

MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO  
VIDA CANITAS FELICES.

Presentado por:  
AURA LORENA PARDO SARMIENTO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA-UNAB  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA UNAB EXTENSIÓN UNISANGIL  
SAN GIL, DICIEMBRE DE 2015

MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO  
VIDA CANITAS FELICES

Presentado por:  
AURA LORENA PARDO SARMIENTO

BAJO LA DIRECCIÓN DEL PS. LUIS CARLOS REINA SÁNCHEZ



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA-UNAB  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA UNAB EXTENSIÓN UNISANGIL  
SAN GIL, DICIEMBRE DE 2015

DEDICATORIA

Alcanzar un triunfo profesional constituye un cúmulo de esfuerzos y circunstancias que indiscutiblemente involucra a muchos seres; por ello mi agradecimiento es principalmente a Dios; ser supremo, guía espiritual de nuestras vidas.

Y mi hijo por su apoyo constante y motivación para salir adelante.

## AGRADECIMIENTOS

A cada uno de los directivos de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, Facultad de Ciencias de la Salud, programa de Psicología extensión Unisangil por permitirme formar parte de tan prestigiosa y honorable institución. Por su formación en una formación integra en valores éticos, morales y espirituales; por su excelente calidad educativa, que se vio reflejada en las múltiples enseñanzas académicas y experiencias de vida impartidas por sus docentes en la facultad de psicología, a través de las cuales se logró que esta profesión no solo se convirtiera en una obsesión profesional para mi vida, si no, una vocación y profesión que amo y estaré dispuesta a ejercer con todo el sentido de la responsabilidad y compromiso que esta merece.

Agradecimiento especial al docente y psicólogo Luis Carlos Reina Sánchez, por guiar y asesorar mi proyecto, haciendo posible con dedicación y constancia el logro de esta meta tan importante en mi vida personal y profesional. Y a las personas que participaron y ayudaron dentro del proceso investigativo siendo facilitadores y colaboradores en el desarrollo de la misma muchas gracias.

Mis sinceros agradecimientos a los adultos mayores de la Asociación Centro Vida, Canitas Felices, por su colaboración en el proyecto.

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	5
JUSTIFICACIÓN	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
OBJETIVOS	11
Objetivo general	11
Objetivos específicos	11
ANTECEDENTES	12
MARCO TEÓRICO	14
METODOLOGÍA	27
Tipo de investigación	23
Diseño de la investigación	24
Muestra	26
Instrumentos	27
Procedimiento	28
RESULTADOS	29
DISCUSIÓN	39
CONCLUSIONES	41
REFERENCIAS	43
APÉNDICES	46

LISTA DE TABLAS

TABLA1. *Definición Operacional de Variables.*

TABLA2. *Definiciones Conceptuales.*

TABLA3. *Descripción socio-demográfica de la muestra.*

TABLA 4. *Resultados de la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF.*

LISTA DE GRÁFICAS

GRÁFICA 1. *Estado civil de la muestra de participantes.*

GRÁFICA 2. Total percepción de calidad de vida de la escala WHOQOL-BREF.

GRÁFICA 3. Comportamiento de los datos de la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF por géneros.

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo Describir y analizar la calidad de vida de los adultos mayores adscritos a la Asociación Centro Vida - Canitas Felices de Villanueva, Santander. Los datos fueron obtenidos a través de la Escala de Calidad de Vida - WHOQOL-BREF. El análisis de los datos se llevó a cabo a través del proceso general de análisis de datos que propone Lecanda y Garrido (2002). Se encontró que los adultos mayores de la Asociación Centro Vida Canitas Felices, presentan una puntuación promedio de 55,16 percentiles, lo cual indica un nivel de calidad de vida media. Así mismo, en este estudio, la edad, el nivel educativo y el nivel económico no favorecen los niveles de calidad de vida de los adultos mayores de la muestra, es decir, no existen factores predictores a la hora de evaluar la calidad de vida de los adultos mayores del centro vida, y al mismo tiempo, se encontró que el único factor sociodemográfico vinculado a mayor nivel de calidad de vida en este estudio es el género, donde, las mujeres obtuvieron mayor promedio en la puntuación con respecto a los hombres.

Palabras claves: calidad de vida, adulto mayor, factores de calidad de vida.



## ABSTRACT

This research aims to describe and analyze the quality of life of seniors assigned to the Life Center Association - Canitas Felices de Villanueva, Santander. Data were obtained through the Quality of Life Scale - WHOQOL-BREF. Analysis of the data was carried out through the whole process of analysis proposed Lecanda y Garrido (2002). We found that adults over the Canitas Happy Life Center Association have an average score of 55.16 percentile, indicating a level of quality half-life. Also, in this study, age, educational level and economic status are not in the levels of quality of life of seniors in the sample, that is, there are no predictive factors when evaluating the quality of life of older adults living center, and at the same time, it was found that the only demographic factor linked to higher quality of life in this study is gender, where women gained the highest average score with respect to the men.

Keywords: quality of life, the elderly, quality of life factors.

MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO  
VIDA CANITAS FELICES

Para hablar de calidad de vida y lo que se entiende por este término se encuentran diversos planteamientos y teorías, entre ellas la que sostiene que "la calidad de vida es un concepto multidimensional que incluye situación económica, estilos de vida, condiciones de salud, vivienda, satisfacciones personales y entorno social, entre otros aspectos" (Araniber P. 2001).

Es así mismo, como se encuentra el planteamiento de Quintero G. (1997), citado por Estrada, Cardona, Segura, Chavarriaga, Ordoñez y Osorio (2011), quien sostiene que:

La calidad de vida se conceptúa de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas, que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la estructura conceptual de calidad de vida la integra, entre otros aspectos, la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones personales objetivas y subjetivas (p. 493).

A demás, en relación al concepto de calidad de vida Estrada, Et. Al., (2011), aclaran que:

La calidad de vida es un concepto vago, etéreo, polivalente y multifactorial, cuyas acepciones principales se han dado desde saberes médicos, filosóficos, económicos, éticos, sociológicos, políticos y ambientales. La medicina la asocia con la salud psicosomática del

organismo, la funcionalidad, la sintomatología y la ausencia de enfermedad; los filósofos, con la felicidad o una buena vida; los economistas, con el bienestar, el ingreso, el nivel de vida, las condiciones de vida y, más recientemente, la calidad de vida.

Y es así como la Organización Mundial de la Salud, define que la calidad de vida es: "La percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones" (O.M.S., 2002).

Por otra parte, dentro de las características de la calidad de vida Ryan y Deci (2001) plantean que el bienestar psicológico, más asociado al logro de nuestras metas, se sitúa en el proceso de consecución de aquellos valores que nos hacen sentir vivos y auténticos, que nos hacen crecer como personas y tanto en las actividades placenteras o displacenteras.

Así mismo, Iglesias Souto y Dosil (2005), sostienen que la concepción de calidad de vida en la vejez debe incluir tanto componentes de competencia conductual como de salud, así como el funcionamiento y la implicación social y también el bienestar subjetivo, las impresiones subjetivas de calidad de vida, como la satisfacción vital, y los factores ambientales.

Por último se encuentra que Cardona y Agudelo (2005), sostienen que:

La calidad de vida es una definición imprecisa y la mayoría de investigaciones que han trabajado en la construcción del concepto están de acuerdo en que no existe una teoría única que defina y explique el fenómeno. La calidad de vida pertenece a un universo ideológico, no

tiene sentido si no es en relación con un sistema de valores, y los términos que la han precedido en su genealogía ideológica emiten a una evaluación de la experiencia que de su propia vida tienen los sujetos (p.85).

Por otra parte, Campbell y Rodgers, (1976) y Haas, (1999) sostienen que la calidad de vida ha sido desde inicio de los años sesenta uno de los temas de interés de los psicólogos sociales, y es a partir de esta época en que se planteó que las mediciones subjetivas podrían dar cuenta de un mayor porcentaje de varianza en la calidad de vida de las personas.

Así mismo, se encuentra la declaración universal de los derechos humanos establecida por la asamblea general de las naciones unidas el 10 de diciembre de 1948, en la que se reconoce el derecho a un nivel de vida adecuado; pero ha sido únicamente la asamblea mundial sobre envejecimiento efectuada en Viena en 1982 quien aprobó el "plan de acción internacional sobre el envejecimiento", siendo este, el primer instrumento de política a nivel mundial para abordar las consecuencias y el impacto del envejecimiento en la vida de las personas y de las sociedades (Peláez y Ferrer, 2001).

Por otra parte, en relación con el proceso de envejecimiento de los seres humanos, se encuentra la teoría propuesta por Erik Homburger Erikson, citado por Bordignon (2005), quien propone que después de los 50 años se entra en el estadio de integridad versus desespero - sabiduría y sugiere que:

El trazo sintónico de este estadio es el de la integridad. En ella, los modos y los sentidos anteriores son resignificados a la luz de los valores y de las experiencias de ese momento, sean los sanos o los patológicos. La suma de los modos psicosexuales tiene un significado integrador. La palabra que mejor expresa ese momento es integridad...la palabra clave para expresar esta fuerza básica es sabiduría, que recuerda el saber acumulado durante toda la vida, la capacidad de juicio maduro y justo, y la comprensión de los significados de la vida y la forma de ver, mirar y recordar las experiencias vividas, así como de escuchar, oír y recordar todos sus significados (p.58).

#### JUSTIFICACIÓN

Es importante conocer las características individuales y grupales que rodean al adulto mayor, con el fin de poder definir parámetros de salud física y mental en ellos y con esto poder realizar intervenciones que busquen su bienestar.

Los estudios de tipo cuantitativo como es en este caso, pueden, además de otros beneficios, servir como base para programas o proyectos focalizados en favor de una población.

Y es esto principalmente lo que se quiere en esta investigación, el reconocer un fenómeno poco estudiado en la región, y describir sus características, sirviendo como referencia para estudios posteriores que deseen intervenir en

el fenómeno o situación, en este caso, la calidad de vida de los adultos mayores de la Asociación Centro Vida - Canitas Felices de Villanueva, Santander.

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al revisar el estudio de Herrera E. et. al., (2014), acerca de la calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena, se evidenció que:

Actualmente no se han encontrado estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud de adultos mayores residentes en centros de protección social en Colombia, lo cual evidencia un vacío en el conocimiento de esta población, que podría estar generando una atención en salud no acorde con las percepciones reales de los adultos mayores (p. 541).

Por otra parte, dentro de los datos entregados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), se evidencia que Santander cuenta con una población total de 2010 millones de habitantes, y con un índice de envejecimiento del 28,6% y población urbana mayor de 60 años de 9,83% de la población total colombiana (Censo 2005). A su vez se encuentra que, más de un 60% de estos adultos mayores se encuentran concentrados en Bogotá, Antioquia, Valle, Cundinamarca, Santander, Atlántico, Bolívar y Tolima; estando Santander en el cuarto lugar por departamento.

Y centrando así, que el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), da cuenta que el municipio de San Gil en el año 2000 contaba con una población adulta mayor de 3207, variando en forma ascendente para el 2012 con 4102

adultos mayores, obteniéndose de esa forma un incremento del 21% de esta población en solo diez años.

Notándose así que se presentan dos dificultades amplias en el contexto de los adultos mayores. En primer lugar, existe poca cultura de envejecimiento positivo en la comunidad, y en segundo lugar el acelerado crecimiento anual de adultos mayores en los municipios del departamento de Santander. Yes en base a esto que se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características individuales y grupales respecto a la calidad de vida de los adultos mayores de la Asociación Centro Vida - Canitas Felices del municipio de Villanueva?

#### OBJETIVOS

##### Objetivo General

Describir y analizar la calidad de vida de los adultos mayores adscritos a la Asociación Centro Vida - Canitas Felices de Villanueva, Santander.

##### Objetivos Específicos

Describir las variables sociodemográficas de los adultos mayores.

Medir la calidad de vida de los adultos mayores de la Asociación Centro Vida - Canitas Felices de Villanueva, Santander.

Describir las características asociadas a la calidad de vida de la muestra de participantes.

#### ANTECEDENTES

Respecto a la calidad de vida, Herrera M. (2014), asegura: En Colombia, la calidad de vida de la población en general ha mejorado, según las conclusiones de estudios realizados en el país en los años 1997, 2003, 2008 y 2010,

basados en la percepción de cada colombiano sobre su calidad de vida en condiciones de pobreza y desigualdad.

Dicho estudio mostró que cada vez son menos los colombianos que sienten que viven en condiciones de pobreza debido a que fueron muchos los que tuvieron acceso a bienes y servicios que consideran fundamentales. (P.237).

Ahora, por otra parte, en relación a los estudios realizados a nivel nacional sobre envejecimiento y vejez en Colombia, se encuentra, la encuesta realizada por Profamilia, dirigida a la población adulta mayor, que a su vez presenta un conjunto de indicadores de calidad de vida. Analizando las categorías de educación, ingresos, trabajo, salud, apoyo familiar y condiciones de vivienda, encontrándose en este estudio evidencias escasas de seguridad económica en la vejez, con poca cobertura de pensiones, sobre todo para las mujeres.

Así mismo, se encuentra que cerca del 30% de las personas mayores de 59 años trabaja generalmente en la informalidad, sin remuneración fija y especialmente por necesidad; así mismo se encontró que los adultos mayores revelan percepciones menos favorables sobre su salud y mayores límites funcionales y disminución en la satisfacción con la familia.

Agrega además el estudio de Profamilia, que en contraste, quienes reciben pensión, expresan mejores percepciones de salud y menores limitaciones funcionales que quienes no la reciben. Así mismo, encuentran que alrededor del 50% de las personas adultas mayores han cursado la primaria y cerca del 20% es analfabeta. Y sobre esto se señalan relaciones entre educación, trabajo, salud y bienestar a través de la vida (P. 64-70).

En segundo lugar en relación a estudios a nivel nacional sobre envejecimiento en Colombia Nieto y Alonso (2007), encuentran que:



Envejecemos más rápido de lo que creemos (por encima de lo proyectado), y aparentemente más rápido que los países de la región, lo cual plantea retos en términos de equidad, calidad y cobertura de los servicios sociales, pensiones, formación académica, renovación curricular con componentes geriátricos y gerontológicos, reforzamiento de la investigación, trabajo cultural para fortalecer relaciones en un marco de respeto intergeneracional, retos en términos de acuerdos institucionales, nuevos programas de promoción y prevención dirigidos al adulto mayor, construcción de modelos económicos con enfoque gerontológico para el desarrollo, el bienestar y la sostenibilidad económica del adulto en las últimas etapas del ciclo vital.

En cuanto a lo que compete a nivel departamental se encuentran los datos arrojados por el Departamento Nacional de Estadística (DANE), teniendo así que: Santander posee una población total de 2010 millones de habitantes, con un índice de envejecimiento del 28,6% y población urbana mayor de 60 años de 9,83% de la población total colombiana (Censo 2005). Encontrando que, en la mayoría de adultos mayores (mayores de 60 años) viven en zonas urbanas y en más de un 60% se encuentran concentradas en Bogotá, Antioquia, Valle, Cundinamarca, Santander, Atlántico, Bolívar y Tolima; estando Santander en el cuarto lugar por departamento.

Y centrando así, que el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), da cuenta que el municipio de

San Gil en el año 2000 contaba con una población adulta mayor de 3207, variando en forma ascendente para el 2012 con 4102 adultos mayores, obteniéndose de esa forma un incremento del 21% de esta población en solo diez años.

Es así como, en el estudio de Rodríguez, Caicedo, Díaz, Mantilla y Criado (2011) realizado en el municipio de San Gil acerca de factores que actúan y contribuyen al detrimento de la salud familiar del adulto mayor, evaluando a través del instrumento RFT 5-33 cinco factores de riesgo incluyendo condiciones psicoafectivas, prácticas de salud, servicios de salud, vivienda, vecindario, situación socioeconómica y manejo de menores, siendo los resultados distintos para cada tipo de familiar en el cual se observa que los factores con mayor puntaje son el psicoafectivo y la situación sociodemográfica para las familias tipo 1 o nuclear; y así mismo las familias tipo 2 o extensas tampoco alcanzan a ser de alto riesgo cuyos factores con mayor puntaje son: el servicio, las prácticas de salud y la situación sociodemográfica (P.12).

Encontrándose así mismo, que los mejores puntajes respecto a la calidad de vida del adulto mayor se presentan en las familias tipo 1 o nuclear, representadas en un 36% y las familias tipo 2 o extensas con un porcentaje de 64%, notándose el predominio de las familias tipo 2, lo cual se puede deber a la situación económica de las familias.

Por último Rodríguez, Caicedo, Díaz, Mantilla y Criado (2011), concluyen que:

“Al considerar todos los factores, resultó posible comprender cómo la familia enfrenta dicha situación y cómo se adapta a la cronicidad por la que pasa su familiar, es decir el adulto mayor, así como poder manejar los factores

relevantes en forma oportuna, con el objeto de evitar que estos afecten la funcionalidad familiar y contribuyan al empeoramiento; aproximación integral que permitirá una planificación terapéutica más específica y acertada" (P.13).

#### MARCO TEÓRICO

Como afirman Cardona y Agudelo (2005), el término calidad de vida tiene un origen remoto, hacia los años 1945 y 1960, cuando la idea que tenía el estado acerca del bienestar evoluciona y se difunde en el tiempo de la posguerra, en parte, producto de las teorías del desarrollismo económico y social (Keynesianas), las cuales exigían el reordenamiento geopolítico y el restablecimiento del orden internacional, una vez terminada la segunda guerra mundial. En épocas subsiguientes, el término de calidad de vida se utilizó desde dos inclinaciones distintas: en primer lugar dentro del lenguaje cotidiano de las personas, haciendo mención al estado de felicidad deseado por todos, sin que existiera una definición clara del término, pero se encontraba relacionada con la satisfacción de las necesidades; y en segundo lugar, dentro del contexto de la investigación científica, donde se ha investigado desde diferentes áreas del conocimiento. Dando origen las dos inclinaciones a políticas públicas, y al tiempo que se ha dado origen a nuevos significados, debido a la complejidad y multifactorial de su definición (P.81).

Es así como, Fleury E. (2004), en su estudio comenta que es, hasta 1998 se identificaban 446 instrumentos para medir la calidad de vida con respecto a diferentes dolencias, pero solo el 15% presentaba una definición real del término enfocadas

hacia cuatro áreas: desde una definición global, desde sus componentes, de forma focalizada y de forma combinada (p. 580).

Además agregan Cardona y Agudelo (2005), que actualmente la definición combinada de calidad de vida es la más utilizada por abarcar aspectos globales y sus diferentes dimensiones, su énfasis principal es su carácter operacional y permite el desarrollo, la validación de conceptos, la descripción de escalas valorativas y la aplicación de modelos predictivos.

Es así como al referirnos a la calidad de vida en adultos mayores, Botero y Pico, (2007) plantean que a nivel nacional:

“De acuerdo a las revisiones teóricas, la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores se ha estudiado utilizando medidas de resultado y estadísticas correspondientes a la morbilidad y la expectativa de vida, no obstante, se desconocen otros aspectos involucrados en ésta, como la percepción sobre su salud, el conocimiento de las redes de apoyo social, la protección social y los servicios de salud”.

Ahora, al hablar de calidad de vida en el adulto mayor, cabría la pregunta, ¿Cuándo se es viejo?, y es así como, se encuentra una dificultad al definir la edad a partir de la cual se puede considerar a una persona como vieja. Al respecto Nieto y Alonso (2007), plantean que:

Como consecuencia indirecta de algunos aspectos propios del envejecer y que a la vez conservan algún grado de variabilidad entre los individuos, probablemente no hay, ni puede haber, un criterio unificado acerca de la edad a partir de la cual se puede considerar a una persona como

vieja. En países relativamente más envejecidos, este parámetro puede estar alrededor de los 80 años, como en el caso del Reino Unido; para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es anciano quien tiene más de 65 años, y para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lo es quien tiene más de 60 (P. 293).

Es así como, se encuentra en la ley 1251 de 2008 "por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores" que el congreso de Colombia, impone un marco de definiciones para el entendimiento de dicha ley, donde se concibe al adulto mayor como: "aquella persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más".

Agregan Nieto y Alonso que en América Latina habitaban en el 2005 aproximadamente 48 millones adultos mayores y que en el 2030 serán aproximadamente 114.5 millones, es decir pasará de 8.8% al 16.3% de la población de América Latina.

Es así como, en el caso de Colombia el fenómeno es igual, pero de una manera más acentuada, ya que en los últimos treinta años la población colombiana ascendió a una tasa promedio anual del 1.69%, mientras la de los adultos mayores crecía a una tasa de 3.26%, comparando estos datos con América Latina, en donde la población total creció en promedio 1.83% de forma anual y la población mayor de 60 años creció en promedio 2.89% de forma anual; de esta forma se puede observar que Colombia parece tener aún más acelerado el envejecimiento (P.294).

Y es por esto que, el Ministerio de la Protección Social y algunos departamentos y municipios del país ya están trabajando en el tema de la política social del adulto mayor buscando

favorecer la inclusión del envejecimiento y la vejez, como aspectos de una política de desarrollo social.

Así mismo y respecto a este tema Nieto y Alonso (2007), plantean en su estudio que en el acceso a los servicios de salud, para los adultos mayores, la cobertura es crítica, pero el principal problema radica en la calidad del servicio, agregan que:

Ley 100 de 1993 se ubica al adulto mayor dentro de un grupo de alta vulnerabilidad y de cuidado especial, sin embargo, temas como el de la calidad de la atención al anciano tanto en el Régimen Subsidiado como en el Contributivo, el suministro de los medicamentos y tratamientos adecuados y de manera oportuna, e incluso la capacitación del personal médico en lo relacionado con la geriatría y gerontología, son bastante cuestionables (p.298, 299).

Y es así como se encuentra a nivel local el estudio de Rodríguez, Caicedo, Díaz, Mantilla y Criado (2011), da cuenta que las cifras del DANE a nivel nacional muestran un aumento significativo de dicha población, y así mismo sostienen que "La población de adultos mayores enfrenta un sinnúmero de problemas entre los que se encuentran las enfermedades crónicas que padecen debido a su edad, afectando todo el núcleo familiar" (P.8).

Además, agregan Rodríguez et, al. (2011) que:

Precisamente son las familias quienes enfrentan esta situación de cronicidad en los adultos mayores, ocasionando cambios en los roles que desempeñan

especialmente en lo laboral y en el hogar, porque requieren tanto de soporte como de apoyo continuo que se asocia, de manera directa al nivel de disfunción en el que viven pues tienden a ocupar más tiempo en el hogar, sintiendo con frecuencia aislamiento social o preocupación por el impacto que su condición genera en la familia (P.9).

Y en relación a esto, Rodríguez et, al. (2011) plantean que dicha situación sugiere "la imperiosa necesidad de tomar medidas específicas en salud pública que tengan en cuenta esta situación de manera que conociendo dichas dificultades, resulte posible para la familia, establecer adecuados niveles de atención por parte de los profesionales de salud". Así mismo se formula el estudio de forma completa las características propias concernientes al cuidado del adulto mayor que presente enfermedad crónica, con el fin de identificar cuáles son sus principales riesgos en salud.

Con respecto a las medidas que se toman a nivel municipal en estrategias para mejorar los niveles de calidad de vida de los adultos mayores, se encuentra el acuerdo N° 2100-002, por medio de la cual se autoriza al alcalde municipal de San Gil para formular la política pública municipal para la atención integral del adulto mayor. Y en la cual se concibe al centro vida como el:

Conjunto de proyectos, procedimientos, protocolos e infraestructura física, técnica y administrativa orientada a brindar una atención integral, durante el día, a los

Adultos Mayores, haciendo una contribución que impacte en su calidad de vida y bienestar.

Y en la cual se establece que:

*Artículo 11°.* De Conformidad con lo establecido en el Artículo 12 de la Ley 1276 de 2009, el Centro de Vida se organizarán de manera que se asegure su funcionalidad y un trabajo interdisciplinario en función de las necesidades de los Adultos Mayores; contará como mínimo con el talento humano necesario para atender la Dirección General y las Áreas de Alimentación, Salud, Deportes y Recreación y Ocio Productivo, garantizando el personal que hará de estas áreas para asegurar una atención de alta calidad y pertinencia a los adultos mayores beneficiados, de acuerdo con los requisitos que establece para el talento humano de este tipo de centros, el Ministerio de la Protección Social.

#### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 1. *Definición Operacional de Variables.*

<i>Variable</i>	<i>Definición</i>
Calidad de vida	<p>La calidad de vida se conceptúa de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas, que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la estructura conceptual de calidad de vida la integra, entre otros aspectos, la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones personales objetivas y subjetivas (Quintero &amp; González, 1997; Aranibar, 2001).</p> <p>La calidad de vida en el contexto evaluativo o normativo se refiere a los valores no morales donde se utiliza el verbo deber; puede evaluarse si existe un mayor o menor grado de calidad, pero</p>



	<p>el problema es definir el criterio para su evaluación. Y en el contexto prescriptivo o moral, la calidad de vida posee una ética rigurosa que permite diferenciar lo bueno de lo malo, lo que se debe hacer de lo que no (Lukomski, 2000)</p> <p>La Organización Mundial de la Salud considera la calidad de vida como una percepción individual según las oportunidades, deseos o preferencias, en que las satisfacciones dadas por los bienes materiales son medios y no fines del bienestar de las personas (O.M.S., 2002).</p>
Salud	<p>La salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional. (Briceño-León, 2000).</p>
Salud Mental	<p>Producto de su situación específicamente humana con la cual el Hombre llega al mundo, esta determina en él ciertas necesidades que son insoslayables, pues deben ser satisfechas. De que manera estas necesidades son satisfechas es algo que dependerá sobre todo del contexto histórico-social y natural. La forma en que estas necesidades sean adecuadamente satisfechas o no determinarán finalmente el grado de salud mental que el Hombre pueda desarrollar. (Erich Fromm, 1990; citado por Ubilla Enrique, 2009).</p>
Relaciones Sociales	<p>«Por relación social se debe entender un comportamiento de diversos individuos instaurado recíprocamente según su contenido de sentido, y orientado en conformidad. Por tanto, la relación social consiste exclusivamente en la posibilidad de que se obre socialmente de un modo determinado (dotado de sentido), que sea la base en la que descansa tal posibilidad» (Max Weber, 1964: vol. 1, 23-24).</p>
Entorno	<p>Ambiente, lo que rodea. Conjunto de condiciones extrínsecas que necesita un sistema informático para funcionar, como el tipo de programación, de proceso, las características de las máquinas que lo componen, etc. (Real Academia Española)</p>
Calidad de vida en adultos mayores	<p>La calidad de vida en los adultos mayores, se ha definido de forma positiva y negativa; positiva, cuando se cuenta con buenas relaciones familiares y sociales, con buena salud, asociándola también con buenas condiciones materiales; pero se hace una valoración negativa de ésta cuando son dependientes, tienen limitaciones funcionales, son infelices o tienen una reducción de sus redes sociales. De esta forma, han manifestado que pérdidas del estado de salud, de contactos sociales y limitaciones funcionales, son principalmente las que empeoran la calidad de vida. (Farquhar, 1995; Organización mundial de la</p>

Adulto mayor	<p>salud, programa envejecimiento y ciclo de vida, 2002).</p> <p>Personas mayor de 60 años, considerándose el término "vejez" como un estado del ser y "envejecimiento" como un proceso. (INAPAM, 2010). Es aquella persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más. A criterio de los especialistas del centro vida, una persona podrá ser clasificada dentro de este rango, siendo menor de 60 años y mayor de 55, cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y psicológico así lo determinen; (Ley 1276, 2009).</p>
--------------	---

## MÉTODO

### Tipo de investigación

Estudio de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal o transeccional. Descriptivo ya que observa, interpreta, analiza, describe y documenta las características de un grupo en una de sus variables por medio de un instrumento de medición. Transversal porque implica la recolección de datos en un solo momento en el tiempo y el propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernandez, Fernandez y Baptista, 2006).

Teniendo como base la descripción que da Hernández, Fernández y Baptista (2006) para las características de la investigación cuantitativa, se encuentra que: en el punto de partida del enfoque cuantitativo hay una realidad que conocer, la cual puede hacerse a través de la mente; el mundo se concibe como externo al investigador; además, la realidad no cambia por las observaciones y mediciones realizadas, a la vez que se busca ser objetivo; una de las características principales en el enfoque cuantitativo es que busca describir, explicar y predecir los fenómenos (casualidad).

Teniendo como base este planteamiento, se puede observar que la investigación muestra el enfoque cuantitativo buscando la explicación y descripción de un fenómeno únicamente a partir de los datos.

### Diseño de investigación

Diseño no experimental de corte transversal, para Hernandez, Fernandez y Baptista (2006), el diseño no experimental se realiza sin manipular las variables, se trata únicamente de observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural y después analizarlo. Así mismo Hernandez, Fernandez y Baptista (2006), sugieren que: "la investigación no experimental es sistemática y empírica en la que las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido".

Es así como esta investigación no pretende manipular ninguna variable, si no, únicamente medirlas en su contexto natural.

### Población y muestra

La población se encuentra compuesta por 56 adultos mayores inscritos a la Asociación Centro Vida - Canitas Felices de Villanueva, Santander. Con edades comprendidas entre los 55 y 90 años.

### Criterios de Inclusión.

- Adultos mayores con edades comprendidas entre 60 y 90 años.
- Adultos mayores que residan en el municipio de Villanueva, Santander.
- Adultos mayores no diagnosticados con enfermedades cognoscitivas, como demencia senil, Alzheimer, etc.
- Asistir y participar de modo activo en las actividades diarias del centro vida.
- Adultos mayores que alcancen un puntaje superior a 28 en la escala Minimental de evaluación cognoscitiva.

Características finales de la muestra:

La muestra quedó conformada debido a que cumplieron los criterios de inclusión, por 20 adultos mayores con edades

comprendidas entre 62 y 88 años entre ellos 13 mujeres y 7 hombres, residentes en el municipio de Villanueva, Santander.

#### Instrumentos

El objetivo de la investigación esta guiado a describir y analizar la calidad de vida de los adultos mayores adscritos a la Asociación Centro Vida - Canitas Felices de Villanueva, Santander, y para lograr dicho objetivo se utilizarán los siguientes instrumentos:

- Test Minimental (Lobo A, Saz P, Marcos G., 2002): Se trata de una escala psicométrica breve para evaluar el estado cognitivo de las personas. Existen dos versiones, la versión de 30 y de 35 puntos. Es necesario diferenciar entre pacientes de edad superior a 65 años y los de edad igual o inferior a 65. - Pacientes > 65 años, puntuación inferior a 23 es considerado anormal. - Pacientes no geriátricos, puntuación inferior a 27 es considerado anormal.
- Escala de Calidad de Vida- WHOQOL-BREF (World Health Organization, 2004): Proporciona un perfil de calidad de vida percibida por la persona. Fue diseñado para ser usado tanto en población general como en pacientes. El tiempo de referencia que contempla el WHOQOL es de dos semanas; El cuestionario debe ser auto administrado; cuando la persona no sea capaz de leer o escribir por razones de educación, cultura o salud puede ser entrevistada. El instrumento WHOQOL-BREF ofrece un perfil de calidad de vida, siendo cada dimensión o dominio puntuado de forma independiente. Cuanto mayor sea es la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada.

#### Procedimiento

El proyecto contará con las siguientes etapas de desarrollo:

Primera fase: Se realizará el planteamiento del problema y revisión de la literatura. Partiendo de los objetivos de la investigación pasando por las preguntas de investigación, justificación de la investigación, viabilidad de la investigación, evaluación de deficiencias y definición inicial del ambiente a trabajar. La revisión de la literatura se realiza por medio de bases de datos de revistas científicas indexadas y de material documental físico como libros y enciclopedias científicas.

Segunda fase: Definición de criterios y selección de la muestra; en la cual se determinó en base al tema de investigación las características de la muestra que son propicias para la misma, en este caso un grupo de adultos mayores de 60 años que quieran colaborar con la investigación y cumplan los criterios de inclusión.

Tercera fase: Aplicar el test minimal a la muestra de participantes para descartar alteraciones cognitivas que afecten los resultados de la investigación.

Cuartafase: Aplicar la Escala de calidad de vida (WHOQOL-BREF) a la muestra de participantes. Con el fin de evaluar la calidad de vida de cada uno de los participantes de la investigación.

Quinta fase: Se dispondrán los datos de forma tal en que se puedan extraer conclusiones de ellos. En este caso los datos se agruparán por dimensiones (salud física, salud psicológica, relaciones sociales, ambiente) planteadas en la escala de calidad de vida (WHOQOL-BREF), de forma individual y grupal.

Sexta fase: Obtenemos unos resultados enfocados a los objetivos del estudio, por medio de la interpretación de los datos que arroja la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF.

## RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la investigación teniendo en cuenta cada uno de los objetivos. La presentación de los mismos se realizará en dos fases; en primer lugar la descripción de los datos sociodemográficos de la muestra y en segundo lugar lo concerniente a los resultados generales obtenidos a través de la escala de calidad de vida *WHOQOL-BREF*.

Los datos sociodemográficos obtenidos de la muestra de participantes se proyectan en la tabla 3, en la cual se encuentra la relación entre las variables sociodemográficas analizadas y su promedio con respecto a la muestra total de participantes.

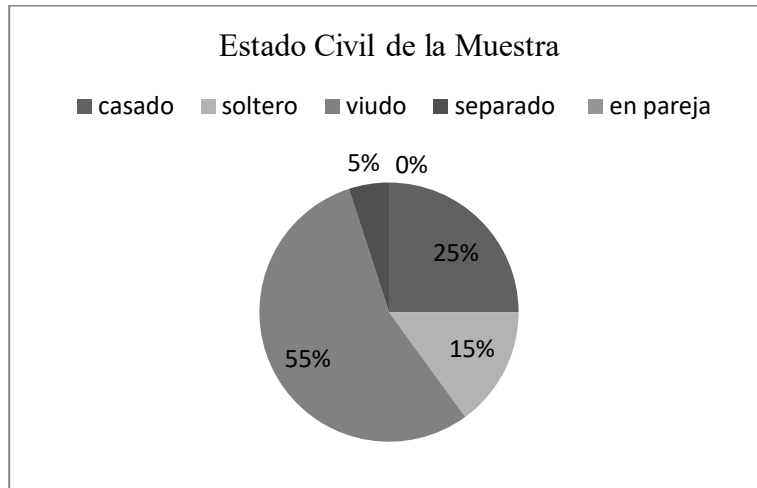
Tabla 3. Descripción socio-demográfica de la muestra.

<i>Variables</i>	<i>N°</i>	<i>Promedio/Porcentaje</i>
<i>Edad</i>	<i>60-90</i>	<i>75</i>
<i>Género</i>		
<i>Femenino</i>	<i>13</i>	<i>65%</i>
<i>Masculino</i>	<i>7</i>	<i>35%</i>
<i>Estado civil</i>		
<i>Casado</i>	<i>5</i>	<i>25%</i>
<i>Soltero</i>	<i>3</i>	<i>15%</i>
<i>Viudo</i>	<i>11</i>	<i>55%</i>
<i>Separado</i>	<i>1</i>	<i>5%</i>
<i>Unión Libre</i>	<i>0</i>	<i>0%</i>
<i>Nivel económico</i>		
<i>Estrato 1</i>	<i>9</i>	<i>45%</i>
<i>Estrato 2</i>	<i>11</i>	<i>55%</i>
<i>Estrato 3</i>	<i>0</i>	<i>0%</i>
<i>Nivel educativo</i>		
<i>Ninguno</i>	<i>3</i>	<i>15%</i>
<i>Primaria</i>	<i>17</i>	<i>85%</i>
<i>Secundaria</i>	<i>0</i>	<i>0%</i>
<i>Profesional</i>	<i>0</i>	<i>0%</i>

Partiendo de estos datos obtenidos se puede evidenciar lo siguiente:

El 65% de la muestra pertenecen al género femenino y el restante 35% de la muestra al género masculino, es así como, la muestra se encuentra conformada en su mayoría por participantes del género femenino.

Respecto al estado civil de la muestra, se encuentra que, el 25% de ellos son casados, el 15% solteros, el 55% viudos y el 5% separados, como lo muestra el gráfico 1.



Gráfica 1. *Estado civil de la muestra de participantes.*

Se evidencia en mayor cantidad el estado civil viudo/a en la muestra de participantes. Así mismo, se encuentra que el 62% de las mujeres presentan estado civil de viudas, comparado con el 43% de los hombres que presentan el mismo estado civil.

En cuanto al nivel educativo de la muestra, se evidencia que, el 85% de la muestra presenta un nivel educativo de primaria, siendo este el porcentaje más alto presente en esta variable. Y así mismo, un 15% de la muestra de participantes no presenta ningún nivel educativo.

Respecto al nivel económico de los participantes, se evidencia que el 55% del total de la muestra pertenecen al estrato 2 y el 45% al estrato 1. Así mismo, se encuentra que tanto en hombres como en mujeres existe un nivel económico muy similar con diferencia de un 5% en el estrato dos entre ambos géneros.

En segundo lugar se presentan los resultados de la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF aplicada en la muestra de participantes.

A continuación se tienen las preguntas tipo Likert de la escala. Para realizar el análisis de los datos de la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF se debe tener en cuenta que cada dominio o dimensión cuenta con una puntuación independiente para cada uno de ellos, donde la puntuación mínima directa en los cuatro dominios es igual para todos, con un puntaje de 1 y la puntuación máxima directa que se presenta de la siguiente forma: el dominio 1 tiene un máximo de 35 puntos, el dominio 2 tiene un máximo de 30 puntos, el dominio 3 tiene un máximo de 15 puntos y el dominio 4 tiene un máximo de 40 puntos. De los cuales se puede observar la puntuación directa obtenida de la muestra de participantes, cuyos datos serán transformados a percentiles para su interpretación, obteniendo así los datos observados en la tabla 5.

Tabla 4. Datos obtenidos de la escala de calidad de vida, (WHOQOL-BREF) transformados a percentiles.

Participante	Salud Física	Salud Psicológica	Relaciones Sociales	Ambiente	Total percepción calidad de vida
n° 1	56	69	44	88	64,25
n° 2	56	56	19	44	43,75
n° 3	56	31	50	56	48,25
n° 4	56	44	81	56	59,25
n° 5	38	69	94	69	67,5
n° 6	69	50	50	38	51,75
n° 7	75	75	50	44	61
n° 8	44	31	75	56	51,5
n° 9	44	63	6	50	40,75
n° 10	44	69	44	56	53,25
n° 11	63	44	75	44	56,5
n° 12	50	56	56	44	51,5
n° 13	63	69	56	56	61
n° 14	38	81	50	50	54,75
n° 15	56	69	69	75	67,25
n° 16	50	63	44	63	55
n° 17	31	56	50	50	46,75
n° 18	38	69	69	63	59,75



n° 19	69	56	25	94	61
n° 20	44	50	44	56	48,5
Promedio	52	58,5	52,55	57,6	55,1625
Media	49,326069	54,677554	35,425958	54,653501	54,16262066
Moda	56	69	50	56	61
Mínimo	31	31	6	38	40,75
Máximo	75	81	94	94	67,5
Desviación Estándar	11,969259	13,732405	21,122388	14,604974	7,490026263

Siendo esta una escala con puntuaciones mínimas y máximas distintas para cada dominio, se debe analizar cada uno de estos de forma separada, es así como se encuentra lo siguiente:

El dominio 1 correspondiente a salud física, observado en la tabla 6.

Tabla 6. Datos obtenidos de la escala de calidad de vida - WHOQOL-BREF transformados a percentiles del dominio 1.

Participante	Género	Salud Física	Total percepción calidad de vida
n° 1	f	56	64,25
n° 2	m	56	43,75
n° 3	f	56	48,25
n° 4	f	56	59,25
n° 5	f	38	67,5
n° 6	f	69	51,75
n° 7	f	75	61
n° 8	f	44	51,5
n° 9	f	44	40,75
n° 10	f	44	53,25
n° 11	f	63	56,5
n° 12	m	50	51,5
n° 13	f	63	61
n° 14	m	38	54,75
n° 15	m	56	67,25
n° 16	m	50	55
n° 17	f	31	46,75
n° 18	m	38	59,75
n° 19	m	69	61
n° 20	f	44	48,5
Promedio		52	55,1625
Media		49,326069	54,16262066
Moda		56	61

Mínimo	31	40,75
Máximo	75	67,5
Desviación Estándar	11,969259	7,490026263

Se obtiene un promedio de puntuación de 52 percentiles con media de 49,32 percentiles y desviación estándar de 11,96 percentiles. En la cual las participantes del género femenino obtuvieron un promedio de 54,38percentiles y el género masculino un promedio de 47,57 percentiles en este dominio. El percentil más alto presentado en el dominio 1 se encuentra en una participante de 79 años de género femenino. Así mismo, se encuentra que el 64% de las personas que presentaron puntuaciones por encima del promedio de la muestra en este dominio, manifiestan no sufrir ninguna enfermedad.

Del dominio 2 o salud psicológica, se puede observar la tabla 7.

Tabla 7. Datos obtenidos de la escala de calidad de vida - WHOQOL-BREF transformados a percentiles del dominio 2.

Participante	Género	Salud Psicológica	Total percepción calidad de vida
n° 1	f	69	64,25
n° 2	m	56	43,75
n° 3	f	31	48,25
n° 4	f	44	59,25
n° 5	f	69	67,5
n° 6	f	50	51,75
n° 7	f	75	61
n° 8	f	31	51,5
n° 9	f	63	40,75
n° 10	f	69	53,25
n° 11	f	44	56,5
n° 12	m	56	51,5
n° 13	f	69	61
n° 14	m	81	54,75
n° 15	m	69	67,25
n° 16	m	63	55
n° 17	f	56	46,75

n° 18	m	69	59,75
n° 19	m	56	61
n° 20	f	50	48,5
Promedio		58,5	55,1625
Media		54,677554	54,16262066
Moda		69	61
Mínimo		31	40,75
Máximo		81	67,5
Desviación Estándar		13,732405	7,490026263

Donde la puntuación máxima alcanzada por la muestracorresponde a81 percentiles, la cual se presenta en un participante del género masculino; así mismo se presenta que la puntuación mínima obtenida en este dominio es de 31 percentiles. Igualmente se presenta un promedio de 58,5 percentiles en este dominio, así mismo, se presenta una media de 54,67 percentiles y una desviación estándar de 13,73 percentiles. Por géneros se encontró que las participantes del género femenino obtuvieron una puntuación promedio de 59,69 percentiles en este dominio y los participantes del género masculino obtuvieron una puntuación promedio inferior de 56,28.

En el dominio 3 o relaciones sociales, se obtienen los datos observados en la tabla 8.

Tabla 8. Datos obtenidos de la escala de calidad de vida - WHOQOL-BREF transformados a percentiles del dominio 3.

Participante	Género	Relaciones Sociales	Total percepción calidad de vida
n° 1	f	44	64,25
n° 2	m	19	43,75
n° 3	f	50	48,25
n° 4	f	81	59,25
n° 5	f	94	67,5
n° 6	f	50	51,75
n° 7	f	50	61
n° 8	f	75	51,5
n° 9	f	6	40,75
n° 10	f	44	53,25

n° 11	f	75	56,5
n° 12	m	56	51,5
n° 13	f	56	61
n° 14	m	50	54,75
n° 15	m	69	67,25
n° 16	m	44	55
n° 17	f	50	46,75
n° 18	m	69	59,75
n° 19	m	25	61
n° 20	f	44	48,5
Promedio		52,55	55,1625
Media		35,425958	54,16262066
Moda		50	61
Mínimo		6	40,75
Máximo		94	67,5
Desviación Estándar		21,122388	7,490026263

Para este dominio 3, la puntuación máxima alcanzada por los participantes es de 94 percentiles y un mínimo de 6 percentiles. Así mismo, se presenta un promedio de 52,55 percentiles para este dominio, una media de 35,42 percentiles y una desviación estándar de 21,12 percentiles.

Para el dominio 4 o ambiente, se obtienen los datos que se observan en la tabla 9.

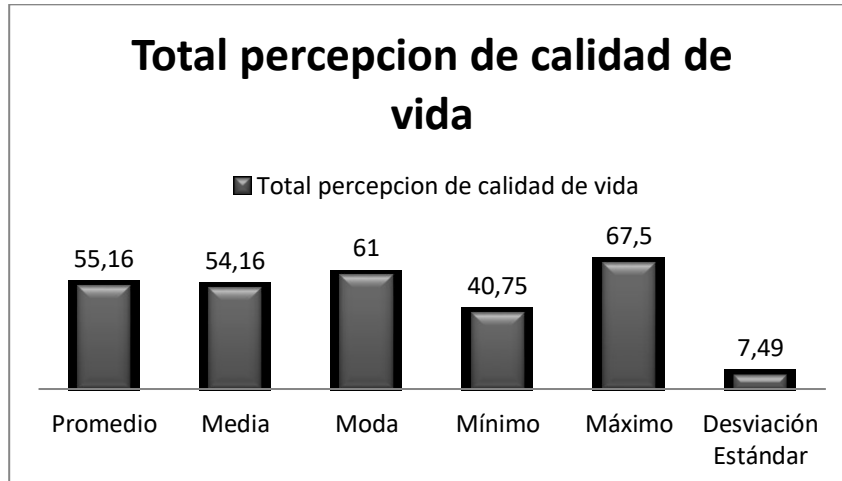
Tabla 9. Datos obtenidos de la escala de calidad de vida - WHOQOL-BREF transformados a percentiles del dominio 4.

Participante	Género	Ambiente	Total percepción calidad de vida
n° 1	f	88	64,25
n° 2	m	44	43,75
n° 3	f	56	48,25
n° 4	f	56	59,25
n° 5	f	69	67,5
n° 6	f	38	51,75
n° 7	f	44	61
n° 8	f	56	51,5
n° 9	f	50	40,75
n° 10	f	56	53,25
n° 11	f	44	56,5

n° 12	m	44	51,5
n° 13	f	56	61
n° 14	m	50	54,75
n° 15	m	75	67,25
n° 16	m	63	55
n° 17	f	50	46,75
n° 18	m	63	59,75
n° 19	m	94	61
n° 20	f	56	48,5
Promedio		57,6	55,1625
Media		54,653501	54,16262066
Moda		56	61
Mínimo		38	40,75
Máximo		94	67,5
Desviación Estándar		14,604974	7,490026263

Para este dominio, la puntuación máxima alcanzada por los participantes es de 94 percentiles y una puntuación mínima de 38 percentiles. Igualmente se presenta un promedio de 57,6 percentiles para este dominio, se presenta una media de 54,65 percentiles y una desviación estándar de 14,60 percentiles. Por géneros se encontró que la puntuación más alta obtenida en esta dimensión corresponde a un participante de género femenino, estando por encima del promedio general de la escala. Las participantes del género femenino obtuvieron una puntuación promedio de 61,23 percentiles en este dominio y los participantes del género masculino obtuvieron una puntuación promedio de 50,85 percentiles.

Finalmente se encuentra la sumatoria total de las puntuaciones de la escala, como se observa en la gráfica 2.

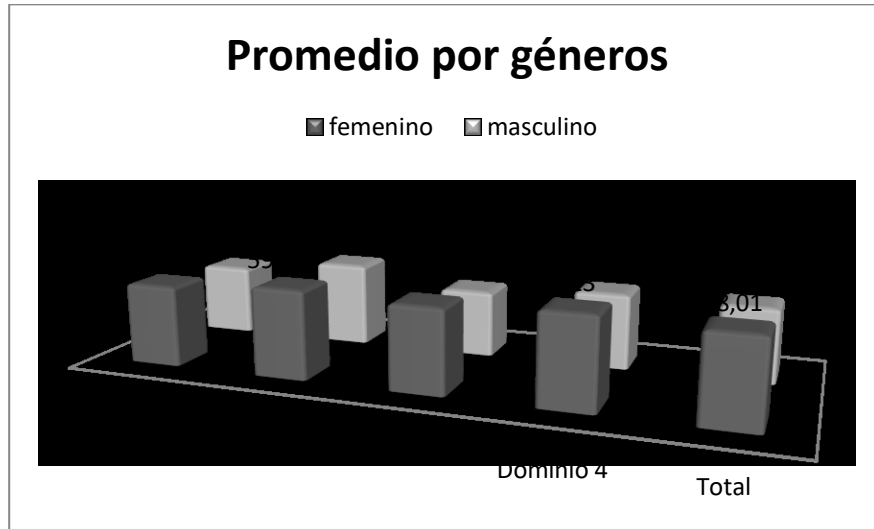


Gráfica 2. Total percepción de calidad de vida de la escala WHOQOL-BREF.

En la cual se presenta un promedio global de 55,16 percentiles con una media de 54,16 percentiles y una desviación estándar de 7,49 percentiles. La puntuación total presentada más veces en la escala es de 61 percentiles. El menor puntaje obtenido en la escala de calidad de vida es 40,75 percentiles y el puntaje más alto obtenido en la escala es de 67,5 percentiles.

De esto se puede observar que el 25% de los adultos mayores obtuvieron en la escala menos de 50 percentiles, lo cual se considera un nivel de calidad de vida baja a media; y el restante 75% obtuvieron una puntuación entre 51,5 percentiles y 67,5 percentiles evaluado esto como un nivel de calidad de vida media.

Con respecto al comportamiento general de los datos en la escala, se observa que el género femenino mantiene una puntuación superior, con respecto al género masculino. Lo cual se observa en la gráfica 3.



Gráfica 3. Comportamiento de los datos de la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF por géneros.

Se evidencia que en los cuatro dominios de la escala el género femenino presentó mayor puntuación, lo mismo sucedió para el resultado total de la escala, donde el género femenino obtuvo una diferencia significativa con respecto al género masculino, quien obtuvo menores puntuaciones. Donde el género masculino obtiene una puntuación de 49,85 lo cual lo clasifica dentro de un nivel de calidad de vida media baja; y el género femenino con una puntuación de 58,01 percentiles se encuentra en un nivel de calidad de vida medio.

Se observó que el 78% de los adultos mayores que manifestaron tener alguna enfermedad obtuvieron puntuación total en la escala por encima de 50 percentiles; así mismo, de los adultos mayores que manifiestan no presentar alguna enfermedad el 73% presentan puntuación por encima de 50 percentiles. Por otra parte, se encuentra que los participantes que manifiestan presentar alguna enfermedad obtienen un promedio total de 56,16 percentiles y quienes manifiestan no sufrir alguna enfermedad obtienen un promedio inferior de 54,34 percentiles.

Por otra parte, por edad se tiene que, los adultos mayores con edad igual o inferior a 74 años tienen un promedio de 55,52 percentiles y los adultos mayores con edades superiores a 75 años presentan un promedio en la puntuación de 54,8 percentiles.

Finalmente, se encuentra que, los participantes que no presentan ningún nivel educativo tienen un promedio en la puntuación total muy cercano a los participantes que si presentan algún nivel educativo, con 55,05 percentiles y 55,2 percentiles respectivamente.

#### DISCUSIÓN

Contrario a lo encontrado en otros estudios de calidad de vida en adultos mayores (Araniber P. 2001; Herrera, López y Pérez, 2012; García N, Álvarez C, 2003), en este estudio se halla que la calidad de vida de los adultos mayores no siempre viene vinculada a un factor sociodemográfico o de condición física. Ya que lo que se encuentra en esta investigación, son resultados inversamente proporcionales; donde la edad, el nivel educativo y el nivel económico no favorecen los niveles de calidad de vida de los adultos mayores de la muestra, es decir, a mayor nivel económico y mayor nivel educativo se presenta menor o similar calidad de vida con respecto al promedio general de la muestra y a mayor edad mejor calidad de vida de los adultos mayores de la muestra.

Encontrando así, mayor afinidad con el planteamiento de Quintero G. (1997), citado por Estrada, Cardona, Segura, Chavarriaga, Ordoñez y Osorio (2011), quien sugiere que:

La calidad de vida se conceptúa de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas, que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la estructura conceptual de calidad de vida la



integra, entre otros aspectos, la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones personales objetivas y subjetivas (p. 493).

Al realizar comparaciones intergrupales con diversos estudios de medición de calidad de vida en adultos mayores, se encuentran diferencias significativas al efectuar un análisis comparativo de los resultados de dichos estudios (Herrera, López y Pérez, 2012; Estrada A, Cardona D, Segura A, et al, 2011; Azplazu M, Cruz A, Villagrasa J, Abanades J, García N, Álvarez C, 2003; Gallegos K, Durán G, López L, López M, 2003). Lo cual nos indica que, no es fácil encontrar factores predictores de calidad de vida en grupos de adultos mayores.

Así mismo, Estrada A, Cardona D, Segura A, et al, (2011) sugieren en su investigación que "los diferentes resultados en los estudios pueden deberse a aspectos sociales y culturales de las poblaciones evaluadas, aunque otros aspectos que pudieran marcar dichas diferencias son los tamaños de las muestras y el nivel de salud de las poblaciones evaluadas".

Por otra parte, las puntuaciones de la escala en el estudio sugieren que la calidad de vida del grupo de adultos mayores del centro de vida se encuentran en un nivel entre bajo y medio, estando el 25% por debajo de los 50 percentiles fijado como nivel bajo de calidad de vida y el 75% de los participantes con una puntuación entre 51,5 percentiles y 67,5 percentiles evaluado esto como un nivel de calidad de vida media. Presentándose mayor promedio de puntuación en el género femenino. Lo cual ya se había presentado en otros estudios en el mismo tipo de población (Melguizo, Acosta, Castellano., 2012), pero no es una variable constante, ya que como se

mencionó antes, ninguna de las variables sociodemográficas han sido predictor de resultados en estudios de calidad de vida.

Igualmente, de las dimensiones evaluadas en la escala es la dimensión 2, salud psicológica, quien presenta un promedio de puntuación más alto, seguida por ambiente, relaciones sociales y salud física en orden descendente.

Finalmente, la Organización Mundial de la Salud, define la calidad de vida como: "La percepción individual de la propia posición en la vida..." (O.M.S., 2002). Siendo bajo este mismo criterio que el instrumento utilizado para evaluar la calidad de vida de los adultos mayores, es un instrumento idóneo para medir la calidad de vida de los adultos mayores, ya que proporciona un perfil de calidad de vida percibida, es decir, se trata de una escala de percepción individual, analizando los factores tanto intrínsecos como extrínsecos del sujeto, lo que la hace una escala en cierto grado subjetiva, al tener que evaluar por autopercepción dimensiones físicas, psicológicas, sociales y ambientales del sujeto involucradas en la calidad de vida.

La calidad de vida de los adultos mayores de la Asociación Centro Vida - Canitas Felices del municipio de Villanueva se encuentra concentrada entre media y baja, siendo en un 75% correspondientes a una calidad de vida media, donde las personas del género femenino presentaron mejor calidad de vida que el género masculino, ya que en este caso el género femenino se ubicó en promedio en calidad de vida media y el género masculino presentó en promedio un nivel de calidad de vida medio bajo.

## CONCLUSIONES

Los adultos mayores de la Asociación Centro Vida Canitas Felices, presentan una puntuación promedio de 55,16 percentiles, lo cual indica un nivel de calidad de vida media.

En este estudio, la edad, el nivel educativo y el nivel económico no favorecen los niveles de calidad de vida de los adultos mayores de la muestra, es decir, no existen factores predictores a la hora de evaluar la calidad de vida de los adultos mayores del centro vida.

El único factor sociodemográfico vinculado a mayor nivel de calidad de vida en este estudio es el género, donde, las mujeres obtuvieron mayor promedio en la puntuación con respecto a los hombres.

La dimensión de salud psicológica fue la mejor evaluada por los adultos mayores de la muestra la cual se encuentra vinculada a imagen corporal, apariencia, sentimientos negativos, sentimientos positivos, amor propio, espiritualidad, religión, creencias personales, pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración.

Teniendo en cuenta los resultados de la escala aplicada en el grupo de adultos mayores de la Asociación Centro Vida Canitas Felices del municipio de Villanueva, se sugiere trabajar en aumentar los niveles de calidad de vida de estos adultos mayores, especialmente en las dimensiones de salud física, psicológica, del entorno y relaciones sociales.



## REFERENCIAS

Aranibar P. *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2001.

Azpiazu M, Cruz A, Villagrasa J, Abanades J, García N, Álvarez C. *Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid*. *Atención primaria*. 31:285-92, España 2003.

Boladeras M. (ed.). *Bioética y calidad de vida*. Bogotá: Ediciones El Bosque; 2000.

Botero de Mejía Beatriz Eugenia, Pico Merchán María Eugenia. *Calidad De Vida Relacionada Con La Salud (Cvrs) En Adultos Mayores De 60 Años: Una Aproximación Teórica*. *Hacia la Promoción de la Salud*, Volumen 12, Enero - Diciembre 2007, págs. 11 - 24

Briceño-León, R. *Bienestar, salud pública y cambio social. Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales* (pp. 15-24). Río de Janeiro: Editora Fiocruz. 2000

Campbell A., Converse P., & Rodgers W. (1976) *The Quality of American Life*. New York: Russell Sage.

Cardona A., Doris; Agudelo G., Byron Héctor *Construcción cultural del concepto calidad de vida*. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 23, núm. 1, enero-junio, 2005, pp. 79-90 Universidad de Antioquia, Colombia

DANE (2010). *Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005-2020*. Estudios Postcensales No. 7. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Centro Andino de Altos Estudios (CANDANE).

Diario oficial 47.186, Ley 1251 de 2008. *Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores*. Disponible en: [www.eladebul.net/Bitacora/index.php](http://www.eladebul.net/Bitacora/index.php)

Dulcey E. López JH, Cano CA, Gómez, JF. *Calidad de vida. En: Adultos mayores*. editores. *Geriatría: Fundamentos de Medicina*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2006.

Estrada Alejandro, Cardona Doris, Segura Ángela María, Chavarriaga Lina Marcela, Ordóñez Jaime, Osorio Jorge Julián. *Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín, Biomédica*. 31:492-502, Colombia 2011. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>

Fleury E, Lana da Costa C. *Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos*. *CadSaúde Pública* 2004; 20(2):580-588.

Gallegos K, Durán GJ, López L, López M. *Factores asociados con las dimensiones de calidad de vida del adulto mayor en Morelos*. *Rev Invest Clin*. 2003; 55:260-9.

Haas, B. (1999). *Clarification and integration of similar quality of life concepts*. *Journal of nursingScholarships*, 31, 215 - 220.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill. México, 2006.

Herrera Estela Melguizo, Medrano Sandra Ayala, ConeoMaolis Grau, Duitama Alexandra Merchán, Hernandez Tatiana Montes, MartinezCaterine Payares, Villadiego Tatyana Reyes. *Calidad de Vida de Adultos Mayores en Centros de Protección Social en Cartagena (Colombia)*. *Aquichan*. 2014; 14(3) P. 537-548.

IglesiasSouto, P.M. y Dosil, A. (2005). *Algunos indicadores de percepción subjetiva implicados en la satisfacción del residente mayor. Propuesta de una escala de medida*. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40(2), 85-91.

Lobo A, Saz P, Marcos G, Grupo de Trabajo ZARADEMP. *MMSE: Examen Cognoscitivo Mini-Mental*. Madrid: TEA Ediciones; 2002.

Melguizo Herrera Estela, Acosta López Ana, Castellano Pérez Brunilda. Factores Asociados a la Calidad de Vida de Adultos Mayores. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2012; 28 (2): 251-263

Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención. Programa de Comportamiento Humano. *Norma Para el Diagnóstico y Atención Integral de la Mujer Maltratada*. (P.31), Santa Fé de Bogotá, Abril de 1999.

Nieto Antolínez Eco Mario Leonardo, Alonso Palacio Luz Marina. *¿Está preparado nuestro país para asumir los retos que plantea el envejecimiento poblacional?*. Salud Uninorte, vol. 23, núm. 2, 2007, pp. 292-301 Universidad del Norte Barranquilla, Colombia Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81723214>

OMS. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF World Health Organization, 2004.


Rodríguez Andrea Del Pilar, Caicedo JennifferMarlovi, Rodriguez Luz Marina Díaz, Mantilla Moreno Patricia, Criado María Lucenith. *Caracterización Desde Las Perspectivas De Riesgo De Las Familias Con Ancianos En Situación De Enfermedad Crónica*. Revista UniversaludIssn 2248-647x, Vol. 2, Diciembre de 2012.

Ryan, R.M. y Deci, E.L. (2001). *On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic wellbeing*. Annu. Rev. Psicol., 52, 141-66.

Ubilla, Enrique. *El concepto de salud mental en la obra de Erich Fromm*. Revista Chilena de Neuropsiquiatría, Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, Santiago, Chile, vol. 47, núm. 2, 2009, pp. 153-162.

## APÉNDICES

### Apéndice A

 <p>UNISANGIL Acuerdo Estratégico</p> <p>unab</p>	<p><b>Proyecto de Grado Ejercicio Académico</b></p> <p><b>Facultad de Psicología</b></p> <p><b>Universidad Autónoma de Bucaramanga – ext. Unisangil</b></p>
<p><b>CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE ADULTOS</b></p>	

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, manifiesto a ustedes mi aceptación de colaboración con el ejercicio académico dentro del Proyecto de Grado **Medición de Calidad de Vida en Adultos Mayores No Institucionalizados** y que ha sido explicado y entendido por mí, cuyas condiciones generales se encuentran en el documento que describe la actividad que desarrolla la Estudiante, del cual he recibido un ejemplar. Entiendo que toda la información concerniente a mi identidad es confidencial y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento escrito, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y por lo tanto estoy de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro la integridad física o mental de mi representado o de algún miembro de la comunidad. La valoración de la gravedad de la situación que permitirá quebrantar el principio de confidencialidad, será determinada por los supervisores del programa en concepto escrito que será puesto en mi conocimiento, pero que no tiene que contar con mi aceptación expresa. (Título II Art 2 Numeral 5 Confidencialidad, Título VII Capítulo 1 Artículo 23, 24, 25, 26).

En forma expresa manifiesto a ustedes que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven.

*(Lo anterior conforme al Literal i, Art 36, Cap.III, Título VII, Ley 1090/06 “...No practicar intervenciones sin consentimiento autorizado del usuario, o en casos de menores de edad dependientes, del consentimiento del acudiente*

He leído, comprendido y accedido a lo anteriormente mencionado.

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_



## Tabla de codificación y análisis de datos

- **Adulto Mayor**
  - **Adulto Mayor No Institucionalizado**
    - **Calidad De Vida**
      - **Salud Física**
        - Actividades de la vidadiaria
        - Demendencia a sustancias medicinales and medicamento para el sida
        - Energía y cansancio
        - Movilidad
        - Dolor y molestia
        - Sueño y descanso
        - Capacidad de trabajo
      - **Salud Psicológica**
        - Imagen corporal y apariencia
        - Sentimientosnegativos
        - Sentimientospositivos
        - Self-esteem
        - Espiritualidad / Religión / Personal creencias
        - Pensamiento, aprendizaje, memoria yconcentración
      - **Relaciones Sociales**
        - Relaciones personales
        - Soporte social
        - Actividad Sexual
      - **Ambiente**
        - Recursosfinancieros

- Libertad, seguridad física and seguro de salud and cuidado social: accesibilidad y calidad
- Ambiente en el hogar
- Oportunidades de adquirir nueva información y habilidades
- Participar en oportunidades de recreación / tiempo libre actividades de aire libre (contaminación / ruido / trafico / clima)
- Transporte