

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA EN SALUD EN EL ADULTO MAYOR  
INSTITUCIONALIZADO EN LA FUNDACIÓN AMPARO SAN JOSÉ EN EL  
AÑO 2017

ÁNGELA VANESSA CASTRO INSUASTY  
BRAYAN DANILO CORAL REVELO  
ANGIE DANIELA FAJARDO CARDENAS  
DANIELA ALEXANDRA ZAMUDIO MUÑOZ

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE MEDICINA  
SAN JUAN DE PASTO  
2017

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA EN SALUD EN EL ADULTO MAYOR  
INSTITUCIONALIZADO EN LA FUNDACIÓN AMPARO SAN JOSÉ EL EN AÑO  
2017.

ÁNGELA VANESSA CASTRO INSUASTY  
BRAYAN DANILO CORAL REVELO  
ANGIE DANIELA FAJARDO CARDENAS  
DANIELA ALEXANDRA ZAMUDIO MUÑOZ

Trabajo de grado presentado como requisito para otorgar  
el título de Médico General

Asesor Metodológico y Científico:

Dr. LUIS EDUARDO GONZALES.  
Asesor Estadístico:

Dr. LEONEL DELGADO.

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE MEDICINA  
SAN JUAN DE PASTO  
2017

## NOTA DE ACEPTACIÓN

---

---

---

---

---

---

---

Director

---

Jurado

---

Jurado

San Juan de Pasto, Septiembre 2017

## **NOTA DE RESPONSABILIDAD**

Las opiniones expresadas en esta investigación son responsabilidad de los autores y no comprometen a la FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN.

## **DEDICATORIA**

Esta tesis se la dedico al forjador de mi camino, mi Padre celestial,

A mi madre Janeth Insuasty, por brindarme su amor y apoyo incondicional en cada uno de mis sueños y proyectos,

A mi novio y a mis hermanos quienes son el motor de mi vida y la motivación más grande para salir adelante cada día.

A la Fundación Amparo San José, quien cálidamente nos abrió las puertas de tan prestigiosa Institución, para el desarrollo de este hermoso proyecto y nos acogió como parte de su familia.

**Ángela Castro Insuasty.**

Con todo mi cariño y agradecimiento,  
Para todas las personas Que me acompañaron por este arduo camino Y me apoyaron para cumplir esta etapa de mi vida.

Primero a Dios por darme la vida y Fortalecerme en los momentos difíciles.

A mis padres que han sido un ejemplo a seguir.

A mi esposa y a mi hijo Samuel que fueron la mayor motivación para terminar con esta meta, que pese a mi ausencia me esperaron con los brazos abiertos incondicionalmente.

Por último al programa de medicina, Por darme la oportunidad de formarme como profesional. A todos ellos mil gracias por creer siempre en mí.

**Brayan Danilo Coral Revelo.**

Esta tesis se la dedico a Dios y a la virgen de Guadalupe,  
Quienes me dieron fortaleza, sabiduría y entendimiento para seguir adelante y  
enfrentar todos los problemas que se me han presentado en el camino y así  
poder llegar cumplir esta meta.

A mis padres Francisco Fajardo y Sandra Cárdenas  
quienes por ellos soy lo que soy, por su apoyo, consejos, comprensión, amor,  
ayuda en los momentos difíciles y por ayudarme con los recursos necesarios para  
sacar mi carrera adelante. Me han dado todo lo que soy como persona, mis  
valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, Mi perseverancia, mi coraje para  
seguir mis objetivos.

A mi hermana por su apoyo, cariño y por esta en los momentos más importantes  
de mi vida y quien es el motor de mi vida y la motivación más grande para salir  
adelante.

**Angie Daniela Fajardo Cárdenas.**

En primera instancia  
Agradezco a Dios por Guiarme siempre por un buen camino,  
A mi Madre por Todo el esfuerzo dedicado y por enseñarme  
que todo sacrificio es recompensado,  
A mi Padre por Cada consejo dado, para ser una mejor  
Persona y Profesional día a día,  
A mi Hermana Mariangel  
por Apoyarme en cada momento, para no desfallecer, y finalmente  
a mis asesores Dr. Luis Eduardo Gonzáles y Dr. Leonel Delgado  
por su paciencia y dedicación.

**Daniela Alexandra Zamudio Muñoz**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por brindarnos la fortaleza serenidad y sabiduría, a nuestras familias por depositar su confianza en nosotros, a nuestros docentes por creer en nuestras capacidades, a la Fundación Amparo San José por ser uno de los pilares más importante en la realización de este proyecto, y a los adultos mayores que desinteresadamente participaron en la realización de este proyecto.

## CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	16
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.1 ADULTEZ MAYOR O VEJEZ	18
1.2 CALIDAD DE VIDA	19
1.2.1 Salud en el adulto mayor.	20
1.2.2 Integración social en la adultez mayor.	21
1.2.3 Habilidades funcionales en la adultez mayor	21
1.2.4 Actividad y ocio en la adultez mayor	21
1.2.5 Calidad ambiental en la adultez mayor	22
1.3 ASILO	23
1.4 ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO	24
1.5 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO Y SU INFLUENCIA EN LA INVESTIGACIÓN Y LA PRÁCTICA DE CALIDAD DE VIDA.	25
1.6 FORMULACION DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACION	26
2. JUSTIFICACIÓN	27
3. OBJETIVOS	28
3.1 OBJETIVO GENERAL	28
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
4. MARCO REFERENCIA	29
4.1 MARCO TEÓRICO	29
4.1.1 Definición de calidad de vida relacionada con la salud	29
4.1.2 Evaluación de calidad de vida relacionada con la salud	30
4.1.3 Cuestionario de salud SF – 36 de calidad de vida relacionada con la salud	31
4.1.4 Definición de las dimensiones del cuestionario sf-36 y presentación del modelo de interpretación	32
4.1.5 Medición del cuestionario de salud sf-36 para calidad de vida relacionada con la salud	33
4.2 MARCO CONCEPTUAL	36
4.2.1 Adulto mayor institucionalizado	36
4.2.2 Calidad de vida	37
4.3 MARCO CONTEXTUAL	39
4.4 MARCO LEGAL.	40
5. METODOLOGÍA	42
5.1 ENFOQUE DEL ESTUDIO.	42

5.2 TIPO DE ESTUDIO	42
5.3 POBLACIÓN A ESTUDIO	42
5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN	42
5.4.1 Criterios de inclusión	42
5.4.2 Criterios de exclusión.	43
5.5 TÉCNICAS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION	43
5.6 CONTROL DE SESGOS	43
5.6.1 Sesgo de inclusión	43
5.7 PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO	43
6. MARCO ETICO	44
6.1 EL CONSENTIMIENTO INFORMADO	44
6.2 LA CONFIDENCIALIDAD	44
6.3 ENTREVISTAS	44
7. VARIABLES	46
7.1 VARIABLES INDEPENDIENTE: SOCIODEMOGRÁFICAS	46
7.2 VARIABLES INDEPENDIENTES: NIVEL DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN CADA UNA DE LAS 8 DIMENSIONES.	48
7.3 VARIABLES INDEPENDIENTES: NIVEL DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LA TOTALIDAD DE LOS ASPECTOS DE SALUD FÍSICA Y ASPECTOS TOTALES DE SALUD MENTAL	50
8. RESULTADOS	51
8.1 ANALISIS UNIVARIADO	51
8.2 ANALISIS BIVARIADO	67
9. DISCUSIÓN	74
CONCLUSIONES	79
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	81
RECOMENDACIONES	83
BIBLIOGRAFIA	84
ANEXOS	87

## LISTA DE FIGURAS

	<b>pág.</b>
Figura 1. Fundación Amparo San José	39
Figura 2. Criterios éticos	45

## LISTA DE CUADROS

	<b>pág.</b>
Cuadro 1. Dimensiones de calidad de vida según el SF-36	34
Cuadro 2. Clasificación biopsicosocial	35
Cuadro 3. Significado de puntuación del SF-36	35
Cuadro 4. Variables sociodemográficas	46
Cuadro 5. Variables de las 8 dimensiones del SF-36	48
Cuadro 6. Variables de la totalidad del SF-36	50

## LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Genero de los adultos mayores de Fundación Amparo San José	52
Tabla 2. Estado civil de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José	53
Tabla 3. Dependencia en la que se encuentran los adultos mayores de la Fundación Amparo San José	54
Tabla 4. Procedencia de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José	55
Tabla 5. Fecha de ingreso de los adultos mayores a la Fundación Amparo San José	55
Tabla 6. Función física de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José	57
Tabla 7. Rol físico de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José	58
Tabla 8. Dolor corporal de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José	59
Tabla 9. Salud general de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José	60
Tabla 10. Vitalidad de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José	61
Tabla 11. Función social de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José	62
Tabla 12. Rol emocional de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José	63
Tabla 13. Salud mental de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José	64
Tabla 14. Aspectos totales de la salud física de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José	65
Tabla 15. Aspectos totales de la salud mental de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José	66
Tabla 16. Género y función física de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José	67
Tabla 17. Dependencia y función física de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José	69
Tabla 18. Dependencia y salud general de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José	70
Tabla 19. Edad y salud general de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José	71
Tabla 20. Edad y dolor corporal de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José	72

## LISTA DE GRAFICAS

	pág.
Gráfica 1. Edad de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José	51
Gráfica 2. Genero de los adultos mayores institucionalizados en la Fundación Amparo San José	52
Gráfica 3. Estado civil de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José	53
Gráfica 4. Dependencia en la que se encuentran los adultos mayores de la Fundación Amparo San José	54
Gráfica 5. Fecha de ingreso de los adultos mayores a la Fundación Amparo San José	56
Gráfica 6. Funcion fisica de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José	57
Gráfica 7. Rol físico de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José	58
Gráfica 8. Dolor corporal de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José	59
Gráfica 9. Salud general de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José	60
Gráfica 10. Vitalidad de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José	61
Gráfica 11. Función social de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José	62
Gráfica 12. Rol emocional de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José	63
Gráfica 13. Salud mental de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José	64
Gráfica 14. Aspectos totales de la salud física de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José	65
Gráfica 15. Aspectos totales de la salud mental de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José	66
Gráfica 16. Género y función física de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José	68

## **LISTA DE ANEXOS**

Anexo A. Cuestionario De Sf – 36

Anexo B. Consentimiento Informado

Anexo C. Evaluación Del Item De Transición

## INTRODUCCIÓN

La Calidad de Vida Relacionada en Salud es el aspecto de la calidad de vida que se refiere específicamente a la salud de la persona y se usa para designar los resultados concretos de la evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas, basándose en la investigación clínica de la medición del estado funcional y de la esfera psicológica del bienestar y de la salud mental.

Se estima que en el mundo hay unos 605 millones de personas de más de 60 años. La proporción de personas de edad seguirá aumentando durante las próximas décadas (OMS, 2002). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) el envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad. Este es un reto al que los familiares, cuidadores y profesionales de la salud y el desarrollo humano nos enfrentamos a diario.

La identificación del estado de calidad de vida relacionado en salud de los adultos mayores de acuerdo a las condiciones individuales de envejecimiento normal y patológico, es el objetivo que nos compete desarrollar en el presente estudio, el cual se realizará a través de una encuesta (SF-36) dirigida a los adultos mayores institucionalizados de la Fundación Amparo San José en la ciudad de Pasto en el año 2017.

Esperamos que estudiantes, profesionales, familiares, cuidadores y directivos de la fundación Amparo San José, se beneficien de este proyecto de investigación y de la experiencia de sus autores para cumplir el fin último de mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento es un proceso que se vive desde el nacimiento y se caracteriza por diferentes cambios en niveles físicos, mentales, individuales y colectivos. Estos cambios definen a las personas cuando están mayores, pero se debe ver como un proceso natural, inevitable y no necesariamente ligado a estereotipos; como una etapa de la vida apta para “crecer y continuar aprendiendo”. Hablando desde una perspectiva biológica, encontramos que en el envejecimiento todos los sistemas fisiológicos como el cardiorrespiratorio, osteomuscular y renal, las capacidades intelectuales, cognitivas y psicológicas empiezan a declinar (1)

El envejecimiento “es el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen a lo largo de la vida; es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Los cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales” (1)

En el proceso de envejecimiento el cuerpo empieza a cambiar de forma natural, disminuyendo principalmente sus capacidades físicas y reduciendo la funcionalidad; lo que conlleva a que sea más vulnerable influyendo finalmente en el deterioro de la calidad de vida la cual puede definirse según Dorsh como: un concepto que abarca todos los conocimientos de la vida, como los que experimentan las personas, incluyendo aspectos tales como la salud física, el equilibrio psíquico, la autonomía mental y la responsabilidad social (2)

Por otra parte el concepto de calidad de vida hace referencia, de forma amplia, al bienestar de una persona en relación con múltiples aspectos y facetas de su vida. En líneas generales, se puede afirmar que “la calidad de vida considera el bienestar físico, psicológico y social de una persona, aunque algunas definiciones añaden el bienestar espiritual. No obstante, es una construcción compleja ya que atiende a percepciones personales y, por tanto, está condicionada por múltiples factores sociales, culturales, económicos, etc. Por tanto, no es sorprendente que no exista una definición aceptada de forma unánime ni un método de medida estándar” (3)

De acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba “la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno” (4)

Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de calidad varían en función de la etapa evolutiva, es decir, que la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad. “En la tercera edad, los estudios han prestado especial atención a la influencia que tiene sobre la calidad de vida, las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de salud física, y los servicios que reciben las personas mayores” (5)

La Calidad de Vida (CV) en adultos mayores involucra la relación estrecha entre años de vida saludable y la esperanza de vida, en tanto, se puede expresar como la relación inversa entre CV y expectativa de incapacidad (a mayor calidad de vida menor discapacidad) (5)

Autores como Patrick y Erickson (1993) definen “la Calidad de vida relacionada con salud (CVRS) como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud” (6). Para Schumaker y Naughton (7). “es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo” (7).

## **1.1 ADULTEZ MAYOR O VEJEZ**

Debe ser considerada persona adulta mayor toda aquella mayor de 60 años (OPS y OMS, 2003). La vejez ha de contemplarse como un proceso diferencial y no como un estado. Se trata de cambios graduales en el que intervienen un número muy considerable de variables con diferentes efectos o que dará como resultado una serie de características diferenciales muy acusadas entre las personas de la misma edad cronológica (8).

El término tercera edad fue acuñado por los franceses para denominar a las personas de sesenta y cinco años. Los especialistas suelen utilizar la palabra “gerente” para definir a las personas mayores. “La extensión de la vida humana ha provocado el surgimiento de fases en las edades de los hombres. Si, como se piensa, la jubilación es el ingreso oficial a la vejez, la etapa próxima posterior que le sigue será lo que se conoce como tercera edad, coincidiendo con la definición viejos-jóvenes (60-75 años)” (9). Esta fase culmina cuando la declinación de la salud se convierte en lo central de la vida y es cuando aparece la dependencia. “Si se considera el período posterior a la jubilación como la tercera edad, entonces esta fase siguiente de la vejez, caracterizada por la declinación de la salud y el surgimiento de la dependencia” (10).

Se observan dos posiciones con respecto a la vejez que son contradictorias y que se van a arrastrar a lo largo de la historia en la cultura occidental. Estas dos posiciones están ilustradas en las consideraciones de dos filósofos griegos. Ellos

son: Platón y Aristóteles. En el primero, aparece una consideración positiva que, sin llegar a ser un elogio, brinda una visión no apocalíptica de la vejez y el viejo. Hace una defensa incondicional del anciano y reclama para ellos poder social. Por el contrario, Aristóteles, no oculta su crítica a la ancianidad que lo lleva a recusar la gerontocracia espartana. Este autor considera que la vejez es responsable de cuantos males encarnan en los humanos. “Estas dos posiciones del pensamiento griego se pueden ver reflejadas en la historias de las ciudades-estados, pues mientras en Esparta perdura el poder de la gerontocracia, alabada ésta por Platón, en Atenas la posición social de los ancianos será objeto de críticas y verán disminuidos su poder” (9).

En otro orden se entiende la vejez social como el resultado de la modernidad. Ésta, con sus adelantos técnicos, ha logrado alargar la vida de los individuos. En las sociedades pretéritas el grado de envejecimiento, entendido como la proporción de viejos en una sociedad, estaba en relación con su productividad. Los viejos que eran una carga se sacrificaban por todos dejándose morir, en una especie de suicidio altruista, o aceptando su sacrificio en manos de sus hijos o de algún miembro de la sociedad (11).

Al ir evolucionando la sociedad, la situación de los viejos se fue modificando. Al producir excedentes, la improductividad de los viejos pasó a un plano secundario y entonces no es necesaria su eliminación. Así, existiría una fuerte relación entre vejez y producción de excedentes. Esto no quiere decir que en las sociedades “ricas” la consideración a los viejos sea alta, sino que la situación de los viejos está relacionada con el grado de producción de excedentes. A mayor producción de excedentes, mayor probabilidad que la situación de los viejos mejore. “Las condiciones de vida de los viejos en las sociedades están íntimamente ligadas a las estructuras geográficas (ambientes), sociodemográficas y socioeconómicas, no descartando las políticas sociales que se implementan y que se descargan hacia el colectivo, ya sean éstas positivas (políticas sociales propiamente dichas) o negativas (salarios decrecientes, marginación cronológica y ancianísimo)” (12)

## **1.2 CALIDAD DE VIDA**

La calidad de vida se define como “el bienestar, felicidad y satisfacción de la persona, lo que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos” (13).

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado

psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno" (14)

La calidad de vida se entiende como una combinación óptima de factores psicológicos, afectivos, de salud, económicos, políticos, culturales y ambientales. Son aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria como la renta per cápita, el nivel educativo, las condiciones de vivienda, es decir, "aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan, como la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos. Las tres dimensiones que engloban e integralmente comprenden la calidad de vida son: Dimensión física, dimensión psicológica y dimensión social" (15).

A continuación se presentan las dimensiones que abarca la calidad de vida para el adulto mayor:

**1.2.1 Salud en el adulto mayor.** La Organización Mundial de la Salud define a la salud como "el bienestar físico, mental y social; sin embargo, el concepto es más amplio y significa no únicamente estar libre de enfermedades" (16).

Salud incluye dos dimensiones. La dimensión física es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad. Y la dimensión psicológica, la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima y la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento. (13)

En el adulto mayor, la salud es definida como la capacidad para atenderse a sí mismo y desenvolverse en el seno de la familia y la sociedad, la cual le permite desempeñar sus actividades de la vida diaria por sí solo. El hecho de que la persona tenga una limitación funcional para realizar alguna de sus actividades de la vida diaria le afectará en su calidad de vida. El grupo de edad avanzada desea estar libre de enfermedades. Una de las estrategias más importantes para obtener estos cambios es la participación del individuo con responsabilidad, mediante el auto cuidado. (12)

Las personas mayores necesitan que los servicios que se les ofrecen sean de calidad. El objetivo básico de la calidad de vida es que los servicios para las personas con pérdida de autonomía deben demostrar que se realizan a unos niveles mínimos exigidos por la normativa vigente y que permitan vivir dignamente. Se trata pues de que se produzca una adaptación del adulto mayor en el medio biológico, social y psíquico, estos tres aspectos están en continuo cambio. Para esto es necesario trabajar en el estilo y nivel de vida, en las condiciones y modos

de vida, en el contexto económico y social, la cultura, y la historia de vida individual y personal<sup>37</sup>. Este último es un elemento esencial.

**1.2.2 Integración social en la adultez mayor.** La integración social es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida, como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral. (17)

“El grado de bienestar del adulto mayor ha puesto una mayor atención a los mecanismos formales e informales de apoyo. Entre los primeros destaca el papel de los sistemas de seguridad social; en los segundos sobresale el papel de las redes sociales a través del estudio de los vínculos con familiares, amigos, vecinos y compañeros de trabajo” (15).

**1.2.3 Habilidades funcionales en la adultez mayor.** Establece que la funcionalidad incluye una compleja mezcla de factores fisiológicos, conductuales, cognitivos y sociales. Para el individuo promedio, el envejecimiento se asocia con una declinación de las capacidades funcionales y un aumento de la prevalencia de enfermedades agudas y crónicas. Sin embargo, la investigación gerontológica ha demostrado que las tasas de declinación típicas de las poblaciones modernas no están fisiológicamente determinadas y que los modos de vida saludables pueden retardar el proceso de envejecimiento en forma significativa. “La movilidad y la función mental son los elementos que mejor definen la autonomía, la independencia y el contacto social en el adulto mayor” (17)

En la vejez “es muy probable que surjan ciertas limitaciones funcionales, las cuales ocurren como resultado de una discapacidad y afectan la habilidad del individuo para ejecutar las tareas y obligaciones habituales y las actividades diarias típicas. Tanto las discapacidades como las limitaciones funcionales involucran la alteración de una función; sin embargo, la diferencia es en el nivel en que se produce la limitación” (8).

**1.2.4 Actividad y ocio en la adultez mayor.** Se reconoce que la participación es un elemento crítico de la calidad de vida y los expertos coinciden en señalar que hay amplias oportunidades para fortalecer la participación, integración social y el trabajo voluntario de las personas mayores, pese a que hay organizaciones muy activas en ese sentido, como algunas asociaciones de jubilados o pensionados. Se considera especialmente importante que los adultos mayores participen en las decisiones que los afecten, para lo cual es preciso fortalecer las agrupaciones existentes y reforzar el intercambio entre ellas, procurando fomentar la formación de redes. También es importante: “a) apoyar el desarrollo de organizaciones dedicadas al adulto mayor a fin de incrementar su protagonismo y capacidad para auto gestionarse y generar recursos; b) incluir a personas mayores en las distintas instancias que formulen y diseñen políticas, programas y proyectos; y c) ampliar el

diálogo entre las autoridades gubernamentales locales y las organizaciones del adulto mayor” (18).

El tiempo de ocio en los hombres y en las mujeres se ha incrementado en los últimos años entre los habitantes de grandes ciudades, pero no obstante ello, el reparto del tiempo de ocio entre las personas adultas es desigual. Por una parte están las personas inactivas con una sensación de gran disponibilidad y de tiempo vacío, mientras que otras con el trabajo se constatan como les disminuye el tiempo libre. La edad y el trabajo entre las personas adultas mayores es lo que regula o marca la disponibilidad de tiempo libre (8).

**1.2.5 Calidad ambiental en la adultez mayor.** La importancia del componente ambiental en el análisis y valoración de las personas mayores, de su adaptación o de su capacidad funcional, está en relación con las características tanto de los sujetos como del propio ambiente. La presión ambiental es percibida como la demanda o el grado de exigencia del ambiente sobre el individuo. La cualidad positiva o negativa de la interacción entre la persona y el ambiente, puede ser determinada en función del grado de competencia del sujeto. “El modelo ecológico sobre la vejez sostiene que la conducta es una función de la competencia de individuo y la presión ambiental de la situación. El comportamiento se considera resultado de una combinación de la presión ambiental de una determinada magnitud, que actúa sobre el individuo que tiene un grado específico de competencia” (19).

### **Satisfacción con la vida en la adultez mayor**

Muchos ancianos se perciben a sí mismos como individuos con una carga de experiencias a ofrecer y con sensación de bienestar. Consideran que envejecer no implica una declinación progresiva o, por lo menos, incontrolable. Esta satisfacción con la vida, no obstante, debe estar apoyada en la seguridad económica y social, una nutrición adecuada, un estado de salud relativamente bueno y relaciones familiares continentes. Fallando cualquiera de ellos, la percepción de bienestar se modifica tanto transitoria como permanentemente. Por su parte, los factores socioeconómicos gravitan poderosamente en la sensación de bienestar general de los ancianos. Los bajos ingresos por beneficios jubilatorios, o su ausencia, así como deficiente o ninguna cobertura médico-social, generan distintos grados de satisfacción por la vida, alterándola (17).

Resulta paradójico que tanto un excelente nivel socioeconómico y su contracara, la carencia de medios mínimos para una subsistencia digna, resulten en un acortamiento de la esperanza de vida. En el primer caso, “por una ingesta alimentaria rica en grasas, lo que deviene en un aumento de enfermedades cardiovasculares y cáncer y, en el segundo aspecto, por falta de nutrientes esenciales para el mantenimiento de la salud” (13).

Aquellos viejos que mantienen lazos afectivos activos con su familia (casados, con hijos, nietos o sobrinos) viven más años que quienes carecen de red socio-familiar. Se observa que “el índice de mortalidad es mayor entre los viudos durante los seis primeros meses de duelo, disminuyendo luego. Otro punto a tener en cuenta es el menor prestigio que tiene el anciano por causa de la modernización. Ello se debe a cambios en los valores, educación, estructura nuclear de la familia y vivienda más pequeña” (20).

Respecto a la independencia de los ancianos, existe un aumento de la tendencia de éstos a vivir en un hogar independiente de los hijos pero manteniendo estrecho contacto con ellos, rechazando en lo posible la institucionalización en un hogar geriátrico. “En estudios realizados en oriente y en occidente se observan diferencias fundamentales en este aspecto. Los orientales presentan mayor preferencia que los occidentales sajones a convivir con sus hijos y nietos en la ancianidad” (20).

### **1.3 ASILO**

Asilo es una palabra que proviene del latín *asylum*, donde *a*: sin *ysylum*: quitar, despojar, o sea, sin quitar o sin despojar, también viene del griego que significa sitio inolvidable. Se le dio este nombre a todo lugar que por cuidar humanitariamente a toda persona desprotegida, no debía ser afectado por la mayoría de las disposiciones militares, civiles, sociales, religiosas, económicas, industriales y gubernamentales. Conforme se fueron legislando las condiciones de estos espacios, el nombre asilo se identificó con una institución social en la que se proporcionaba protección, amparo y medios de subsistencia a los desvalidos, incapacitados, indigentes o menesterosos que no pudieran ejercer por sí mismos sus derechos humanos. Es así como se llega a asumir que la función social del asilo es la de ser una institución de protección y amparo para las personas imposibilitadas de ejercer sus derechos humanos y que necesitan del auxilio de otros.

La historia de los centros para ancianos se encuentra muy relacionada a la de los hospitales y a la del desarrollo económico y demográfico de los diferentes países que cuentan con sistemas de seguridad social y de salud para personas de edad avanzada. Conforme se fueron repensando las condiciones y necesidades de los ancianos, así como las condiciones de vida que ofrecían los asilos, este nombre se fue cambiando por uno más popular. “Casa hogar para ancianos”, el cual generalmente está identificado con el nombre de un santo, benefactor o fundador. “El pensarlo como hogar para ancianos no necesariamente implica que su organización, servicios y proyección social fueran diferentes, pero sí ponía de manifiesto la intención de llevar al anciano a una condición de vida más satisfactoria y gratificante, con la idea de verse integrado a una familia, similar a la de su hogar cotidiano y de origen” (21).

El asilo de ancianos se define, como un lugar para personas que no necesitan permanecer en un hospital, pero que necesitan cuidados especiales. La mayoría de estos centros cuentan con personal de enfermería capacitada disponible las 24 horas del día. Algunos asilos están equipados como un hospital. El personal presta cuidados médicos, así como fisioterapia y terapia del habla y ocupacional. Otros centros procuran aparentar ser más un hogar. Tratan de brindar una sensación de vecindario. Con frecuencia, no tienen un cronograma diario fijo y pueden contar con cocinas abiertas para los residentes. “Se les fomenta a los integrantes del personal a establecer relaciones con los ocupantes. Algunos asilos de ancianos cuentan con unidades de cuidados especiales para personas con problemas serios de memoria, tales como la enfermedad de Alzheimer. Algunos permiten la convivencia con parejas. Los asilos no son sólo para ancianos, sino para cualquier persona que necesite de los cuidados las 24 horas” (11).

Haciendo una síntesis, se puede mencionar que la calidad de vida es un factor indispensable para la vida cotidiana de las personas, la cual establece tres aspectos importantes que se deben de satisfacer. Dentro de éstas se pueden encontrar las necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales. Se puede decir que en la vejez las personas necesitan tener una calidad de vida digna, para poder de esta manera sobrellevar con actitud positiva esta etapa de la vida.

De acuerdo a las investigaciones consultadas se puede concluir que no importa si el adulto mayor se encuentra dentro de una institución como un asilo, o está en el hogar con su familia, siempre y cuando puedan satisfacer sus condiciones de vida de la mejor manera posible, permitiéndole desarrollar nuevas habilidades sociales, comprender su entorno y poseer satisfacción con la vida.

#### **1.4 ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO**

Rojas.<sup>(16)</sup> realizaron un estudio sobre la autonomía y estado de salud percibida en ancianos institucionalizados dando como conclusión que el anciano al ingresar por primera vez en un centro geriátrico se someterá a un período de adaptación y observación establecido en 20 días tras el cual será valorado por una comisión técnica. En un estudio realizado en la misma población se constató, que los resultados muestran la existencia de una relación significativa entre la autonomía e independencia de un anciano y su deterioro debido a la institucionalización. Las personas mayores institucionalizadas sufren lo que se denomina “las pérdidas asociadas a su envejecimiento”. Estas pérdidas son evidentes en un entorno que no son capaz de dominar, y finalmente se destruyen sus relaciones personales, que ha mantenido a lo largo de su vida. También la persona pierde la capacidad para lograr retener el control de su propia vida, la capacidad de decidir en cualquier aspecto de la vida cotidiana.

## **1.5 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO Y SU INFLUENCIA EN LA INVESTIGACIÓN Y LA PRÁCTICA DE CALIDAD DE VIDA.**

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general. En un primer momento, la expresión Calidad de Vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población.

Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos (Arostegui, 1998). El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70 y comienzos de los 80, provocará el proceso de diferenciación entre éstos y la Calidad de Vida. La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. La inclusión del término en la primera revista monográfica de EE UU, "Social Indicators Research", en 1974 y en "Sociological Abstracts" en 1979, contribuirá a su difusión teórica y metodológica, convirtiéndose la década de los 80 en la del despegue definitivo de la investigación en torno al término. Transcurridos 20 años, aún existe una falta de consenso sobre la definición del constructo y su evaluación. Así, aunque históricamente han existido dos aproximaciones básicas: aquella que lo concibe como una entidad unitaria, y la que lo considera un constructo compuesto por una serie de dominios, todavía en 1995, Felce y Perry encontraron diversos modelos conceptuales de Calidad de Vida. A las tres conceptualizaciones que ya había propuesto Borthwick-Duffy en 1992, añadieron una cuarta. Según éstas, "la Calidad de Vida ha sido definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona (a), como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales (b), como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta (c) y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales" (22)

La evaluación del concepto presenta una situación parecida. Para Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger (1993), los enfoques de investigación de este concepto son variados, pero podrían englobarse en dos tipos: Enfoques cuantitativos, cuyo propósito es operacionalizar la Calidad de Vida. Para ello, han estudiado diferentes indicadores: Sociales (se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc... Psicológicos (miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales); y Ecológicos (miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente) y, Enfoques cualitativos que adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente. A pesar de esta aparente falta de acuerdo entre los investigadores sobre la definición de calidad de vida y la metodología utilizada para su estudio, el concepto ha tenido un impacto significativo en la evaluación y planificación de servicios durante los últimos años (22)

Al realizar una minuciosa revisión de estudios encaminados a evaluar la calidad de vida en el adulto mayor ya se institucionalizado o no, se encontró carencia del conocimiento que genere un soporte científico y estadístico, que revele datos la calidad de vida de a nivel tanto nacional como regional en esta población.

El enfoque que se pretende evaluar en la población geriátrica, abarca aspectos fisiológicos y además psicosociales que realicen una aproximación congruente con la realidad en la que ellos viven de acuerdo a su entorno, condiciones de vida y capacidades individuales que demuestren independencia en la realización de actividades básicas, sin descuidar la parte humana.

## **1.6 FORMULACION DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACION**

En la actualidad, en la ciudad de Pasto no existen estudios que determinen el estado de la calidad de vida relacionada con salud del adulto mayor institucionalizado (23). De esta manera es evidente que en nuestro medio se desconoce la relación de calidad de vida en un ámbito biopsicosocial ya que el estado de salud en el adulto mayor institucionalizado abarca aspectos más amplios, por lo tanto planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de la calidad de vida Relacionada con salud de los adultos mayores institucionalizados en la Fundación Amparo San José en el año 2017?

## 2. JUSTIFICACIÓN

Este estudio se realiza para generar una aproximación confiable y relevante acerca de la calidad de vida en los adultos mayores institucionalizados para identificar el impacto de este abordaje en la salud de este grupo de población.

Teniendo en cuenta que actualmente en el municipio de Pasto no se ha realizado un estudio acerca de calidad de vida en adultos mayores institucionalizados, es de gran importancia efectuarlo para poder generar algún aporte benéfico para la sociedad Nariñense.

A demás se realiza el presente estudio para identificar los problemas y dificultades en la verificación de la calidad de vida en personas mayores institucionalizadas en la Fundación Amparo San José.

El beneficio es para los adultos mayores de la fundación amparo San José de Pasto puesto que tras el estudio realizado se podría implementar algunas herramientas para evitar complicaciones con la enfermedad de base y mejorar la calidad de vida, teniendo en cuenta futuras complicaciones del paciente.

Es un proyecto importante a nivel regional ya que en la ciudad de San Juan de Pasto no se han desarrollado investigaciones similares que permitan conocer resultados con el objetivo de diseñar y gestionar programas dirigidos a este grupo de población.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Identificar el nivel Calidad de Vida Relacionada con Salud de los adultos mayores institucionalizados en el año 2017 en la fundación amparo San José por medio del cuestionario (SF- 36).

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Caracterizar socio-demográficamente a los adultos mayores institucionalizados en el año 2017 en la Fundación Amparo San José.

Interpretar el nivel de calidad de vida en los adultos mayores, al basarse en las ocho dimensiones dadas por el cuestionario SF-36 en la población a estudio.

Identificar los estados de salud tanto positivos como negativos desde las dimensiones salud física y salud mental de los adultos mayores.

## 4. MARCO REFERENCIA

### 4.1 MARCO TEÓRICO

La calidad de vida es la forma en la que un individuo evalúa su vida como satisfactoria o susceptible de mejora.

Todo individuo trata de estar en constante superación y de encontrarse mejor consigo mismo así como con aquellos que le rodean. Este proceso de encuentro es complejo, paulatino y difícil. Sin embargo es una búsqueda natural que toda persona emprende para encontrarse así mismo.

El camino de conocerse prepara el terreno para poder utilizarse mejor como recurso. De esa utilización que cada persona hace de sí mismo resultara una evaluación subjetiva que cada persona hará acerca de su comportamiento y de su situación. De esa evaluación que haga dependerá su calidad de vida.

Por lo tanto la calidad de vida es mayoritariamente una evaluación subjetiva, no importa que una persona viva aparentemente bien rodeada de excesos, si su evaluación no es apropiada tendrá una mala calidad de vida en consecuencia.

Podríamos decir que “la búsqueda de las satisfacciones, es la piedra angular de este proceso” (23).

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es la que mejor define el impacto de la enfermedad sobre la vida y el bienestar del individuo. <sup>10</sup>La medida de la CVRS no incluye únicamente los aspectos fisiopatológicos de una enfermedad sino también los factores psicosociales inherentes a la misma, además de las posibles limitaciones que comporte.

Gran parte de los estudios realizados sobre calidad de vida han consistido en evaluar los posibles cambios en la salud, en los niveles fisiológico, psicológico y social, en términos de la relación costo/beneficio humanos y financieros de nuevos programas e intervenciones terapéuticos.

**4.1.1 Definición de calidad de vida relacionada con la salud.** Desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) definiera la salud, la medida de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ha ido adquiriendo paulatinamente gran importancia como medida de resultado en el ámbito sanitario, convirtiéndose en un tema central de estudio e investigación, que ha dado lugar a numerosos trabajos de investigación que han ido creciendo de forma exponencial sobre todo en las dos últimas décadas.

La psicología, en especial la psicometría posee varias axiomas y conceptos de calidad de vida relacionada con la salud, de ellas se ha tomado la siguiente definición:

“Calidad de vida relacionada con la salud consiste en una evaluación subjetiva por parte de las personas, relativa a cómo aspectos diferentes relacionados con su estado de salud pueden estar influyendo sobre su habilidad para lograr mantener un nivel de funcionamiento general que les permita perseguir las metas que son valiosas en sus vidas, todo lo cual quedaría reflejado en su nivel de bienestar” (24)

Esta definición contiene tres elementos claves:

- a. Está descrita en términos de experiencia subjetiva individual. La calidad de vida no es necesariamente observable.
- b. La definición se restringe a aquellos factores que entran dentro del ámbito específico de la salud.
- c. Las dimensiones consideradas como universalmente críticas están referidas a la habilidad de las personas para perseguir sus metas.

Tanto la vitalidad, como el dolor y la discapacidad, “se dejan influir por las experiencias personales y por las expectativas de una persona. Considerando que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidad pueden afectar la calidad de vida, dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente percepción personal de su salud” (24).

Se han observado diferentes interpretaciones entre el paciente, la familia, y el equipo de salud, así como discrepancias en su evaluación. En este contexto, “es el paciente quien debe emitir el juicio perceptivo de calidad de vida. Se ha evaluado calidad de vida en diversos grupos con diferentes padecimientos y con distintos instrumentos” (24).

En su concepción más amplia, “la calidad de vida recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad” (24).

**4.1.2 Evaluación de calidad de vida relacionada con la salud.** Puesto que la calidad de vida incluye la evaluación de elementos subjetivos, se requiere de un método consistente para recabar información del individuo. Las mediciones de calidad de vida pueden usarse para planear programas de tratamiento a corto plazo y para evaluar a grupos con diagnósticos específicos (25).

Existen diferentes tipos de medidas en la evaluación de la calidad de vida, desde las más generales o *genéricas*, aplicables de forma casi universal a patologías y condiciones muy diversas, a las más *específicas* diseñadas para ser aplicadas a patologías concretas, en condiciones específicas. Tal diversidad es atribuible en parte a la ambigüedad e insatisfactoria definición del concepto a lo largo de los años, así como a los particulares objetivos y motivaciones de los investigadores.

A medida que se ha ido avanzando en el estudio de la calidad de vida se ha hecho necesario llegar a acuerdos sobre su naturaleza y características. Actualmente parece haberse alcanzado un cierto consenso para considerar la calidad de vida relacionada con la salud como un concepto multidimensional que incorpora factores físicos, psicosociales, intelectuales, creencias, etc., donde la perspectiva del propio sujeto es fundamental. Como se deduce de lo anterior, la CVRS mantiene una relación directa con las dimensiones física, psicológica y social de la salud, áreas que pueden ser influidas por las vivencias, expectativas, percepciones, etc. (25)

Las dimensiones que emergen de forma consistente en la literatura sobre calidad de vida son: *función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental*, entonces para poder evaluarse de manera completa, debe reconocerse en su concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como situación económica. Es por ello que la calidad de vida “se conceptualiza 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 calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien” (25). En el área médica el enfoque de calidad de vida se limita a la relacionada con la salud. (Health- Related Quality of Life). Este término permite distinguirla de otros factores y está principalmente relacionado con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento.

Existen múltiples instrumentos diseñados para evaluar las dimensiones que integran las mediciones de salud y de calidad de vida, El cuestionario de salud SF-36 como medida de la CVRS (26)

**4.1.3 Cuestionario de salud SF – 36 de calidad de vida relacionada con la salud.** “El cuestionario de salud MOS-SF-36 (*36-item Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey*) fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS), posteriormente fue traducida al español por Alonso y cols para el uso en Iberoamérica” (27). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general. Sus buenas propiedades psicométricas y la

multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS (27).

El Cuestionario de Salud SF-36<sup>14</sup> está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el MOS, que incluían 40 conceptos relacionados con la salud. Para crear el cuestionario, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del test inicial. El cuestionario final cubre 8 escalas o dimensiones (*función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental*), que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento (28).

Hay 2 versiones del cuestionario en cuanto al período recordatorio: la «estándar» (4 semanas) y la «aguda» (1 semana). El cuestionario está dirigido a personas de  $\geq 14$  años de edad y preferentemente debe ser por auto reporte, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal y telefónica (28).

**4.1.4 Definición de las dimensiones del cuestionario sf-36 y presentación del modelo de interpretación.** Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes dimensiones: Función física (FF), Rol físico (RF), Dolor corporal (DC), Salud general (SG), Vitalidad (VT), Función social (FS), Rol emocional (RE) y Salud mental (SM). Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36. Las 8 dimensiones son:

1. Función Física (FF): Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos (10 preguntas).
2. Rol físico (RF): Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades (4 preguntas).
3. Dolor corporal (DC): Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (2 preguntas).
4. Salud General (SG): Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse (5 preguntas).

5. Vitalidad (VT): Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 preguntas).
6. Función Social (FS): Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (2 preguntas).
7. Rol Emocional (RE): Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (3 preguntas).
8. Salud mental (SM): Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 preguntas).
9. Adicionalmente esta un ítem del cuestionario (variable HT) que se refiere a la *transición de la salud*, que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo (28).

**4.1.5 Medición del cuestionario de salud sf-36 para calidad de vida relacionada con la salud.** Para su evaluación se ha propuesto la forma de puntuación, Rand Group <sup>15</sup> estableció una graduación de las respuestas para cada tema desde 0 a 100 puntos. No todas las respuestas tienen el mismo valor, ya que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta. Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 puntos (lo mejor es 100 puntos). Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntúan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntúan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100. Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100. Los ítems no respondidos no se consideran. Las características de las puntuaciones son como siguen:

- A) “Los temas y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuantos mayores sean, mejor estado de salud.
- B) El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100” (29)

“El cuestionario detecta tanto estados positivos de salud, como negativos. El contenido del cuestionario se centra en el estado funcional y el bienestar emocional. Su ámbito de aplicación abarca población general y pacientes, y se emplea en estudios descriptivos y de evaluación” (29).

El cuestionario no está diseñado para proporcionar un índice global, aunque en ocasiones se han propuesto puntuaciones resumen de salud física y de salud mental, mediante la combinación de las respuestas de los temas. “La sumatoria y los promedios de las dimensiones de función física, rol físico, dolor corporal, salud general permiten estimar *los aspectos totales de la salud física* y la sumatoria y los promedios de dimensiones de vitalidad, función social, rol emocional y salud

mental, determinaran *los aspectos totales de la salud mental* de los individuos encuestados. Tiene la misma interpretación encontrando en general nivel de “mejor” o “peor” calidad de vida” (29).

“El cuestionario detecta el estado de “peor” calidad de vida relacionada con la salud (menores puntuaciones que se acerque a 0) y el estado de “mejor” calidad de vida relacionada con la salud (mayores puntuaciones que se acerquen a 100)” (29).

## **DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL SF-36**

**Cuadro 1.** Dimensiones de calidad de vida según el SF-36

DIMENSION	SIGNIFICADO
Función física	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.
Rol físico	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.
Dolor corporal	Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.
Salud general	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar
Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.
Función social	Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
Rol emocional	Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.
Salud mental	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

Fuente: esta investigación

## CLASIFICACION BIOPSIKOSOCIAL

**Cuadro 2.** Clasificación biopsicosocial

BIOLOGICO	PSICOLOGICO	SOCIAL
FUNCION FISICA	ROL EMOCIONAL	FUNCION SOCIAL
ROL FISICO	SALUD MENTAL	
DOLOR FISICO		
SALUD GENERAL		
VITALIDAD		

Fuente: esta investigación

## SIGNIFICADO DE PUNTUACIONES de 0 a 100 según el SF- 36

**Cuadro 3.** Significado de puntuación del SF-36

DIMENSIÓN	N.O DE ÍTEMS	«PEOR» PUNTUACIÓN (0)	«MEJOR» PUNTUACIÓN (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo

Continuación cuadro 3.

DIMENSIÓN	N.O DE ÍTEMS	«PEOR» PUNTUACIÓN (0)	«MEJOR» PUNTUACIÓN (100)
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo durante todo el tiempo
Ítem de transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año

## 4.2 MARCO CONCEPTUAL

Para el abordaje de la temática que propone la presente investigación, es importante tener claridad sobre los conceptos relacionados con la calidad de vida del adulto mayor.

**4.2.1 Adulto mayor institucionalizado.** Rojas realiza un estudio sobre la autonomía y estado de salud percibida en ancianos institucionalizados dando como conclusión que

El anciano al ingresar por primera vez en un centro geriátrico se someterá a un período de adaptación y observación establecido en 20 días tras el cual será valorado por una comisión técnica. En un estudio realizado en la misma población se constató, que los resultados muestran la existencia de una relación significativa entre la autonomía e independencia de un anciano y su deterioro debido a la institucionalización. Las personas mayores institucionalizadas sufren lo que se denomina “las pérdidas asociadas a su envejecimiento”. Estas pérdidas son evidentes en un entorno que no son capaz de dominar, y finalmente se destruyen sus relaciones personales, que ha mantenido a lo largo de su vida. También la persona pierde la capacidad para lograr retener el control de su propia vida, la capacidad de decidir en cualquier aspecto de la vida cotidiana (30).

Estudios revelan que el porcentaje de envejecimiento cada día se incrementa, se estima que en solo un siglo, el país pasó de 4.355.470 personas a un total de 41.468.384 habitantes, de los cuales el 6,3% (2.612.508) es mayor de 65 años, es decir que la población geriátrica crece anualmente con 4%.<sup>17</sup> Todos los adultos mayores presentan características diferentes, requiriendo cuidados específicos de acuerdo a las discapacidades o condiciones que cada uno de ellos presente; si hablamos acerca del adulto mayor institucionalizado es claro que su percepción social, psicológica y física no será igual a un adulto mayor no institucionalizado, reflejándose con gran deterioro en su calidad de vida (31).

**4.2.2 Calidad de vida.** Si bien el tema de la calidad de vida o de la "buena vida" está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), "la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI. Anualmente se publican en revistas médicas más de 2.000 artículos, poniendo de manifiesto tanto el gran interés como la amplia gama de acepciones del término" (32).

Por otra parte,

La vida actual, caracterizada por un aumento en la longevidad, no está necesariamente asociada a mejor calidad de vida. El aumento de la frecuencia y velocidad de los cambios (revolución tecnológica), la inseguridad constante, el exceso de información, el desempleo o el multiempleo, los cambios en la estructura familiar (divorcios, uniones inestables, ambos padres en el mercado laboral), la pérdida de motivaciones, lealtades, valores, señalan los múltiples factores estresantes a que estamos sometidas la mayoría de los seres humanos. Se conoce que el estrés predispone a la enfermedad y deteriora la calidad de vida. El Grupo de Trabajo Europeo de la Organización Mundial de la Salud (Levi, L., 2001) estima para el 2020 que el stress sea la causa principal de muerte, vinculándola en primer lugar a afecciones cardiovasculares y a las depresiones con su consecuente riesgo suicida. Esta situación en que conviven el permanente avance de la ciencia, la enorme producción de bienes, grandes gastos en salud junto a montos elevados de stress y enfermedades asociadas, insatisfacción en gran parte de los usuarios de los servicios de salud, lleva a cuestionarse qué pasa en nuestras sociedades, en general, y en particular qué concepto de salud y definido por quién estamos usando (32).

Entramos en el siglo XXI, la tecnología avanza a pasos agigantados y la medicina no es ajena a este crecimiento. Los conocimientos disponibles permitirían solucionar los problemas de alimentación de la humanidad. Sin embargo, como señaló el Encuentro Continental de Educación Médica (1994) en la Declaración de Uruguay -en una afirmación que a casi 10 años mantiene total vigencia-, "las significativas transformaciones políticas y económicas y especialmente la reforma del sector salud, iniciada en la mayoría de los países del continente, no se han

reflejado positivamente en el desarrollo de las condiciones de vida, de modo de promover con equidad mejoras en las condiciones de salud de nuestras poblaciones" (32).

En relación a la atención en salud, el excesivo énfasis en los aspectos tecnológicos y el deterioro de la comunicación equipo de salud-paciente ha ido quitándole a la relación de ayuda profesional la calidad relacional que fuese otrora soporte social para el paciente y fuente de gratificación y reconocimiento para el profesional de la salud. "El diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, a nivel biomédico exclusivamente, el uso de complicados procedimientos tecnológicos, que sin duda han representado un salto cualitativo a nivel de la supervivencia en enfermedades antes rápidamente mortales, han dejado de lado, en muchas ocasiones, la aproximación más holística al cuidado de la salud, donde no sólo se busque combatir la enfermedad sino promover el bienestar" (32).

La prevalencia de enfermedades crónicas, "en la mayoría de los países, para las cuales no existe una curación total y donde el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de los servicios de salud" (32).

En este contexto, "la incorporación de la medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como una medida necesaria ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones" (33).

Como consecuencia de estos cambios se ve disminuida la percepción de calidad de vida que según la OMS es definida como 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. El concepto de calidad de vida es multidimensional no se le puede evaluar atendiendo solo a los bienes materiales o el estado de salud, sino que también incorpora factores físicos y psicológicos.<sup>20</sup> Para evaluar todos estos aspectos se ven contenidos en estas dimensiones física, psíquica y funcional, además del auto percepción de la salud (34).

En cuanto a los adultos mayores en varios estudios se ha definido la calidad de vida de forma positiva y negativa. "Positiva cuando se cuenta con buenas relaciones familiares y sociales con buena salud, y negativa cuando son dependientes, tienen limitaciones funcionales, son infelices o tienen una reducción de sus redes sociales" (35)

"La importancia de evaluar la calidad de vida que se ve implicada con el estado de salud en la población geriátrica, conlleva a detectar los beneficios y las consecuencias que son el resultado de diferentes estilos de vida, diversas

enfermedades y a su vez un amplio rango de tratamientos distintos, los cuales se realizan con el objetivo de mejorar la calidad de vida en cada adulto mayor” (33).

#### **4.3 MARCO CONTEXTUAL**

“El Municipio de Pasto, capital del Departamento de Nariño, se encuentra ubicado al sur de Colombia, tiene una extensión de 1.128, 4 KMs<sup>2</sup>., el área urbana es de 26.4 KMs<sup>2</sup>, una población estimada para el 2012 de 434.540. Habitantes, de los cuales el 89.72% habita en las 12 comunas que constituyen la ciudad de San Juan de Pasto y el 10.28% en los 13 corregimientos que conforman el sector rural del municipio” (36)

“La extensión del Municipio es de 1.128,4 Kilómetros Cuadrados Km<sup>2</sup>. Temperatura Promedio del Municipio: 13 Grados Centígrados. Tiene una División territorial y administrativa conformada en el área urbana en 12 comunas y en la zona rural, compuesta por 14 corregimientos: Buesaquillo, Cabrera, Catambuco, El Encano, Genoy, Gualmatan, La Caldera, La Laguna, Mapachico, Mocondino, Morasurco, Obonuco Santa Bárbara y Jamondino nombrado corregimiento en el año 2008” (12).

**Figura 1.** Fundación Amparo San José



Fuente: esta investigación

Institución privada sin ánimo de lucro, perteneciente a la Diócesis de Pasto, fundada en 1949 y dedicada al cuidado integral de adultos mayores entre ellos los

menos favorecidos y desprotegidos. Ubicada en el barrio La Carolina de la ciudad de San Juan de Pasto, ofrece servicios de:

- Alojamiento
- Alimentación
- Vestido
- Rehabilitación
- Acompañamiento espiritual
- Servicios de salud en Cuidados paliativo
- Estancia permanente como Centro de Bienestar del Adulto Mayor para albergue social o Servicio de pensión particular

Se divide en tres unidades de atención que son:

- Unidad de beneficencia: Cuenta con servicio de suministro de medicamentos, enfermería (8 horas diurnas), gerontología, trabajo social y terapia ocupacional.
- Unidad de pensión: proporciona una atención más directa al adulto mayor, hospedaje en habitaciones individuales o biopersonales, terapia ocupacional, fisioterapia, atención médica de urgencia, psicología, trabajo social entre otros.
- Unidad de cuidados paliativos: atención a pacientes con enfermedades terminales o de cuidados especiales que son remitidos por EPS de igual manera cuenta con los servicios antes mencionados.

Misión. La fundación Amparo San José presta servicios de salud y complementarios, encaminados a fortalecer y mejorar la calidad de vida de los usuarios, fundamentada en principios y valores, a través de un equipo humano idóneo y comprometido con el mejoramiento continuo de sus procesos, el manejo eficiente de los recursos, la seguridad y la satisfacción permanente de sus usuarios.

Visión. Ser un centro de bienestar Diocesano para el adulto mayor, líder en la prestación de servicios de salud y complementarios del suroccidente colombiano, con un equipo humano comprometido en la atención con humanización y espiritualidad.

#### **4.4 MARCO LEGAL.**

el adulto mayor en Colombia está protegido por ciertas leyes que velan por su bienestar social, entre estas leyes se encuentra la Ley 1276 Del 2009 que establece nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros

vida que contribuyen a brindarles una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida. La Ley 1251 del 2008 que tiene como objeto proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez.

Según la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez del 2007 al 2019 que tiene como interés principal para el estado colombiano, la atención integral de las necesidades de las personas mayores y el proceso de envejecimiento, que tiene como objetivo buscar la integralidad para los niveles nacionales, departamentales y municipales con el fin de incorporar en los planes de desarrollo las acciones positivas encaminadas a mejorar las condiciones de vida de las personas mayores y crear condiciones para el envejecimiento de esta población por ejemplo: convivencia para personas mayores solas con el fortalecimiento de redes de apoyo, el monitoreo y vigilancia de asistencia social, desarrollar una red asistencial ideal y disminución de costos de transporte, indicando interés e importancia para la investigación, por mostrar la calidad de vida y la expectativa de vida de esta población y proporcionando datos estadísticos de Colombia indicando si se encuentran vivos o muertos si están acompañados o solos y si tiene recursos económicos y si estudiaron o no.

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1 ENFOQUE DEL ESTUDIO.**

Se realizara un estudio con enfoque cuantitativo.

### **5.2 TIPO DE ESTUDIO**

- Tipología: descriptivo
- Según aleatorización: estudio observacional (no al azar)
- Según el tiempo o número de intervenciones: transversal
- Según su objetivo: Aporta Conocimiento etiológico

### **5.3 POBLACIÓN A ESTUDIO**

- Pacientes mayores institucionalizados, en la fundación amparo San José de Pasto- Nariño en el año 2017.
- La población a estudio que se tomó para la realización del estudio fue de 85 adultos mayores institucionalizados de acuerdo con los lineamientos de criterios de inclusión y exclusión.
- En el mes de abril del 2017, se realizaron un total de 24 visitas en la Fundación Amparo San José, en donde se le leyó a los adultos mayores el consentimiento informado, con la respectiva firma de los participantes y posteriormente se inició la recolección de datos pertinente con la utilización del cuestionario SF-36. Una vez diligenciadas todas las encuestas se procedió a realizar las cuentas de una a una de las encuestas para obtener cifras numéricas cuantificables, para ser guardadas en una base de datos y procesadas en Excel y en el paquete estadístico graphics stat demo para la realización del estudio estadístico.

### **5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **5.4.1 Criterios de inclusión**

- Adultos mayores de 60 años institucionalizados en la Fundación Amparo San José.
- Adultos mayores institucionalizados en la Fundación Amparo San José, los cuales se encuentren institucionalizados en un periodo mayor de 20 días.

#### **5.4.2 Criterios de exclusión.**

- Adultos mayores institucionalizados en la Fundación Amparo San José que se encuentren impedidos mentalmente.
- Adultos mayores institucionalizados en la Fundación Amparo San José que no hayan firmado consentimiento informado para la realización de la encuesta.

#### **5.5 TÉCNICAS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION**

Las técnicas de recolección de información que utilizamos son:

- la entrevista ya que vamos a interactuar con los adultos mayores de la Fundación Amparo San José realizando preguntas encontramos unas preguntas abiertas y otras cerradas de acuerdo al cuestionario anexo, esto con el fin de obtener información acerca de la calidad de vida de estas personas.
- La encuesta porque se realizan una serie de preguntas dirigidas a los adultos mayores de la Fundación Amparo San José en la investigación. Con estas encuestas nos servirán para tener información sobre muchas personas y pueden incluir elección múltiple/forzada o preguntas abiertas (como información demográfica, salud, conocimiento, opiniones, creencias, actitudes o habilidades).

#### **5.6 CONTROL DE SESGOS**

**5.6.1 Sesgo de inclusión.** Se presenta este tipo de sesgo ya que la población seleccionada que se tomó, tuvo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, lo que desafortunadamente suprimió del estudio a 103 personas, de un total de población de 188 personas, de las cuales no cumplían con la edad de 60 años, se encontraban impedidas mentalmente, o no cumplían con el tiempo de institucionalización (20 días) o no quisieron ser parte del estudio.

#### **5.7 PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO**

- Se realizó el análisis univariado y bivariado de todas las personas del estudio, mediante gráficas y tablas utilizando Excel y el Paquete estadístico Stat Graphics Demo (Prueba)
- Para la Asociación de variables se utilizará tablas de contingencia y se aplicó pruebas de estudio utilizando el estadístico Chi cuadrado con un P valor de significancia  $> 0,05$  (Asociación de Variables)

## **6. MARCO ETICO**

Estos requisitos están relacionados con: la aplicación del consentimiento informado y el manejo de la confidencialidad y de los posibles riesgos a los que se enfrentan los participantes del estudio. Todo esto será abordado en la pregunta, los objetivos, los referenciales teóricos, las estrategias de recolección de datos y en la divulgación de los resultados.

### **6.1 EL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El uso del consentimiento informado responde a una ética donde los seres humanos deben ser tratados como un fin en sí mismos y nunca como un medio para conseguir algo. Así, los participantes del estudio deben estar de acuerdo con ser informantes y, a su vez, deben conocer tanto sus derechos como sus responsabilidades dentro de la investigación. La finalidad del consentimiento es que los individuos acepten participar en la investigación cuando esta concuerda tanto con sus valores y principios como con el interés que les despierta el aportar su experiencia frente al fenómeno estudiado, sin que esta participación les signifique algún perjuicio moral.

### **6.2 LA CONFIDENCIALIDAD**

Los códigos de ética hacen énfasis en la seguridad y protección de la identidad de las personas que participan como informantes de la investigación. La confidencialidad se refiere tanto al anonimato en la identidad de las personas participantes en el estudio, como a la privacidad de la información que es revelada por los mismos, por tanto, para mantenerla se asigna un número o un pseudónimo a los entrevistados. El pseudónimo puede ser elegido por el participante, lo cual permitirá que este sienta confianza en el proceso y tenga credibilidad en la confidencialidad en los resultados de la investigación.

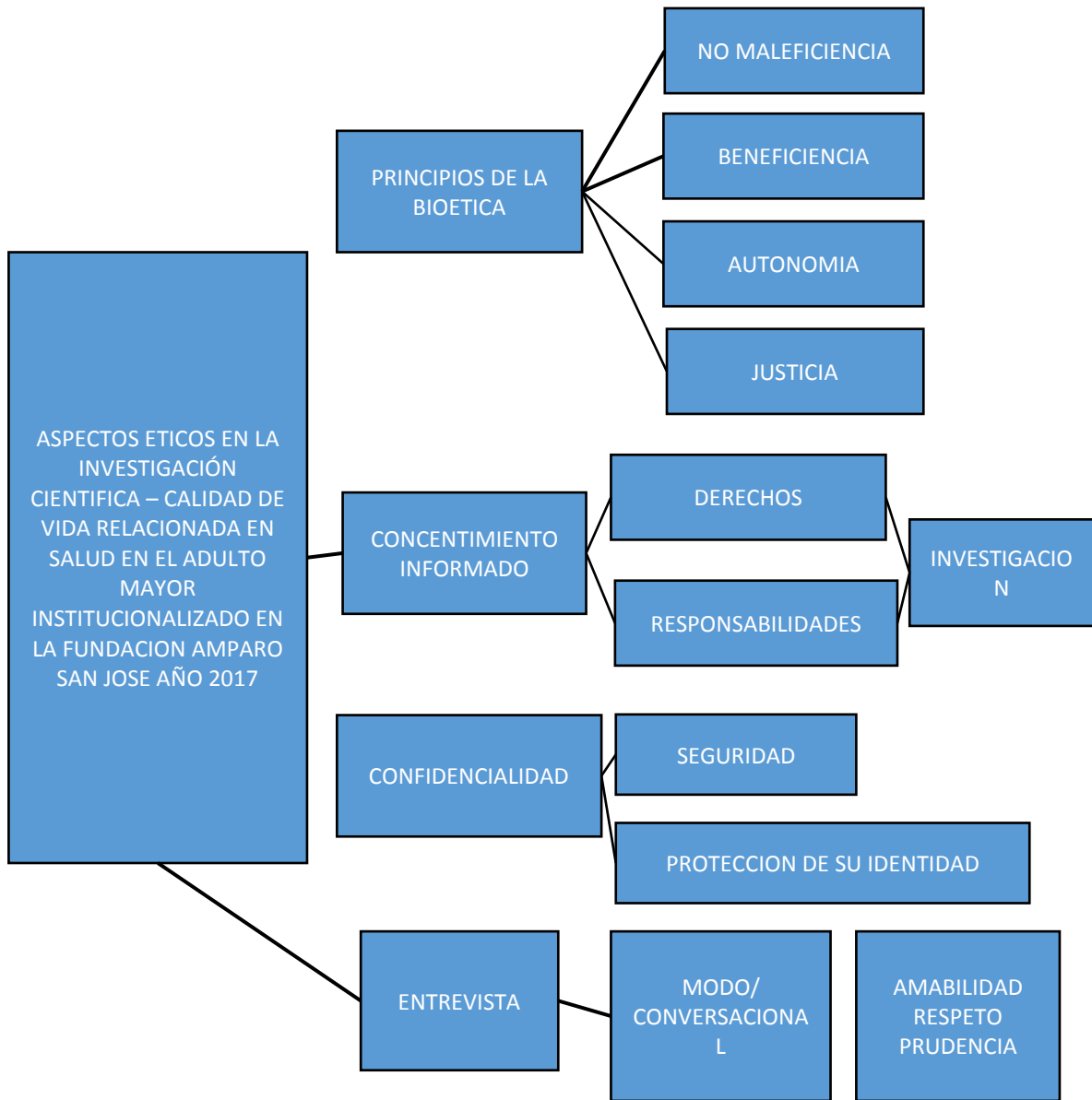
### **6.3 ENTREVISTAS**

La entrevista debe semejarse a una conversación en la que el entrevistador no deberá realizar ningún tipo de juicio sobre las ideas o los sentimientos expuestos por los informantes, ni tampoco limitar su participación por medio de intervenciones de carácter hostil o que denoten sentimientos negativos hacia lo expuesto.

Durante la entrevista se debe respetar los silencios del participante evitando realizar interrupciones abruptas y discusiones sobre lo que el otro quiere expresar; el objetivo es que las personas manifiesten libremente sus sentimientos y percepciones de las experiencias vividas frente al fenómeno estudiado. Además, durante la entrevista, como los investigadores nos podemos enfrentar situaciones

donde el entrevistado manifieste emociones como alegría, tristeza, angustia, frustración, enfado, entre otras, por lo que debemos poseer habilidades para manejar este tipo de situaciones y estar preparados para acallar sus propias opiniones acerca de las vivencias y los sentimientos que expresan los participantes. Asimismo, no se debe emitir juicios de valor o expresar autoritarismo u opiniones tajantes o fanáticas que lleguen a afectar o herir al entrevistado.

**Figura 2. Criterios éticos**



Fuente: esta investigación

## 7. VARIABLES

### 7.1 VARIABLES INDEPENDIENTE: SOCIODEMOGRÁFICAS

Datos sociodemográficos recolectados por Base de datos de Historias Clínicas de los adultos mayores institucionalizados, en la Fundación Amparo San José, año 2017.

**Cuadro 4.** Variables sociodemográficas

NOMBRE DE LA VARIABLE	SIGNIFICADO	TIPO DE VARIABLE	CLASE	MEDICIÓN	VALOR QUE TOMA
EDAD	Edad en años cumplidos en el momento de la recolección de los datos.	Independiente	Cuantitativa	Continua	Años
EDADcat	Edades agrupadas	Independiente	Cuantitativa	Continua	A=60-72 años B= >72-86 años C= >86-103 años
GENERO	Género, masculino o femenino.	Independiente	cualitativa	Nominal	1 = Hombre 2 = Mujer
CIVIL	Estado civil registrado en historia clínica	Independiente	cualitativa	nominal	1 =soltero 2 =casado 3 =viudo

Continuación cuadro 4.

<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>SIGNIFICADO</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>CLASE</b>	<b>MEDICIÓN</b>	<b>VALOR QUE TOMA</b>
DEPENDENCIA	Hace referencia al sitio de estancia habitual del adulto mayor dentro de la fundación	Independiente	cualitativa	nominal	1 = beneficencia mujeres 2 =beneficencia hombres 3 =pensión 4 =cuidados paliativos
ZONA DE PROCEDENCIA	Lugar de donde viene el adulto mayor catalogada por departamentos de Colombia	Independiente	cualitativa	nominal	1=Nariño 2= Valle del Cauca 3= Antioquia 4= putumayo
FECHA DE INGRESO	Periodo de año en el que la persona ingresó a la fundación	Independiente	cuantitativa	Continua	1= 1990/1995 2=1996/ 2002 3=2003/ 2008 4=2009/2014 5=2015/2020

Fuente: esta investigación

**7.2 VARIABLES INDEPENDIENTES: NIVEL DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN CADA UNA DE LAS 8 DIMENSIONES.**

Expresada en puntos de cero hasta 100 (en el que el 0 indica el nivel más bajo de calidad de vida, y 100, el más alto de calidad de vida), en donde se promedian los valores resultantes de la sumatoria de las preguntas de cada dimensión. Para su determinación se usa la siguiente puntuación: se establece una graduación de las respuestas para cada tema desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor, ya que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta. Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (donde lo mejor es 100). Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntúan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntúan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100. Luego, los puntajes de items de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100. Los items no respondidos no se consideran. El cuestionario detecta tanto estados positivos de salud, como negativos.

**Cuadro 5.** Variables de las 8 dimensiones del SF-36

<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>SIGNIFICADO</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>CLASE</b>	<b>MEDICIÓN</b>	<b>VALOR QUE TOMA</b>
CVRS: FF FUNCIÓN FÍSICA	SUMATORIA DE TODAS LAS 10 PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO SF-36 CON LA DENOMINACIÓN: FF01 HASTA FF10, DIVIDIDO SOBRE 10	Independiente	Cuantitativa	discreta	puntos que va de 0 a 100
CVRS: RF ROL FÍSICO	SUMATORIA DE TODAS LAS 4 PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO SF-36 CON LA DENOMINACIÓN: RF01 HASTA RF04, DIVIDIDO SOBRE 4	Independiente	Cuantitativa	discreta	puntos que va de 0 a 100
CVRS: DC DOLOR CORPORAL	SUMATORIA DE TODAS LAS 2 PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO SF-36 CON LA DENOMINACIÓN: DC01 HASTA DC02, DIVIDIDO SOBRE 2	Independiente	Cuantitativa	discreta	puntos que va de 0 a 100

Continuación cuadro 5.

<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>SIGNIFICADO</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>CLASE</b>	<b>MEDICIÓN</b>	<b>VALOR QUE TOMA</b>
CVRS: SG SALUD GENERAL	SUMATORIA DE TODAS LAS 5 PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO SF-36 CON LA DENOMINACIÓN: SG01 HASTA SG05, DIVIDIDO SOBRE 5	Independiente	Cuantitativa	discreta	puntos que va de 0 a 100
CVRS: VT VITALIDAD	SUMATORIA DE TODAS LAS 4 PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO SF-36 CON LA DENOMINACIÓN: VT01 HASTA VT04, DIVIDIDO SOBRE 4	Independiente	cuantitativa	discreta	puntos que va de 0 a 100
CVRS: FS FUNCIÓN SOCIAL	SUMATORIA DE TODAS LAS 2 PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO SF-36 CON LA DENOMINACIÓN: FS01 HASTA FS02, DIVIDIDO SOBRE 2	Independiente	cuantitativa	discreta	puntos que va de 0 a 100
CVRS: RE ROL EMOCIONAL	SUMATORIA DE TODAS LAS 3 PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO SF-36 CON LA DENOMINACIÓN: RE01 HASTA RE03, DIVIDIDO SOBRE 3	Independiente	cuantitativa	Discreta	puntos que va de 0 a 100
CVRS: SM SALUD MENTAL	SUMATORIA DE TODAS LAS 5 PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO SF-36 CON LA DENOMINACIÓN: SM01 HASTA SM05, DIVIDIDO SOBRE 5	Independiente	Cuantitativa	Discreta	puntos que va de 0 a 100

Fuente: esta investigación

### 7.3 VARIABLES INDEPENDIENTES: NIVEL DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LA TOTALIDAD DE LOS ASPECTOS DE SALUD FÍSICA Y ASPECTOS TOTALES DE SALUD MENTAL.

Se expresa al promediar los resultados de los puntajes de las dimensiones de función física (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC), salud general (SG), que permiten estimar la Totalidad de los aspectos de Salud Física y al promediar las dimensiones de vitalidad (VT), función social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM), determinaran la Totalidad de los aspectos de Salud Mental de los individuos encuestados.

**Cuadro 6.** Variables de la totalidad del SF-36

<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>SIGNIFICADO</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>CLASE</b>	<b>MEDICIÓN</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>
CVRS:TF (ASPECTOS TOTALES DE LA SALUD FÍSICA)	SUMATORIA DE LOS TOTALES DE LOS PUNTAJES DE LAS DIMENSIONES DE FF,RF, DC, Y SG, DIVIDIDO 4.	Independiente	cuantitativa	discreta	puntos que va de 0 a 100
CVRS:TM (ASPECTOS TOTALES DE LA SALUD MENTAL)	SUMATORIA DE LOS TOTALES DE LOS PUNTAJES DE LAS DIMENSIONES DE VT,FS, RE Y SM, DIVIDIDO 4	independiente	cuantitativa	discreta	puntos que va de 0 a 100

Fuente: esta investigación

## 8. RESULTADOS

### 8.1 ANALISIS UNIVARIADO

Con el propósito de identificar a los adultos mayores institucionalizados en la fundación Amparo San José según sus factores sociodemográficos y aspectos relacionados con el cuestionario SF-36 los cuales son: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental al momento de la realización de la investigación, determinar el nivel de calidad de vida de los adultos mayores, se realiza a continuación un análisis univariado de los factores mencionados.

#### VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

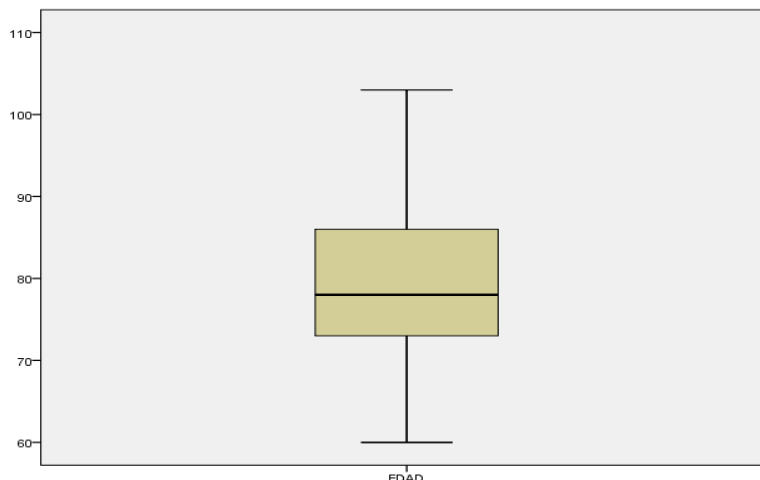
##### EDAD

##### Análisis:

La edad mínima de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José es de 60 años y la máxima edad es de 103 años, con una edad promedio de 78 años con una desviación estándar de 9.4 con lo que nos damos cuenta que hay un gran porcentaje de personas que se encuentran entre las edades 69-87 años.

Cajas y bigotes se presenta una asimetría del 0,046.

**Gráfica 1.** Edad de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José



Fuente: esta investigación

## GENERO

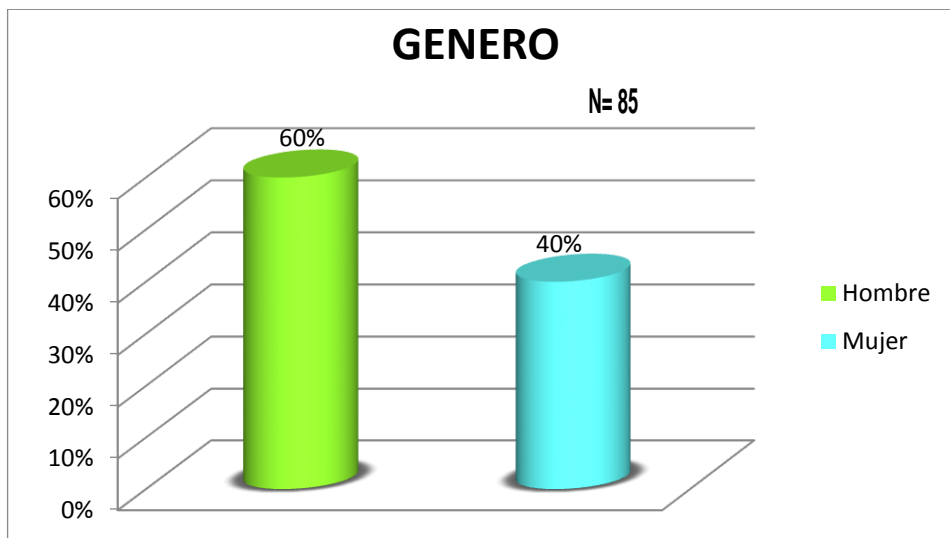
**Análisis:** en la Fundación Amparo San José hay una población total de 188 adultos mayores, de los cuales 98 adultos mayores son hombres y 90 son mujeres, para el presente estudio se tomó el total de la población a excepción de las personas que no entraron porque no cumplían los criterios de inclusión y exclusión dando como resultado una población de estudio de 85 adultos mayores que corresponden al 100% de nuestra investigación, en donde se obtuvo el resultado de que el 60% de la población a estudio son hombres y el 40% son mujeres.

**Tabla 1.** Genero de los adultos mayores de Fundación Amparo San José

Genero	Frecuencias	Porcentaje
Hombre	51	60%
Mujer	34	40%
Total	85	100%

Fuente: esta investigación

**Gráfica 2.** Genero de los adultos mayores institucionalizados en la Fundación Amparo San José



Fuente: esta investigación

## ESTADO CIVIL

**Análisis:** del 100% de la población a estudio el 67% son solteros tanto hombres como mujeres, estos hallazgos son encontrados en historia clínica y puede deberse a 2 condiciones, las cuales son: Tanto hombres como mujeres se encuentran en beneficencia, donde significa que ellos no están aportando dinero en la estancia en la Fundación Amparo San José al encontrarse en situación de calle antes de ingresar a la institución, o que las familias de estas personas no se hacen cargo de ellos y por ende tampoco aportan ingresos en la estancia en dicha institución, lo que desencadenó que las personas de esta población nunca se casaron o convivieran con una pareja.

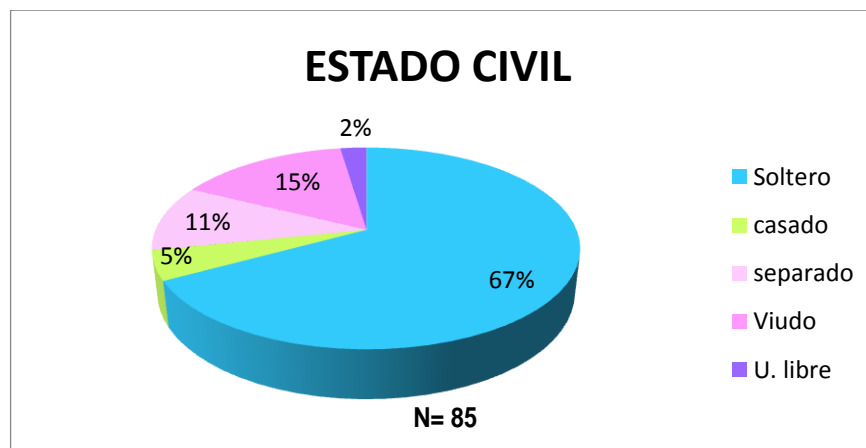
Un 15% corresponde adultos mayores viudos (as), el 10% son separados, el 4,7% son casados y el 2,4 su estado civil es unión libre.

**Tabla 2.** Estado civil de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	57	67%
Casado	4	5%
Separado	9	11%
Viudo	13	15%
U. libre	2	2%
Total	85	100%

Fuente: esta investigación

**Gráfica 3.** Estado civil de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José



Fuente: esta investigación

## DEPENDENCIA

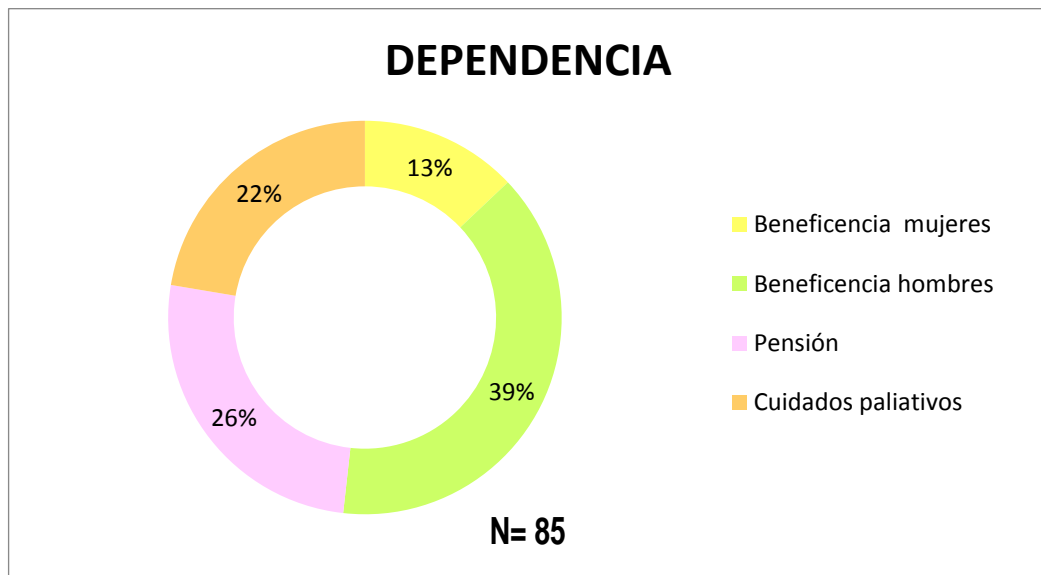
Análisis: Del 100% de la población, el 39% pertenecen a la dependencia hombres, el 26% corresponden a pensión en donde se encuentran tanto hombres como mujeres, el 22% a cuidados paliativos y el 13% beneficencia mujeres.

Tabla 3. Dependencia en la que se encuentran los adultos mayores de la Fundación Amparo San José

Dependencia	Frecuencia	Porcentaje
Beneficencia mujeres	11	13%
Beneficencia hombres	33	39%
Pensión	22	26%
Cuidados paliativos	19	22%
Total	85	100%

Fuente: esta investigación

Gráfica 4. Dependencia en la que se encuentran los adultos mayores de la Fundación Amparo San José



Fuente: esta investigación

## PROCEDENCIA

Análisis: del 100% de la población, el 95% de la población son provenientes del Departamento de Nariño, lo que es acorde a la ubicación de la Fundación Amparo San José en el Municipio de Pasto, capital del departamento de Nariño.

**Tabla 4.** Procedencia de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Nariño	81	95%
Valle	1	1%
Bolívar	1	1%
Antioquia	1	1%
Putumayo	1	1%
Total	85	100%

Fuente: esta investigación

## FECHA DE INGRESO

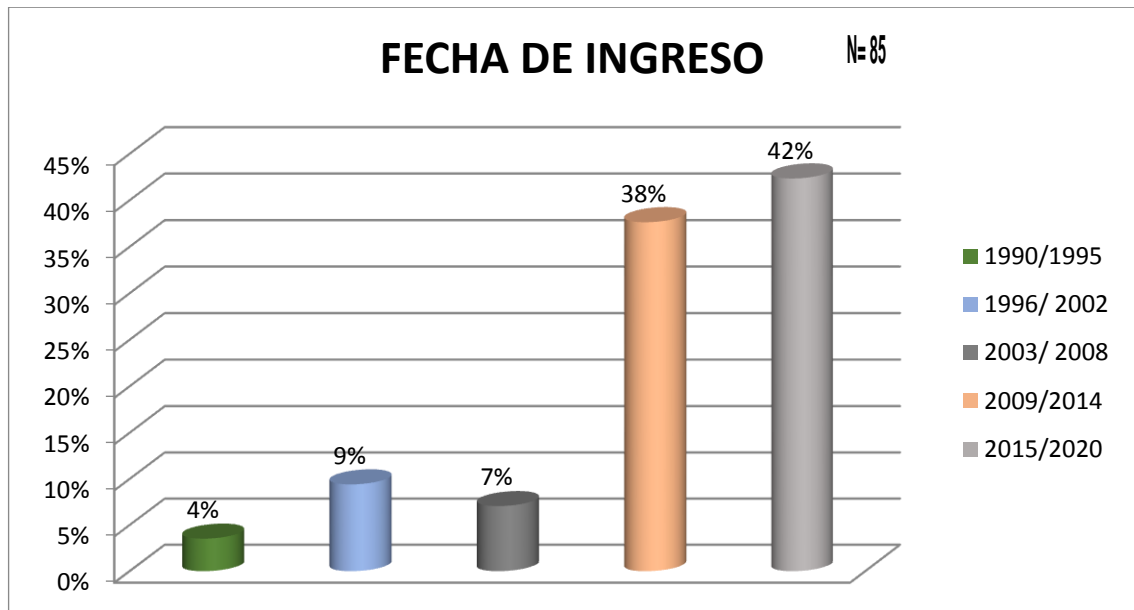
Análisis: del 100% de la población, El 42% ingreso a la institución amparo san José en los años: 2015, 2016 y 2017, el 38% ingreso en el periodo comprendido en los años (2009-2014), el 9 % ingreso en el periodo comprendido en los años (1996-2002), el 7% ingreso en el periodo comprendido en los años (2003-2008) y 4% ingreso en el periodo comprendido en los años (1990-1995).

**Tabla 5.** Fecha de ingreso de los adultos mayores a la Fundación Amparo San José

Fecha de ingreso	Frecuencia	Porcentaje
1990/1995	3	4%
1996/ 2002	8	9%
2003/ 2008	6	7%
2009/2014	32	38%
2015/2020	36	42%
Total	85	100%

Fuente: esta investigación

**Gráfica 5.** Fecha de ingreso de los adultos mayores a la Fundación Amparo San José



Fuente: esta investigación

## VARIABLES CUESTIONARIO SF 36

### FUNCIÓN FÍSICA

Análisis: función física se define como el grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.

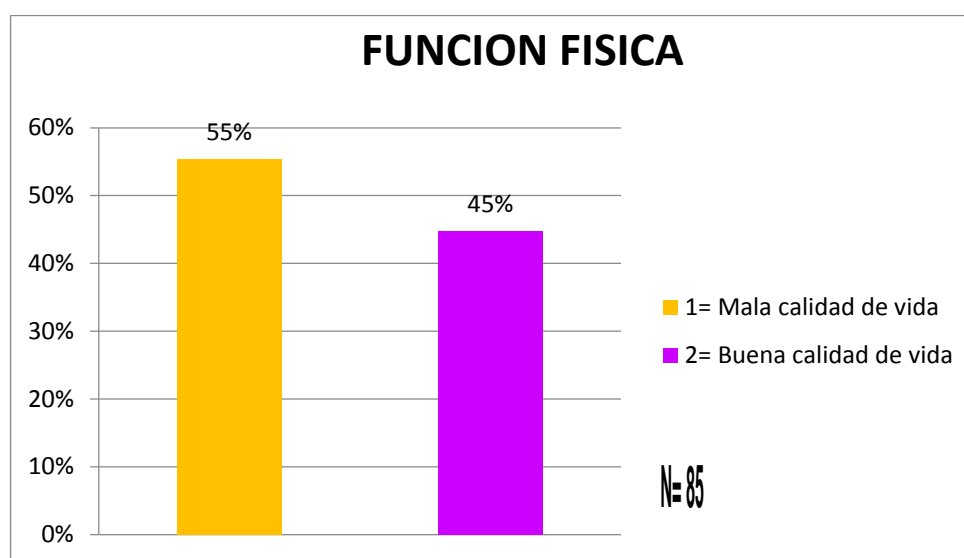
Del 100% de la población el 45% de Adultos mayores tienen una mala calidad de vida con respecto a la dimensión de función física, este fenómeno puede relacionarse a que algunas personas se encuentran en condiciones de discapacidad, otras personas por su edad avanzada no pueden realizar las actividades físicas que desearían hacer y además la coexistencia de patologías individuales dificultan la realización exitosa de sus actividades físicas cotidianas. 55% adultos mayores que tiene una buena calidad de vida en la dimensión función física.

**Tabla 6.** Función física de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José

Función Física	Frecuencia	Porcentaje
1= Mala calidad de vida	47	55%
2= Buena calidad de vida	38	45%
Total	85	100%

Fuente: esta investigación

**Gráfica 6.** Funcion fisica de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José



Fuente: esta investigación

## ROL FISICO

**Análisis:** rol físico se define como el grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.

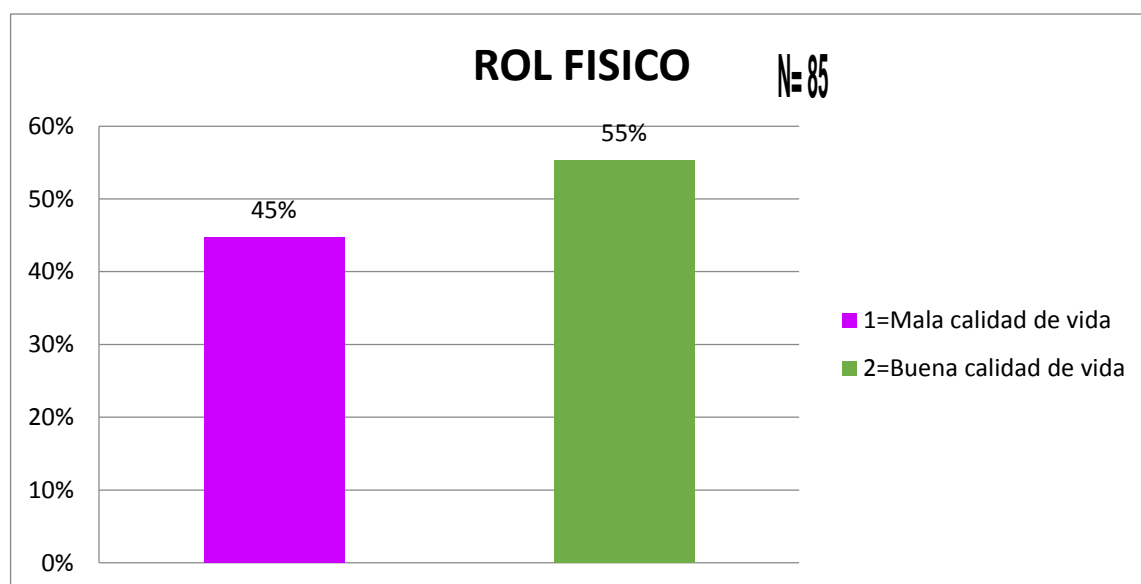
Del 100% de la población de adultos mayores, el 55% tienen una buena calidad de vida con respecto a la dimensión al rol físico porque las personas no dejan de realizar sus actividades físicas cotidianas aunque se encuentren en condiciones de discapacidad o por las enfermedades de las que padecen a pesar de que las realizan con dificultad y 45% adultos mayores que tiene una mala calidad de vida en rol físico.

**Tabla 7.** Rol físico de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José

Rol Físico	Frecuencia	Porcentaje
1=Mala calidad de vida	38	45%
2=Buena calidad de vida	47	55%
Total	85	100%

Fuente: esta investigación

**Gráfica 7.** Rol físico de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José



Fuente: esta investigación

## DOLOR CORPORAL

Análisis: Dolor corporal se define como la medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.

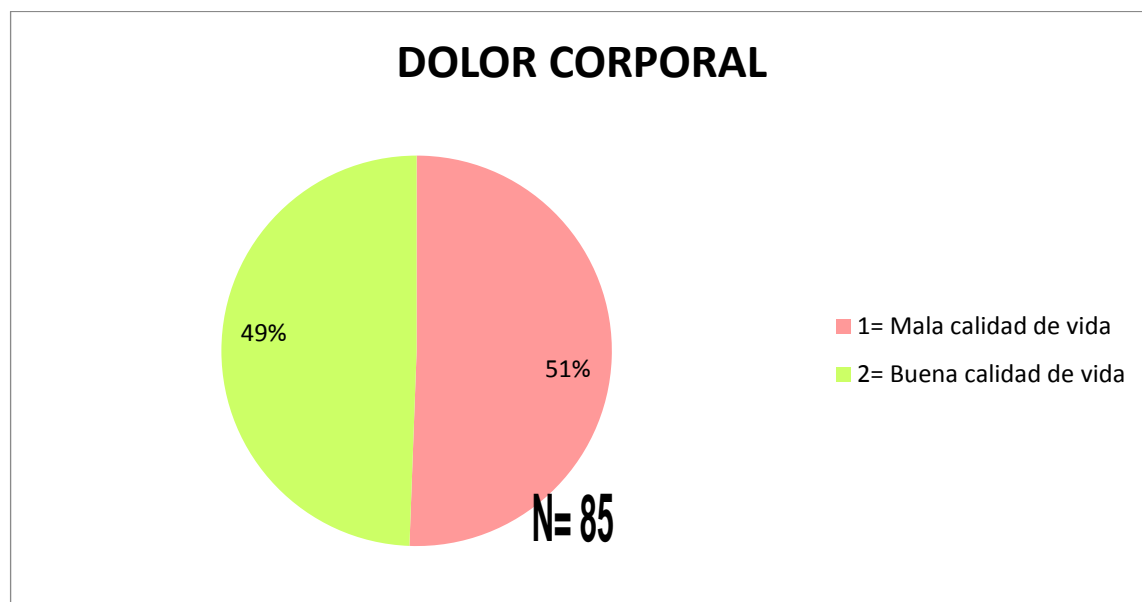
Hay un porcentaje muy similar entre buena calidad de vida con un 49% y mala calidad de vida con un 51% con respecto a la dimensión de dolor corporal, ya que los adultos mayor presentan enfermedades de base que afectan su estado general y ellos se quejan de dolor en diferentes partes de su cuerpo y también por la edad avanzada.

**Tabla 8.** Dolor corporal de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José

Dolor corporal	Frecuencia	Porcentaje
1= Mala calidad de vida	43	51%
2= Buena calidad de vida	42	49%
Total	85	100%

Fuente: esta investigación

**Gráfica 8.** Dolor corporal de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José



Fuente: esta investigación

## **SALUD GENERAL**

**Análisis:** salud general se define como la valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.

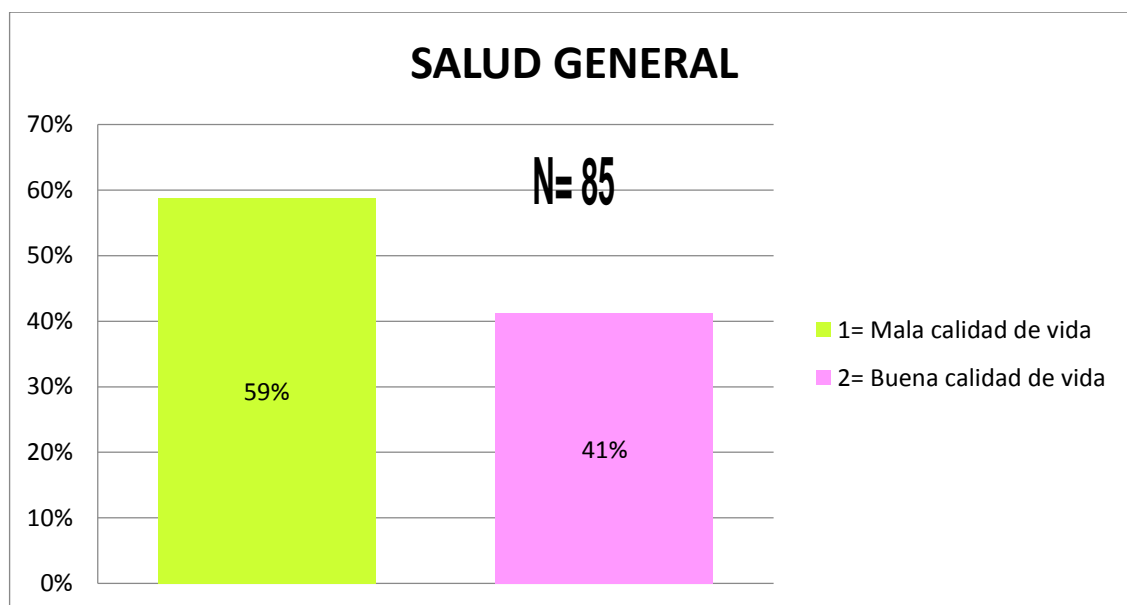
Del 100% del total de la población el 59% tiene una mala calidad de vida en la dimensión: salud general y el 41% presenta una buena calidad de vida. Lo cual puede explicarse, tras entender que los adultos mayores cuentan con diversas patologías de base, y efectos del envejecimiento primario que afectan su salud.

**Tabla 9.** Salud general de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José

Salud general	Frecuencia	Porcentaje
1= Mala calidad de vida	50	59%
2= Buena calidad de vida	35	41%
Total	85	100%

Fuente: esta investigación

**Gráfica 9.** Salud general de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José



Fuente: esta investigación

## VITALIDAD

Análisis: se define como el Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.

Del 100% de la población en la dimensión: Vitalidad, los porcentajes son muy similares entre sí, al hacer la comparación entre buena y mala calidad de vida. En donde el 51% de la población cuenta con una buena calidad de vida y el 49% restante presenta mala calidad de vida, lo cual puede deberse a que más de la mitad de los adultos mayores cuentan con energía y ganas para realizar

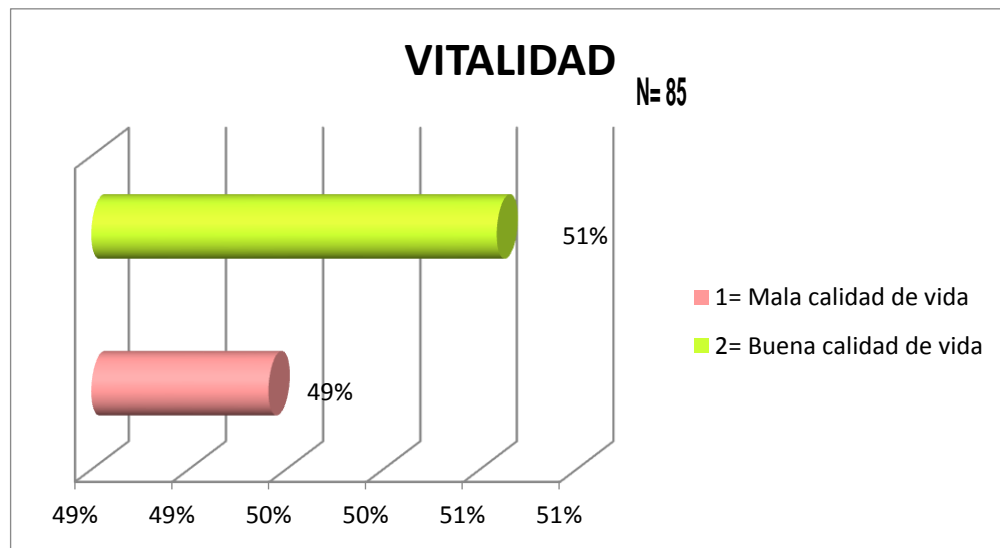
diferentes actividades, a pesar de sus patologías de base y su avanzada edad, mientras que la otra mitad ya no encuentra interés al realizar las diversas actividades cotidianas.

**Tabla 10.** Vitalidad de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José

Vitalidad	Frecuencia	Porcentaje
1= Mala calidad de vida	42	49%
2= Buena calidad de vida	43	51%
Total	85	100%

Fuente: esta investigación

**Gráfica 10.** Vitalidad de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José



Fuente: esta investigación

## FUNCION SOCIAL

**Análisis:** se define como el grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.

Del 100% de la población, en la dimensión de función social el 87% tiene una buena calidad de vida y el 13 % restante presenta mala calidad de vida, lo cual puede deberse a que en su gran mayoría, los adultos mayores no involucran sus

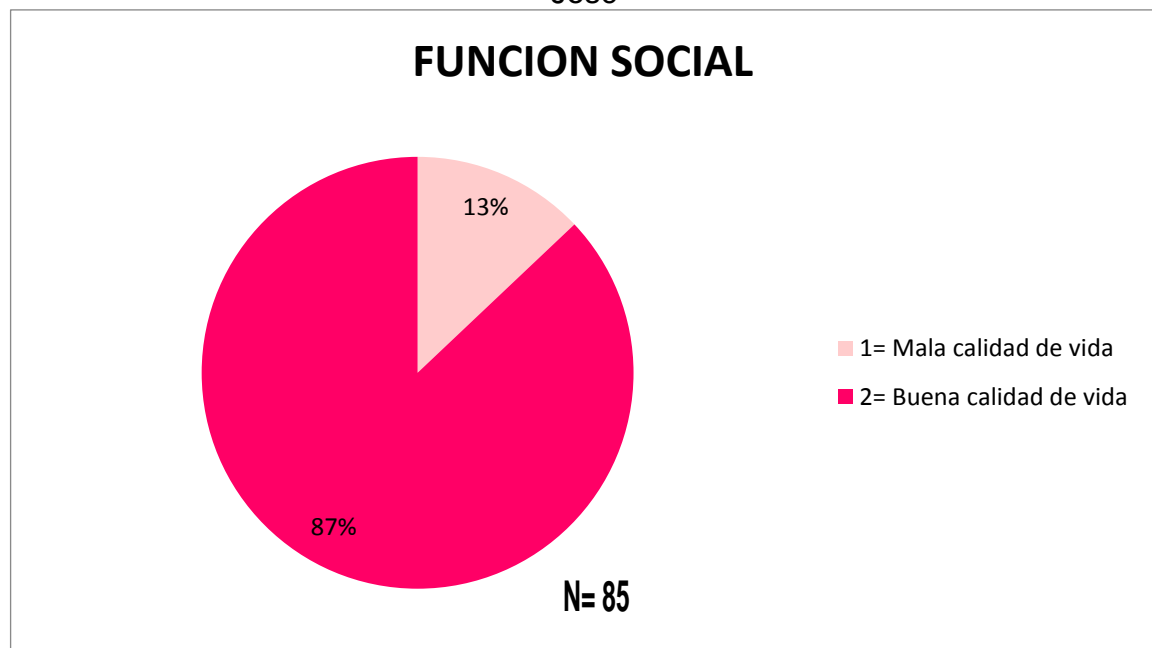
problemas emocionales, físicos o de salud, en actividades en donde comparten con sus compañeros

**Tabla 11.** Función social de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José

Función social	Frecuencia	Porcentaje
1= Mala calidad de vida	11	13%
2= Buena calidad de vida	74	87%
Total	85	100%

Fuente: esta investigación

**Gráfica 11.** Función social de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José



Fuente: esta investigación

## ROL EMOCIONAL

**Análisis:** rol emocional se define Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.

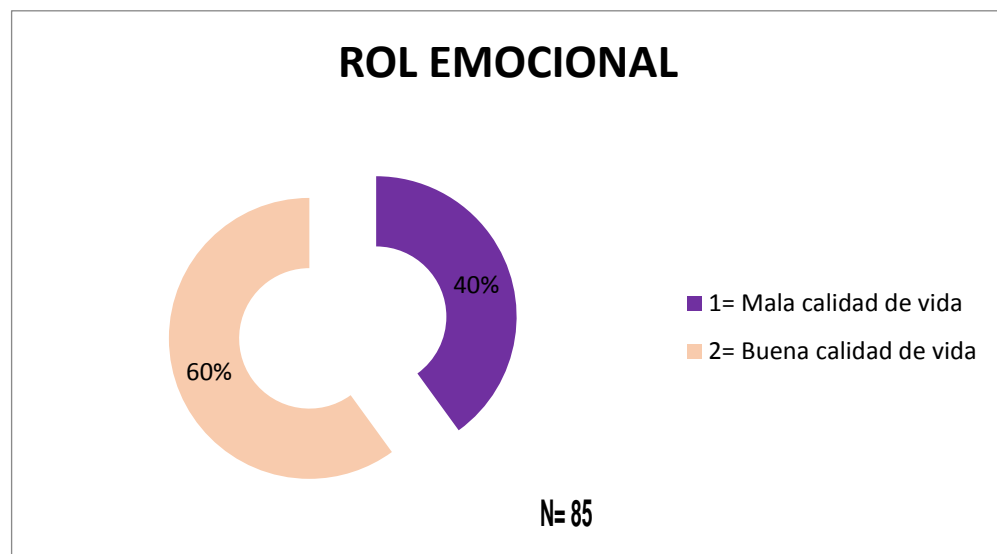
En la dimensión de Rol emocional el 60% de la población tienen buena calidad de vida y un 40% mala calidad de vida, lo cual puede deberse a que la mayoría del tiempo los adultos mayores se sienten a gusto al estar rodeados de sus compañeros, al cuidado del personal de la institución, realizando actividades manuales, paseando por la fundación, y participando en actividades dinámicas, las cuales mantienen ocupadas sus mentes y por ende olvidan sus problemas.

**Tabla 12.** Rol emocional de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José

Rol emocional	Frecuencia	Porcentaje
1= Mala calidad de vida	34	40%
2= Buena calidad de vida	51	60%
Total	85	100%

Fuente: esta investigación

**Gráfica 12.** Rol emocional de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José



Fuente: esta investigación

## SALUD MENTAL

**Análisis:** se define como la Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

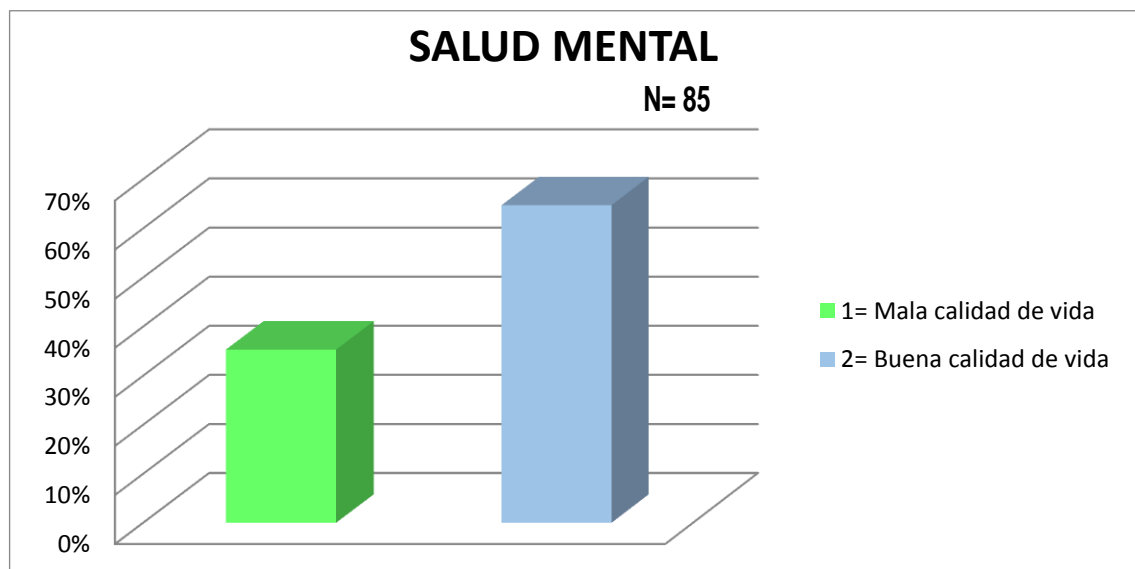
Del 100% de la población en la dimensión salud mental, el 65% tiene una buena calidad de vida, y el 35% restante, mala calidad de vida, lo cual puede explicarse tras entender que los adultos mayores se encuentran tranquilos, acompañados, ocupando su tiempo en diversas actividades que les proporciona la institución y dialogando entre ellos, además de contar con prácticas saludables tanto en su alimentación como en sus actividades físicas, sin embargo las personas que en esta dimensión presentan mala calidad de vida pueden explicarse debido a las condiciones inherentes de su edad avanzada y sus patologías de base .

**Tabla 13.** Salud mental de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José

Salud mental	Frecuencia	Porcentaje
1= Mala calidad de vida	30	35%
2= Buena calidad de vida	55	65%
Total	85	100%

Fuente: esta investigación

**Gráfica 13.** Salud mental de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José



Fuente: esta investigación

## ASPECTOS TOTALES DE LA SALUD FÍSICA

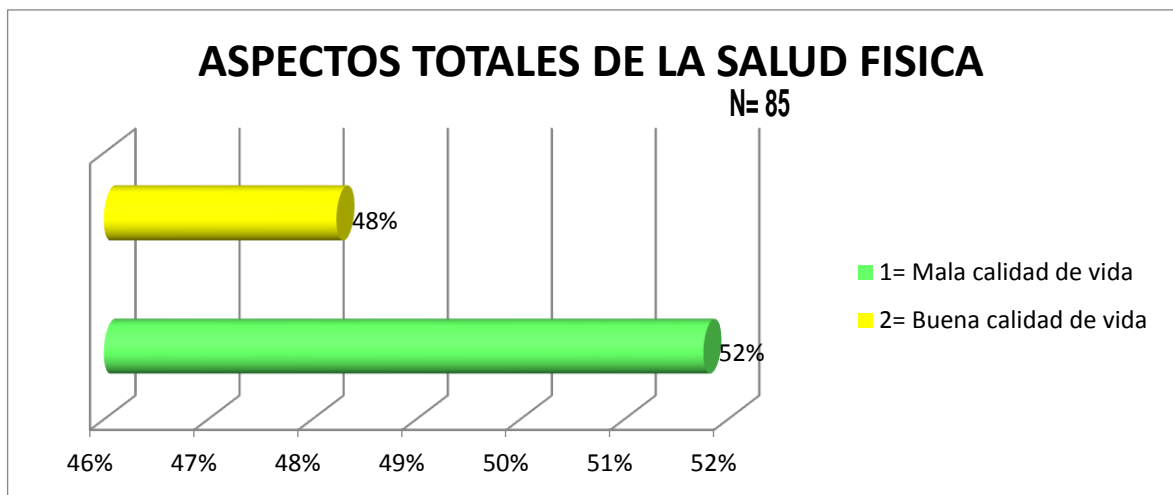
**Análisis:** del 100% de la población encuestada en la sumatoria total de las cuatro dimensiones relacionadas con salud física (función física, rol físico, dolor corporal y salud general) un 52% tienen una mala calidad de vida, lo que podría explicar este hallazgo es que la edad avanzada de los pacientes trae consigo las consecuencias propias del envejecimiento primario, sin embargo un porcentaje alto: del 48% de adultos mayores, gozan de una buena calidad de vida en el aspecto total de salud física ya que a pesar de sus condiciones, ellos tratan de relajar actividades físicas por si solos así les cueste algún grado de dificultad.

**Tabla 14.** Aspectos totales de la salud física de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José

Aspectos totales de la salud física	Frecuencia	Porcentaje
1= Mala calidad de vida	44	52%
2= Buena calidad de vida	41	48%
Total	85	100%

Fuente: esta investigación

**Gráfica 14.** Aspectos totales de la salud física de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José



Fuente: esta investigación

## ASPECTOS TOTALES DE LA SALUD MENTAL

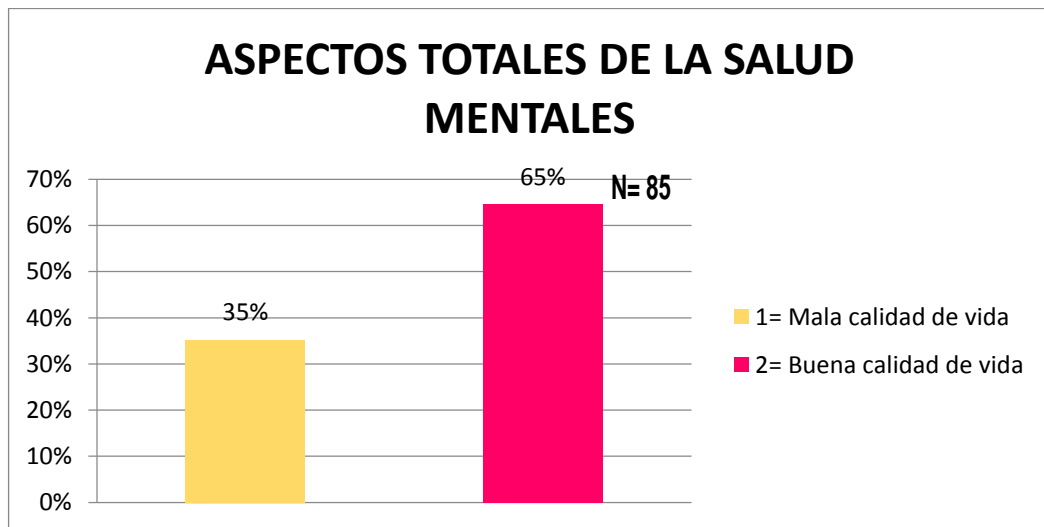
**Análisis:** del 100% de la población encuestada, en la sumatoria total de las cuatro dimensiones relacionadas con salud mental: (vitalidad, función social, rol emocional y salud mental) Un 65% gozan de una buena calidad de vida al encontrarse en armonía y equilibrio personal con su entorno socio-cultural, garantizando en ellas su participación activa dentro de la Fundación Amparo San José y de sus buenas relaciones interpersonales que trazan una estabilidad emocional adecuada. Y un 35% de la totalidad de la población encuestada tiene una mala calidad de vida en función de la esfera salud mental, lo que abre camino a generar un acompañamiento y apoyo a dicho grupo de población para lograr mejorar su estado de ánimo y participación social.

**Tabla 15.** Aspectos totales de la salud mental de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José

Aspectos totales de la salud mental	Frecuencia	Porcentaje
1= Mala calidad de vida	30	35%
2= Buena calidad de vida	55	65%
Total	85	100%

Fuente: esta investigación

**Gráfica 15.** Aspectos totales de la salud mental de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José



Fuente: esta investigación

## 8.2 ANALISIS BIVARIADO

Con el objeto de establecer la relación entre los diferentes factores observados en el estudio sociodemográficos y las dimensiones del cuestionario SF-36, con el propósito de determinar la calidad de vida en los adultos mayores de la Fundación Amparo San José en el año 2017.

### GENERO Y FUNCION FISICA

Al evaluar la característica genero con relación a la función física, se encontró, como se observa en la tabla 16 que las dos variables se encuentran asociadas por la aplicación de la prueba Chi cuadrado y el ( $p$  valor = 0,001).

Del 100% de la población de hombres, en relación a la dimensión función física, encontramos que un 58,8 % presentan una buena calidad de vida, a diferencia del resultado que encontramos en la población de mujeres en donde únicamente presenta buena calidad de vida un 23,5%. Por otra parte del total de la población de hombres un 41,2% presentan mala calidad de vida relacionada con la función física y en el grupo de mujeres un 77,5% presentan una mala calidad de vida. Concluyendo de tal manera que los hombres cuenta con mejor calidad de vida que las mujeres en la dimensión física.

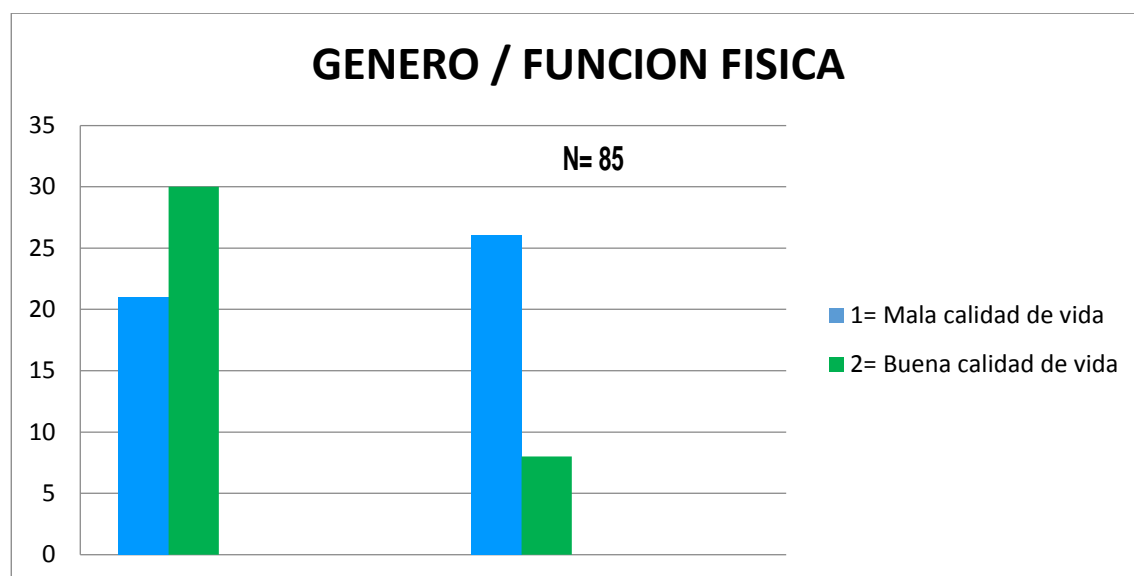
**Tabla 16.** Género y función física de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José

GÉNERO	FUNCIÓN FÍSICA		Total
	1= Mala Calidad de Vida	2= Buena Calidad de Vida	
Hombre	21 41,2%	30 58,8%	51 100%
Mujer	26 76,5%	8 23,5%	34 100%
Total	47 55,3%	38 44,7%	85 100%

Chi-cuadrado de Pearson	P Valor
	0,001

Fuente: esta investigación

**Gráfica 16.** Género y función física de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José



Fuente: esta investigación

### DEPENDENCIA Y FUNCIÓN FÍSICA

Al igual que las variables género y función física, las variables dependencia y función física dieron evidencia estadística de asociación con la aplicación de la prueba Chi cuadrado y el ( $p$  valor = 0).

En la tabla 17 encontramos que al evaluar las 4 dependencias de la fundación amparo San José en relación con la dimensión función física, en orden ascendente, el grupo con peor calidad de vida corresponde a los adultos mayores en cuidados paliativos reportando un 100% de mala calidad de vida, seguido del grupo poblacional encontrado en la dependencia de pensión con un 63,6%, continuando con la beneficencia mujeres en donde se reportó el 45,5% y finalmente se encontró en la beneficencia hombres un 27,3% de mala calidad de vida; y un 72,7% de buena calidad de vida.

Concluyendo de tal manera que el grupo poblacional de la beneficencia hombres cuentan con la mejor calidad de vida en relación con las otras 3 dependencias y la peor calidad de vida se encuentra en cuidados paliativos.

**Tabla 17.** Dependencia y función física de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José

Chi-cuadrado de Pearson	P Valor
	0

DEPENDENCIA	FUNCION FISICA		Total
	1= Mala calidad de vida	2= Buena calidad de vida	
1 = beneficencia mujeres	5 45,5%	6 54,5%	11 100%
2 =beneficencia hombres	9 27,3%	24 72,7%	33 100%
3 =pensión	14 63,6%	8 36,4%	22 100%
4 =cuidados paliativos	19 100%	0 0,0%	19 100%
<b>Total</b>	47 55,3%	38 44,7%	85 100%

Fuente: esta investigación

#### DEPENDENCIA Y SALUD GENERAL

En la tabla 18 se presenta la relación de la variable sociodemográfica dependencia relacionada con la dimensión salud general de cuestionario SF-36, para establecer dicha asociación se aplicó la prueba Chi cuadrado y el (p valor = 0,002).

Encontramos que al evaluar las 4 dependencias de la fundación amparo San José en relación con la dimensión salud general, en orden descendente de mejor a peor calidad de vida tenemos en primera calidad de vida a la beneficencia mujeres con un 63,6% tienen la mejor calidad de vida en relación con salud general, seguida de la beneficencia hombre con un 54,5%, continuando con el grupo poblacional de pensión con un 40,9% y finalmente se encontró en el presente estudio que el grupo de cuidados paliativos un 5,3% de buena calidad de vida y un 94,7% de la mala calidad de vida.

Concluyendo de tal manera que el grupo poblacional de beneficiencia mujeres cuentan con mejor calidad de vida en la dimensión salud general en oposición al grupo poblacional de cuidados paliativos quienes representan el grupo con peor calidad de vida.

**Tabla 18.** Dependencia y salud general de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José

DEPENDENCIA	SALUD GENERAL		Total
	1= Mala calidad de vida	2 = Buena calidad de vida	
1 = beneficencia mujeres	4 36,4%	7 63,6%	11 100%
2 =beneficencia hombres	15 45,5%	18 54,5%	33 100%
3 =pensión	13 59,1%	9 40,9%	22 100%
4 =cuidados paliativos	18 94,7%	1 5,3%	19 100%
<b>Total</b>	50 58,8%	35 41,2%	85 100%

Chi-cuadrado de Pearson	P Valor
	0,002

Fuente: esta investigación

#### EDAD Y SALUD GENERAL

Al evaluar la variable sociodemográfica edad con relación a la dimensión salud general del cuestionario SF-36, se encontró, como se observa en la tabla 19, que ninguna de estas variables por la aplicación de la prueba Chi cuadrado, presento diferencias significativas entre los grupo (p valor= 0,434), por lo que no hay evidencia estadística para concluir que uno de estos factores guarde asociación entre sí.

Encontrando que el grupo poblacional de 60-72 años tiene mejor calidad de vida relacionada con salud general que los adultos mayores de 86-103 años, teniendo en cuenta los valores de 52,4% y 33,3% respectivamente

Tabla 19. Edad y salud general de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José

EDAD		SALUD GENERAL		Total
		1= Mala calidad de vida	2= buena calidad de vida	
A =60-72 años		10 47,6%	11 52,4%	21 100%
B= 72-86 años		26 60,5%	17 39,5%	43 100%
C= 86-103 años		14 66,7%	7 33,3%	21 100%
Total		50 58,8%	35 41,2%	85 100%
Chi-cuadrado de Pearson	P Valor			
	0,434			

Fuente: esta investigación

### EDAD Y DOLOR CORPORAL

Observando la tabla 19, se infiere que igualmente que en el anterior caso las variables a estudio (edad y dolor corporal) tampoco presentan evidencia estadística significativa de asociación, en la prueba Chi cuadrado y en el ( p valor= 0,784).

Encontrando que el grupo poblacional de 60-72 años tiene mejor calidad de vida relacionada con dolor corporal que los adultos mayores de 86-103 años, teniendo en cuenta los valores de 52,4% y 42,9% respectivamente.

**Tabla 20.** Edad y dolor corporal de los adultos mayores de la Fundación Amparo San José

EDAD	DOLOR CORPORAL		Total
	1= Mala calidad de vida	2= buena calidad de vida	
A =60-72 años	10 47,6%	11 52,4%	21 100%
B= 72-86 años	21 48,8%	22 51,2%	43 100%
C= 86-103 años	12 57,1%	9 42,9%	21 100%
<b>Total</b>	43 50,6%	42 49,4%	85 100%

Chi-cuadrado de Pearson	P Valor
	0,784

Fuente: esta investigación

ÍTEM DE TRANSICIÓN del cuestionario SF-36 que evalúa la percepción del estado de salud del adulto mayor en relación al anterior año con su actual estado de salud.

De los 85 adultos mayores encuestados se encontró:

- Se encontró que un 4,7% de los adultos mayores encuestados perciben su salud actual algo mejor ahora que hace un año equivalente a la escala numérica (2) del cuestionario

- Del 100% de la población el 16,5% perciben su salud actual mucho peor ahora que hace un año equivalente a la escala numérica (5) del cuestionario
- Del 100% de la población el 21,1% perciben su salud actual como algo peor ahora que hace un año equivalente a la escala numérica (4) del cuestionario
- Del 100% de la población el 27% perciben su estado de salud actual es mucho mejor ahora que hace un año equivalente a la escala numérica (1) del cuestionario
- Del 100% de la población el 30,6% perciben su estado de salud actual es más o menos igual ahora que hace un año equivalente a la escala numérica (3) del cuestionario

## 9. DISCUSIÓN

“El objetivo principal de la presente investigación era determinar la calidad de vida de los adultos mayores que se encuentran en la Fundación Amparo San José, en la ciudad de Pasto. Se consideró a sujetos de esta edad porque según Cornachione (2008)” (8), la vejez ha de contemplarse como un proceso diferencial y no como un estado. Se trata de cambios graduales en el que intervienen un número muy considerable de variables con diferentes efectos o que dará como resultado una serie de características diferenciales muy acusadas entre las personas de la misma edad cronológica. Este estudio se interesa en analizar la calidad de vida de los adultos mayores. Es importante mencionar que la calidad de vida se entiende como una combinación óptima de factores psicológicos, afectivos, de salud, económicos, políticos, culturales y ambientales. Son aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa.

“Otros investigadores internacionales se han interesado por el tema de calidad de vida del adulto mayor. Por ejemplo, Osorno (2006)” (37), en México, realizó un proyecto de intervención para mejorar la calidad de vida en el adulto mayor, específicamente asilado. Así mismo, Ramírez (2008)<sup>30</sup>, en Argentina, tenía como objetivo conocer las condiciones de vida de los adultos mayores, considerando las diferencias de edad, género, condición socio económica y cultural. Con relación a la calidad de vida en otro grupo poblacional. Los investigadores se han interesado en medir la calidad de vida en diversos grupos poblacionales. Por ejemplo, Cor (2012) (37) lo hizo con adultos mayores de la Fundación Cristiana de Niños y Ancianos.

Según Corugedo y Cols (39). Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces Cuba, durante el periodo de febrero de 2012 a febrero de 2013 (39). Se trabajó con el total (28) de ancianos que pertenecían a este centro en el momento de la investigación. Para determinar la calidad de vida percibida y sus dimensiones se aplicó la Escala M.G.H. instrumento validado en la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) por Álvarez, Bayarre y Quintero, para la evaluación de la calidad de vida en la tercera edad.. Se puede observar que el 69% de los adultos mayores son del sexo masculino y solo el 31 % del femenino. En la dimensión salud se encontró un 48% de adultos mayores con baja calidad de vida y 51% con alta calidad de vida. En comparación con el presente estudio se encontró que en la variable genero un 60% corresponde a hombres y un 40% mujeres, en la dimensión salud general se observa un 59% de mala calidad de vida y un 41% de buena calidad de vida.

Según “Soberanez y cols” (40). Se realizó un estudio transversal y descriptivo en la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez (ISSSTE), ubicada en el sur de la Ciudad de México, de abril a agosto de 2008. La muestra se calculó con una

tabla para conocer la proporción poblacional, con valor de  $p = 0.1$  y nivel de precisión de 0.20, con lo que se obtuvo una muestra de 225 sujetos. Se realizó un muestreo probabilístico, en función de una tabla de números aleatorios obtenida de los expedientes médicos. El promedio de edad fue de 76.03 y en relación con la funcionalidad de los adultos mayores, se obtuvieron para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), medidas por el índice de Katz, 61 (27.1%) pacientes con incapacidad leve. En el actual estudio se obtuvo un promedio de edad de 78,13 años y en la dimensión de función física un 45% tuvo buena calidad de vida.

Según Molina y Cols(2008)<sup>45</sup> en un estudio de calidad de vida en adultos mayores de 65 años institucionalizados y no institucionalizados en la universidad de Valencia, se encontró que los adultos mayores institucionalizados en el aspecto social tuvieron mayor satisfacción en un 25% y el estado civil de la muestra está distribuido de la siguiente forma: un 26.1% son casados, un 33.3% son viudos y un 27.9% solteros. Los adultos mayores de la Fundación Amparo San José en la función social obtuvieron buena calidad de vida en un 87% y el estado civil un 5% son casados, un 15% son viudos y un 67% solteros.

En el ámbito nacional los investigadores Marin y Cols (2011)<sup>31</sup> En relación con cada una de las dimensiones del cuestionario SF-36, se considera que la calidad de vida en salud de los adultos mayores estudiados en Santa Marta es buena, obteniéndose los valores más altos en lo que respecta a función social y salud mental con el 93% cada una, le sigue dolor corporal, vitalidad y rol emocional con el 84% cada una; función física con 81% y los de más bajo valor son rol físico con 78% y salud general con 69%. El 82% de la población encuestada refiere sentirse mejor hoy que hace un mes, lo cual se mide con la variable transición de salud. En el presente estudio pudimos establecer una similitud en cuanto a que la mejor calidad de vida se encuentra en la dimensión función social con un 87% y una peor calidad de vida en la esfera salud general con un porcentaje de mala calidad de vida con un 59% datos similares encontrados en el estudio realizado en Santa Marta.

Se presenta un análisis, de los resultados encontrados en el estudio investigativo que se realizó con la ayuda de 85 adultos mayores de la Fundación Amparo San José, los cuales fueron caracterizados socio demográficamente y encuestado con el cuestionario SF-36. Éstos se compararon tanto con investigaciones previas, como con la teoría sobre calidad de vida, adultos mayores y su situación cuando residen en un centro geriátrico.

Se consideraron ocho dimensiones para poder identificar la calidad de vida del adulto mayor dentro del centro geriátrico: Fundación Amparo San José. La primera dimensión que se evaluó con la utilización del cuestionario SF-36, fue función física. Según el estudio realizado por Cor (2012) (38) en los resultados en cuanto a salud física se presentó un mayor porcentaje de mejor calidad de vida en

hombres con respecto a mujeres, en comparación con el presente estudio en el cual son similares los resultados ya que se presenta una mejor calidad de vida en función física en hombres que en mujeres.

Se pudo establecer que la esfera más afectada en nuestro estudio fue: Salud general, la cual incluye la situación actual del individuo, sus perspectivas futuras y la resistencia a enfermar. Lo cual puede deberse a la incapacidad que tienen muchos adultos mayores al realizar las demandas presentadas en cada ítem del cuestionario ya sea por los efectos del envejecimiento primario o las patologías de base de cada adulto mayor. Y la menos afectada la dimensión de función social en el cual se establece el grado en que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual, lo cual puede deberse a que en su gran mayoría los adultos mayores no involucran sus problemas emocionales, físicos o de salud, en actividades en donde comparten con sus compañeros.

El instrumento utilizado fue el SF- 36, el cual arrojó datos exactos de las esferas que se encuentran afectadas. En donde se encontró que la mayoría de la población fueron hombres, los cuales presentaron mejor calidad de vida en la esfera de función física, porque probablemente este grupo poblacional, antes de llegar a la fundación Amparo San José, realizaban trabajos o esfuerzos de mayor complejidad física, factor determinante al realizar mayor actividad física de complejidad al encontrarse en estado de institucionalización a diferencia de las mujeres que no estaban acostumbradas a realizar este tipo de esfuerzos físicos evaluados en los diferentes ítems de la dimensión función física y al llegar a la institución se dejan ayudar en sus actividades por parte del personal de la fundación.

La calidad de vida abarca las Habilidades funcionales de una persona. Bravo (2000)<sup>24</sup> establece que la funcionalidad incluye una compleja mezcla de factores fisiológicos, conductuales, cognitivos y sociales. Para el individuo promedio, el envejecimiento se asocia con una declinación de las capacidades funcionales y un aumento de la prevalencia de enfermedades agudas y crónicas. La movilidad y la función mental son los elementos que mejor definen la autonomía, la independencia y el contacto social en el adulto mayor. En el presente estudio investigativo los resultados encontrados en rol físico los cuales hacen equivalencia a movilidad se determinó el 55% de los adultos mayores tienen buena calidad de vida en esta esfera, por otra parte en la dimensión salud mental se encontró que el 65% de los adultos mayores cuentan con una buena calidad de vida.

También es importante considerar que en la vejez es muy probable que surjan ciertas limitaciones funcionales, las cuales ocurren como resultado de una discapacidad y afectan la habilidad del individuo para ejecutar las tareas y obligaciones habituales y las actividades diarias típicas. Tanto las discapacidades como las limitaciones funcionales involucran la alteración de una función; sin

embargo, la diferencia es en el nivel en que se produce la limitación (Cornachione, 2008)<sup>26</sup>. Así mismo, Asili (2004) (12) considera el hecho de que la persona tenga una limitación funcional para realizar alguna de sus actividades de la vida diaria le afectará en su calidad de vida.

Otro indicador que se tomará en cuenta en esta investigación es el de Integración social. Según Bravo (2000)<sup>24</sup>, la integración social es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida, como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral. El grado de bienestar del adulto mayor ha puesto una mayor atención a los mecanismos formales e informales de apoyo función social y rol emocional. En presente investigación se obtuvo satisfactoriamente que la dimensión función social cuenta con un 87% de buena calidad de vida, igualmente en la dimensión en el rol emocional encontramos un 60% de buena calidad de vida, factores que favorecen el buen vivir de esta población geriátrica en la Fundación Amparo San José.

En el presente estudio se observa la importancia que los adultos mayores cuenten con más servicios sociales. A pesar de que realizan manualidades, participan en eventos culturales, caminatas en fechas especiales y permanentemente se encuentran acompañados con grupos de diferentes instituciones, ellos también necesitan realizar actividades en donde se estimule su salud física y funciones cognitivas, como terapia ocupacional y actividades físicas que puedan desempeñar. Esta esfera se relaciona con la dimensión vitalidad del cuestionario SF-36 en donde un 51% de la población tienen buena calidad de vida.

En la calidad de vida del adulto mayor es importante considerar el indicador de Salud. La Organización Mundial de la Salud (2004)<sup>28</sup> define a la salud como el bienestar físico, mental y social; sin embargo, el concepto es más amplio y significa no únicamente estar libre de enfermedades. Según Oblitas (2008) (13), la salud incluye dos dimensiones. La dimensión física es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. Estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad. La dimensión psicológica es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima y la incertidumbre del futuro.

También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento. Por otro lado, en el adulto mayor, la salud es definida como la capacidad para atenderse a sí mismo y desenvolverse en el seno de la familia y la sociedad, la cual le permite desempeñar sus actividades de la vida diaria por sí solo. El grupo de edad avanzada desea estar libre de enfermedades. Una de las estrategias más

importantes para obtener estos cambios es la participación del individuo con responsabilidad, mediante el auto cuidado (Asili, 2004) (12).

En los participantes en esta investigación se puede observar que en la dependencia de beneficencia mujeres se encontró el más alto porcentaje de mejor calidad de vida en relación a la salud general con un 63,6% y en la beneficencia hombres se encontró una mejor calidad de vida en la esfera función física con un porcentaje del 72,7%.

## CONCLUSIONES

Dándole cumplimiento al objetivo general: se logró identificar de acuerdo a los ítems valorados con el cuestionario SF-36, una diferencia en el nivel de calidad de vida al evaluar y comparar la salud física con la salud mental del total de la población estudiada. La cual cuenta con una mala calidad de vida en el desempeño salud física valorado por ( FF, RF, DC, SG), en donde 3 de 4 dimensiones valoradas para dicha esfera dieron como resultado porcentajes correspondientes a mala calidad de vida y una buena calidad de vida en el desempeño salud mental valorado por(VT,FS, RE,SM), en donde 4 de 4 dimensiones valoradas para dicha esfera dieron como resultado porcentajes correspondientes a buena calidad de vida

Se logró caracterizar socio-demográficamente a los adultos mayores institucionalizados en la Fundación Amparo San José año 2017, en donde se concluyó: En la población a estudio, predominó el género masculino sobre el femenino, los adultos mayores se encontraban distribuidos por dependencias( beneficencia mujeres, beneficencia hombres, pensión y cuidados paliativos) de los cuales el mayor número de personas encuestadas residían en la dependencia de pensión, el estado civil más frecuente fue soltero, el lugar de procedencia más representativo lo obtuvo el departamento de Nariño y la fecha de ingreso de la mayor parte de la población de adultos mayores, se dio en periodo comprendido en los años (2015 a 2017)

De las 8 dimensiones valoradas por el cuestionario SF-36 se pudo interpretar que los adultos mayores, cuentan con una peor calidad de vida en la esfera de salud general y una mejor calidad de vida en la esfera función social.

Al analizar el resultado de calidad de vida en los aspectos totales de la salud física y los aspectos totales de la salud mental de los adultos mayores, dados por el cuestionario SF-36 se determinó que en el eje de salud física hay un predominio por una mala calidad de vida lo cual se relaciona con los efectos propios del envejecimiento y su repercusión en la funcionalidad sobre los individuos. Y en el eje de salud mental se encontró un predominio por una buena calidad de vida al encontrarse en los adultos mayores un estado de armonía y equilibrio personal con su entorno socio-cultural de carácter participativo y gozando de buenas relaciones interpersonales lo cual traza una estabilidad mental adecuada.

El ítem de transición (última pregunta del cuestionario SF-36) que está encargado de evaluar el estado de salud actual del adulto mayor de una manera subjetiva, logró establecer que el resultado de esta pregunta es muy similar en las siguientes categorías ( “su estado de salud es más o menos igual ahora que hace un año” y “ su estado de salud actual es mucho mejor ahora que hace un año” Con lo cual

podemos inferir que más de la mitad de adultos mayores institucionalizados no reflejan un deterioro en su salud en comparación con el año pasado.

En definitiva los adultos mayores demostraron ser personas participativas, quienes se encuentran satisfechos con las instalaciones y ambiente del centro geriátrico. Además están agradecidos por encontrarse dentro, ya que muchos fueron abandonados la situación de otros adultos mayores es haber sido abandonado por sus familiares no pueden hacerse cargo de ellos.

Se puede evidenciar que los adultos mayores debido a causas del envejecimiento primario y/o por patologías intrínsecas individuales se les dificulta desempeñar ciertas funciones de la vida cotidiana, como: caminar, ir al baño, leer y actividades de su aseo personal. La mayoría de adultos mayores se encuentran resignados en cuanto a no poder realizar y estar en las mismas condiciones que cuando eran jóvenes.

## LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Uno de los factores a destacar dentro de nuestro proyecto investigativo, fué la gran disposición de colaboración por parte de la gerencia y recursos humanos de la Fundación Amparo San José, al brindarnos todo el apoyo solicitado en cuanto a la información de base de datos y el acceso a historias clínicas escritas, dentro de la institución.

Por lo tanto , las limitaciones encontradas, fueron en primer lugar al darnos cuenta que no podríamos realizar un tipo de muestreo convencional, al enfrentarnos con la realidad que no todas las personas que se encuentran viviendo en la Fundación Amparo San José cumplían con nuestros criterios de inclusión, ya que dentro de la población se encontraron muchas personas que no tenían la edad mínima requerida de 60 años, o no llevaban dentro de la fundación los 20 días básicos del criterio de institucionalización.

Por otra parte dentro de nuestros criterios de exclusión se encontró una gran población impedida mentalmente; personas que no podrían colaborar en el buen desarrollo de las encuestas. A demás nos encontramos con adultos mayores que no aceptaron ser parte del estudio, y su actitud poco colaboradora se basaba en estar a la defensiva y respondían con agresividad que no querían ser encuestados.

Por lo cual la población a estudio se redujo de 188 personas a 85, por lo que no hubo necesidad de realizar un proceso de muestreo.

Debido a las condiciones de cansancio de los adultos mayores, en algunos de ellos se debió fraccionar la encuesta en 2 sesiones lo cual hizo que el periodo de la recolección de datos se tornara en un proceso muy lento de realizar. A demás que por las condiciones propias del envejecimiento primario, las preguntas debían ser repetidas muchas veces para que pudieran ser respondidas por las personas y en algunos casos había que subir mucho el tono de la voz para que los adultos mayores pudieran escuchar con claridad la pregunta, entenderla y poderla contestar.

En su gran mayoría los adultos mayores, solicitaron al grupo de investigación escribir su nombre en el consentimiento informado ya que ellos no podían hacerlo, ya sea por las condiciones propias de su edad o porque sencillamente solo querían limitarse a responder las preguntas del cuestionario SF-36.

Debido al carácter subjetivo de la calidad de vida, no es posible establecer de manera exacta el nivel de calidad de vida relacionado con el impacto que tiene el envejecimiento en personas institucionalizadas, tras la utilización de la herramienta dada por el cuestionario SF-36, avalado por la OMS.

Por último, aunque se implementaron estrategias para minimizar los sesgos, se debe tener en cuenta que estos nunca se pueden evitar por completo.

## RECOMENDACIONES

Se recomienda a los futuros investigadores, tener en cuenta otras poblaciones geriátricas y continuar con el proceso de evaluación de la población objeto de estudio, ya que al pasar el tiempo se puede encontrar cambios significativos en los resultados, debido a que, los adultos mayores están predispuestos a llegar a la dependencia debido a su proceso de envejecimiento natural.

La investigación acerca de la calidad de vida en el adulto mayor institucionalizado se realice, en todos los hogares geriátricos a nivel de la Ciudad de Pasto, de esta manera se podrá tener resultados generales que indiquen que tan afectada está la calidad de vida.

Se recomienda para futuras investigaciones, realizar un estudio comparativo entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de San Juan de Pasto.

## BIBLIOGRAFIA

1. Rodriguez K. Vejez y envejecimiento. 2016 May 13..
2. Salvador M. Hacia un concepto integral de calidad de vida: la universidad y los mayores. Castello de la plana: Universitat de la Jaune I.D.L; 2003.
3. ades.com. Primer panel de indicadores de calidad de vida de personas con discapacidad intelectual de Aragón. [Online].; 2013 [cited 2017 03 26. Available from: <http://www.atades.com/wp-content/uploads/2013/12/Primer-panel-de-indicadores-de-calidad-de-vida-de-personas-con-discapacidad-intelectual-en-Aragon-ATADES.pdf>.
4. Villaverde M, Fernández L, Gracia R, Morera A, Cejas R. Salud Mental en Población Institucionalizada Mayor de 65 años en la Isla de Tenerife. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2000;; p. 277-282.
5. Gómez M, Sabeh. Calidad de Vida. Evolución del Concepto y su Influencia en la Investigación y la Práctica. [Online].; s.a [cited 217 05 14. Available from: <http://campus.usal.es/~%E2%88%BCinico/investigacion/invesinico/calidad.htm>.
6. Erickson P. PD. Política de salud, calidad de vida: Evaluación de la atención médica y asignación de recursos. Nueva York: Patrick D, Erickson P. Política de salud, calidad de vida: Evaluación de la atPrensa de la Universidad de Oxford; 1993.
7. Naughton M, Shumaker S, Czajkowski A. Aspectos psicológicos de la medición de la calidad de vida relacionada con la salud: pruebas y escalas. s.c: Quality of Life y Pharmaco economics in Clinical Trials; 1996.
8. Cornachione M. Psicología del desarrollo: Vejez Buenos Aires: Bruja; 2008.
9. Luján Padilla De Salazar IM. Calidad de vida del adulto mayor dentro del asilo los hermanos de Belen. Tesis de Grado para optar al título de psicóloga clínica en el grado académico de licenciada. Guatemala de la Asunción: Universidad Rafael Landívar; 2009.
10. Montero F. Para el adulto mayor: conocimientos y experiencias para mejorar calidad de vida. Trabajo de grado. España: Universidad Rafael Landívar; 2012.
11. Villar F. Discapacidad, dependencia y autonomía en la vejez. Madrid: Tesaria; 2009.
12. Asili N. Vida plena en la vejez. Trabajo de grado Licenciatura en psicología clínica. Guatemala de la Asunción: Universidad Rafael Landívar; 2014.
13. Oblitas L. Psicología de la salud y calidad de vida. 2nd ed. México: Thomson.; 2008.
14. Marcos A. Bioetica y derechos humanos universidad de esducacion distancia Guatemala De La Asunción,: Tesario; 2014.
15. Montes de La Oca V. Redes comunitarias, genero y envejecimiento Mexico: UNAM; 2006.
16. Organización Mundial de la Salud OMS. Dieta, nutrición, y prevención de

- enfermedades crónicas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
17. Bravo A. Calidad de vida y exigencias éticas. México: Universidad Iberoamericana; 2000.
  18. Rodríguez N. Manual de sociología Gerontológica Barcelona: Universidad de Barcelona; 2006.
  19. Arrazola F, Yanguas J, Arriola E, Uriarte A. La valoración de las personas mayores Madrid: Caritas; 2001.
  20. Martínez F. Geriátrica y gerontología. Costa Rica: Universidad estatal a distancia; 2004.
  21. Quintanar F. Atención a los ancianos en asilos y casa hogar de la ciudad de México México: Plaza y Valdez editores; 2000.
  22. Gómez M, Sabeh E. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Salamanca: Universidad de Salamanca ; s.f.
  23. Caterina.udlap. <http://caterina.udlap.mx>. [Online].; 2005 [cited 2017 04 10. Available from: [http://caterina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/meni/jure\\_s\\_jr/capitulo2.pdf](http://caterina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/meni/jure_s_jr/capitulo2.pdf).
  24. Arranz LM. Evaluación de calidad de vida en personas infectadas por VIH Barcelona: Universidad de Barcelona, facultad de psicología ; 2001.
  25. Remor E. Fiabilidad y validez de la versión española del cuestionario mos-sf-30 para evaluar la calidad de vida de personas infectadas por el vih, aten primaria. [Online]. s.c: s.e; 2017 [cited 2017 10 05. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-fiabilidad-validez-version-espanola-del-13048856>.
  26. Gómez j, Alonso M. Eficacia del tratamiento antirretroviral en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Estudio de 807 pacientes Barcelona: Med clin (barc).; 2000.
  27. Wu Aw Rh. Versión española del cuestionario "mos-sf-30" para evaluar la calidad de vida de personas con infección por vih/sida Barcelona: Medical care; 1991.
  28. Alonso , Cols. Versión española del Cuestionario de Salud SF-36 adaptada, Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM-IMAS) Barcelona: Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios; s.f.
  29. Knobel h. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia del tratamiento antirretroviral s.c: Enferm infecc microbiol clin; 2000.
  30. Cortés A. Evaluación Geriátrica Integral del Adulto Mayor. Revista Médica de Chile. 2011; 139(39): p. 725-731.
  31. Martínez J, AcostaH. , Dussan J, Alvarez J, Bedoya W, Carvajal J, et al. Calidad de Vida en Ancianos Institucionalizados de Pereira. [Online].; 2011 [cited 2017 09 02. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40n4/v40n4a08>.
  32. Bancon F. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales.

- [Online].; 2003 [cited 2017 08 05. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci_arttext).
33. Gómez F, Curcio L. Valoración Integral de la Salud del Anciano. Manizales;; 2002.
  34. Castillo A ACANCICMHM. Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Personas con Enfermedades Crónicas Degenerativas. Revista Cubana Investig Bioméd. 2008.
  35. Vilaguta G FMRLRPPG, Quintanae J, Santeda R VJ, Riberad A, Domingo AJ. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. \*Red de investigación cooperativa para la Investigación en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios. 2005;; p. 139-150.
  36. crdcolombia.org. <http://lcrdcolombia.org/es/ciudades/pasto-narino>. [Online].; 2016 [cited 2017 02 18. Available from: <http://lcrdcolombia.org/es/ciudades/pasto-narino>.
  37. Osorno Z. Calidad de vida del adulto mayor en el asilo. Tesis inédita. México: Universidad Autónoma del Estado de Hida; 2006.
  38. Cor M. Incidencia de la fundación cristiana de niños y ancianos en la calidad de vida de las personas adultas. tesis inédita. Guatemala : Universidad Rafael Landívar, Campus Central; 2012.
  39. Corugedo M, García D, González V, Crespo A, González G, Calderín M. Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces. Artículo científico. La Habana;; 2014.
  40. Soberanes S, González A, Castillo A. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida, Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado Mexico. 2009 octubre - diciembre; 14(4).

# **ANEXOS**

## ANEXO A. CUESTIONARIO DE SF – 36

Es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS). Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental (35)

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

Nº

--	--	--	--

<b>CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN LA DIMENSIÓN: FUNCIÓN FÍSICA. (FF)</b>			
<b>CÓDIGO</b>	<b>PREGUNTA (en las últimas 4 semanas, usted...)</b>	<b>RESPUESTA</b>	<b>VALOR QUE TOMA</b>
FF01	1. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?	1 =Sí, me limita mucho 2 =Sí, me limita un poco 3 =No, no me limita nada	1= 0 2= 50 3= 100
FF02	2. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?	1 =Sí, me limita mucho 2 =Sí, me limita un poco 3 =No, no me limita nada	1= 0 2= 50 3= 100
FF03	3. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?	1 =Sí, me limita mucho 2 =Sí, me limita un poco 3 =No, no me limita nada	1= 0 2= 50 3= 100
FF04	4. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?	1 =Sí, me limita mucho 2 =Sí, me limita un poco 3 =No, no me limita nada	1= 0 2= 50 3= 100
FF05	5. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?	1 =Sí, me limita mucho 2 =Sí, me limita un poco 3 =No, no me limita nada	1= 0 2= 50 3= 100

FF06	6. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?	1 =Sí, me limita mucho 2 =Sí, me limita un poco 3 =No, no me limita nada	1= 0 2= 50 3= 100
FF07	7. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?	1 =Sí, me limita mucho 2 =Sí, me limita un poco 3 =No, no me limita nada	1= 0 2= 50 3= 100
FF08	8. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?	1 =Sí, me limita mucho 2 =Sí, me limita un poco 3 =No, no me limita nada	1= 0 2= 50 3= 100
FF09	9. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?	1 =Sí, me limita mucho 2 =Sí, me limita un poco 3 =No, no me limita nada	1= 0 2= 50 3= 100
FF10	10. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?	1 =Sí, me limita mucho 2 =Sí, me limita un poco 3 =No, no me limita nada	1= 0 2= 50 3= 100
<b>CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN LA DIMENSIÓN: ROL FÍSICO (RF)</b>			
<b>CÓDIGO</b>	<b>PREGUNTA ( en las últimas 4 semanas, usted:)</b>	<b>RESPUESTAS</b>	<b>VALOR QUE TOMA</b>
RF01	1. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	1 = Sí 2 = No	1= 0 2= 100
RF02	2. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	1 = Sí 2 = No	1= 0 2= 100
RF03	3. . Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	1 = Sí 2 = No	1= 0 2= 100

RF04	4. . Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?	1 = Sí 2 = No	1= 0 2= 100
<b>CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN LA DIMENSIÓN: DOLOR CORPORAL (DC)</b>			
<b>CÓDIGO</b>	<b>PREGUNTA ( en las últimas 4 semanas, usted:)</b>	<b>RESPUESTAS</b>	<b>VALOR QUE TOMA</b>
DC01	1. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	1 =No, ninguno 2 =Sí, muy poco 3 =Sí, un poco 4 =Sí, moderado 5 =Sí, mucho 6 =Sí, muchísimo	1= 100 2 = 80 3 = 60 4 = 40 5 = 20 6 = 0
DC02	2. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	1= Nada 2 =Un poco 3 =Regular 4 =Bastante 5 =Mucho	1=100 2=75 3=50 4=25 5 =0
<b>CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN LA DIMENSIÓN: SALUD GENERAL (SG)</b>			
<b>CÓDIGO</b>	<b>PREGUNTA ( en las últimas 4 semanas, usted:)</b>	<b>VALOR QUE TOMA</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>
SG01	1. En general, usted diría que su salud es:	1= Excelente 2=Muy buena 3 =Buena 4 =Regular 5 =Mala	1= 100 2 =75 3 =50 4 =25 5 =0
SG02	2. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.	1 =Totalmente cierta 2 =Bastante cierta 3 =No lo sé 4 =Bastante falsa 5 =Totalmente falsa	1= 0 2 = 25 3 = 50 4 = 75 5 = 100
SG03	3. Estoy tan sano como cualquiera.	1 =Totalmente cierta 2 =Bastante cierta 3 =No lo sé 4 =Bastante falsa 5 =Totalmente falsa	1= 100 2 =75 3 =50 4 =25 5 =0
SG04	4. Creo que mi salud va a empeorar.	1 =Totalmente cierta 2 =Bastante cierta 3 =No lo sé 4 =Bastante falsa 5 =Totalmente falsa	1= 0 2 = 25 3 = 50 4 = 75 5 = 100

SG05	5. Mi salud es excelente.	1 =Totalmente cierta 2 =Bastante cierta 3 =No lo sé 4 =Bastante falsa 5 =Totalmente falsa	1= 100 2 =75 3 =50 4 =25 5 =0
<b>CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN LA DIMENSIÓN: VITALIDAD (VT)</b>			
<b>CÓDIGO</b>	<b>PREGUNTA ( en las últimas 4 semanas, usted:)</b>	<b>RESPUESTAS</b>	<b>VALOR QUE TOMA</b>
VT01	1. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?	1 =Siempre 2 =Casi siempre 3 =Muchas veces 4 =Algunas veces 5 =Sólo alguna vez 6 =Nunca	1= 100 2 = 80 3 = 60 4 = 40 5 = 20 6 = 0
VT02	2. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?	1 =Siempre 2 =Casi siempre 3 =Muchas veces 4 =Algunas veces 5 =Sólo alguna vez 6 =Nunca	1= 100 2 = 80 3 = 60 4 = 40 5 = 20 6 = 0
VT03	3. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?	1 =Siempre 2 =Casi siempre 3 =Muchas veces 4 =Algunas veces 5 =Sólo alguna vez 6 =Nunca	1= 0 2 = 20 3 = 40 4 = 60 5 = 80 6 = 100
VT04	4. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?	1 =Siempre 2 =Casi siempre 3 =Muchas veces 4 =Algunas veces 5 =Sólo alguna vez 6 =Nunca	1= 0 2 = 20 3 = 40 4 = 60 5 = 80 6 = 100
<b>CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN LA DIMENSIÓN: FUNCIÓN SOCIAL (FS)</b>			
<b>CÓDIGO</b>	<b>PREGUNTA ( en las últimas 4 semanas, usted:)</b>	<b>RESPUESTAS</b>	<b>VALOR QUE TOMA</b>
FS01	1. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	1= Nada 2 =Un poco 3 =Regular 4 =Bastante 5 =Mucho	1= 100 2 =75 3 =50 4 =25 5 =0

FS02	2. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	1 =Siempre 2 =Casi siempre 3 =Muchas veces 4 =Algunas veces 5 =Sólo alguna vez	1= 0 2 = 25 3 = 50 4 = 75 5 = 100
<b>CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN LA DIMENSIÓN: ROL EMOCIONAL (RE)</b>			
<b>CÓDIGO</b>	<b>PREGUNTA ( en las últimas 4 semanas, usted:)</b>	<b>RESPUESTAS</b>	<b>VALOR QUE TOMA</b>
RE01	1. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	1 = Sí 2 = No	1= 0 2= 100
RE02	2. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	1 = Sí 2 = No	1= 0 2= 100
RE03	3. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	1 = Sí 2 = No	1= 0 2= 100
<b>CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN LA DIMENSIÓN: SALUD MENTAL (SM)</b>			
<b>CÓDIGO</b>	<b>PREGUNTA ( en las últimas 4 semanas, usted:)</b>	<b>RESPUESTAS</b>	<b>VALOR QUE TOMA</b>
SM01	1. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?	1 =Siempre 2 =Casi siempre 3 =Muchas veces 4 =Algunas veces 5 =Sólo alguna vez 6 =Nunca	1= 0 2 = 20 3 = 40 4 = 60 5 = 80 6 = 100
SM02	2. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	1 =Siempre 2 =Casi siempre 3 =Muchas veces 4 =Algunas veces 5 =Sólo alguna vez 6 =Nunca	1= 0 2 = 20 3 = 40 4 = 60 5 = 80 6 = 100

SM03	3. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	1 =Siempre 2 =Casi siempre 3 =Muchas veces 4 =Algunas veces 5 =Sólo alguna vez 6 =Nunca	1= 100 2 = 80 3 = 60 4 = 40 5 = 20 6 = 0
SM04	4. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	1 =Siempre 2 =Casi siempre 3 =Muchas veces 4 =Algunas veces 5 =Sólo alguna vez 6 =Nunca	1= 0 2 = 20 3 = 40 4 = 60 5 = 80 6 = 100
SM05	5. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?	1 =Siempre 2 =Casi siempre 3 =Muchas veces 4 =Algunas veces 5 =Sólo alguna vez 6 =Nunca	1= 100 2 = 80 3 = 60 4 = 40 5 = 20 6 = 0
<b>CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN LA DIMENSIÓN: TRANSICIÓN DE LA SALUD (HT)</b>			
<b>CÓDIGO</b>	<b>PREGUNTA</b>	<b>RESPUESTAS</b>	<b>VALOR QUE TOMA</b>
HT01	1. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?	1 =Mucho mejor ahora que hace un año 2 =Algo mejor ahora que hace un año 3 =Más o menos igual que hace un año 4 =Algo peor ahora que hace un año 5 =Mucho peor ahora que hace un año	1= 100 2 =75 3 =50 4 =25 5 =0

De esta manera para cotejar el resultado de cada dimensión basta promediar cada una de las dimensiones.

<b>INTERPRETACIÓN DEL CUESTIONARIO: realizar las sumatorias de las diferentes respuestas para cada una de las dimensiones y categorías</b>		
<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>SIGNIFICADO</b>	<b>VALOR</b>
CVRS: FF (FUNCIÓN FÍSICA)	SUMATORIA DE TODAS LAS 10 PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO SF-36 CON LA DENOMINACIÓN: FF01 HASTA FF10, DIVIDO SOBRE 10	0 a 100
CVRS: RF (ROL FÍSICO)	SUMATORIA DE TODAS LAS 4 PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO SF-36 CON LA DENOMINACIÓN: RF01 HASTA RF04, DIVIDO SOBRE 4	0 a 100
CVRS: DC (DOLOR CORPORAL)	SUMATORIA DE TODAS LAS 2 PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO SF-36 CON LA DENOMINACIÓN: DC01 HASTA DC02, DIVIDO SOBRE 2	0 a 100
CVRS: SG (SALUD GENERAL)	SUMATORIA DE TODAS LAS 5 PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO SF-36 CON LA DENOMINACIÓN: SG01 HASTA SG05, DIVIDO SOBRE 5	0 a 100
CVRS: VT (VITALIDAD)	SUMATORIA DE TODAS LAS 4 PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO SF-36 CON LA DENOMINACIÓN: VT01 HASTA VT04, DIVIDO SOBRE 4	0 a 100
CVRS: FS (FUNCIÓN SOCIAL)	SUMATORIA DE TODAS LAS 2 PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO SF-36 CON LA DENOMINACIÓN: FS01 HASTA FS02, DIVIDO SOBRE 2	0 a 100
CVRS: RE (ROL EMOCIONAL)	SUMATORIA DE TODAS LAS 3 PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO SF-36 CON LA DENOMINACIÓN: RE01 HASTA RE03, DIVIDO SOBRE 3	0 a 100

CVRS:SM (SALUD MENTAL)	SUMATORIA DE TODAS LAS 5 PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO SF-36 CON LA DENOMINACIÓN: SM01 HASTA SM05, DIVIDO SOBRE 5	0 a 100
CVRS:TF (ASPECTOS TOTALES DE LA SALUD FÍSICA)	SUMATORIA DE LOS TOTALES DE LOS PUNTOS DE LAS DIMENSIONES DE FF,RF, DC, Y SG, DIVIDO 4.	0 a 100
CVRS:TM (ASPECTOS TOTALES DE LA SALUD MENTAL)	SUMATORIA DE LOS TOTALES DE LOS PUNTOS DE LAS DIMENSIONES DE VT,FS, RE Y SM, DIVIDO 4	0 a 100

## ANEXO B. CONSENTIMIENTO INFORMADO

<p><b>CALIDAD DE VIDA RELACIONADA EN SALUD EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN LA FUNDACIÓN AMPARO SAN JOSÉ EN EL AÑO 2017</b></p>
---

San

Martin. Actualmente se está realizando un estudio para conocer acerca de la calidad vida de los adultos mayores institucionalizados, para ello queremos pedir su apoyo.

Su participación en el estudio consistirá en la realización de encuestas y el seguimiento respectivo de su calidad de vida.

Su participación en el estudio es voluntaria, es su decisión si participa o no en el mismo. También es importante que sepa que si en un momento dado ya no quiere continuar en el estudio, no habrá ningún inconveniente, o si no quiere responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporcione nos ayudara a saber cuál es su calidad de vida en la Fundación Amparo San José.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie sus respuestas, solo lo sabrán las personas que formen parte del equipo de este estudio.

Si acepta participar, le pido que por favor ponga una (X) en el recuadro de abajo que dice "si quiero participar" y escribe su nombre.

Si no quiere participar, no ponga ninguna (X), ni escriba su nombre.

Sí quiero participar.

\_\_\_\_\_  
Nombre:

Nombre y firma de la persona que obtiene el consentimiento:

\_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

ITEM DE TRANSICION

**ANEXO C. Evaluación del ítem de transición**

<b>ENCUESTA</b>	<b>1= MUCHO MEJOR AHORA QUE HACE UN AÑO</b>	<b>2= ALGO MEJOR AHORA QUE HACE UN AÑO</b>	<b>3= MAS O MENOS IGUAL QUE HACE UN AÑO</b>	<b>4= ALGO PEOR AHORA QUE HACE UN AÑO</b>	<b>5= MUCHO PEOR AHORA QUE HACE UN AÑO</b>
1					X
2				X	
3				X	
4			X		
5			X		
6			X		
7	X				
8	X				
9	X				
10				X	
11	X				
12			X		
13					X
14			X		
15			X		
16				X	
17	X				
18			X		
19				X	
20	X				
21			X		
22					X
23			X		
24			X		
25					X
26	X				
27			X		
28					X
29					X
30			X		
31	X				
32	X				
33	X				
34				X	
35				X	
36				X	
37	X				
38			X		
39	X				
40					X

41	X				
42			X		
43	X				
44	X				
45	X				
46			X		
47			X		
48					X
49	X				
50			X		
51				X	
52	X				
53		X			
54			X		
55				X	
56					X
57			X		
58		X			
59				X	
60				X	
61		X			
62			X		
63			X		
64			X		
65			X		
66			X		
67			X		
68	X				
69	X				
70		X			
71					X
72			X		
73				X	
74					X
75					X
76	X				
77	X				
78				X	
79				X	
80					X
81				X	
82				X	
83				X	
84	X				
85					X

## RESULTADOS DE LA SUMATORIA DE EL ITEM DE TRANSICION

1 =23

2 = 4

3 =26

4 =18

5 =14

## PORCENTAJE Y SIGNIFICADO DEL ITEM DE TRANSICION

A la pregunta: ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1. Mucho mejor ahora que hace un año = 27.0%
2. Algo mejor ahora que hace un año = 4.7%
3. Más o menos igual que hace un año = 30.5%
4. Algo peor ahora que hace un año = 21.1%
5. Mucho peor ahora que hace un año = 16.4%