INFLUENCIA DE LOS FACTORES FAMILIARES EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS 8 ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN LA CASA HOGAR VILLA CAROLINA DE TIMBIO CAUCA

JESSICA VIVIANA SILVA IMBACHI
MARIA ALEJANDRA MENESES OSORIO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL
POPAYÁN
2018

FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA
DE POPAYÁN
35 ANIVERSARIO

NOTA DE ACEPTACIÓN

El presidente del Jurado y los jurados del trabajo denominado **"Influencia de los factores familiares en la calidad de vida de los 8 adultos mayores institucionalizados en la Casa Hogar Villa Carolina de Timbio - Cauca"**, presentado por la estudiante **María Alejandra Meneses Osorio",** una vez revisado el informe final y aprobada la sustentación del mismo, autorizan para que se realicen los trámites concernientes para optar al título de Trabajadora Social.

Firma Presidente de Jurado
Eduardo Antonio Peña Muñoz

Firma del Jurado
Carlos Arbey Solis Toro

FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA
DE POPAYÁN
35 ANIVERSARIO

NOTA DE ACEPTACIÓN

El presidente del Jurado y los jurados del trabajo denominado **"Influencia de los factores familiares en la calidad de vida de los 8 adultos mayores institucionalizados en la Casa Hogar Villa Carolina de Timbio - Cauca"**, presentado por la estudiante **Jessica Viviana Silva Imbachi",** una vez revisado el informe final y aprobada la sustentación del mismo, autorizan para que se realicen los trámites concernientes para optar al título de Trabajadora Social.

Firma Presidente de Jurado
Eduardo Antonio Peña Muñoz

Firma del Jurado
Carlos Arbey Solis Toro

CONTENIDO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 4

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA 4

3. OBJETIVOS 8

3.1 OBJETIVO GENERAL 8

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS....8

4. MARCO REFERENCIAL 9

4.1 ANTECEDENTES....9

4.2 MARCO CONCEPTUAL 13

4.3 MARCO LEGAL 15

4.4 MARCO TEÓRICO 17

5. MARCO METODOLÓGICO 22

5.1 TIPO DE ESTUDIO....22

5.2 MÉTODO 22

5.3 ENFOQUE 23

5.4 POBLACIÓN Y MUESTRA 23

5.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN 23

5.6 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN 24

5.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS 25

6. RESULTADO ……25

7. PROPUESTA ……26

8. CONCLUSION……..26

RECOMENDACIONES…….27

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....28

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Los organismos internacionales constantemente se refieren al crecimiento sostenido de la población de 60 años y más en los países de América Latina y el Caribe, considerándose adultos mayores a los de más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados.[1]

La etapa del envejecimiento humano es un fenómeno universal, donde ocurren modificaciones biológicas, psicológicas y sociales; consecuencia de los cambios celulares, tisulares, orgánicos y funcionales; en el ser humano se manifiesta con el deterioro progresivo e irreversible del organismo hasta hacerlo incapaz de enfrentar las circunstancias y condiciones del entorno, pero estos cambios no deben considerarse problemas de salud, sino variantes anátomo-fisiológicos normales.[2]

La Organización de las Naciones Unidas -ONU, estimó que la población mundial de personas de 60 años a más alcanza a 600 millones, lo que representa el 8,7% de la población general.[3]El envejecimiento es un importante indicador que evidencia un considerable mejoramiento en la atención en salud que permite que la población viva más años.[4]

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL, menciona que según proyecciones demográficas en las próximas décadas aumentarán aún más las tasas de crecimiento de la población mayor de 60 años de edad, de manera que en el año 2008 este grupo de edad será de alrededor de 100 millones de personas y en el 2050, cerca de 200 millones.[5]

[1]MENDOZA Sandra. Factores Biosocioculturales y Auto cuidado en el Adulto Diabético del Hospital III. Essalud. [tesis en internet] Chimbote; 2007.
[2]BOTERO DE MEJIA, Beatriz Eugenia and PICO MERCHAN, María Eugenia. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS: UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA. Haciapromoc.Salud [online]. 2007, vol.12, n.1, pp. 11-24
[3] COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social, Pontificia Universidad Javeriana. Envejecer en Colombia: aportes para una política en vejez y envejecimiento. Bogotá: El Ministerio, PUJ, 2006.
[4]OMS-Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre el envejecimiento de la población. [Online]; 2012.
[5]WHO-Word Health Organization. IC Felearning tool.[Online]; 2012..

En Colombia hoy en día se espera vivir cerca de 75 años.[6] Esta es una cifra significativa considerando que para los años 50's la esperanza de vida era de apenas 52 años.[7] Aunque este aumento sustancial en la esperanza de vida es un gran logro, trae consigo a su vez grandes retos, especialmente, garantizar una buena salud para un creciente número de personas que viven más de 70 años.

Los adultos mayores de 70 años, que en 1950 correspondían solamente al 6% de la población colombiana, hoy representa a más de 20% de los habitantes (4.628.394 personas mayores de 60 años).[8] Considerando que se espera que esta cifra continúe en aumento durante las próximas décadas, el éxito o fracaso en asegurarles niveles de bienestar adecuados depende en gran medida de la calidad de vida que alcancen, aspecto que se ve influenciado y modificado por diversos factores como la condiciones de salud, la situación económica y sociofamiliar en la que el individuo se encuentra, que a su vez, se afectan con el proceso de envejecimiento.

Sobre este aspecto, la Organización Mundial de la Salud-OMS[9], definen como marco de 65 años el aumento de la prevalencia de problemas específicos del envejecimiento como disminución de la agudeza visual y auditiva, incontinencias, incidencias de caídas, demencia, depresión y aislamiento, que se suma en países como en desarrollo como Colombia a la pobreza, vulnerabilidad social y familiar.

De esta manera, a medida que la población envejece, aumenta la demanda de instituciones para adultos mayores y Colombia no está estructuralmente preparada para recibir esa demanda. Los estudios sobre institucionalización de los adultos mayores en el país son pocos[10] y no evalúan con profundidad el tema, a pesar de que se hace evidente que un gran número de adultos mayores están institucionalizados por problemas de miseria y abandono, y, en segundo lugar, por problemas mentales y físicos.

La institucionalización es una de las situaciones más estresantes y desencadenantes de problemas psicopatológicos como ansiedades y depresión, que llevan al adulto mayor a pasar por transformaciones de todo tipo[11]. Este aislamiento social lo lleva a la pérdida de identidad, de libertad, de autoestima, al

[6]DANE. Proyecciones de población 2005-2020.
[7] CARDONA Doris, ESTRADA Alejandro, AGUDELO Héctor. Envejecer nos "toca" a todos: caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor. Medellín, Universidad de Antioquia, 2002.
[8] Ibid., p. 26
[9] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS. Envejecimiento y salud. Nota descriptiva. 5 de febrero de 2018
[10] MARTÍNEZ, J., & ANDERSON ACOSTA, H., & DUSSAN, J., & ÁLVAREZ BOLÍVAR, J., & BEDOYA, W., & CARVAJAL RAMÍREZ, J., & LÓPEZ GIRALDO, F. Calidad de vida en ancianos institucionalizados de Pereira. Revista Colombiana de Psiquiatría, 2011; v. 40, n. 4, 700-708.
[11] SAVOINE D. Riesgo de síndrome de estrés del traslado en el anciano institucionalizado. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos de Fin de Grado. 2015; V. 7, N. 1: 298-334.

estado de soledad y a muchas veces de rechazo de la propia vida, lo que justifica la alta prevalencia de enfermedades mentales en los asilos.

Por lo tanto, se considera que toda esta problemática vivenciada por el adulto mayor, sobre todo cuando es institucionalizado, puede comprometer de diferentes maneras su calidad de vida, tema que ha ocupado un lugar destacado en la investigación sobre el envejecimiento y sus repercusiones.

Por todo lo anterior y desde la perspectiva disciplinar del trabajo social, se considera que para contribuir con intervenciones encaminadas al mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores se requiere indagar los factores familiares que influyen en ella, propósito del presente estudio.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la influencia de los factores familiares en la calidad de vida de los 8 adultos mayores institucionalizados en la Casa Hogar Villa Carolina de Timbio Cauca?

2. JUSTIFICACIÓN

El papel del trabajador social con respecto al adulto mayor institucionalizado es de fundamental importancia, ya que el trabajo social se constituye como puerta de entrada para identificación y orientación de demandas expresadas por la persona mayor.

La concientización junto al familiar se hace necesaria y urgente, ya que el adulto mayor no puede simplemente ser confinado en un refugio, siendo cuidado exclusivamente por personas ajenas a su convivencia de toda una vida, este adulto mayor necesita de cuidados técnicos, pero que no sustituye la presencia, el afecto, la comprensión y la colaboración de los familiares.

En este sentido, el presente estudio espera sensibilizar sobre la importancia que tiene el trabajo social en el abordaje de la población adulta mayor, no solo orientada a detectar de manera precoz y prevenir los problemas sociales que dificulten la integración social de ellos, sino aportando desde la investigación al conocimiento y comprensión de los diversos factores que pueden limitar una calidad de vida óptima.

Así, los aportes del proyecto podrán servir de insumos o referentes para la planeación de estrategias de intervención en programas que fomenten el desarrollo de las capacidades naturales de las personas mayores para prevenir o paliar su problemática social, fomentando su participación activa.

Desde la perspectiva anterior, el trabajador social debe empoderarse y convertirse en pieza clave de la política pública de vejez y envejecimiento, establecida en la Ley 1151 de julio de 2007, desde la que se conceptualiza que *"el envejecimiento activo es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez"*[12]

[12] COLOMBIA. Política nacional de envejecimiento y vejez 2007-2019. Diciembre 2007; P. 28

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la influencia de los factores familiares en la calidad de vida de los 8 adultos mayores institucionalizados en la Casa Hogar Villa Carolina de Timbio Cauca.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar características familiares de los adultos mayores institucionalizados en la Casa Hogar Villa Carolina de Timbio Cauca.
- Conocer el estado de salud de los adultos mayores de acuerdo a lo informado por los cuidadores de la Casa Hogar Villa Carolina de Timbio Cauca.
- Describir cómo los factores familiares afectan la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados en la Casa Hogar Villa Carolina de Timbio Cauca.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 ANTECEDENTES

Estudios internacionales

A nivel internacional, Bustamante et al.[13], analizó los principales determinantes socioeconómicos de la calidad de vida de los adultos mayores en la provincia del Guayas en Ecuador. Se aplicó el método de encuesta a una muestra de 817 entrevistados el año 2015. Se realizó un análisis descriptivo demográfico y socioeconómico. Los resultados pusieron en manifiesto que la ocupación y el nivel de educación muestran una asociación estadísticamente significativa con la calidad de vida auto-reportada y que el hecho de padecer una enfermedad y pertenecer al rango de edad de entre 71 y 80 años, tendría un impacto negativo en la calidad de vida de los adultos mayores.

En Perú Bacilio[14] realizó un estudio para analizar los factores Sociales y familiares que influyen en la satisfacción de la calidad de vida de los participantes del Programa de Adulto Mayor “Luz Divina” del Hospital Distrital de Florencia de Mora “El Esfuerzo” durante el año 2013. Para llevarlo a cabo diseñaron una Investigación Descriptiva, teniendo como muestra a 56 Adultos Mayores con edades que oscilan entre 60 y 80 años de edad que vienen asistiendo de manera regular y permanente en el Programa. Se emplearon los Métodos, Técnicas e Instrumentos de Investigación como: método descriptivo, método estadístico, método analítico, observación, entrevista, encuesta, revisión bibliográfica, escala de estimación, registro de observación, registro de entrevista, cuestionario, fichas bibliográficas, escala de satisfacción de la calidad de vida de Olson& Barnes, ficha de datos, registro fotográfico. Los resultados obtenidos evidencian que los apropiados factores sociales y familiares favorecen un incremento en la satisfacción de la calidad de vida de los participantes del Programa de Adulto Mayor “Luz Divina” del Hospital Distrital “El Esfuerzo”.

[13] BUSTAMANTE, Miguel A; LAPO, María del C; TORRES, José D y CAMINO, Segundo M. Factores Socioeconómicos de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores en la Provincia de Guayas, Ecuador. Inf. tecnol. [online]. 2017, vol.28, n.5, p.165-176.

[14] BACILIO AM. Factores sociales y familiares que influyen en la satisfacción de la calidad de vida de los participantes del programa de adulto mayor "Luz Divina" del Hospital Distrital De Florencia de Mora "El Esfuerzo" durante el año 2013. [Tesis de Trabajo Social]. Universidad Nacional de Trujillo. Perú, 2014.

Vinicio[15] en Ecuador, más recientemente desarrolló un estudio con el objetivo de determinar la relación entre calidad de vida de los adultos mayores, funcionalidad familiar y factores sociodemográficos. Además, determinar la percepción de los familiares de la calidad de vida de los adultos mayores. Se llevó a cabo un estudio mixto cuantitativo transversal analítico y cualitativo de tipo etnográfico, se incluyó a 146 participantes quienes cumplieron los criterios de inclusión y firmaron el consentimiento informado. La percepción de la calidad de vida se midió con el cuestionario WHOQOL-BREF y para el apoyo familiar percibido se utilizó el APGAR familiar. Para lo cualitativo se utilizó la técnica de grupos focales. Los resultados indicaron que la calidad de vida baja se concentró entre el 23 y el 28%, la disfuncionalidad familiar se asoció con una peor calidad de vida en la salud física, relaciones sociales y el entorno, a mayor edad, personas sin ocupación, sexo femenino, sin instrucción, sin pareja menor calidad de vida. Los familiares perciben como factores favorecedores de la calidad de vida, la salud, el trabajo, la participación, el afecto y la solidaridad. Se concluye que la calidad de vida está relacionada con la funcionalidad familiar en tres de sus cuatro dimensiones.

En El Salvador, Monterrosa y Rodríguez realizaron un estudio para identificar los factores que inciden en la calidad de Vida del Adulto Mayor en El SIBASI Nueva Concepción. Llevaron a cabo un estudio descriptivo con enfoque cualitativo, transversal, cuy unidad de análisis es el adulto mayor y su núcleo familiar, se realizó una entrevista a profundidad y observación directa. Dentro de los resultados se encontró que la mayoría de ancianos cuentan con servicios de salud accesibles, sin embargo, en zonas urbanas como Tejutla y Nueva Concepción, existen adultos mayores que viven a una distancia mayor de 10 kilómetros hasta el establecimiento de salud, considerándose inaccesible, en la zona rural también existe población con difícil acceso a los servicios de salud. La mayoría de ancianos recibe atención por personal calificado. Los resultados coinciden con lo descrito en la literatura nacional e internacional, en los lugares estudiados, la mayoría de familias mostró indiferencia marcada en el cuidado de los ancianos, agravando dicha situación la limitada capacidad de respuesta de los proveedores de salud en la entrega de servicios médicos y medicamentos para la patología por la cual consultan los ancianos.

[15] VINICIO M. Calidad de vida y funcionalidad familiar en el adulto mayor de la Parroquia Guaraynag, Azuay. 2015-2016 [Tesis especialización en medicina familiar y comunitaria]. Universidad de Cuenca, Ecuador, 2017.

Estudios nacionales

A nivel nacional, Melguizo et al.,[16] diseñaron un estudio para identificar los factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida relacionada con salud de los adultos mayores de la Comuna 9 del Distrito de Cartagena. La población se conformó por 5020 adultos mayores, muestra de 514 personas. Muestreo en dos etapas: primero estratificado, considerando la proporción de adultos mayores en cada barrio de la Comuna 9, y luego aleatorio simple, para seleccionar las manzanas donde ubicar a los participantes. Se aplicó el instrumento "Índice Multicultural de Calidad de Vida". Los resultados evidenciaron que el 65,8% de la población eran mujeres; 43% viven en unión libre o son casados; 56,6% han cursado estudios de primaria; 58% no trabaja y el 64,3% residía en estrato 1 o 2. Estar pensionado o estar trabajando aumenta 2,7 veces la posibilidad de tener un buen bienestar psicológico (OR= 2,729 IC 95%= 1,758-4,236). Los autores concluyeron que ser mujer, tener nivel de escolaridad secundaria o más, vivir en estrato tres o cuatro, ser pensionado o estar trabajando y vivir con menos de cuatro personas muestra asociación a la calidad de vida relacionada con salud de los adultos mayores.

Varela y Gallego[17] realizaron en Envigado Antioquia un estudio cualitativo sobre las percepciones de la calidad de vida de un grupo de adultos mayores, donde se exponen algunas circunstancias definitorias de esta categoría y las condiciones a las que ellos otorgan un estado de bienestar. Se utilizó un enfoque etnográfico particularista, centrado en 70 adultos mayores activos del centro gerontológico “Atardecer”. Los grupos focales fueron grabados y transcritos, se realizó codificación, se llenaron categorías y posteriormente se derivaron las relaciones para establecer tendencias de comportamiento. Entre los principales hallazgos se encuentra que las condiciones definitorias de calidad de vida no solo se relacionan con satisfacción de necesidades básicas, sino también con que exista una vida en comunidad y poder contar con los apoyos del Estado. Se muestra la posibilidad de lograr el envejecimiento y la vejez con una buena calidad de vida, que depende de decisiones propias, del gobierno y del entorno que crea la comunidad.

Estrada et al.[18], en Medellín realizó un estudio con el fin de explorar las condiciones asociadas con la calidad de vida de los ancianos en hogares

[16] MELGUIZO HERRERA, Estela; ACOSTA LOPEZ, Ana and CASTELLANO PEREZ, Brunilda. Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia). Salud, Barranquilla [online]. 2012, vol.28, n.2. p. 261-268.
[17] VARELA LE, GALLEGO EA. Percepción de la calidad de vida en un grupo de adultos mayores de Envigado (Colombia). Salud Soc Uptc. 2015; v. 2, n. 1, p. 7-14
[18] ESTRADA, Alejandro et al. Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. Biomédica, [S.l.], v. 31, n. 4, p. 492-502, june 2011. ISSN 0120-4157.

geriátricos. Llevó a cabo un estudio transversal de 276 ancianos de 39 Centros de Bienestar del Anciano de Medellín. La calidad de vida se evaluó mediante el World Health Organization Quality of Life of Older Adults (WHOQOL-OLD) de la Organización Mundial de la Salud; se utilizaron la escala de depresión de Yesavage, la de ansiedad de Goldberg, la de funcionalidad de Pfeffer, la minivaloración nutricional y, además, se evaluaron aspectos demográficos y sociales. Los resultados indicaron que el 59,4 % eran mujeres, la edad promedio fue de 79,2 ± 8,0 años, 71% se consideraron independientes para realizar actividades de la vida diaria, 45,7% presentaba sintomatología depresiva y 33 % mostraron riesgo de ansiedad, 28,3% deterioro funcional y, 54,3%, posible malnutrición. Se encontró una asociación negativa con la calidad de vida el ser mujer, presentar diabetes, altos puntaje sen las escalas de capacidad funcional, depresión y ansiedad; el ir voluntariamente a la institución mostró una asociación positiva. Los autores concluyen que el deterioro en la calidad de vida se presenta cuando las condiciones de funcionalidad y autonomía limitaban la realización de actividades de la vida diaria, agravado por el hecho de ser mujer, tener sintomatología depresiva y de ansiedad, y sentirse maltratado por sus familiares.

Estudios locales

A nivel local, Rivera et al.[19], realizaron un estudio denominado caracterización de la salud mental de los adultos mayores de la comuna dos de la ciudad de Popayán, pertenecientes al grupo Nuevos Horizontes que se creó hace más de 20 años en este sector de la ciudad ante la necesidad de organización y como una forma para ser visibilizados y exigir la atención requerida por los adultos mayores. Es una investigación mixta de tipo descriptivo. Los resultados mostraron que los adultos mayores del grupo nuevos horizontes se han adaptado extraordinariamente a un sistema de autoayuda, saludable durante las jornadas de reunión semanal, comparado con otros adultos mayores que pueden estar en las mismas condiciones, sumergidos en los mismos o similares entornos sociales pero no cuentan con un lugar o momento donde puedan expresarse, desahogarse de sus dolencias y sentirse felices, desarrollando un estilo de vida que permita aceptar estas condiciones y afectaciones causadas por factores psicosociales transformándolas en fortalezas como lo han hecho estas personas, demostrando

[19] RIVERA S et al. Caracterización de la salud mental del adulto mayor del grupo Nuevos Horizontes de la comuna 2 de Popayán, Departamento del Cauca. [Trabajo de grado para optar el título de Psicólogo]. Universidad Abierta y a Distancia UNAD, Popayán, 2018.

que la especie humana evoluciona y se adapta a su medio ambiente y sobrevive a los ambientes más hostiles, el adaptarse a vivir en estas condiciones ambientales sin duda alguna ha generado un cambio en la mentalidad de estas personas, pero han sido más fuertes las ganas que tienen de seguir viviendo.

Gurrute y Mesa[20] realizaron un estudio con el fin de establecer el nivel de adherencia a procesos de neurorehabilitación funcional a largo plazo y su relación con la discapacidad y la calidad de vida relacionada con la salud en adultos con lesión medular crónica de Popayán, Colombia del año 2014. Se realizó un estudio descriptivo y correlacional bivariado en 37 personas con lesión medular de Popayán, Colombia; donde se caracterizó y se relacionó el grado de adherencia a procesos de neurorehabilitación funcional a largo plazo, con variables sociodemográficas, clínicas y asociadas con la neurorehabilitación, discapacidad (SCI-DAS) y la calidad de vida relacionada con la salud (WHOQOL-BREF). Se encontró un promedio de edad de 42,17 años, con un tiempo de evolución lesión en promedio de 147,97 meses, en un mayor porcentaje la muestra estuvo conformada por hombres con un 83,8%, siendo solteros en un 62,2% del total de los participantes. Se encontró una media de 80,03 puntos para Adherencia global, un promedio de 27,85 puntos para Discapacidad global; mientras que para Calidad de vida general se encontró una media de 64,86 puntos. Así mismo, se observó una correlación estadísticamente significativa (p>0,05) para todas las variables de forma inversamente proporcional, es decir, a mayor calidad de vida, menor grado de discapacidad; excepto para calidad de vida en salud psicológica y discapacidad en factores ambientales (p=0,081). Se concluye que el proceso de adherencia de los participantes fue catalogado como alto y se vio influenciado por factores como el equipo y asistencia sanitaria, lo cual demostró ser un indicador determinante que afecta las esferas del individuo como la continuidad en las terapias y en su motivación en la mejoría de su condición de salud.

4.2 MARCO CONCEPTUAL

4.2.1 Calidad de vida. La calidad de vida se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida a lo que se denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo y la segunda está relacionada

[20] GURRUTE Arquimedes; MESA Angie. Adherencia a procesos de neurorehabilitación funcional y su relación con la discapacidad y la calidad de vida en adultos con lesión medular de Popayán, 2014. [Maestría en Discapacidad], Universidad Autónoma de Manizales, 2015

con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida “Estado de bienestar”[21].

4.2.2 Adulto mayor. El proceso del envejecimiento del organismo humano no se debe reducirse a un mero proceso biológico, se debe analizar el contexto la naturaleza compleja del hombre que es un ser biológico – cultural – social – mental y espiritual integradamente y la naturaleza compleja de las sociedades humanas: ecológico, ambiental, social, económico, cultura[22].

Se puede entender la vejez, como el conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales, normal e inherente a todo individuo, que deja huella a nivel físico y en el comportamiento de cada uno, reflejado en el estilo de vida y en su interacción con el medio, y que repercute en el sistema social y económico de la sociedad, irreversible y constante, que se inicia desde el nacimiento mismo[23].

4.2.3 Adulto mayor institucionalizado. El aumento considerable de las personas mayores, sumado a los cambios experimentados a nivel familiar ha favorecido el crecimiento de la oferta de instituciones de cuidado geriátrico. Esta oferta si bien es necesaria, los estudiosos de la gerontología y las autoridades gubernamentales no están seguros de que estas instituciones sean favorables para el bienestar integral del adulto mayor, en lo referido a los sentimientos de identidad, roles, seguridad, etc.[24]

Estos aspectos podrían verse reflejados en el stress que puede sufrir la persona en un primer momento, es decir, al instante de ingresar al establecimiento, lo que provocaría dificultad en la adaptación al funcionamiento interno de la institución, hecho comprensible pues el individuo se encuentra con un entorno diferente al suyo, al que está

[21] TUESCA Molina, R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. Revista Científica Salud Uninorte, 2012; 21.
[22] PIÑERA, W. J. D., VILLAR, Y. G., FERNÁNDEZ, T. M. L., PADUA, G. R., & PADRÓN, H. D. Envejecimiento e invalidez. Nuevos retos para la sociedad cubana Aging and invalidity. New challenges for the Cuban society. Revista Cubana de Salud y Trabajo, 2010; v. 11; n. 1, 38-46.
[23] GARCÍA, V., & GONZÁLEZ, I. La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. Revista Cubana de Medicina General Integral, 2000; 16, 586-592
[24] CIFUENTES Paola. Adulto Mayor Institucionalizado [Tesis para optar al grado academico de licenciada en Trabajo Social]. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago, Chile 2005

acostumbrado durante muchos años de sus vidas; implica que además debe seguir normas de otros, que antes no se tenían o eran diferentes a las acostumbradas.[25] En otras palabras, su cotidianidad, su mundo más próximo, que es el único que le resta, cambia radicalmente.

4.2.4 Instituciones de cuidado geriátrico. Este tipo de instituciones comienzan con posterioridad a la II Guerra Mundial. En España como en los otros países Mediterráneos, y en América Latina es aún más reciente su surgimiento en relación al de las sociedades industrializadas. "Es en los años setenta cuando comienza a perfilarse lo que podría llegar a ser en el futuro un sistema público de servicios sociales y comienza el énfasis y el esfuerzo a tratar de mejorar la antigua concepción de asilo, tradicional institución de beneficencia destinado fundamentalmente a ancianos indigentes y abandonados"[26].

Anteriormente, los establecimientos en su gran parte se encontraban bajo el alero de organizaciones de beneficencia y filantrópicas con fines asilares, pero de acuerdo a los cambios que se han producido en la sociedad se ha ido creando una nueva concepción de lugares de acogida para los adultos mayores[27]. Este nuevo contexto ha hecho que surja una oferta privada para satisfacer las demandas crecientes y de familiares de la población de adultos mayores solicitando sus servicios.

En Colombia estas instituciones se denominan centros de promoción social para personas mayores, son los centros (llamados también instituciones o servicios de atención) que prestan diferentes tipos de atención y cuidado a las personas mayores. Son espacios favorables para la capacitación, recreación y el desarrollo de proyectos de vida y productivos y destinados al bienestar de la persona mayor[28].

4.3 MARCO LEGAL

[25] GAVIRIA, Gladys. Reunión Regional de la Sociedad Civil Sobre Envejecimiento Documento de Trabajo Santiago, Chile. 2003
[26] CIFUENTES Paola. Óp. Cit., p. 69
[27] Ibid., p. 70
[28] MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos técnicos para los centros de promoción y protección social para personas mayores. Versión abril de 2008

Resolución 1841 de 2013 - Plan decenal de Salud Pública 2012-2021 que se basa en la dimensión de vida saludable y condiciones no trasmisibles: Conjunto de políticas y acciones transectoriales, sectoriales y comunitarias que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas de la vida, a través de estrategias enmarcadas en los siguientes componentes: 1. Modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos, 2 .Atención integral en salud de las enfermedades no transmisibles.

La dimensión gestión diferencial de las poblaciones vulnerables es un Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales y transectoriales que buscan el reconocimiento de las diferencias sociales y, en consecuencia, la aplicación de medidas en favor de aquellos grupos sociales en los que esas diferencias significa desventaja o situación de mayor vulnerabilidad, encaminados a lograr la equidad en salud en el marco de los derechos de sujetos y colectivos , siendo el adulto mayor una de las poblaciones que presentan mayor vulnerabilidad.

Artículo 17 del protocolo adicional de la convención interamericana de derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (protocolo de San Salvador 1988). Ratificado por Colombia mediante ley 319 de 1996: “proporcionar las instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionársela por sí misma”.

Resolución número 6507 de 1977. “Por la cual se expide el modelo de estatutos para Centros de Bienestar del Anciano”.

Artículo 46 de la Constitución Política Nacional de 1991 “el estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria”

Artículo 48 de la Constitución Política Nacional de 1991. “La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestara bajo la dirección, coordinación y control del estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en términos que establezca la ley”

Ley 882 de 2004 o ley de "ojos morados" por la cual se habla del incremento de las penas en caso de que el maltrato sea en contra de una persona mayor

Igualmente, en la **Ley 1171 de 2007**, se contempla en su primer artículo garantizar derechos a la educación, recreación, salud, y propiciar un mejoramiento en sus condiciones generales de vida a la población adulta mayor de 62 años.

Resolución 425 de 2008, en el artículo 15, parágrafo 4 se establece el "Eje Programático de Promoción Social: la cual incluye las siguientes áreas sub-programáticas: a) Acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y atención de las poblaciones especiales, tales como, población en situación de desplazamiento, población en situación de discapacidad, adultos mayores, mujeres gestantes, población indígena, población infantil, adolescente y joven."

Ley 1251 de 2008 Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.

4.4 MARCO TEÓRICO

4.4.1 Calidad de vida del adulto mayor desde el enfoque biológico.

La definición de las especificidades de la Calidad de Vida en la vejez es adjetivada por Pérez[29] como "muy complicada". Esta definición comenzó inicialmente impregnada por una concepción más biomédica, enfatizando las pérdidas físicas, por lo que la Calidad de Vida se concibió como la Salud derivaba de la ausencia de disfunción o de elementos incapacitantes.

Así, Fallowfield[30] definió como los principales factores que afectan a la Calidad de Vida de los adultos mayores:

i) la degeneración física y las enfermedades de la vejez, considerando así la salud el factor más importante en la determinación de la Calidad de Vida, sobre todo, porque la falta de salud y las enfermedades son las mayores preocupaciones que la gente expresa, en relación con su envejecimiento. De este hecho resulta necesario, al evaluar la Calidad Vida de cualquier persona, considerar dos aspectos: a. de qué forma los síntomas y las enfermedades interfieren en las actividades cotidianas; b. la calidad y acceso a los recursos disponibles para su cuidado.

[29] PÉREZ, G. Calidad de Vida en Personas Mayores Madrid: Dikinson: 2004; p. 19 – 50.
[30] FALLOWFIELD L. Quality of quality of life data. Lancet 1996; 348-421

ii) la reforma - los profundos impactos de la reforma en el equilibrio del anciano son evidentes y mayoritariamente negativos. A pesar de su extensión, son pocos los que experimentan su reforma como liberación, siendo para la mayoría entendida como una pérdida con implicaciones a diferentes niveles.

iii) pérdidas (sociales, económicas ...) - las pérdidas son inevitables y progresivas, por lo que los mecanismos de reparación y los procesos de reequilibro son esenciales. Obviamente, no todas las pérdidas tienen impactos similares, siendo particularmente perturbadoras las pérdidas de familiares y amigos, sobre todo si acuden inesperadamente (sin enfermedad prolongada) y contra el orden "natural", como la muerte súbita de hijos y nietos, poniendo en cuestión el sentido y la cosmovisión del anciano.

Conforme envejecemos, nuestro organismo experimenta diversas modificaciones de tipo morfológico (en su forma), fisiológico (funcionamiento), psicológico y social, las cuales son generadas por cambios propios de la edad y desgaste acumulado. A pesar de que lo antes dicho no significa que esta etapa de la vida no debe considerarse en sí misma enfermedad, es verdad que aumenta la vulnerabilidad ante el desarrollo de padecimientos crónicos (de larga duración) y que la gente de edad avanzada se encuentra en situación de desventaja en más de un aspecto.

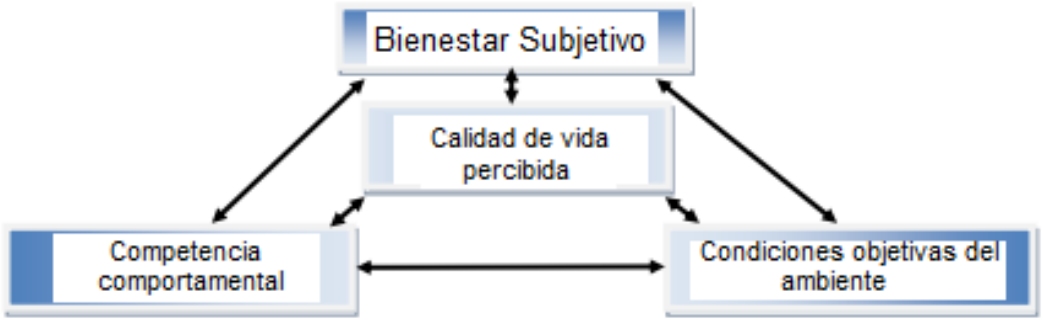
Ahora bien, en el plano operativo, dicho concepto se refiere al **empoderamiento de los adultos mayores** en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en los que están inmersos, considerando cambios inherentes a la edad, riesgos ambientales y psicosociales, así como las medidas preventivas que pueden aplicar.

4.4.2 Enfoque de la calidad de vida del adulto mayor de Lawton

Lawton[31] propuso un modelo que busca ser exhaustivo en cuanto a los aspectos que deben ser considerados en la calidad de vida del adulto mayor, pero los organizó sistemáticamente en cuatro componentes generales (que se subdividen igualmente en subcomponentes), a saber: a. bienestar subjetivo; b. calidad de vida percibida; c. competencia conductual y d. condiciones objetivas de medio ambiente. (Véase figura 1)

[31] LAWTON, M. A Multidimensional View of quality of life in frail elderly. San Diego: Academic Press 1991; p. 75 – 82.

Figura 1. Enfoque Calidad de vida según Lawton



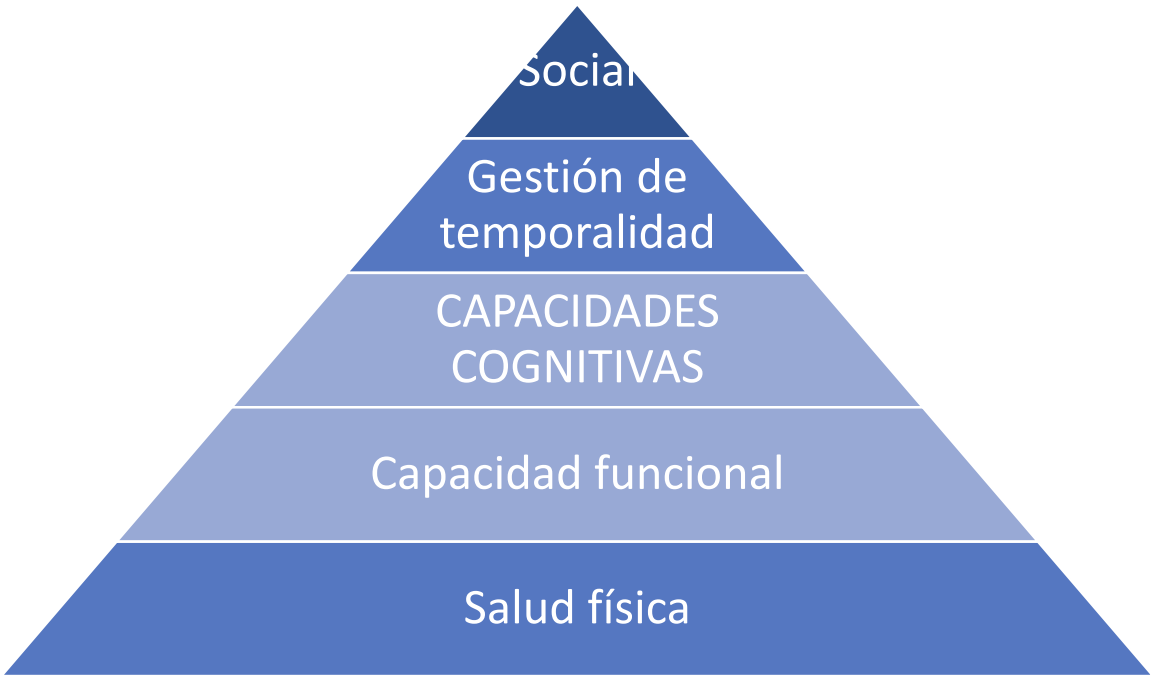
Fuente: Lawton (1991)

a. Por "bienestar subjetivo" Lawton entiende la evaluación cualitativa y personal que cada sujeto hace a propósito de los otros tres componentes. Es dependiente de la capacidad del *sí mismo* tener un sentimiento de continuidad que le permita analizar sus experiencias personales en términos de temporalidad y de forma comparativa. Este bienestar, aunque no es independiente de la salud, el confort y los recursos económicos y materiales, revela una relativa autonomía de estos aspectos. Por otra parte, forman parte de una evaluación del sujeto a su vida, pero pueden ser relativizadas en una evaluación global. También en este aspecto hay una lógica bipolar porque algunos aspectos pueden ser evaluados como positivos y otros como negativos. En el límite, el objetivo es que el adulto mayor mantenga un equilibrio que resulta de su capacidad de acomodarse a las pérdidas y de percibir las dimensiones positivas de sí mismo. Para este autor, un *si mismo* con altos niveles de autoconocimiento, utilizando sus competencias, con implicación social, tendrá una mejor adaptación al envejecimiento y tendrá mejor bienestar subjetivo.

b. La "calidad de vida percibida" resulta de la evaluación que alguien hace de su desempeño en términos de sus "competencias comportamentales". Se consideran como dimensiones auto-percepción de la salud, relatos de enfermedades, consumo de medicamentos, dolor e incomodidad, alteraciones percibidas en términos cognitivos y la autopercepción de la eficacia en los dominios físico y cognitivo.

Por "competencias comportamentales" Lawton considera la evaluación socionormativa del desempeño del individuo en términos de salud física, capacidad funcional, capacidades cognitivas, gestión de la temporalidad y comportamiento social. En una perspectiva funcionalista, organizó una jerarquía de competencias en las que se van soportando unas a otras, iniciándose en la salud física:

Figura 2. Competencias comportamentales jerarquizadas según Lawton



Fuente: Lawton (1991)

Por "condiciones objetivas de medio ambiente" Lawton entiende el impacto de las condiciones ambientales sobre los comportamientos conductuales de los adultos mayores, ya sea de su corporalidad, sociabilidad o en los procesos psicológicos adaptativos. Tiene tanto que ver con la Calidad de Vida percibida como con la sensación de auto-eficacia y autonomía que el adulto mayor desarrolló a lo largo de la vida.

Se tiene, por un lado, los aspectos ambientales estudiados por la Psicología Ecológica o por la Ergonomía, pero también por las creencias y expectativas construidas y aprendidas por el sujeto sobre las formas de exigencias satisfactorias. La sensación de autoeficacia, construida a lo largo de la vida, es muy influenciada en el adulto mayor por su vivencia cotidiana, por su continua comparación con los demás (y consigo mismo), pero también de las interacciones con los demás y de la escolaridad.

4.4.3 Enfoque de la calidad de vida del adulto mayor de Moreno

En una perspectiva más geriátrica y a partir de su experiencia médica y de la literatura, Moreno[32] identificó siete aspectos que le parecen "de gran influencia" en la vida de los adultos mayores, a saber:

i) la familia, haciendo particular referencia al impacto negativo que representan los desplazamientos a los que muchos están obligados, con los que pierden "el espacio y el tiempo propios, a que debe tener derecho todo el individuo"

ii) la vivienda, que no están adaptadas a las necesidades y dificultades de movilidad de los adultos mayores, con escaleras difíciles de transponer, pisos inseguros, bañeras y lavabos no ajustados, cocinas con diversos riesgos, aumentado las posibilidades de accidentes y dificultando las actividades cotidianas

iii) las pérdidas de los compañeros de trabajo, familiares, menores rendimientos y aumento de las enfermedades, con implicaciones en estados depresivos o agravamiento de enfermedades anteriores que tienden a tornarse crónicas

[32] MORENO, E. El dolor del anciano y su abordaje interdisciplinar. Unidades del Dolor. Realidad Hoy, Reto para el Futuro. Terrassa: Fundación Privada Presidente Torres Falguera, 2004.

iv) evidente influencia en el modo de envejecimiento de la forma en que el adulto mayor vivió anteriormente, teniendo implicaciones en los problemas que pueden aparecer durante la senescencia;

v) la necesidad de ejercicio regular de modo racional y de acuerdo con el entrenamiento de cada uno

vi) los patrones de sueño aparecen alterados en los adultos mayores, debiendo verificarse si el adulto mayor duerme un número de horas adecuado

vii) una gran tendencia hacia el prefijo "In" (Inmovilidad, Inmunodeficiencia, Introversión, Inactividad, Insomnio, Insuficiencia visual y auditiva, Incontinencia urinaria, Impotencia, Iatrogenia).

5. MARCO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Se define como descriptiva que tiene como propósito dar a conocer los factores sociofamiliares, económicos y de salud asociados a la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados en la casa Hogar Villa Carolina de Timbio Cauca.

5.2 MÉTODO

Transversal. En el estudio se describirán los eventos, a través de mediciones que se tomarán una vez, en un periodo de tiempo por cada evento o fenómeno estudiado. La información se recabará a través de instrumentos diseñados para tal fin.

5.3 ENFOQUE

Mixto, definido como un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación que implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información obtenida (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio[33].

El enfoque cualitativo busca principalmente “dispersión o expansión” de los datos e información, mientras que el enfoque cuantitativo pretende intencionalmente “acotar” la información (medir con precisión las variables del estudio, tener “foco”). De esta manera, el estudio cuantitativo consolida los datos sobre los factores sociofamiliares, económicos y de salud asociados a la calidad de vida, mientras el estudio cualitativo permitirá profundizar en ellos.

5.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población está conformada por los 20 adultos mayores institucionalizados que componen el Hogar Villa Carolina. Para determinar el tamaño muestral se toma en consideración la concepción de Pineda et al., en la cual señala que, para la investigación cualitativa, "la lógica de la muestra se basa en estudiar a profundidad algo a fin de que sea válido. Usualmente esto se hace en pocos casos seleccionados en forma intencionada"[34].

Por eso y de esta forma, se escogerán por un muestro no probabilístico por conveniencias a 8 personas adultas mayores que cumplan los siguientes criterios de inclusión: ser mayores de 65 años de edad, de ambos sexos, que resida en el Hogar Villa Carolina por 1 año o más, que no tengan un deterioro grave en su salud que les impida comunicarse, y que por supuesto, decidan voluntariamente participar.

5.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

[33] HERNANDEZ SAMPIERI R, FERNANDEZ COLLADO C, Metodología de la investigación, quinta edición, editorial MC GRAW HI, p. 547-586

[34] PINEDA, Elia Beatriz; DE ALVARADO, Eva Luz y DE CANALES, Francisca H. Metodología de la investigación manual para el desarrollo de personal de salud. OPS, Washington, DC, 1994, p. 120.

Encuesta con preguntas abiertas y cerradas, orientadas a identificar características demográficas y familiares de la población, como el sexo, edad, estado civil, escolaridad y fuente de ingresos económicos, convivencia con la familia, integración familiar, servicios en salud afiliación y régimen, percepción del estado de salud, diagnostico patológico tratamiento y frecuencia de consulta a servicios médicos.

Para evaluar la calidad de vida de los adultos mayores se utilizará la Escala FUMAT[35] este instrumento proporciona un perfil objetivo de la calidad de vida de los usuarios adultos mayores de instituciones sociales. Se trata de un cuestionario autoadministrado en el que el profesional responde a cuestiones observables sobre la calidad de vida del usuario.
El tiempo de cumplimentación oscila entre 10 y 15 minutos. Está compuesta por un total de 57 ítems, enunciados en tercera persona, con formato declarativo, y ordenados de forma aleatoria dentro de su correspondiente dimensión. Todos los ítems pueden responderse con un formato de respuesta de frecuencia de cuatro opciones (‘nunca o casi nunca’, ‘a veces’, ‘frecuentemente’, ‘siempre o casi siempre’). No obstante, para aquellos ítems a los que resulta difícil contestar con esta escala de frecuencia, se da la instrucción de responder pensando en la siguiente escala Likert de cuatro puntos (‘totalmente de acuerdo’, ‘de acuerdo’, ‘en desacuerdo’, ‘totalmente en desacuerdo’). El cuestionario fue diseñado para generar un índice global de calidad de vida, así como para proporcionar puntuaciones en cada una de las dimensiones y un perfil de la persona.

5.6 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se elaborará una base de datos en Excel y se presentarán los resultados en tablas y/o gráficas. Para identificar la asociación entre los factores demográficos, sociofamiliares y de salud con la calidad de vida se hará una contrastación con una prueba estadística no paramétrica debido al tamaño limitado de la muestra.

[35] GOMEZ, L. E.; M. A., Verdugo; ARIAS, B. y NAVAS, P. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la Escala Fumat. Psychosocial Intervención [online]. 2008, vol.17, n.2, p.189-199.

5.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar artículo 5 de la Resolución 008430 /93 Ministerio de salud.

Este estudio se considera como “investigación con riesgo mínimo” (artículo 11 de la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia).

La información recogida se utilizará solo para fines investigativos preservando los principios de integridad e intimidad de las personas e Instituciones.

Adicionalmente esta investigación considera los principios enunciados en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial[36], su interés fue exclusivamente científico. En todo momento se protegerá la integridad de los participantes, se tomarán todas las precauciones para respetar su vida privada y para reducir al mínimo el impacto del estudio en su integridad física y psicológica.

RESULTADOS

Brindarse a un mismo la posibilidad de una ilusión o tener una actividad en la cual explote sus habilidades es una gran manera de satisfacer la salud emocional y física.

Se evidencio que los adultos mayores se expresan y desarrollan su actividad interpersonal cuando cambian de contexto físico.

Es importante el acompañamiento familiar ya que el adulto mayor no puede ser simplemente institucionalizado en una casa hogar y ser cuidado por personas ajenas a toda su vida, esto provoca en gran medida que el adulto mayor tenga un deterioro en su calidad de vida.

En la casa hogar villa carolina se observó que la mayoría puede alimentarse y conciliar le sueño pero tienen dificultades en cuanto a la dependencia y movilidad.

La mayoría de los adultos mayores se mostró satisfecho con las actividades sociales realizadas.

[36] CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS (CIOMS). Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos, Ginebra; 1993: 53-56.

PROPUESTA

- los aportes del proyecto podrán servir de insumos o referentes para la planeación de estrategias de intervención en programas que fomenten el desarrollo de las capacidades naturales de las personas mayores para prevenir o paliar su problemática social, fomentando su participación activa.
- Desde la perspectiva anterior, el trabajador social debe empoderarse y convertirse en pieza clave de la política pública de vejez y envejecimiento, establecida en la Ley 1151 de julio de 2007.

CONLUCIONES

- El papel del trabajador social con respecto al adulto mayor institucionalizado es de fundamental importancia, ya que el trabajo social se constituye como puerta de entrada para identificación y orientación de demandas expresadas por la persona mayor.
- La concientización junto al familiar se hace necesaria y urgente, ya que el adulto mayor no puede simplemente ser confinado en un refugio, siendo cuidado exclusivamente por personas ajenas a su convivencia de toda una vida, este adulto mayor necesita de cuidados técnicos, pero que no sustituye la presencia, el afecto, la comprensión y la colaboración de los familiares.
- La etapa del envejecimiento humano es un fenómeno universal, donde ocurren modificaciones biológicas, psicológicas y sociales; consecuencia de los cambios celulares, tisulares, orgánicos y funcionales en el ser humano.
- La institucionalización es una de las situaciones más estresantes y desencadenantes de problemas psicopatológicos como ansiedades y depresión, que llevan al adulto mayor a pasar por transformaciones de todo tipo. Este aislamiento social lo lleva a la pérdida de identidad, de libertad, de autoestima.

RECOMENDACIONES

- En todo momento se protegerá la integridad de los participantes, se tomarán todas las precauciones para respetar su vida privada y para reducir al mínimo el impacto del estudio en su integridad física y psicológica.
- Es importante que la familia tenga un acompañamiento más constante a el adulto mayor ya que es de vital importancia para la calidad de vida de él, visitándolo el núcleo familiar o cada uno de ellos se pueden ir alternando.
- Actividades sociales donde el adulto mayor enfatice en sus necesidades y explote las mismas de una manera interpersonal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BACILIO AM. Factores sociales y familiares que influyen en la satisfacción de la calidad de vida de los participantes del programa de adulto mayor "Luz Divina" del Hospital Distrital De Florencia de Mora "El Esfuerzo" durante el año 2013. [Tesis de Trabajo Social]. Universidad Nacional de Trujillo. Perú, 2014.

BOTERO DE MEJIA, Beatriz Eugenia and PICO MERCHAN, María Eugenia. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS: UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA. Haciapromoc.Salud [online]. 2007, vol.12, n.1, pp. 11-24

BUSTAMANTE, Miguel A; LAPO, María del C; TORRES, José D y CAMINO, Segundo M. Factores Socioeconómicos de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores en la Provincia de Guayas, Ecuador. Inf. tecnol. [online]. 2017, vol.28, n.5, p.165-176.

https://www.saludymedicinas.com.mx/centrosdessalud/climaterio/prevencion/envejecimiento-activo.

CARDONA Doris, ESTRADA Alejandro, AGUDELO Héctor. Envejecer nos “toca” a todos: caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor. Medellín, Universidad de Antioquia, 2002.

CIFUENTES Paola. Adulto Mayor Institucionalizado [Tesis para optar al grado academico de licenciada en Trabajo Social]. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago, Chile 2005

COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social, Pontificia Universidad Javeriana. Envejecer en Colombia: aportes para una política en vejez y envejecimiento. Bogotá: El Ministerio, PUJ, 2006.

COLOMBIA. Política nacional de envejecimiento y vejez 2007-2019. Diciembre 2007; P. 28

CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS (CIOMS). Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos, Ginebra; 1993: 53-56.

DANE. Proyecciones de población 2005-2020.

ESTRADA, Alejandro et al. Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. Biomédica, [S.l.], v. 31, n. 4, p. 492-502, june 2011. ISSN 0120-4157.

FALLOWFIELD L. Quality of quality of life data. Lancet 1996; 348-421

FLORES-Herrera Blanca Isela, et al. Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2018;26(2):83-8

GARCÍA, V., & GONZÁLEZ, I. La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. Revista Cubana de Medicina General Integral, 2000; 16, 586-592

GAVIRIA, Gladys. Reunión Regional de la Sociedad Civil Sobre Envejecimiento Documento de Trabajo Santiago, Chile. 2003

GURRUTE Arquimedes; MESA Angie. Adherencia a procesos de neurorehabilitación funcional y su relación con la discapacidad y la calidad de vida en adultos con lesión medular de Popayán, 2014. [Maestría en Discapacidad], Universidad Autónoma de Manizales, 2015

HERNANDEZ SAMPIERI R, FERNANDEZ COLLADO C, Metodología de la investigación, quinta edición, editorial MC GRAW HI, p. 547-586

LAWTON, M. A Multidimensional View of quality of life in frail elderly. San Diego: Academic Press 1991; p. 75 – 82.

MARTÍNEZ, J., & ANDERSON ACOSTA, H., & DUSSAN, J., & ÁLVAREZ BOLÍVAR, J., & BEDOYA, W., & CARVAJAL RAMÍREZ, J., & LÓPEZ GIRALDO, F. Calidad de vida en ancianos institucionalizados de Pereira. Revista Colombiana de Psiquiatría, 2011; v. 40, n. 4, 700-708.

MELGUIZO HERRERA, Estela; ACOSTA LOPEZ, Ana and CASTELLANO PEREZ, Brunilda. Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia). Salud, Barranquilla [online]. 2012, vol.28, n.2. p. 261-268.

MENDOZA Sandra. Factores Biosocioculturales y Auto cuidado en el Adulto Diabético del Hospital III. Essalud. [tesis en internet] Chimbote; 2007.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos técnicos para los centros de promoción y protección social para personas mayores. Versión abril de 2008

MORENO, E. El dolor del anciano y su abordaje interdisciplinar. Unidades del Dolor. Realidad Hoy, Reto para el Futuro. Terrassa: Fundación Privada Presidente Torres Falguera, 2004.

OMS-Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre el envejecimiento de la población. [Online]; 2012.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS. Envejecimiento y salud. Nota descriptiva. 5 de febrero de 2018

PÉREZ, G. Calidad de Vida en Personas Mayores Madrid: Dikinson: 2004; p. 19 – 50.

PINEDA, Elia Beatriz; DE ALVARADO, Eva Luz y DE CANALES, Francisca H. Metodología de la investigación manual para el desarrollo de personal de salud. OPS, Washington, DC, 1994, p. 120.

PIÑERA, W. J. D., VILLAR, Y. G., FERNÁNDEZ, T. M. L., PADUA, G. R., & PADRÓN, H. D. Envejecimiento e invalidez. Nuevos retos para la sociedad cubana Aging and invalidity. New challenges for the Cuban society. Revista Cubana de Salud y Trabajo, 2010; v. 11; n. 1, 38-46.

RIVERA S et al. Caracterización de la salud mental del adulto mayor del grupo Nuevos Horizontes de la comuna 2 de Popayán, Departamento del Cauca. [Trabajo de grado para optar el título de Psicólogo]. Universidad Abierta y a Distancia UNAD, Popayán, 2018.

SAVOINE D. Riesgo de síndrome de estrés del traslado en el anciano institucionalizado. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos de Fin de Grado. 2015; V. 7, N. 1: 298-334.

TUESCA Molina, R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. Revista Científica Salud Uninorte, 2012; 21.

VARELA LE, GALLEGO EA. Percepción de la calidad de vida en un grupo de adultos mayores de Envigado (Colombia). Salud Soc Uptc. 2015; v. 2, n. 1, p. 7-14

VINICIO M. Calidad de vida y funcionalidad familiar en el adulto mayor de la Parroquia Guaraynag, Azuay. 2015-2016 [Tesis especialización en medicina familiar y comunitaria]. Universidad de Cuenca, Ecuador, 2017.

WHO-Word Health Organization. IC Felearning tool.[Online]; 2012..

ANEXOS

Anexo 1. Características familiares entrevista a cuidadores familiares

1.1 Sociodemográficas

Nombre del adulto mayor: _____

Edad: _____ **Sexo**: F__ M__

Nivel educativo: Ninguno__ Primaria__ Secundaria__ Universitario__ Otro_____

Estado civil actual: Soltero__ Casado__ Otro_____

Ocupación laboral pasada: _____

Recibe pensión: Si __ No __

Recibe ingresos económicos de: La familia__ Ahorros __ Pensión: __ Programas sociales: __

Sus ingresos satisfacen sus necesidades básicas: Si __ No __

Meses de internación en el hogar_____

1.2 Familiares:

¿Dónde vivía antes de ingresar a la institución?

_____
_____
_____

¿Con quienes vivía?

_____
_____
_____

¿Cuántas veces al mes ve a sus familiares?

_____
_____

¿Quiénes lo visitan?

_____
_____

¿Cómo es la relación de la familia con el adulto mayor en actualidad?

_____
_____
_____
_____

¿Qué actividad o actividades con el grupo familiar realiza con el adulto mayor?

_____
_____
_____
_____

¿Por qué motivo esta institucionalizado en este hogar geriátrico? ¿Cómo llegó al hogar?

_____
_____
_____
_____

¿de quién fue la idea de la institucionalización en Villa Carolina?

_____
_____
_____

¿Qué papel desempeña la familia en el bienestar del adulto mayor?

_____
_____
_____
_____

Observaciones generales:

_____
_____
_____
_____

¡Muchas gracias!

Anexo 2. Características del estado de salud entrevista a cuidadores institucionales

Nombre del cuidador: _____

1) Aspecto físico:

a) ¿El adulto mayor conserva el arreglo personal?, ¿Su aspecto es acorde con la edad?

_____
_____
_____

b) ¿realiza actividades de la vida diaria solo como comer, vestirse?
Si __ No__
c) ¿se baña y hace sus necesidades higiénicas solo? Si __ No__
d) ¿realiza algunas tareas del hogar? (como tender la cama, limpiar, organizar su ropa Si __ No__
¿Cuáles?
_____
_____

e) ¿Presenta alguna limitación invalidante? (aclarar si son perceptivas, motoras u otras)

_____
_____
¿A influido los cambios corporales en su autoestima y/o en su vida cotidiana?
_____
_____

f) ¿Padece de enfermedades?

_____
_____
¿Cuenta con seguro médico? Si __ No __
¿Toma medicaciones? ¿Cuáles y por qué?,
_____
_____
_____
_____
¿En los últimos meses ha necesitado atención médica? Si __ No __
Si su respuesta es afirmativa ¿por qué?
_____
_____
_____
_____

2) Aspectos personales y sociales

a) ¿Cómo es su forma de ser?

_____
_____
_____
_____

b) ¿Qué sentimientos predominan durante el día en el adulto mayor: tristeza, ira, nostalgia, alegría, satisfacciones, miedos o angustia?

_____
_____
_____
_____

¿Qué aspectos funcionales predominan, es decir, cómo es su concentración, su memoria, su sueño?

_____
_____
_____
_____

c) ¿Recibe visitas, de quienes?

_____
_____
_____
_____

¿Participa de las actividades físicas, lúdicas o de ocio con sus amigos del centro?

_____
_____
_____
_____

d) ¿Cómo percibe usted el estado de salud del adulto mayor?
Muy bueno__; Bueno__; regular_; Mal__: Muy Mal__

¡Muchas gracias!

Anexo 3. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT, cuestionario a cuidadores institucionales

ESCALA FUMAT				
INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco.				
	Siempre/casi empre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca/casi nunca
BIENESTAR EMOCIONAL				
1. En general, se muestra satisfecho con su vida.				
2. Manifiesta sentirse inútil.				
3. Se muestra intranquilo o nervioso.				
4. Se muestra satisfecho consigo mismo.				
5. Tiene problemas de comportamiento				
6. Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe.				
7. Manifiesta sentirse triste o deprimido.				
8. Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad				
RELACIONES INTERPERSONALES				
9. Realiza actividades que le gustan con otras personas.				
10. Mantiene una buena relación con los profesionales del hogar al que acude.				
11. Mantiene una buena relación con sus compañeros del hogar al que acude.				
12. Carece de familiares cercanos.				
13. Valora negativamente sus relaciones de amistad.				
14. Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.				
BIENESTAR MATERIAL				
15. El lugar donde vive es confortable				
16. Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual)				
17. Se queja de su salario (o pensión)				
18. El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades				
19.El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades.				
20 dispone de las cosas materiales que necesita				
21. El lugar donde vive necesita reforma para adaptarse a sus necesidades				
DESARROLLO PERSONAL				
22. Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódicos, etc.)				
23. Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean				

24. Tiene dificultades para expresar información				
25. En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan				
26. Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumar, restar, etc.)				
27. Tiene dificultades para comprender la información que recibe				
28. Es responsable de la toma de su medicación				
29. Muestra escasa flexibilidad mental				
BIENESTAR FÍSICO				
30. Tiene problemas de movilidad				
31. Tiene problemas de continencia				
32. Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal.				
33. Su estado de salud le permite salir a la calle				
34. Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, etc.)				
35. Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales				
AUTODETERMINACIÓN				
36. Hace planes sobre su futuro				
37. Muestra dificultades para manjar el dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc.)				
38. Otras personas organizan su vida				
39. Elige cómo pasar su tiempo libre				
40. Ha elegido el lugar donde vive actualmente				
41. Su familia respeta sus decisiones				
42. Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas				
43. Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida				
INCLUSIÓN SOCIAL				
44. Participa en diversas actividades de ocio que le interesan.				
45. Está excluido en su comunidad				
46. En el hogar al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita				
47. Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita				
48. Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del hogar al que acude				
49. Está integrado con los compañeros del hogar al que acude				
50. Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del hogar al que acude				
51. Su red de apoyos no satisface sus necesidades				
52. Tiene dificultades para participar en su comunidad				
53. En el hogar al que acude se respetan y defienden sus derechos				
54. Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe				
55. Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados				
56. Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal				
57. Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)				