiva los programas de acción que se llevan a cabo en Floridablanca en beneficio de la población objeto de estudio.

Según Artavia y Falla (2012) expresan que el Estado no ha sido fuertemente vinculado como el principal responsable de las variables como son los servicios públicos,

subsidios económicos, acceso a la vivienda, etc., para generar calidad de vida a las personas adultos mayores.

Este proyecto es importante porque pretende contribuir al estudio y conocimiento e identificación de los aspectos que pueden afectar al calidad de vida de los adultos mayores inscritos en los programas de protección social residentes de Floridablanca, buscando estrategias que permitan dignificar la vida del adulto mayor dándoles un lugar ejemplar en la atención en salud.

Antecedentes de investigación

El rastreo de los antecedentes investigativos correspondientes a la calidad de vida del adulto mayor inscritos en los programas de protección social residentes en Floridablanca, se hizo en idioma español, se llevó a cabo en las siguientes bases de datos: *Academicsearch complete*, Fuente Académica Premier, *PsyArticles*, e internet libre: *googleacademic*, *Scielo*, *Proquesty Psychology and BehavioralSciencesCollection*.

Cabe anotar que en el ámbito internacional los antecedentes de investigación en la temática específica son pocos, además en el nacional, departamental y local se tornan escasos. Si bien existen investigaciones en torno a la calidad de vida y adulto mayor, la búsqueda se dificulta al incluir la temática “inscritos en programas de protección social”. Sin embargo, se hacen claras asociaciones entre las variables: calidad de vida en el adulto mayor, salud, nivel de educación, economía, protección y apoyo familiar - social.

Torres, Quezada, Rioseco y Ducci. (2008) investigaron la “Calidad de Vida de Adultos Mayores Pobres de Viviendas Básicas. Se hizo un estudio Comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF”, en ella se constata que en Chile la población adulta constituye el 11,24% de la población total. Además, cada adulto mayor vive cambios en sus capacidades físicas, sociales y mentales, viéndose afectada su calidad de vida y la percepción que tienen de ella.

Como parte de una política habitacional chilena, en 1984, el Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU) creó un innovador Programa de Vivienda Básica, dirigido a adultos mayores de escasos recursos, razón por la cual se entregaría a los beneficiarios una vivienda básica en edificio o vivienda en condominio. Este programa estuvo dirigido para los sectores urbanos de pobreza.

El objetivo de este trabajo fue conocer y comparar la percepción de la calidad de vida de dos grupos de adultos mayores pobres beneficiarios de vivienda básica en edificio y de vivienda en condominio. El instrumento usado fue la encuesta WHOQOL-BREF, la cual mide la percepción de la calidad de vida.

Los resultados arrojados de esta investigación fue que la vivienda en condominio es percibida como un espacio más protegido que la vivienda en edificio. En condominio, el adulto mayor puede generar nuevos vínculos con vecinos de edades similares. Estos adultos mayores constituyen cohortes etéreas con intereses, cultura e historia similares, lo que condiciona sus dinámicas relacionales. Además, la edad influyó en la percepción de la calidad de vida, lo cual fue un aspecto de gran trascendencia para el programa.

Ramírez-Vélez, Agredo, Jerez y Chapal. (2008) tuvieron como objetivo estudiar la calidad de vida relacionada con la salud y algunas medidas antropométricas asociadas a la aparición de Enfermedades Crónicas No Transmisibles; entre sus hallazgos encontraron que la medición de las mejores puntuaciones fueron presentadas en dominios como: vitalidad, salud mental y salud física, similar a resultados obtenidos en estudios de población hispana. Los datos arrojados les permiten concluir que la pérdida de capacidad funcional que acompaña al envejecimiento progresivo, es consistente con la alta prevalencia de discapacidades en la población mayor de 65 años, y ejerce influencia negativa en su percepción de calidad de vida. Los autores además señalan que la investigación de la calidad de vida relacionada con la salud, ha alcanzado madurez en países en vía de desarrollo, incluso cambiando el camino de su investigación.

Melguizo, Acosta y Castellano. (2012) tuvieron como objetivo identificar los factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida relacionada con salud de los adultos mayores de la Comuna 9 del distrito de Cartagena. Para ello se aplicó una encuesta

transversal a una población de 5020 adultos mayores y cuya muestra fue de 514. Se aplicó el instrumento “Índice Multicultural de Calidad de Vida”. Se realizó inicialmente un análisis descriptivo de las variables y luego el análisis logístico multivariado para establecer las posibles asociaciones. Se incluyeron, además de la variable salud, las correspondientes a capacitación y sustento económico, encontrando que si los adultos mayores son capacitados y se les favorece generar sus propios ingresos económicos, podrían tener una mejor percepción de calidad de vida relacionada con salud.

Se encontraron que, además de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con salud, como el ser mujer, tener nivel de escolaridad secundaria o más, vivir en estrato tres o cuatro, ser pensionado o estar trabajando y vivir con menos de cuatro personas, permiten una mejor percepción de la calidad de vida en el adulto mayor. Ahora, estos datos pueden ser de gran utilidad para la planeación de políticas públicas y los planes de cuidado dirigidos a esta población.

Por su parte, la investigación de Cardona, Estrada y Agudelo (2006), que tuvo como objetivo de estudio el caracterizar algunos componentes de la calidad de vida como son económicos, familiares, socio-demográficos, de seguridad social y de condiciones de salud de la población adulta en la ciudad de Medellín. En este proyecto se observó un incremento de 168% en este grupo poblacional desde 1964 a 2001, evidenciando la etapa de transición demográfica plena que vive la ciudad. También se observó una pérdida de poder adquisitivo de 65% entre 1997 y 2001.

Incluye datos en su análisis pertenecientes a la desprotección de las personas pobres respecto a la seguridad social, especificando que los adultos mayores presentan una desprotección de un 35%; además éstos autores concluyeron que entre los componentes que

explican de mejor manera la calidad de vida del adulto mayor en la ciudad de Medellín, se cuenta la seguridad social, independencia, economía y redes de apoyo.

Por otra parte, uno de los estudios que investiga específicamente los sistemas de protección para adulto mayor en América Latina y el Caribe (Suarez y Pescetto, 2005) indica que el envejecimiento de la población en los diferentes países va en aumento, así como a los pocos recursos económicos de algunos de éstos se hace necesario su acceso a programas de asistencia social que otorguen prestaciones monetarias y no monetarias. La investigación profundiza en que únicamente en Argentina y Canadá se ofrece un sistema de seguridad que garantiza una pensión mínima a la población, sin embargo no aclara de qué manera estos programas influyen en la calidad de vida de las personas; aunque señala que la conceptualización en el incremento de número de adultos mayores requerirá una mayor implicación del gobierno y sus familias.

Acosta, Valdes, Echeverría, Serrano y García en el año 2013, llevaron a cabo la investigación que tuvo como propósito el evaluar las propiedades psicosométricas de confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores del sur del estado de Sonora (México). Se encuestó a 794 adultos mayores de entre 60 y 98 años, mujeres y hombres, a quienes se les aplicó, de manera individual, una hoja de datos sociodemográficos, el WHOQOL-BREF en español, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y la Escala de Bienestar Subjetivo de Lawton.

La validez divergente y convergente del WHOQOL-BREF en español se evidenció con altas correlaciones significativas (negativas y positivas, respectivamente) entre los puntajes de calidad de vida con puntajes de depresión y bienestar subjetivo, lo que indica que el cuestionario es una medida sensible al estado de ánimo del adulto mayor y es útil en contextos clínicos donde se desea intervenir para mejorar el estado de ánimo. En términos

de validez discriminante y respecto a las asociaciones entre el WHOQOL-BREF y las variables demográficas como género, grupo de edad, nivel educativo, estado de salud, y síntomas de depresión ejercían una influencia importante en la calidad de vida, encontraron que los hombres puntuaban por encima de las mujeres en calidad de vida, aunque la diferencia no fue altamente significativa. Además, se concluyó en la investigación que los bajos niveles de educación se asociaron con una baja calidad de vida; así como con estar enfermo o contar con síntomas depresivos.

Torres et al. (2008) expresan que si los adultos mayores provienen de un estrato socioeconómico bajo, la red primaria de apoyo no podrá ofrecerles un espacio adecuado para vivir, pues generalmente residen en viviendas pequeñas, y en caso de acoger al adulto mayor no pueden facilitarle un lugar adecuado; a raíz de ello las relaciones de la familia podrían tornarse conflictivas específicamente debido los amplios números de integrantes y las diferencias de las necesidades.

Por otra parte, Rodríguez (2008) incluye además como variable la relación con el cuidador, ya que si bien algunos adultos mayores viven en sus hogares, son personas ajenas a las familias quienes se hacen cargo de ellos generando posibles alteraciones en la calidad de vida; así mismo resaltan la necesidad de evitar el internar en una institución geriátrica a los adultos mayores ya que esto propende un sentimiento de falta de pertenencia que aumenta la percepción de soledad y abandono, contribuyendo al desmejoramiento de la calidad de vida de éstas personas. Cabe anotar entonces que aunque Rodríguez refiere variables como calidad de vida, adulto mayor (e incluso el internar), no aborda la correspondiente a programas de protección social. También la investigación de Estrada, Cardona, Segura, Ordoñez y Chavarriaga (2011) aborda la influencia entre la internacionalización de adultos mayores, depresión y su influencia en la calidad de vida.

Siguiendo con Rodríguez (2008) en su estudio realizado en Argentina muchos adultos de la tercera edad requieren ser internados a causa del deterioro en sus funciones y la necesidad de apoyo constante en sus funciones básicas y complejas. Además, anota que en Argentina sólo una pequeña cantidad de jubilados vive sin dificultades económicas lo cual genera una incidencia en su calidad de vida; debido a ello especifica que los avances no deben ir orientados netamente a prolongar la vida de las personas, sino que se hace necesario abordar demás áreas como la independencia económica por ejemplo.

Finalmente, cabe anotar que el ámbito internacional Argentina y Chile cuenta con importantes investigaciones y exponentes en la temática, como por ejemplo Rodríguez, Temperley y Parraguez. Mientras en Colombia se cuenta con estudios como los de Ramírez-Vélez en Cali; Melguizo y Cardona en Medellín, quienes incluyeron en su investigación variables de calidad de vida y adulto mayor, aunque sin abordar directamente la correspondiente a pertenencia a programas de protección social.

Marco teórico

En un primer momento se definen los términos tratados en la investigación: calidad de vida, adulto mayor, políticas públicas orientadas a la protección del adulto mayor, aspectos, sociales, físicos y cognitivos del envejecimiento, adulto mayor y familia, al igual que los aspectos biológicos, situación actual de esta población y mitos relacionados con los estereotipos de nuestra sociedad.

La palabra calidad según Azocár y Díaz (2008) procede de “cualidad que significa cada una de las circunstancias o caracteres que hacen de una persona o cosa superior y excelente. Distinguen a las personas o cosas” (p. 17). En la calidad se interpreta como aquella facultad o características que hacen que una persona o un objeto sientan o logren satisfacer con las necesidades o expectativas demandadas.

El término calidad de vida, para Azocar y Díaz(2008), la calidad de vida implica valores y actitudes mentales, que va más allá de lo físico y que su búsqueda es una constante, en la vida del hombre, donde se percibe como un estado positivo en donde se busca estar en plenitud, “es poder funcionar cien por ciento”. Desde el punto de vista físico, significa encontrarse y percibirse en buenas condiciones, fuerte, resistente a las enfermedades o poder sobreponerse rápidamente a ellas.

Para la Organización Mundial de la Salud (2013), la calidad de vida es aquella percepción de bienestar, visto desde diferentes perspectivas, como las son el físico, social, emocional, material y desarrollo. Un individuo logra percibir calidad de vida cuando siente satisfacción o conformidad en cada una de estas áreas, ya que por naturaleza van ligadas entre sí, donde una se complementa de la otra, no generando reciprocidad pero si un balance en la desarrollo de la vida de cada individuo.

Calidad de vida en el adulto mayor

Partiendo de que el punto focal de esta investigación es la calidad de vida en los adultos mayores, es importante resaltar que en las últimas décadas se ha puesto de manifiesto la importancia de abordar el estudio de CdV entre los mayores, con la finalidad de conocer las áreas o dimensiones más relevantes para la población, y así establecer políticas adecuadas de satisfacción de necesidades por parte de las entidades públicas, empresas o sectores socioeconómicos.

La investigación en CdV desde aproximaciones clásicas se ha limitado a evaluar una o pocas áreas o dimensiones de la misma, partiendo de modelos predeterminados por cada investigador (subjetividad) y centrándose principalmente en la dimensión Salud. Se considera la CdV como un concepto multidimensional y global, resultado de la interacción dinámica entre las condiciones externas de la vida de los individuos y las percepciones que sobre aquellas condiciones emiten los propios individuos (Rojas, 2006).

Es de gran importancia considerar que, junto a los atributos salud, los recursos económicos y los recursos medioambientales, las dimensiones recursos personales, recursos sociales y redes de participación y apoyo son otros componentes importantes en la CdV de los adultos mayores. Los resultados obtenidos hasta ahora han demostrado que la salud, en primer lugar, y la red familiar, en segundo lugar, son las dimensiones más destacadas de la CdV de los adultos mayores, considerada tanto desde una perspectiva positiva (la buena salud, la red de relaciones familiares y el apoyo familiar añaden calidad a la vida) como negativa (la mala salud y el desamparo familiar deterioran la calidad de la vida). A estas dimensiones se suman la situación económica, la red social y las actividades de ocio y tiempo libre, hasta completar las cinco dimensiones más importantes nominadas y evaluadas por los propios mayores.

La dimensión socio-sanitaria así como el apoyo formal o informal en el seno familiar, como aspectos claves en la CdV de la población mayor, han despertado un interés creciente en los últimos años, del mismo modo que se han elevado los esfuerzos por lograr una más efectiva coordinación entre el apoyo sanitario y social. Cuando se analiza la CdV en adultos mayores, hay autores que sugieren la presencia de particularidades a considerar (Stewart y Sherbourne, 1996):

- Entre los adultos mayores se presentan diferencias individuales que abarcan las dimensiones: física, mental, psicológica y socioeconómica, lo que obliga a individualizar las conclusiones.
- ® La definición de los dominios puede diferir de la utilizada para adultos jóvenes, como consecuencia de cambios en el rol y en otras situaciones vitales.
- Muchos adultos mayores continúan saludables y funcionales. Esto obliga a definir los retos para mantener una CdV satisfactoria.
- Los problemas de salud son más complejos y se puede presentar la comorbilidad.
- La discapacidad funcional tiende a redefinirse a la sustitución del rol funcional ligado a la actividad laboral con otros aspectos, como lo pueden ser las actividades recreativas, actividades de ocio, entre otras.
- Es necesario distinguir entre función física y capacidad de autocuidado y automantenimiento, ya que ésta requiere -además- capacidad mental para realizar tareas complejas (por ejemplo, ir de compras, manejar electrodomésticos, etc.).
- Muchos adultos mayores siguen contribuyendo al bienestar familiar y social (por ejemplo, cuidando de nietos y enfermos, manteniendo su entorno, etc.).

© La ausencia más frecuente de pareja debe ser tenida en cuenta al plantear la evaluación de áreas como la actividad sexual o la relación familiar.

o Ciertas personas mayores necesitan de forma continua o fluctuante ayuda de otros. Es necesario proporcionarla respetando su individualidad y autonomía.

® Los acontecimientos que amenazan la CdV de los mayores suelen sobrevenir en acúmulos y sobre un fondo de reservas limitadas. Pequeños problemas en edades más tempranas pueden suponer incremento en la sintomatología y la presencia de graves trastornos.

o La institucionalización modifica la perspectiva de la CdV, incrementando la importancia de factores como autonomía, control, seguridad, etc., y anulando otros como la realización de tareas domésticas, socialización con terceras personas, entre otras.

Partiendo de las percepciones antes mencionadas, la calidad de vida para los adultos mayores se focaliza de manera genérica desde la percepción física y social, tomando lo físico desde la perspectiva de salud y sensación de bienestar y lo social desde el apoyo y acompañamiento de los miembros de la familia.

Además de lo social y físico, existen otros puntos de vista que se deben resaltar, tal como lo es el psicológico, este aporta a la CdV de esta población la perspectiva de poder disfrutar, hacerse cargo de las responsabilidades, combatir la tensión nerviosa y el estrés. Según Azocar y Díaz (2008), desde el punto de vista emocional, es estar en paz. Las personas que mantienen su calidad de vida son personas que se sienten bien, vigorosas, entusiastas, positivas, con sensación de bienestar, en todas sus dimensiones.

Cabe mencionar que para seguir hablando de la CdV en los adultos mayores existen ciertas creencias acerca de la vejez, que hacen ver al adulto mayor como a una persona

diferente y no como a un igual. A estas personas se las denomina de distintas maneras: tercera edad, edad de oro, senectud, etc. Estos términos, distintos en su escritura y oralidad, en general producen inquietud ya que nos remiten a uno de los aspectos más angustiosos para el ser humano occidental, cual es la vejez y la cercanía con la muerte. Dicho proceso, natural e irremediable para todo ser vivo, representa preocupación y temor que no solo nos impulsa a un constante cuestionamiento de nuestra vida sino además, especialmente en la sociedad actual, conlleva un interés por evadir lo que el envejecimiento supone, siendo esto último, significativamente condicionado por el contexto social, económico y cultural en el que nos corresponde vivir. Para aquellas personas que están viviendo esta última etapa de su ciclo vital en la sociedad, la vejez representa no solo la cercanía de la muerte sino también el alejamiento social de lo que había sido su rutina cotidiana, el trabajo, los amigos, el cuidado de los hijos, su hogar, etc.

Huenchuán (2003) se refirió al proceso de envejecimiento como:

Al modo en que los individuos se transforman con el correr del tiempo, dependiendo este proceso de la interacción compleja de fuerzas biológicas; está referida a la posición del individuo en cuanto a la duración de su vida y con los procesos que la limitan y condicionan; corresponde a fuerzas psicológicas que están relacionadas a la sensación de sentirse viejo y ambientales o sociales, relacionadas con la posición del individuo en cuanto a las normas y roles de su grupo o de su sociedad, aquí se entremezclan la vejez biológica, cronológica y psicológica pero no están definidas por ésta. (p. 16)

Durante la vida se transita por una serie de etapas que sin lugar a dudas, producen un grado de tensión por la adaptación que cada una de éstas requiere. Estas distintas etapas

corresponden al proceso normal de crecimiento y desarrollo que los seres humanos experimentamos. Para Cifuentes, (2005), la vejez, en este sentido, representa la última etapa de nuestro ciclo vital y la manera cómo esta se viva no tan sólo está determinada por el aspecto social o la imagen social que cada cultura tiene de ella, sino que además por la manera cómo se han vivido las etapas anteriores a la vejez.

Como ya se dijo anteriormente, el envejecimiento es un proceso que viven todos los individuos, es un proceso que es individual y diferente entre las personas de una misma sociedad, pero tal como menciona Cifuentes en el año 2005, también es social, pues en cada sociedad existe una valoración específica de la vejez que de alguna forma condiciona el cómo se vive esta etapa terminal de la vida. Con ese cometido, se expondrá brevemente algunos enfoques y teorías explicativas de este período de la vida. Al respecto están los siguientes: enfoque biológico, psicológico, social y cultural. Considerándose de gran importancia referirlos pues cada uno de ellos se nutre de distintas teorías que permitan comprender desde una mirada multidisciplinaria el proceso de la vejez en sociedad.

Enfoque biológico

En cuanto a este enfoque se puede decir que se destacan sus teorías del envejecimiento programado y la del desgaste natural. Ambas plantean que cuando los cuerpos van envejeciendo lo hacen por un desarrollo normal que se encuentra establecido en las distintas personas de acuerdo a sus propios organismos, determinados genéticamente, es decir, que existe un patrón preestablecido en cada individuo que condiciona su vejez. (Cifuentes, 2005).

Lo anterior hace referencia a que se da un desgaste natural, el cual se presenta diferente en cada individuo, ya que depende de sus antecedentes y predisposición genética,

al igual que a su estilo de vida, puesto que estos factores pueden generar retardos o la pronta presencia de signos y características propias de la vejez.

Enfoque psicológico

Este enfoque ve el envejecimiento como un proceso individual, que produce cambios a nivel de cada persona, el entorno social, la manera que tienen los individuos de enfrentar y responder a las situaciones personales que les toca vivir y cómo buscan soluciones a esos problemas, aceptando y asumiendo pérdidas que son inevitables en el proceso vital de todos y cada una de las personas. (Cifuentes, 2005).

Para comprender lo que la psicología expone sobre el envejecimiento, se mencionarán algunas teorías en las cuales esta rama se basa para describir este proceso, siendo éstas, la teoría de la actividad y la teoría de la desvinculación (Papaba y Wendkos; 1988).

La Teoría de la actividad. Parte de la base que las personas al estar activas se sienten más satisfechas, que producen algún rendimiento y que se sienten útiles para otras personas. Esta teoría puede complementarse con la teoría de roles en el sentido que los roles asumidos por cada persona son los que les dan significación a la vida. Por eso es que cuando las personas dejan de trabajar al momento de la jubilación, se produce una pérdida del rol o pérdida de función, lo que produce, una limitación a su comportamiento y una creciente inactividad, que cubre de achaques la vejez. (Papaba y Wendkos, 1988).

La Teoría de la desvinculación. Afirma que la persona de edad desea ciertas formas de aislamiento social, de reducción de contactos sociales, y que al lograrlo se siente feliz y satisfecha. Autores como Cumming y Henry (citado en Huenchuán, 1998), mentores de la teoría de la desvinculación, dudan que al ejercer una función, el ser útil, contribuya a la

satisfacción del anciano. Ellos plantean que el deseo de los viejos de ser útiles sólo correspondería a una necesidad de seguridad y al temor de verse, en casos contrarios, rechazados, indefensos y desamparados socialmente. En consecuencia, si a la vejez se le garantizará seguridad, ayuda y suficientes servicios, lo determinante sería el deseo de desvinculación social.

Enfoque social

Este enfoque se encuentra relacionado, tal como menciona Cifuentes, P. (2005), con la sociología del envejecimiento y cuyo objetivo es lograr interpretar la realidad social que experimentan los adultos mayores. En este enfoque Cifuentes, P. hace énfasis en que se han desarrollado teorías funcionalistas del envejecimiento, como son: la economía política del envejecimiento y la teoría de la dependencia estructurada.

La teoría funcionalista del envejecimiento se basa en que la vejez es considerada como una ruptura social que se relaciona con la teoría del rol considerada como una pérdida progresiva de sus funciones. En el contexto actual de nuestra sociedad esta explicación adquiere un importante significado, pues a las personas mayores se les considera personas improproductivas, no comprometidas con el desarrollo de la sociedad, desprovistas de roles y funciones con lo cual se les produce un aislamiento progresivo (Bury, 1995).

Otra de las teorías explicativas como ya decía en el párrafo precedente, es la economía política de la vejez, que comprende a las personas mayores en las sociedades capitalistas de hoy en día, es decir, en relación a la situación del mercado de trabajo, que en el caso de los adultos mayores consiste en ofrecerles la jubilación (Estes, 1986). Esta alternativa tiene relación, con el aumento de las expectativas de vida y la edad de jubilación. En muchos casos esta propuesta o decisión provoca el retiro involuntario del

adulto mayor del mundo del trabajo a temprana edad que es en el caso de los hombres a los 65 y en las mujeres a los 60 años de edad. Su condición de no actividad empuja a los adultos mayores a sentirse improductivos y marginados de la sociedad. La edad de jubilación, o la edad límite para trabajar parte del supuesto que los adultos mayores se encuentran incapacitados para seguir realizando su trabajo lo que en la actualidad se contradice con las expectativas de vida de las personas que se sitúa en los 75 años para los hombres y 81 años para las mujeres.

En este aspecto, se puede decir que existe una gran cantidad de adultos mayores que a los 60 y 65 años de edad sienten que aún pueden realizar sus actividades cotidianas. El retiro voluntario de las personas de las actividades que realizan y no por una jubilación obligada dictada autoritariamente por la sociedad en la cual vivimos, haría que los adultos mayores no se sintieran desplazados ni una carga tanto para sus familias como para la sociedad de la que son parte. (Estes, 1986).

Otra teoría es la dependencia estructurada, la cual se centra más bien en el sistema social en general, más que en las características de los individuos. Según Mouzelis (1991) plantea que “la estructura y la organización de la producción son el origen de las características de la dependencia y contrapone una perspectiva que enfatiza la creación social y la dependencia” (p. 60). Esta teoría entrega aspectos importantes en lo relacionado a las reglas y recursos que influyen y limitan la vida cotidiana de las personas mayores, dejando fuera aquellas teorías que dicen que el proceso de envejecimiento está marcado por el individualismo.

Este enfoque da una visión general del proceso de envejecimiento, sin embargo ciertamente este proceso adquiere características particulares según de qué tipo de adulto mayor se esté tratando.

Enfoque cultural

Como ya se ha dicho, sí bien el envejecimiento es un fenómeno inherente al ser humano y en esa medida es un proceso natural e irreversible, son las características de la sociedad las que condicionan el promedio de años de las personas y su calidad de vida. En este sentido, lo cultural también tiene su participación en éste proceso, ya que la representación social que se tenga de la vejez o de las personas mayores es una creación cultural que cada sociedad representa de manera diferente. Es así que el envejecimiento no es un fenómeno uniforme ni homogéneo en todo el mundo, ni en todas las culturas sino que es diferencial y sincrónico según el contexto en que se desarrollen sus manifestaciones. (Rodríguez, 2011)

Cifuentes (2005) menciona que en la cultura latinoamericana durante las últimas décadas, existe una sobrevaloración de la juventud. La competencia, y la eficiencia, el individualismo, el culto al tener atañían contra la experiencia, la sabiduría, el reposo. Por esta razón, la vejez contradictoriamente es vista cada vez más como una etapa de la vida asociada al deterioro, visión que por cierto es negativa. Ello promueve en los adultos mayores una actitud de resignación y apatía frente a lo que les sucede y al miedo a que no pueden participar activamente puesto que ello no responde a los cánones impuestos para estas personas. En definitiva, es el medio cultural vigente, que se expresa en todas las relaciones humanas en la sociedad actual, el que entrega una visión sobre estas personas cuyas características son ineludiblemente negativas puesto que están asociadas a: incapacidad, inutilidad, obsolescencia, etc. Es en este contexto que de lo anterior se desprenden algunos mitos que nacen del término “ageism”, con el fin de definir la presencia de prácticas y percepciones sociales llenas de prejuicios y estereotipos negativos en la valoración de los ancianos, de su rol en la sociedad, y todo o que ello conlleva” (Saez,

citado en Martínez, 1998) en discurso inaugural sobre discriminación por edad en los distintos campos de la actividad social.

Perspectiva Psicológica

El envejecimiento desde ésta perspectiva, tiene mucha relación con lo social y lo cultural ya que si bien éste es distinto en cada uno de los individuos, la convivencia intergeneracional, se da en una misma sociedad. Como se ha reiterado, cada sociedad tiene una cultura determinada lo que significa valores, costumbres, gustos, etc., y esto es lo que en gran medida condiciona, como ya se dijo en el capítulo anterior, la forma en que se representa el envejecimiento y esta representación social condiciona también de algún modo incluyendo el ámbito psicológico de cada persona, generando también un autoconocimiento. Los cánones de “normalidad” y de “anormalidad” también están condicionados socioculturalmente y naturalmente la mayoría de las personas prefiere estar dentro de los patrones considerados “normales” de comportamiento (Fernández-Ballesteros, 2000).

Teniendo en cuenta que el proceso de envejecimiento tiene componente biológico importante e inexorable, la vejez propiamente tal, no es tan sólo biológico, sino que también se representa en la esfera de lo psíquico y por ende en lo social, es decir que el proceso de cambio que vive el ser humano, no tan sólo está ligado a las funciones somáticas de cada individuo, sino también a las funciones psicológicas y a las estructuras sociales en el cual se desarrolla. Esto hace que el proceso de envejecimiento, como las otras etapas de la vida (niñez, juventud y adultez) vayan asumiendo modificaciones que tienen que ver con las vivencias y el comportamiento experimentado y esperado en el transcurso

de la vida de las personas, lo que en el caso de la vejez, tiende a promocionarse una suerte de aislamiento social. (Rodríguez, 2011).

Se puede aducir que aun cuando cada enfoque releva un aspecto específico y fundamental del proceso de envejecimiento predomina la concepción general que el envejecimiento es un proceso integral de carácter biopsicosociocultural que puede ser influido además por la propia percepción del individuo que envejece (Zetina, M.; 1999).

Por consiguiente, tal como menciona Zetina M. (1999), se podría afirmar que cada individuo es artífice en alguna medida de su propio destino personal, pero en alguna medida también lo son sus circunstancias. Vale decir que, cada individuo tiene un papel protagónico en la construcción de su propio bienestar a través de su cuidado, su actitud, disposición y motivaciones y roles que pierda o mantenga. No obstante ello se da dentro del marco de condiciones que les ofrece el contexto social particular al que pertenece, vale decir su pertenencia de clase, su época, su contexto sociocultural, etc.

Los enfoques y teorías anteriormente mencionadas, intentan explicar cómo cada uno de esos aspectos afecta y tiene sus implicancias para la población adulta mayor, tal como se verá en el punto que viene a continuación.

Situación de los adultos mayores en la actualidad

Según Cifuentes (2005), el acelerado ritmo que se vive hoy en día en las ciudades, deja fuera de la corriente a las personas mayores, quitándole el rol en la producción y asignándole el vacío, la incertidumbre económica y la soledad dada por el aislamiento. De esta manera la sociedad cargada de preceptos negativos con respecto al anciano, margina a este sector de la población.

Desafortunadamente, esta realidad social daña severamente la autoestima del adulto mayor, dando lugar a la desvalorización, que está dada por la falta de sentido de sus vidas y

la carencia de una función social luego de toda una vida de servicios a la sociedad a través de su trabajo y el respeto de sus semejantes.

Retomando nuevamente a Cifuentes (2005), esta marginación del adulto mayor, a su vez distancia a los jóvenes del anciano privándolo de las experiencias y sabiduría del que ha vivido mucho. Más aún, los aleja de la posibilidad de entender a la vejez como parte de la vida, ayudándolos de esta manera, a prepararse planificando su futuro para no dejar relegadas a otros, decisiones que deben ser personales.

Gran parte del deterioro físico y mental que se evidencia en algunos ancianos tienen su origen en el paulatino aislamiento del acontecer diario en la comunidad y el país. La carencia de un rol profesional y/o laboral desempeñado por tantos años con el que se identifican como personas, da cabida a la depresión, la reclusión y gradualmente a la falta de interés en el arreglo personal, en alimentarse balanceadamente y en mantener una vida social activa.

Dado que en nuestro país se comienza a tomar conciencia de esta situación y los datos estadísticos que demuestran el aumento de la población adulta mayor y de los problemas que viven, es que se están generando políticas públicas que vayan a favor de este grupo social que demográficamente adquiere relevancia. Es importante resaltar que el objetivo central de estas políticas es integrar al adulto mayor a la sociedad en actividades que les son ofrecidas por el Estado y brindarles la atención básica que ellos requieren. Así por ejemplo se ha estimulado durante estos últimos años, por ejemplo la recreación, deporte, algunos programas habitacionales (hogar vida) y de salud, los cuales están dados principalmente para lograr que las personas mayores puedan integrarse a la sociedad dignamente, - ocupar de buen modo y si tienen recursos, su tiempo libre.

Estas iniciativas son respuestas que la sociedad colombiana está abordando con respecto al aumento de las personas adultas mayores y a los efectos negativos que tiene el proceso de envejecimiento en el país. De este modo, podría plantearse al respecto, que estas políticas son una forma de como la sociedad le retribuye a estas personas con políticas sociales la importancia y valoración a este grupo etéreo (Cifuentes, 2005),

Dominios de la Calidad de Vida Evaluados por WHOQOL-BREF

El WHOQOL-BREF es una escala de Vida desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1991. En esta escala se evalúan las percepciones del individuo en el contexto de sus sistemas de cultivo y de valores, y sus metas personales, estándares y preocupaciones. Los instrumentos WHOQOL-BREF fueron desarrollados en colaboración en una serie de centros en todo el mundo, y han sido ampliamente probados en el campo.

El instrumento WHOQOL-BREF comprende 26 artículos, que miden los siguientes grandes dominios: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. La WHOQOL-BREF es una versión más corta del instrumento original que puede ser más conveniente para el uso en estudios de investigación o grandes ensayos clínicos. Esta escala está dividida en 4 dominios básicos:

Salud física

Este dominio evalúa las actividades de la vida diaria, dependencia de medicamentos y ayuda médica; energía y fatiga; movilidad; dolor y disconformidad, sueño y descanso; capacidad de trabajo

Salud psicológica

Este dominio mide la imagen y apariencia física; los sentimientos negativos, los sentimientos positivos, la autoestima; las creencias personales, religiosas y espirituales; el pensamiento, el aprendizaje, la memoria y la concentración

Relaciones sociales

Este dominio evalúa las relaciones personales, el apoyo social y la actividad sexual

Medio ambiente

Este último dominio busca medir los recursos económicos, la libertad y seguridad física; la accesibilidad y calidad de cuidados de salud y sociales; el entorno en el hogar, la oportunidades de adquirir nueva información y habilidades; la participación y oportunidades de recreación y ocio; el entorno físico (Polución, ruido, tráfico, clima) y el transporte.

Políticas Públicas orientadas a la Protección del Adulto Mayor

Programas de Protección Social

El Sistema de protección social (SPS) tiene dos objetivos principales. Primero, busca proteger a toda la población de los riesgos económicos, sean éstos covariantes o idiosincrásicos individuales). Segundo, busca asistir a la población más pobre para superar su situación a corto y largo plazos. El primer objetivo -reducir la vulnerabilidad de la población ante los riesgos- se lleva a cabo a través de mecanismos de aseguramiento; el segundo -la asistencia social- se alcanza a través de transferencias directas (subsidios a la demanda) e indirectas (subsidios a la oferta) a los hogares para que puedan superar la pobreza (Núñez y Espinosa, 2004).

En Colombia, el Sistema de protección social fue creado por la ley 789 de 2002. El Sistema se definió como el conjunto de políticas públicas que se orientan a reducir la

vulnerabilidad de los habitantes del país y a mejorar su calidad de vida, en particular, para los más desprotegidos. El SPS busca disminuir el riesgo de la población ante choques económicos y, ayudar a la población pobre que enfrenta dichos choques, por tanto, debe lograr una reducción de la pobreza temporal, impedir que los pobres se hundan más en la pobreza y entregar un medio para superarla.

El SPS está encabezado por el Ministerio de la Protección Social y está integrado por dos componentes principales: el Sistema de seguridad social integral (SSSI) y la asistencia social. El SSSI incluye el Sistema general de pensiones (SGP), el Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) y el Sistema general de riesgos profesionales (SGRP). Por su parte, la asistencia social se define como los beneficios monetarios financiados por el Estado para evitar que los pobres recurran a estrategias nocivas como respuesta a los choques, tales como reducir el consumo de alimentos o retirar a sus hijos de la escuela. En esta medida, el SPS busca que la población pueda obtener como mínimo el derecho a la salud, la pensión y el trabajo. El objetivo en el área de pensiones es crear un sistema viable que garantice unos ingresos aceptables a los presentes y futuros pensionados. En salud, los programas se enfocan a permitir que la población pueda acceder a servicios básicos de calidad oportunamente.

Programa Colombia Mayor

Colombia Mayor es el programa del Gobierno Nacional que busca proteger a las personas de la tercera edad que se encuentran desamparadas, no cuentan con una pensión o viven en la indigencia y /o en extrema pobreza

Este programa cuenta hoy con 1'000.000 beneficiarios, adultos mayores de todas partes del país que cada dos meses reciben un subsidio para financiar sus necesidades básicas y mejorar su calidad de vida.

El Gobierno Nacional, a través del Ministerio del Trabajo, quiere llegar a la cobertura universal durante los próximos cinco años, la meta vincular en su totalidad a los 2'400.000 adultos mayores de 65 años de todo el territorio nacional que hoy se encuentran desprotegidos.

Características del Subsidio Económico

El Ministerio de Protección social junto al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), en el 2008 dieron inicio al actual Programa de Protección Social al Adulto Mayor es una iniciativa de asistencia social que consiste en un subsidio económico que es entregado en efectivo y en servicios sociales complementarios, en la modalidad directa, y en servicios sociales básicos y efectivo, en la modalidad indirecta.

Tiene como objetivo fundamental proteger al adulto mayor, que se encuentra en estado de indigencia o de extrema pobreza, contra el riesgo económico de la imposibilidad de generar ingresos y contra el riesgo derivado de la exclusión social.

Modalidades.

El subsidio se otorga en el ente territorial, en ambas o una de las siguientes modalidades, de acuerdo con las necesidades de los beneficiarios:

- Un subsidio económico directo, en efectivo y servicios sociales complementarios, al beneficiario que no reside en Centros de Bienestar del Adulto Mayor.
- « Un subsidio económico indirecto, en servicios sociales básicos y efectivos, para los beneficiarios que residen en Centros de Bienestar del Adulto Mayor.

En cualquier caso, dentro del ente territorial, el monto del subsidio deberá ser el mismo para cualquier modalidad.

Teniendo en cuenta que la población objetivo son los adultos mayores en estado de miseria o indigencia, se planteó que el subsidio debía llegar al menos al nivel de ingreso mínimo que permita al beneficiario salir de la indigencia. Es así como el valor del subsidio surge de la estimación de la línea de indigencia en el 2003, equivalente a \$106.000, de los cuales se entrega una parte en efectivo o en servicios sociales básicos que puede oscilar entre \$35.000 y \$75.000, y otra parte en efectivo o en servicios sociales complementarios equivalente a \$31.000.

Se establece un rango para la entrega del subsidio en efectivo y en servicios sociales básicos, dado que en algunos municipios los beneficiarios tienen algún ingreso mínimo y por otra parte, el poder de compra del dinero no es igual en todos los entes territoriales.

En todo caso, el monto exacto de este componente debe ser definido por la autoridad territorial, dentro del rango establecido (\$35.000-\$75.000), en un múltiplo de \$5.000; y el componente en efectivo o en servicios sociales complementarios será de \$31.000, cofinanciados por el ente territorial de acuerdo con su categoría. La ejecución de ambos aspectos debe estar definida en el proyecto que se presente al ICBF.

Cobertura.

Cada ente territorial tiene recursos asignados para la financiación del programa y con relación a ese techo presupuestal y su capacidad para cofinanciar el proyecto, debe estimar la cobertura de beneficiarios de su región.

El Programa de Protección Social al Adulto Mayor -PPSAM- tiene como objetivo fundamental proteger al adulto mayor, que se encuentra en estado de indigencia o de extrema pobreza, contra el riesgo económico de la imposibilidad de generar ingresos y contra el riesgo derivado de la exclusión social.

Con base en la Ley 797/03, la Ley 100 de 1993, el Decreto 2681/03 (derogado por el decreto 569/04 y modificado por el decreto 4112/04) y el Conpes Social 70 de Mayo 28/03, (y los Conpes complementarios 78 de Mayo 3/04 y el 082 de Septiembre 6/04), se diseñó el Programa de Protección Social al Adulto Mayor, -PPSAM- donde el Ministerio de la Protección Social es quien lidera la planeación, programación y ejecución del mismo. El ICBF es el operador técnico y el Consorcio Prosperar Hoy (CPH), mediante contrato con el Ministerio, es el administrador fiduciario responsable del manejo de los recursos del PPSAM y de la entrega de los subsidios a cada uno de los beneficiarios del programa a través de la red Bancaria o tesorerías municipales.

Es un programa de asistencia destinado a la protección social de las personas adultas mayores en estado de indigencia o de pobreza extrema, mediante un subsidio económico, cuyo origen, monto y regulación se establecen en la Ley 797 de 2003 y en el Decreto 569 de 2004. Los requisitos establecidos para el programa son:

- Ser Colombiano.
- Como mínimo tener tres años menos de la edad que rija para adquirir el derecho a la pensión de vejez de los afiliados al Sistema General de Pensiones; o tener como mínimo 50 años en el caso de los indígenas y los discapacitados.
- Estar clasificado en los niveles 1 o 2 del SISBEN. Los adultos mayores de escasos recursos que se encuentren en protección de centros de bienestar o aquellos que viven en la calle y de la caridad pública y que por las anteriores circunstancias no se les aplica la encuesta SISBEN, podrán ser identificados mediante un listado censal elaborado por el ente territorial.

Complementos Alimentarios Para Los Adultos Mayores

El objetivo del programa es contribuir a mejorar el consumo de alimentos mediante el suministro de un complemento alimentario a 417.230 adultos mayores en situación de desplazamiento o clasificados en los niveles 1 o 2 del Sisben, indígenas, habitantes de la calle o de centros de bienestar del adulto mayor, promoviendo su mejoramiento individual, inclusión social, el ejercicio efectivo de los derechos, el fortalecimiento de la autonomía y la autoestima, a través del Sistema Nacional de Bienestar Familiar.

Los adultos mayores que quieran ingresar al Programa deben cumplir los siguientes requisitos:

- Ser colombiano.
- Tener 52 años o más para el caso de las mujeres y 57 años ó más para los hombres.
- Estar en condición de desplazamiento forzado y no ser beneficiario de las acciones del componente de protección humanitaria.
- Estar clasificado en los niveles 1 o 2 del nuevo SISBEN y carecer de rentas o ingresos suficientes para subsistir, es decir: Son personas que o viven solas y su ingreso mensual no supera medio salario mínimo mensual vigente, o Viven en la calle y de la caridad pública, o Viven con la familia y el ingreso familiar es inferior o igual al salario mínimo mensual vigente, o Residen en un Centro de Bienestar del Adulto Mayor o asisten como usuario a un centro diurno, o los indígenas de escasos recursos que residen en resguardos.
- Residir durante los últimos diez años en el territorio nacional.
- Los nombres de las personas que pueden ingresar al programa aparecen en la base de datos potenciales beneficiarios que construye el ICBF.

El complemento alimentario se entrega a través de alguna de las siguientes modalidades de atención:

Modalidad Ración Preparada.

Atiende a los Adultos mayores, ubicados en el área urbana, o en área rural concentrada siempre y cuando haya disponibilidad de infraestructura para la preparación, con un almuerzo caliente servido localmente, durante todos los días hábiles del año.

Adicionalmente se entrega un kilo de Bienestarina al mes.

Modalidad Ración para Preparar.

Entrega mensual de un paquete de alimentos no perecederos, para adultos mayores ubicados en área rural dispersa, o en zonas rurales concentradas donde no exista infraestructura para la preparación del almuerzo caliente.

Para cada uno de los departamentos se suscribe un contrato, por medio del cual el operador, en representación del Instituto, queda encargado de poner en funcionamiento el Programa en todos los municipios del departamento donde hay asignados cupos para atender adultos mayores.

Metodología

77po c/e Investigación

La presente investigación se enmarcó en un estudio descriptivo, el cual buscó deducir el estado de un componente describiendo sus dimensiones implicadas, centrándose en la recolección de datos que permitieron describir el componente tal y como es; así pues se buscó establecer la calidad de vida de la población adulta mayor de Floridablanca, Santander en programas de protección social, propendiendo una caracterización de éstos por medio de sus datos sociodemográficos, el análisis los dominios de su calidad de vida,

así como sus necesidades. Igualmente el estudio planteó la posibilidad de que estos resultados fueran base para nuevas investigaciones y/o formulación de hipótesis.

Muestra

La muestra del estudio fue a conveniencia, se trabajó con 100 adultos mayores que aceptaron participar en la investigación, cada uno de ellos, se encontraba registrado como beneficiario del programa de protección social, de la Alcaldía de Floridablanca. La escogencia de la muestra siguió los criterios de inclusión y exclusión. Los criterios de inclusión correspondieron a encontrarse en el rango de edad de 50 a 100 años; residir en Floridablanca, pertenecer al programa de protección social y recibir el bono. Los criterios de exclusión se enmarcaron en deterioro físico o cognitivo evidente que impidiera la recolección de la información, enfermedad física o mental grave diagnosticada; y encontrarse internado en centros gerontológicos.

Recolección de la información

Como recolección primaria fue aplicado un cuestionario de datos sociodemográficos, en el que se incluyó: nombre y documento de identidad, edad, género, tipo de población, lugar de residencia y condiciones de ésta, nivel de Sisben, nivel de educación, gastos, cuidadores y alimentación. Este cuestionario fue aplicado una vez le fueron explicados al participante las condiciones y objetivos de la investigación, y este firmó con el consentimiento.

El segundo instrumento aplicado, fue el cuestionario WHOQOL-BREF mide la Calidad de Vida en Adultos Mayores, consta de 27 preguntas, cada una con 5 categorías tipo Likert de 1-5 (para nada, un poco, moderado, mucho, en extremo). El test proporcionó un puntaje general relacionado con la percepción de Calidad de Vida total, y puntajes para

cadadominio: Dominio 1: Físico, Dominio 2: Psicológico, Dominio 3: Relaciones Sociales, Dominio 4: Ambiente; así se obtuvieron sumas parciales para cada dominio en puntuaciones que van de 0 al 100, a mayor puntaje mejor es la calidad de vida.

Materiales: hoja de datos sociodemográficos y cuestionario WHOQOL-BREF (27 ítems en escala tipo Likert).

Como recolección secundaria se utilizaron libros, revistas, páginas web, base de datos.

Procedimiento

Se aplicó individualmente el cuestionario de datos sociodemográficos y el WHOQOL-BREF a los adultos que fueron captados y que pertenecían al Programa de Protección Social de Floridabanda y que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, donde la gran mayoría de los adultos mayores fueron asistidos en la aplicación de los materiales debido a impedimentos para leer o escribir, y el objetivo obtener datos claros para cada pregunta reduciendo la posibilidad de error en la aplicación.

Las investigadoras leyeron de manera clara las preguntas a los participantes y anotaron su respuesta con la intención de agilizar el proceso de aplicación y disminuir la presencia de posibles errores en su diligenciamiento.

Resultados

Para la evaluación de los datos estos fueron procesados en el software estadístico SPSS, y su análisis permitió establecer datos por categorías y dominios. Se presentan organizados los datos de acuerdo con los objetivos de la investigación.

Características sociodemográficas de los adultos mayores

Tabla 1
Edad de la muestra de los adultos mayores

	Intervalos de edades				
	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 a 89	90 a 100
Número	6	30	41	19	4
Porcentaje	6%	30%	41%	19%	4%

Como se muestra en la tabla 1 de 100 participantes se ubicó en cinco rangos de edades: 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79, 80 a 89 y 90 a 100; según puede observarse en la tabla el mayor número de participantes se ubicó en el rango 60 a 69 y 70 a 79 con un 30% y 41% respectivamente. El menor número de personas se ubicó en los extremos, edad 50 a 59: 6% y 90 a 100: 4%.

Tabla 2
Genero de la muestra de los adultos mayores

Género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	43	43.4%
Femenino	57	56.6%

La muestra de la tabla 2 arroja que hay mayor número del sexo femenino con 57 personas, las cuales hacen un 56.6%. El menor número son del sexo masculino con 43 personas las cuales hacen un 43.4% respectivamente.

Tabla 3
Lugar de la vivienda de los adultos mayores

Lugar de vivienda	Frecuencia	Porcentaje
En calle	0	0%
No calle	100	100%

Ninguno de los participantes que integraron la muestra residía en la calle, lo cual indica que tanto hombres como mujeres cuentan con un espacio de vivienda mínimamente con características que permitan a los adultos mayores responder negativamente al enunciado.

Tabla 4

Tiempo de Permanencia en Colombia de la muestra de los adultos mayores

Tiempo de permanencia	Frecuencia	Porcentaje
Hasta 5 años	0	0%
6 a 10 años	0	0%
Más de 10 años	100	100%

Los 100 participantes consiguieron ubicarse en la de más de 10 años de permanencia en Colombia; sin embargo se infiere que la dificultad para seleccionar una de las tres categorías fue debida a fallas en el proceso técnico de la entrevista, ya que en consideración del contexto y características de la población podría inferirse que éstos han residido por un largo tiempo en el país.

Tabla 5

Niveles de Sisben de la muestra

Niveles Sisben	Frecuencia	Porcentaje
1	33	33%
2	55	55%
3	12	12%

Los adultos mayores de la muestra pertenecen a los niveles 1, 2 y 3 del sisben; la mayor proporción de participantes se encuentra en el nivel dos del sisben con un 55.0%; seguido del número 1 con un 33.0% y en último lugar el nivel 3 con 12.0% de participantes.

Tabla 6
Entidades que subsidian la atención en el adulto mayor de la muestra

Entidades	Frecuencia	Porcentaje
Caprecom	39	39%
Salud Vida	22	22%
Nueva EPS	10	10%
Cafesalud	6	6%
Emdisalud	8	8%
Nuevo Sisben	5	5%
Comparte	8	8%
Centro Vida	2	2%
Santander		

Los adultos mayores de la muestra se encuentran inscritos en diferentes entidades de sisben, entre las que resaltan Caprecom en primer lugar con un 39 y Salud vida con un 22.0%; el número de personas inscritos en las demás entidades es proporcional.

Tabla 7
Adultos mayores que reciben Bono

Reciben Bono	Frecuencia	Porcentaje
Sí	100	100%
No	0	0%

El 100% de la muestra se encuentra beneficiado con el bono que entrega dicho programa de protección al adulto mayor. Aunque estar beneficiado con dicho bono era un requisito para participar de la muestra no se especificó en los criterios de inclusión y exclusión por lo que se determinó mantenerlos en la muestra.

Tabla 8
Adultos mayores que reciben mercado

Recibe mercado	Frecuencia	Porcentaje
Sí	10	10%
No	90	90%

La mayor parte de los adultos mayores que conformaron la muestra no se encuentran beneficiados con “el mercado” que entrega el programa de protección a los adultos mayores con un porcentaje del 90%. Éste no fue un criterio de inclusión o exclusión para la muestra

Tabla 9
Características sociodemográficas, cabeza hogar

Cabeza hogar	Frecuencia	Porcentaje
Sí	3	3%
No	97	97%

La mayoría de los adultos mayores del grupo que conformó la muestra, no son cabeza de hogar de sus familias representando el 97%; mientras sólo un 3% sí lo es.

Tabla 10
Características sociodemográficas, cabeza hogar ingresos

Ingreso cabeza hogar	Frecuencia	Porcentaje
Sí	2	2%
No	98	98%

La mayoría de los adultos mayores del grupo que conformó la muestra, no adquieren ingresos como cabeza de hogar de sus familias representando el 98%, mientras tanto solo un 2% reportan ingresos.

Tabla 11
Características sociodemográficas, valor ingreso

Valor ingreso	Frecuencia	Porcentaje
Por debajo del mínimo	96	96%
Salario Mínimo	4	4%
Por encima del mínimo	0	0%

De los adultos mayores que representan un ingreso y aporte para sus familias el 96% se encuentra por debajo del salario mínimo. Dicha estadística indica que únicamente 4 personas reciben un ingreso igual al salario mínimo sin tomar en cuenta el bono pensional que lo reciben bimensual

Tabla 12
Características sociodemográficas, fuente de ingreso

Fuente de ingreso	Frecuencia	Porcentaje
Ayuda familiar	55	55%
Pensión	0	0%
Empleo	45	45%

De los adultos mayores que cuentan con un ingreso, 55% provienen de ayuda de familiares y 45% que proviene de actividades laborales.

Tabla 13
Características sociodemográficas, otros ingreso

Otros ingresos	Frecuencia	Porcentaje
Sí	9	9%
No	91	91%

De los 100 adultos mayores integrantes de la muestra, 9 adultos mayores reciben otros ingresos, mientras 91, equivalentes a un 91% no reciben otros ingresos.

Tabla 14
Características sociodemográficas, en qué gasta más dinero

Gasto de dinero	Frecuencia	Porcentaje
Comida	69	69%
Salud	2	2%
Transporte	8	8%
Servicios	19	19%
Recreación	2	2%
Educación	0	0%
Otros	0	0%

De los adultos mayores que reportaron las áreas en las que más gastaban dinero, un 69.4% gastan más dinero en comida, seguida de los servicios ocupando un 18.6%; y en tercer lugar se encuentran los gastos relacionados con transporte, con un 8%. Ahora, los gastos que no reportan cantidad son educación y otros con 0%.

Tabla 15
Características Sociodemográficas, Sabe Leer

Sabe leer	Frecuencia	Porcentaje
Sí	60	60%
No	40	40%

De los adultos mayores que respondieron a la pregunta: ¿Sabe leer? 60% respondió afirmativamente, lo que indica que un poco menos de la mitad de las personas encuestadas no saben leer.

Tabla 16
Características Sociodemográficas, Sabe Escribir

Sabe escribir	Frecuencia	Porcentaje
Sí	60	60%
No	40	40%

De los adultos mayores que respondieron a la pregunta: ¿Sabe escribir? 60% respondió afirmativamente, lo que indica que un poco menos de la mitad de las personas encuestadas no saben escribir.

Tabla 17
Características sociodemográficas, nivel educativo

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	87	87%
Bachiller	13	13%
Técnico	0	0
Tecnólogo	0	0
Otros	0	0

De los 54 adultos mayores que reportaron estudios, el 87.0% cursó primaria, mientras sólo el 13% cursó el bachillerato completo

Tabla 18
Características sociodemográficas, con quién vive

Con quién vive	Frecuencia	Porcentaje
Solo	3	3%
Hijo	37	37%
Compañero (a)	17	17%
Familiar	32	32%
Hogar día	0	0%
Otros	11	11%

Los datos indican que la mayoría de los integrantes de la muestra viven con sus hijos, un 37%; seguido de un 32% de adultos mayores que viven con sus familiares. Las condiciones que reportaron menores datos fueron: vivir con compañero y vivir solo.

Tabla 19

Características sociodemográficas, quién se encarga de su cuidado

Con quién vive	Frecuencia	Porcentaje
Hijo	23	23%
Compañero (a)	28	28%
Familiar	19	19%
Hogar día	28	28%
Otros	2	2%

El cuidado de los adultos mayores se encuentra en su mayoría a cargo de compañero o compañera y hogar día, con un 28% en ambas. Seguimiento del cuidado de hijos y familiares con un 23 y 19% respectivamente

Tabla 20

Características sociodemográficas, frecuencia de chequeo médico

Con quién vive	Número	Porcentaje
Semanal	3	3%
Quincenal	37	37%
Mensual	17	17%
Según control	32	32%
Nunca	0	0%
Otros	11	11%

De los encuestados adultos mayores, la frecuencia de chequeo médico se ve en mayor proporción cada quincena y según control con un 37% y 32% respectivamente. Los chequeos semanales son los de menor frecuencia con un 3%

Tabla 21

Características sociodemográficas, vive en

Vive en	Frecuencia	Porcentaje
Casa	70	70%
Cuarto	9	9%
Apartamento	21	21%

Más de la mitad de los integrantes de la muestra (70%) viven en casa, mientras el 21% en apartamento y el 9% en cuarto.

Tabla 22
Características sociodemográficas, tipo de vivienda

Vive en	Frecuencia	Porcentaje
Propia	38	38%
Arrendada	43	43%
Cedida	4	4%
Familiar	15	15%

Las puntuaciones más altas respecto al tipo de vivienda son: arrendada y propia, con 43% y 38%. Sólo un 15% reside en vivienda familiar y un 4% en vivienda cedida,

Tabla 23
Características sociodemográficas, agua

Agua	Frecuencia	Porcentaje
Sí	100	100%
No	0	0%

La totalidad de los adultos mayores que componen la muestra cuenta con el servicio básico de agua en sus viviendas.

Tabla 24
Características sociodemográficas, electricidad

<u>Electricidad</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Sí	100	100%
No	0	0%

La totalidad de los adultos mayores que componen la muestra cuenta con el servicio básico de electricidad en sus viviendas.

Tabla 25
Características sociodemográficas, gas

Gas	Frecuencia	Porcentaje
Sí	100	100%
No	0	0%

La totalidad de los adultos mayores que componen la muestra cuenta con el servicio básico de gas en sus viviendas

Tabla 26
Características sociodemográficas, teléfono

Teléfono	Frecuencia	Porcentaje
Sí	75	75%
No	25	25%

De los adultos mayores que conformaron la muestra, el 75% cuentan con servicio de telefonía, mientras un 25% no; sin embargo cuando no podían aportar un fijo brindaban un número de celular suyo o de algún familiar.

Tabla 27
Características sociodemográficas, recolección basura

Recolección basura	Frecuencia	Porcentaje
Sí	98	98%
No	2	2%

El 98% de la muestra cuenta con recolección de basura, únicamente un porcentaje del 2% no cuenta con este beneficio.

Tabla 28

Características sociodemográficas, baños

Número de baños	Frecuencia	Porcentaje
Casa	55	55%
Cuarto	37	37
Apartamento	8	8%

El 55% de los adultos mayores que conformaron la muestra cuenta con un baño en sus lugares de vivienda; mientras un 37% cuenta con dos baños; y un 8% cuenta con tres baños en sus viviendas.

Tabla 29

Características sociodemográficas, baño comunal

Baño comunal	Frecuencia	Porcentaje
Sí	2	2%
No	98	98%

El 98% de las viviendas no cuentan con baños comunales y solo un 2% los tiene

Tabla 30

Características sociodemográficas, número usuarios baño

Usuarios por baño	Frecuencia	Porcentaje
1	6	6%
2	19	19%
3	29	29%
4	24	24%
5	10	10%
6	8	8%
7	1	1%
8	2	2%
15	1	1%

Según los datos aportados respecto al número de personas que usan cada baño se encuentra que la proporción mayor, es de tres personas por baño; mientras la inferior es 7 y 15 personas por baño, con un 1% cada una.

Tabla 31
Características Sociodemográficas, Cocina Comunal

Cocina comunal	Frecuencia	Porcentaje
Sí	2	2%
No	98	98%

Según la encuesta el 98% de las viviendas de los adultos mayores no hacen uso de cocina comunal, mientras que un 2% si hacen uso de la cocina comunal

Tabla 32
Características Sociodemográficas, Cocina Individual

Cocina individual	Frecuencia	Porcentaje
Sí	98	98%
No	2	2%

Según los resultados obtenidos, un 98% de las viviendas si cuentan con cocina individual mientras que solo un 2% no cuentan con ella

Tabla 33
Características Sociodemográficas, Lavadero

Lavadero	Frecuencia	Porcentaje
Sí	100	100%
No	0	0%

La totalidad de los adultos mayores que componen la muestra cuenta con un lavadero en sus viviendas.

Tabla 34
Características Sociodemográficas, Habitaciones

Habitaciones	Frecuencia	Porcentaje
1	5	5%
2	40	40%
3	40	40%
4	12	12%
5	1	1%
6	2	2%

Las viviendas que cuentan con dos y tres habitaciones tienen el mayor porcentaje con 40% cada una de ellas y las viviendas de 5 habitaciones tienen el nivel más bajo con un 1%

Tabla 35
Características Sociodemográficas, Personas por Habitaciones

Personas	Frecuencia	Porcentaje
1	40	40%
2	49	49%
3	9	9%
4	2	2%

De la encuesta realizada se constató que el 49% de las viviendas de las personas encuestadas ocupan 2 personas por habitación, seguida por el 40% de las viviendas que son ocupadas por 1 persona, muy por debajo son las viviendas ocupadas por el 2% que son habitadas por 4 personas.

Tabla 36
Características Sociodemográficas, Tipo de Cama

Tipo de Cama	Frecuencia	Porcentaje
1	0	0%
2	0	0%
3	100%	100%

La totalidad de los encuestados duermen en cama y no en esteras ni colchón piso

Tabla 37

Características Sociodemográficas, Duerme solo en la Cama

Duerme solo en la cama	Frecuencia	Porcentaje
Si	78	78%
No	22	22%

Según los datos aportados un 78% de los adultos mayores duermen solo en la cama y un 22% duermen acompañados

Tabla 38

Características Sociodemográficas, Puesto de Salud

Puesto de salud	Frecuencia	Porcentaje
Si	100	100%
No	0	0%

La totalidad de los adultos mayores que componen la muestra respondieron afirmativamente que cuentan con un puesto de salud.

Tabla 39

Características Sociodemográficas, CAI

CAI	Frecuencia	Porcentaje
Si	100	100%
No	0	0%

La totalidad de los adultos mayores que componen la muestra respondieron afirmativamente que cuentan con un CAL

Tabla 40

Características Sociodemográficas, Transporte Público

CAI	Frecuencia	Porcentaje
Si	100	100%
No	0	0%

La totalidad de los adultos mayores que componen la muestra respondieron afirmativamente que cuentan con transporte público.

Tabla 41
Características Sociodemográficas, Zona de Recreación

CAI	Frecuencia	Porcentaje
Si	100	100%
No	0	0%

La totalidad de los adultos mayores que componen la muestra respondieron afirmativamente que cuentan con zonas de recreación.

Tabla 42
Calificación de Calidad de vida

Calidad de vida	Número de personas	Porcentaje
Pobre	16	16%
Ni pobre ni buena	29	29%
Buena	46	46%
Muy buena	9	9%

En su mayoría, con un 46% de los adultos mayores evaluados califican su calidad de vida como buena, sin embargo el 16% tiene una percepción negativa frente a la misma.

Tabla 43
Satisfacción con la salud

Satisfacción con la salud	Número de personas	Porcentaje
Insatisfecho	21	21%
Ni insatisfecho ni satisfecho	27	27%

Satisfecho	54	54%
Muy satisfecho	6	6%

El 54% de la población, se encuentra satisfecha con su estado de salud, frente al 21% que no lo está, el 27% se encuentra en un punto medio de satisfacción.

Tabla 44

Relación entre Género y Calidad de Vida

Género		N	Media	Desviación típ.
Físico	Masculino	43	19,2558	3,87356
	Femenino	56	18,6607	3,91861
Psicológico	Masculino	42	17,2619	3,80667
	Femenino	56	16,1607	4,19427
Relaciones sociales	Masculino	43	9,1628	2,73365
	Femenino	56	8,9464	2,24353
Medio ambiente	Masculino	43	24,9302	5,77513
	Femenino	56	23,0893	5,72483

Para la relación entre las variables Género y Calidad no hay diferencia significativa como los adultos mayores evalúan su calidad de vida

Tabla 45

Relación entre Cabeza de Hogar y Calidad de Vida

Cabeza de hogar		N	Media	Desviación típ.
Físico	Sí	3	17,3333	5,50757
	No	97	18,9381	3,85090
Psicológico	Sí	3	19,0000	2,00000
	No	96	16,5208	4,07555
Relaciones sociales	Sí	3	9,3333	,57735
	No	97	9,0309	2,48098
Medio ambiente	Sí	3	22,6667	8,08290
	No	97	23,9381	5,72970

Para la relación entre las variables Cabeza de Hogar y Calidad de Vida no hay diferencia significativa como los adultos mayores evalúan su calidad de vida

Tabla 46

Relación entre Saber Leer y Calidad de Vida

Sabe leer		N	Media	Desviación típ.
Físico	Sí	54	19,9444	3,82848
	No	37	17,4054	3,59366
Psicológico	Sí	53	17,8491	4,33854
	No	37	15,1351	3,19863
Relaciones sociales	Sí	54	9,5741	2,64648
	No	37	8,4595	1,77317
Medio ambiente	Sí	54	24,7222	6,15344
	No	37	23,2703	5,05332

La variable Saber Leer influye en la Calidad de Vida del adulto mayor relacionado con las dimensiones físicas y psicológicas

Tabla 47

Relación entre Escritura y Calidad de Vida

Sabe escribir		N	Media	Desviación típ.
Físico	Sí	54	19,9444	3,82848
	No	37	17,4054	3,59366
Psicológico	Sí	53	17,8491	4,33854
	No	37	15,1351	3,19863
Relaciones sociales	Sí	54	9,5741	2,64648
	No	37	8,4595	1,77317
Medio ambiente	Sí	54	24,7222	6,15344
	No	37	23,2703	5,05332

La variable Saber Escribir influye en la Calidad de Vida del adulto mayor relacionado con las dimensiones físicas y psicológicas

Tabla 48

Relación entre SISBEN y Calidad de Vida

		Suma de cuadrados	F	Sig.
Físico	Inter-grupos	13,795	,453	,637
	Intra-grupos	1477,995		
	Total	1491,790		
Psicológico	Inter-grupos	61,186	1,904	,155
	Intra-grupos	1542,652		
	Total	1603,838		
Relaciones sociales	Inter-grupos	18,135	1,533	,221
	Intra-grupos	573,705		
	Total	591,840		
Medio ambiente	Inter-grupos	244,859	3,904	,023
	Intra-grupos	3042,141		
	Total	3287,000		

Para la relación entre las variables SISBEN y Calidad de Vida no hay diferencia significativa como los adultos mayores evalúan su calidad de vida

Tabla 49

Relación entre Tenencia de Casa y Calidad de Vida

		Suma de cuadrados	F	Sig.
Físico	Inter-grupos	77,138	1,683	,177
	Intra-grupos	1283,226		
	Total	1360,364		
Psicológico	Inter-grupos	27,058	,535	,659
	Intra-grupos	1398,896		
	Total	1425,954		
Relaciones sociales	Inter-grupos	34,034	2,179	,096
	Intra-grupos	437,239		
	Total	471,273		
Medio ambiente	Inter-grupos	71,199	,714	,547
	Intra-grupos	2793,517		
	Total	2864,716		

Para la relación entre las variables Tenencia de Casa y Calidad de Vida no hay diferencia

significativa como los adultos mayores evalúan su calidad de vida

Tabla 50

Relación entre Nivel Educativo y Calidad de Vida

		Suma de cuadrados	F	Sig.
Físico	Inter-grupos	29,423	2,047	,158
	Intra-grupos	747,410		
	Total	776,833		
Psicológico	Inter-grupos	,076	,004	,950
	Intra-grupos	982,037		
	Total	982,113		
Relaciones sociales	Inter-grupos	5,444	,761	,387
	Intra-grupos	371,982		
	Total	377,426		
Medio ambiente	Inter-grupos	3,983	,103	,749
	Intra-grupos	2005,277		
	Total	2009,259		

Para la relación entre las variables Nivel Educativo y Calidad de Vida no hay diferencia

significativa como los adultos mayores evalúan su calidad de vida

Discusión

Dentro del análisis realizado mediante el WHOQOL-BREF y las características sociodemográficas, los adultos mayores de Floridablanca, consideran que tiene una buena calidad de vida, al igual de que no viven en pobreza absoluta ni en hacinamiento y cuentan con alimentación básica de vida. El entorno de las viviendas de los adultos mayores cuenta con seguridad policial, zona recreativa y de distracción, zona de salud y transporte público.

Estos datos se asemejan con la investigación de Torres, Quezada, Rioseco y Ducci del año 2008 teniendo como título “Calidad de Vida de Adultos Mayores Pobres de Viviendas Básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF, explicando que las variables que repercuten en la calidad de vida de las personas mayores son la pobreza y la vivienda. Ahora, las viviendas en casas son las más usadas que los edificios debido a que

mejoran la calidad de vida desde la variable relaciones sociales y el ambiente. En la investigación para las personas de Floridablanca se pudo comprobar que, aunque la mayor parte de la población encuestada no residen en vivienda propia sino arrendada, tienen una mayor preferencia de vivir en casas y no en apartamentos.

En lo concerniente a la investigación de Melguizo, Acosta y Castellano en el 2012 que tuvo como objetivo identificar los factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida relacionada con salud y otras variables de los adultos mayores de la Comuna 9 del distrito de Cartagena, arroja que el tener un nivel de escolaridad secundaria o más permiten tener una mejor percepción de calidad de vida. Esto contrasta con el proyecto en Floridablanca ya que las personas por su avanzada edad y solamente haber recibido hasta educación básica primaria no necesariamente permiten tener una mejor percepción de calidad de vida de estas personas.

El actual proyecto, los datos sobre seguridad social, independencia, economía y redes de apoyo sitúan los datos encontrados por los investigadores Cardona, Estrada y Agudelo (2006) que tuvo como punto principal el caracterizar los componentes de calidad de vida, los cuales son los económicos, familiares, socio-demográficos, de seguridad social y de condiciones de salud de la población adulta en la ciudad de Medellín. Esto debido a que tanto en la citada ciudad como en el municipio de Floridablanca que está en la ciudad de Bucaramanga, exponen que la mejor manera de explicar la calidad de vida del adulto mayor en cuanto a los datos dichos líneas arriba.

Rojas (2006) expone que la calidad de vida es la interacción entre la condición externa de la vida de un individuo y la percepción que tal individuo tiene de aquella condición. Ante esto, en esta investigación se utilizó el cuestionario WHOQOL-BREF que ha sido construido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los resultados que arroja esta

investigación los adultos mayores si dan una valoración de calidad de vida por medio de su condición externa como son el aspecto físico, psicológico, relaciones sociales y ambiente.

La muestra por conveniencia de 100 adultos mayores que fueron sujeto de evaluación a través del cuestionario sociodemográfico y del cuestionario WHOQOL-BREF para calidad de vida, da información muy significativa para el análisis y entendimiento de la problemática de los adultos mayores de Floridablanca, confrontada con una revisión documental y teórica, que dio a luz la construcción de nuevos aportes para el beneficio del grupo objeto de investigación, en forma particular, para la creación y mejoramiento de las políticas que los cobijan.

A través de la encuesta se pudo comprobar una mayor tienen una buena calidad de vida desde lo psicológico y físico. Además, cuentan con alimentación, vivienda segura, con los servicios básicos incluidos, transporte público, cubrimiento de la salud, apoyo policial, redes de apoyo (familiares). Adicional, están recibiendo el apoyo del gobierno y de la alcaldía por medio del subsidio bimensual y los beneficios de los programas que estos dan.

Sin embargo, pese a que el 87% de los adultos mayores tiene nivel educativo en Básica Primaria, lo cual indica que tienen conocimientos en la lectura y escritura, pero que debido al deterioro físico y cognitivo propios del envejecimiento estas habilidades se han visto afectadas, lo que conlleva a que la población de estudio considere que el no saber leer ni escribir denota deterioro en su calidad de vida desde las dimensiones física y psicológica, las cuales están enmarcadas como variables básicas de lo que significa Calidad de Vida.

A través de este proyecto se pudo observar que los adultos mayores residentes en Floridablanca tienen necesidades a ser suplidas como son el económico, puesto que ellos no cuentan con una pensión fija y constante que pueda cubrir sus necesidades básicas de vida,

sin depender del apoyo de familiares y/o cuidadores. Esto debido a que lo que perciben de ingresos es por medio del bono bimensual, el cual no llega ni a la mitad de un ingreso mínimo legal vigente. Por lo tanto, siendo tan poco lo que reciben necesitan tener otra fuente de ingreso.

Referencias

- Acosta, C., Valdes, J., Echeverría, S., Serrano, D. y García, R. (2013). Confiabilidad y validez del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y salud*, 23 (2), 241 - 250. Obtenida de EBSCO.
- Artavia, C. y Falla, M. (2012). La orientación en la calidad de vida de las personas adultas mayores: Creando espacios de acción. *Revista electrónica Educare*; 16: 39-45
- Alcaldía de Bucaramanga. (2013). Secretaría de Desarrollo Social. [En línea]. [Fecha de consulta: 6 de Noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.bucaramanga.gov.co/Contenido.aspx?Param=29>
- Azocar y Díaz (2008). *Análisis del nivel de calidad de vida laboral*
- Benatar, R. (1999). *Gestión de las Residencias de la Tercera Edad*. Editorial Deustro. España
- Bury, M (1995). *Envejecimiento, Género y Teoría Sociológica: Relación entre Género y envejecimiento. Un enfoque Sociológico*.
- Cardona, D., Estrada, A. y Agudelo, H. (2006). Calidad de vida y condiciones de salud en la población adulta mayor de Medellín. *Biomédica*, 26,206 - 215. Obtenida de *Google Academic*.
- Cerquera, A. (2007). Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el asilo San Antonio de Bucaramanga. *UniversitasPsychologica*, 7 (1), 271 - 281.
- Cifuentes, P. (2005). *Edulto mayor institucionalizad*. Universidad academia de humanismo cristiano escuela de trabajo social. Chile.
- Comisión Nacional Para El Adulto Mayor (1995). Ediciones Narcea Madrid, Colombia. Ministerio de Comunicaciones, Centro de Psicología Gerontológica. Envejecimiento, comunicación y política. Bogotá: Mincomunicaciones, Cepsiger, 2004.

DAÑE, (2005). Boletín. Censo general 2005, perfil Floridablanca- Santander. [En línea]. [Fecha de consulta: 8 de Enero de 2014], Disponible en:

http://www.dane.gov.co/files/censo2005/PERFIL_PDF_CG2005/68547T7T000.PDF

Díaz, E. & Gutiérrez, L. (2008). *Análisis del nivel de calidad de vida laboral del personal secretaria! (pie labora en la universidad de oriente - núcleo de Anzoátegui*. Universidad del Oriente. México.

Estrada, A., Cardona, D., Segura, A., Ordoñez, J., Osorio, J. y Chavarriaga, L. (2011). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *UniversitasPsychologica*, 12 (1), 81 -94. Obtenida de *AcademicSearch Complete*.

Estes, C. (1986). *Politics of ageing in América, Ageing in Society*.EE.UG

Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología Social Editorial Pirámide Psicología*. España

Galván, Y., Moreno, Y. y González, A. (2010). El síndrome de caídas y la calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor. *Archivos en Medicina Familiar*, 12 (1), 16. Obtenida de *AcademicSearch Complete*.

Gemina, M. & Fenco, C. (2010). */h/topercepc/o/? de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el hospital nacional*. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Lima.

Gómez, J. Envejecimiento rural. Manizales: Universidad de Caldas, 2003

González, A. (2010). Calidad de vida en el adulto mayor. México: instituto de geriatría

Huenchuan, Sandra (2003), “Políticas de vejez en América Latina. Una propuesta para su análisis”, ponencia presentada en el quincuagésimo primer Congreso internacional de americanistas (Santiago de Chile, 14 al 18 de julio).

Huenchuan, Sandra y V. Toledo (1999), *Adultos mayores, diversidad y políticas públicas*, Santiago de Chile, Fondo para el Estudio de las Políticas Públicas de la Universidad de Chile/Instituto de Normalización Previsional

Huenchuañ, S. (2003). *Vejez, Género y Et ni a: Acercamiento a un Enfoque de las Diferencias Sociales*. Consultado en: www.relmu.cl

Melguizo, E., Acosta, A. y Castellano, B. (2012). Factores asociados a la calidad de vida en adultos mayores. Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*, 28 (2), 251 -263. Obtenida de *Proquest*.

Mouzelis, N. (1991). *Organización y burocracia*. Barcelona: Península.

OMS. Diabetes [En línea]. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html> [Consulta Noviembre 2013]

Osorio, P., Torrejón, M. y Anigstein, M. (2011). Calidad de vida en personas mayores en Chile. *Revista Mad*, 24, 61-75. Obtenida de Fuente Académica Premier.

Palomino. *Calidad de Vida*. [En línea]. Disponible en:

http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lid/bonilla_h_s/capitulo6.pdf. [Consulta Noviembre 2010].

Papalia, D. y Wendkos, S. (1988). *Desarrollo humano*. EE.UU.

Profamilia (2011). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010*. Bogotá.

Rojas, F. (2006), *Población mayor, Calidad de Vida y familia: demanda y prestación de cuidados en el seno familia*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Madrid.

Ramírez-Velázquez, R., Agredo, R., Jerez, A., y Chapal, L. (2008). Calidad de vida y condiciones de salud en adultos mayores no institucionalizados en Cali, Colombia. *Revista Salud Pública*, 10 (4), 529 - 536. Obtenida de *Google Academic*.

Rodríguez, N. (2008). Longevidad y calidad de vida. *Perspectivas en Psicología*, 5 (2), 107- 110. -

Obtenida de *AcademicSearch Complete*.

Rodríguez, K. (2011). *Vejez y envejecimiento*. Universidad del Rosario: Colombia

Suárez, R. y Pscetto, C. (2005). Sistemas de protección social para el adulto mayor en América

Latina y el Caribe. *RevPanam Salud Pública*, 17 (5/6), 419 - 428. Obtenida de *Google*

Academic.

Stewart, A. y Sherbourne, C. (1996). Measuring health-related quality of life in older and

demented populations. En Spilker, B. (*Eó.j. Qualily oflife and pharmacoeconomics in*

clinical triáis, Philadelphia, Lippincot-Raven Publishers.

Temperley, M. (2010). El adulto mayor en su vivienda. Satisfacción y resistencia a los cambios.

Investigación + Acción, 11, 143 - 162. Obtenida de Fuente Académica Premier.

Ramírez-Vélez, R., Agredo, R., Jerez, A. y Chapal, L. (2008). Calidad de vida y condiciones de

salud en adultos mayores no institucionalizados en Cali, Colombia. *Revista Salud Pública*,

10 (4) 529 - 536. Obtenida de EBSCO.

Tonon, G. (2006). Aproximación teórica al estudio de la calidad de vida de los jóvenes en

Conurbano Bonaerense. En Tonón, G. (*comp*) *Juventud y protagonismo ciudadano*. Buenos

Aires: Espacio Editorial.

Torres, M., Quezada, M., Rioseco, R. y Ducci, M. (2008). Calidad de vida en adultos mayores

pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF.

Revista Médica de Chile, 136, 325 - 333. Obtenida de EBSCO.

APENDICE A

PROYECTO DE INVESTIGACION

CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES INSCRITOS EN LOS PROGRAMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL RESIDENTES EN FLORIDABLANCA - SANTANDER

Consentimiento de participación en el estudio

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 sinriesgoy en cumplimiento con los aspectos mencionados con el Artículo 6 de la presente Resolución, este estudio se desarrollará conforme a los siguientes criterios:

1. Esta investigación comprende la descripción de la calidad de vida en los adultos mayores inscritos en los programas de protección social residentes en Floridablanca - Santander
2. Prevalece el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar del sujeto de estudio.
3. Cuenta con el consentimiento informado y por escrito del adulto mayor, sujeto de estudio.
4. La investigación es realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del sujeto de estudio.
5. La investigación se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización de la UNAB, y el consentimiento informado del adulto mayor participante en el estudio.

Con base en los principios establecidos en la Resolución 008430 de 4 de octubre de 1993 por la cual se establecen las normas para la investigación en salud, específicamente en el Artículo 15, relacionado con el Consentimiento Informado, usted debe conocer sobre qué trata esta investigación y aceptar participar en ella si lo considera conveniente. Por favor, lea con cuidado y haga las preguntas que desee hasta su total comprensión.

1. Objetivo y justificación

El presente documento, tiene el propósito de informarle sobre calidad de vida en los adultos mayores inscritos en los programas de protección social residentes en Floridablanca - Santander.

Por medio de este documento, estamos solicitando a usted, su permiso para participar en la investigación. Es muy importante leer, conocer y entender el documento, en su totalidad, antes de firmar. No dude en preguntar todo lo que necesite. Puede hacer preguntas en cualquier momento después de aceptar.

Las aspirantes a especialistas en psicología clínica y de la salud, realizan su proyecto de grado adscrito a la línea de investigación calidad de vida y psicología del grupo de investigación de Calidad de Vida y Salud Pública del Programa de Psicología de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, se encuentra realizando este estudio para conocer la calidad de vida en los adultos mayores inscritos en los programas de protección social residentes en Floridablanca - Santander.

La Calidad de vida se define como las condiciones en que vive, su estado de salud, las posibilidades de hacer las cosas por sí mismo o con ayuda, oportunidad para amar y ser amado, satisfacción con las distintas actividades en las que participa, preocupaciones sobre su estado actual, sobre la muerte, el morir.

2. Procedimiento o intervención (cómo se va a hacer la investigación)

1. Entrevistar a los adultos mayores que viven en los Centros de Bienestar y los que asisten a los Centros Vida, conversar con sus familias (si las tiene) o con las personas encargadas de su cuidado.
2. Entrevista con los adultos mayores y precisar su participación voluntaria (consentimiento informado, Anexo 1).
3. Se observan y se conversa con el adulto mayor las condiciones físicas del ambiente (vivienda, vías, puestos de salud, número de personas con quien vive, personas por cuarto, apoyo proporcionado por la comunidad).

3. Efecto de las actividades a desarrollar con el adulto mayor:

- Las actividades de entrevista y el registro de las respuestas en el cuestionario, no interfiere con la vida cotidiana del participante.
- Estas actividades, NO representa daño para su salud, ni genera costo alguno para la familia, ni el adulto mayor.
Las actividades (entrevistas, cuestionario), no afecta el beneficio que recibe del programa de la Alcaldía.

4. Beneficios de las actividades de investigación:

o En la toma de datos, se podrá hacer sugerencias a la familia y/o al adulto mayor

- Las sugerencias, pueden ser en uno de los tres sentidos: 1. Continuar afianzado el desarrollo con las actividades que viene realizando. 2, Incrementar las actividades para mejorar su calidad de vida. 3. Aunque el objetivo de la investigación no es proporcionar diagnósticos, si se encontrase alguna situación que amerite recomendaciones pertinentes a su calidad de vida

5. **Privacidad y anonimato:**

La entrevista, será utilizada con fines estrictamente académicos e investigativos y se mantendrá en todos los casos el principio de la confidencialidad, siguiendo los lineamientos de las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en Salud del Ministerio de Salud de la República de Colombia resolución N° 008430 de 1993 consignados en el título II de la Investigación en seres humanos, capítulo 1 de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos artículos 5, 6, 8, 11, 14

6. Aceptación del adulto mayor del procedimiento a realizar en la investigación:

Acepto en forma libre y consciente el procedimiento o intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información. Sé que puedo retirar la autorización en cualquier momento.

SI NO Autorizo el procedimiento o intervención para el desarrollo de la investigación.

SI NO Autorizo las sugerencias que puedan surgir durante la investigación.

SI NO Autorizo que la información de los datos de la entrevista y el cuestionario, se usen con fines académicos.

En los días del mes de del año

Representante C.C.

7. Rechazo del procedimiento en la participación en la investigación:

Yo con CC.

Rechazo del procedimiento o intervención que se me ha propuesto para participar en el procedimiento de esta investigación.

En los días del mes de del año

Representante C.C.

8. Revocación del procedimiento o intervención de la investigación:
Yo con c.c

Rechazo del procedimiento o intervención que se me ha propuesto para participar en el procedimiento de esta investigación.

En los días de! mes de del año

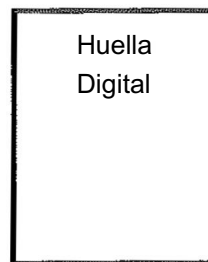
Representante C.C.

9. Aceptación
Con fecha habiendo comprendido lo anterior y una vez que se aclararon todas las dudas, que surgieron con respecto a su participación en la investigación, usted acepta participar en la investigación titulada: calidad de vida en los adultos mayores inscritos en los programas de protección social residentes en Floridablanca - Santander.

Nombre de participante

Firma

La firma puede ser sustituida por la huella digital en los casos que así se ameriten



Nombre del testigo 1 _____

Firma

Dirección _____ Tel: _____

Relación que guarda con el participante

Fecha de la firma _____

Nombre del testigo 2 _____

Firma

Dirección Tel: _____

Relación que guarda con el participante

Fecha de la firma _____

_____ Fir m a

Nombre del investigador responsable o principal

10. Datos de los investigadores donde los participantes se pueden comunicar

Ana Karina Rodríguez Castro
ankaroca7@gmail.com

Erika Johana Cardona Serna
erika.cardonaserna@gmail.co
rvi

Diana Milena Güette Castilla
dianaguettec@gmail.com

APENDICE B

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLINICA Y DE LA SALUD

CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES INSCRITOS EN LOS PROGRAMAS
DE PROTECCIÓN SOCIAL RESIDENTES EN FLORIDABLANCA - SANTANDER

CUESTIONARIO SOCIO DEMOGRAFICO¹

1. Nombre: _____ C.C. _____ código
2. Edad entre: 50-5960-6970-7980-8990-100 Rescribir los valores 100
en adelante)
3. Género: Masculino Femenino: _
4. Tipo de Población: Discapacitado: Si NO Cuál _____ Indígena: Si
NO Cuál comunidad _____
5. Lugar de vivienda: en la calle Si NO Dirección:
Barrio ó vereda: _____ Municipio:
Teléfono: . Tiempo de permanencia en Colombia : de 1 a 5 años
de 6 a 10 años más de 10 años
7. Niveles Sisbén 1 2 3 Entidad _____
8. Recibe del programa de la Alcaldía: Mercado _____ Valor del bono _____
9. Cabeza de Hogar: Si NO _____ Ingresos: Especificar valor recibido: por motivo
de: Otros Ingresos: _____
10. Gastos: Especificar valor global al mes de la familia _____
Suele gastar más dinero en: comidas salud _____ transportes servicios públicos
recreación Educación _____ Otros (especificar) _____
11. Nivel de Educación: Sabe leer: Si No sabe escribir: Si No
Primaria Bachiller técnico tecnológico otros _____
12. Con quien vive: solo casa de hijo compañera(o) permanente ^ _____ familiares
Hogar día otros _____
13. Quien se encarga de su cuidado: un hijo compañera(o) permanente familiar
Cuidadores centro día _____ otros _____
14. Vivienda: casa cuarto, apartamento otros _____
Vivienda: propia _____ arrendada cedida familiar _____ otros _____
- La vivienda cuenta con Servicios públicos: Agua: Si NO Luz: Si NO gas:
Si NO con leña Teléfono : Si NO recolección de basuras: Si NO
otros _____
- Números de baños baño comunal _____ letrina Número de personas que usan el
baño cocina comunal cocina individual lavadero Número de habitaciones:
cuántas Número de personas por habitación, Número de personas por cama _____

¹ El cuestionario fue revisado por una juez evaluadora, la psicóloga Diana Bustos Ordóñez, Doctora en Psicología Social, Universidad Autónoma de Barcelona. Docente programa de psicología de la UNAB.

duerme el adulto mayor en cama solo : Si _____ NO duerme en: esteracolchón en el
pisocama _____ otros _____

Servicios en el Barrio: Puesto de salud SiNo CAI Sí No Transporte
público Sí No zona de recreación o parques Sí No

Salud: frecuencia de chequeo médico semanal_ quincenal _____ mensual_ según control
médiconuncaotros _____

Alimentación: ¿Qué ha comido hoy? Especificar

Desayuno:

Almuerzo:

Comida:

APENDICE C

Cuestionario diseñado con [Encuestafacil.com](https://www.encuestafacil.com)**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?					
¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?					
¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?					
¿Cuán satisfecho está de sí mismo?					
¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales					
¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?					
¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?					
¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?					
¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?					
¿Cuán satisfecho está con su transporte?					

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?					

Cuestionario diseñado con [Encuestafacil.com](https://www.encuestafacil.com)**Preg.16.- ¿Qué tan bien es capaz de moverse?**

Muy poco O Poco Ni poco ni bien O 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?					
¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?					
¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?					
¿Cuán satisfecho está de sí mismo?					
¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales					
¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?					
¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?					
¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?					
¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?					
¿Cuán satisfecho está con su transporte?					

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?					