

**CALIDAD DE VIDA EN UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES DE
CARTAGENA DE INDIAS (COLOMBIA), 2019 I**

Ingrith Katerine Delgado Ijaji

Sirley Natalia Gallego Arias

Giannys Paola González Ariña

Karoll Nedith Puerta Miranda

Yulieth del Rosario Rocha Rivera

Trabajo de grado para optar al título de

Enfermero

Asesores

Disciplinar

Patricia Elena Gaviria Revollo

*Enfermera, especialista en el cuidado al adulto en estado crítico de salud
Universidad de Antioquia.*

Metodológica

Keydis Ruidiaz Gómez

Enfermera, Magister en enfermería

Universidad del Sinú- seccional Cartagena

Cartagena de Indias,

Colombia

2019

**CALIDAD DE VIDA EN UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES DE CARTAGENA
DE INDIAS (COLOMBIA), 2019 I**

Ingrith Katerine Delgado Ijaji

Sirley Natalia Gallego Arias

Giannys Paola González Ariña

Karoll Nedith Puerta Miranda

Yulieth del Rosario Rocha Rivera

**Trabajo de grado para optar al título de
Enfermero**

Asesores

Disciplinar

Patricia Gaviria Revollo

*Enfermera, especialista en el cuidado al adulto en estado crítico de salud
Universidad de Antioquia.*

Metodológica

Keidys Ruidiaz Gómez

*Enfermera, Magister en enfermería
Universidad de Cartagena*

Universidad del Sinú- seccional Cartagena

Cartagena de Indias

Colombia

2019

DEDICATORIA

Este trabajo se ha podido realizar gracias a Dios, porque su amor y su bondad no tienen fin. Gracias por estar presente cuando caigo y me pone a prueba. No cesan mis ganas de decir que es gracias a ti, que estas presente en esta etapa tan importante de mi vida si no en todo momento

Agradezco el apoyo de mis dos madres Bertha Oliva Ijaji Muñoz, Ledys Lambis Soto y hermanos, a la memoria de mi padre el sr Hugo Delgado Daza (Q.E.P.D) que han sido mi mayor motor para seguir adelante

A nuestro profesores y asesores en este trabajo, ya que me han orientado en mi formación académica, profesional y personal.

A mis compañeras que si esperar nada a cambio siempre estuvieron presentes en mis tristezas y alegrías durante todo este proceso de aprendizaje

Ingrith Katherine Delgado Ijaji.

DEDICATORIA

Principalmente a Dios ya que me ha acompañado y guiado mostrándome un camino de lucha para llegar a la excelencia cumpliendo día a día mis objetivos, se lo agradezco a mis padres y hermano los cuales me han brindado confianza apoyo y amor incondicional en este largo proceso, los cuales merecen toda gratificación.

A mis compañeras de esta investigación quienes más que amigas se convirtieron en una familia, las cuales me acompañaron en este proceso de formación; y a cada una de las personas que de una u otra forma han contribuido para el logro de mis objetivos.

Sirley Natalia Gallego Arias.

DEDICATORIA

Dedico de manera muy especial este trabajo de grado a mi padre eterno "DIOS" por permitirme llevar a cabo este proyecto, por acompañarme cada día con su presencia, por darme la sabiduría y fortaleza física y mental, por enseñarme a depender totalmente de él y por recordarme siempre la palabra que me regalo a la hora de dejar a los míos.

"Yo iré delante de ti, y enderezaré los lugares torcidos; quebrantaré puertas de bronce, y cerrojos de hierro haré pedazos; y te daré los tesoros escondidos, y los secretos muy guardados, para que sepas que yo soy Jehová, el Dios de Israel, que te pongo nombre." Isaías 15:2:3

Gracias a mi familia por hacer parte de este proceso, gracias por sus grandes sacrificios,

Para hacer posible este sueño, gracias por confiar en mí, gracias por levantar mis brazos cuando en ocasiones se encontraban caídos, gracias porque fueron ustedes quienes incondicionalmente me apoyaron cada día.

A mis padres quienes fueron mi mayor motivación, fueron ese soporte que cada día me alentaban, me daban fuerzas cuando me sentía que no iba a poder seguir.

A mis hermanos gracias por sus oraciones y apoyo incondicional, a mi tía Damaris, a mis primas Derlys y Emelsy gracias por apoyarme en todo momento. También dedico de manera especial a mis pastores quienes con sus oraciones me apoyaron y me ayudaron a continuar en este camino.

Por último dedico este trabajo a todos los que de una u otra manera estuvieron, en especial a mis amigas sirley, karoll, ingrit, yulieth quienes estuvieron en los momentos más triste pero también felices.

. Giannys Paola Gonzales Ariña.

DEDICATORIA

El amor de Dios es infinito y misericordioso, presente en cada instante de mi vida, en cada momento, en cada proceso y en cada logro. Es por esto que esta victoria se lo agradezco primeramente a él: dueño de mi vida y mi corazón. Dice en su palabra que todo lo que emprendo y lo que decida será guiado por las huellas de ese gran amor. Gracias papito Dios; sin duda alguna esto es por ti.

Mi madre Verena Miranda Jimenez y Mi padre Nestor Esteban Puerta Castilla son el motor principal por el cual me proyecto y me visiono a ser una gran profesional, SIEMPRE están apoyándome y sacrificándose para lograr cada uno de ellos; este no es la excepción. Gracias por cada lágrima, por cada esfuerzo y por qué en cada instante me demuestran su amor. LOS AMO INFINITAMENTE. Mi compromiso ahora es nunca defraudarlos, ser la mejor en lo que me propongo.
¡Es el tercero de muchos otros!

Así mismo, dedico con orgullo este gran logro a mi reflejos: mis hermanas: Eliana Vanessa Puerta Miranda y Shaytell Andrea Puerta Miranda y a mi primer sobrino; Dios los bendiga y los llene de mucha salud para que junto conmigo caminemos en este gran camino llamado éxito.

A la universidad del Sinu, escuela de Enfermería, directiva y docentes, los cuales aportaron en mi desarrollo individual y profesional. Son personas competentes y excelentes profesionales.

Quiero agradecerle a toda mi familia Mirandera y Puerta, sin uds este gran paso solo quedaría en sueños. Gracias ABUELAS!

Por ultimo dedico este gran logro a todas las personas en especial a mis amigas Yulieth, Giannys, Sirley e Ingrith, quienes estuvieron en cada uno de los momentos luchados, llenos de tristeza, felicidad y orgullo, gracias por estar junto a mí, gracias por compartir cada momento.

Karoll Nedith Puerta Miranda.

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico primeramente y con todo mi amor a DIOS, mi padre celestial, quien me ha sustentado con su amor y fortaleza para afrontar día a día los retos de la vida, gracias a él por llenar mi vida de éxitos y hacer posible el cumplimiento de este sueño, porque hoy puedo ver los frutos de cada lágrima y cada esfuerzo realizado a lo largo del camino.

A mis padres, Delcy Rivera Matos y Edwin Rocha Ospino, quiénes han sido un pilar fundamental en mi vida y el motor para luchar y salir adelante. Les agradezco por confiar y creer en mí, gracias por apoyarme incondicionalmente en el cumplimiento de este logro.

A Mario Ospino Tapias, por ser como un segundo padre y estar en los momentos buenos y difíciles, gracias por creer siempre en mí.

Jhonark Meza Rodríguez por brindarme su amor y compañía a lo largo de mi vida, por motivarme a ser mejor persona cada día y estar conmigo en mi proceso formativo.

A mi familia por cada oración y por su compañía a lo largo de este proceso y darme motivación día tras día, especialmente mi hermana Mahuren y mi abuela Rosario.

Los amos a todos con todo mi corazón.

Yulieth Del Rosario Rocha Rivera.

AGRADECIMIENTOS

Infinitamente agradecemos a nuestro DIOS, por eso ponemos en tus manos este trabajo, para ofrecértelo y darte las gracias por derramar bendiciones sobre nuestras vidas, por guiarnos a lo largo del camino y ser nuestra fortaleza en aquellos momentos de dificultad y debilidad. Gracias por concedernos sabiduría y entendimiento para realizar este trabajo y en tu gracia nos concedes culminar esta meta en el camino de la superación profesional, cumpliendo uno de nuestros anhelos más deseados.

A nuestros padres por brindarnos su amor, no tenemos como pagar cada sacrificio realizado por cada una de nosotras para que hoy día este sueño se materializara, infinitas gracias su apoyo incondicional. Mil y mil gracias, estamos orgullosas de ser sus hijas, no pudimos tener mejores padres.

Agradecemos a nuestra Alma mater, por brindarnos su espacio para adquirir nuevos conocimientos e ir formándonos día a día en nuestra profesión, a nuestra querida Escuela de Enfermería, por formarnos como personas y profesionales integrales. Valoramos mucho la labor de todos los docentes, especialmente Guillermina Saldarriaga Genes, nuestra directora de escuela, así mismo, Patricia Gaviña Revollo y Keidy Ruidíaz Gómez, por su dedicación y apoyo a nuestro trabajo.

*Llegar a ser un abuelo es disfrutar de uno de los pocos placeres de la vida para el
que ya se han pagado las consecuencias.*

Robert Brault

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	
CAPITULO I.....	20
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
1.1. DELIMITACION DEL PROBLEMA	24
1.2. PREGUNTA PROBLEMA.....	26
2. JUSTIFICACIÓN Y PROPÓSITO.....	27
3. OBJETIVOS	29
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	29
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
CAPITULO II.....	30
4. ESTADO DEL ARTE	30
5. MARCO TEÓRICO.....	33
5.1. CONCEPTO DE VEJEZ.	33
5.2. ÉNFASIS CONCEPTUAL: VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO	34
5.3. ENVEJECIMIENTO INDIVIDUAL Y POBLACIONAL.....	34
5.4. ADULTO MAYOR	35
5.5. LOS ADULTOS MAYORES EN COLOMBIA	36
5.6. CAMBIOS FÍSICOS / BIOLÓGICOS EN LOS ADULTOS MAYORES.....	37
5.7. CALIDAD DE VIDA	40
5.7.1. Desarrollo Histórico Del Concepto De Calidad De Vida	40
5.7.2. Definiciones Del Termino Calidad De Vida Según Autores	42
5.7.3. Antecedentes Del Término: Calidad De Vida	44
5.7.4. Calidad De Vida En El Adulto Mayor	44
5.7.5. Calidad De Vida Del Adulto Mayor En Colombia.....	45
5.7.6. Evaluación De La Calidad De Vida.....	46
5.7.7. Medición De La Calidad De Vida.....	46
5.7.8. Índice De Calidad De Vida De Ferrans And Powers (Qli).....	47
5.7.8. Desarrollo De Un Modelo Conceptual De Calidad De Vida	47
5.7.9. Enfoque Ideológico.....	50

5.8.	ELEMENTOS DE CALIDAD DE VIDA.....	52
5.8.1.	Dominios De Calidad De Vida Para Ferrans And Powers.....	54
5.8.2.	Conclusión Modelo De Carol Ferrans	55
5.9.	MARCO LEGAL.....	56
5.9.1.	Del Estado.....	57
5.9.2.	De la Sociedad Civil	58
5.9.3.	De la Familia	58
5.9.4.	Del Adulto Mayor.....	59
6.	MARCO CONCEPTUAL.....	62
	CAPITULO III.....	64
7.	METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	64
7.1.	NATURALEZA DEL ESTUDIO	64
7.2.	TIPO DE ESTUDIO	64
7.3.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	65
7.4.	MUESTREO	66
7.5.	CRITERIOS	66
7.5.1.	Criterios de Inclusión:.....	66
7.5.2.	Criterios de Exclusión:.....	66
7.6.	TÉCNICA DE INSTRUMENTO.....	67
7.8.	VALIDACION DEL INSTRUMENTO	70
7.9.	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS.....	71
7.9.1	CALCULO DEL INDICE DE CALIDAD DE VIDA (QLI).....	71
7.9.1.	Sesgos de Información.....	73
7.10.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	74
	CAPITULO IV.....	75
	RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.....	75
8.	RESULTADOS.....	75
8.1.	PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DE LA POBLACION DE ESTUDIO.....	76
	Tabla 5. Tabla de Frecuencias. Perfil Sociodemográfico de la población de estudio.....	76
8.1.1	ÀREA DE RESIDENCIA	81

9.	CALIDAD DE VIDA	82
9.1.	NIVEL DE SATISFACCIÓN E IMPORTANCIA PARA CADA DOMINIO	82
9.2	INDICE DE CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACION ADULTO MAYOR EN LA CIUDAD DE CARTAGENA DE INDIAS, 2019 I	94
9.2.1.	Medidas De Tendencia Central Y Desviación Estándar	94
10.	ASOCIACIÓN ENTRE EL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.	97
10.1	Análisis de Variables	99
10.1.1.	Variable: Cantidad de Hijos	99
10.1.2.	Variable: Estrato Socioeconómico.....	100
10.1.3.	Variable: ¿Con quién vive?	101
10.1.4	Variable: Tipología Familiar.....	105
10.1.5	Variable Promedio de Ingresos Económicos.....	107
10.1.6	Variable Utilización del Tiempo Libre	112
10.1.7	Antecedentes Patológicos.....	114
11.	DISCUSION	116
12.	CONCLUSIONES	121
13.	RECOMENDACIONES	122
14.	REFERENCIAS.....	123
	ANEXO 1	126
	PRESUPUESTO.....	126
	NOTAS PRESUPUESTALES:.....	127
	ANEXO 2	128
	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	128
	ANEXO 3	131
	OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	131
	ANEXO 4. INSTRUMENTOS APLICADOS	135
	ANEXO 5.	142
	ANEXO 6.	143
	ANEXO 7	144

LISTA DE TABLAS

	Pag
Tabla 1. Diversas definiciones para el concepto de calidad de vida	43
Tabla 2. Elementos del Modelo Conceptual Ferrans and Powers para la Calidad de Vida	50
Tabla 3: Población Total de adultos mayores por localidades	65
Tabla 4: Definición de dominios	68
Tabla 5. Perfil Sociodemográfico de la población de estudio	76
Tabla 6: Satisfacción para el dominio salud y funcionamiento	83
Tabla 7 :Importancia para el dominio salud y funcionamiento	84
Tabla 8: Satisfacción para el dominio social y económico	86
Tabla 9: Importancia para el dominio social y económico	87
Tabla 10: Satisfacción para el dominio psicológico y espiritual	88
Tabla 11: Importancia para el dominio psicológico y espiritual	89
Tabla 12: Satisfacción para el dominio familiar	90
Tabla 13: Importancia para el dominio familiar	91
Tabla 14: Índice de calidad de vida y dominio (QLI TOTAL)	94
Tabla 15: Moda para el índice de calidad de vida de la población	96
Tabla 16: Correlación test chi-cuadrado: perfil sociodemográfico * calidad de vida	98
Tabla 17: Tabla cruzada cantidad de hijos * dominio social y económico (agrupada)	99
Tabla 18: Tabla cruzada Estrato Social*Dominio Social y Económico (Agrupada)	100
tabla 19: ¿con quién vive? * índice calidad de vida general (agrupada)	101
Tabla 20. ¿Con quién vive? * Dominio de Salud y Funcionamiento (Agrupada)	102
Tabla 21. ¿Con quién vive? * Dominio psicológico y Espiritual (Agrupada)	103

Tabla 22. ¿Con quién vive? * Dominio Familiar (Agrupada)	104
Tabla 23. Tipología familiar * Dominio Social y Económico (Agrupada)	105
Tabla 24. Tipología familiar * Dominio psicológico y Espiritual (Agrupada)	106
Tabla 25. Promedio de Ingresos Mensuales * Índice Calidad de Vida General (Agrupada)	107
Tabla 26. Promedio de Ingresos Mensuales * Dominio de Salud y Funcionamiento (Agrupada)	108
Tabla 27. Promedio de Ingresos Mensuales * Dominio psicológico y Espiritual (Agrupada)	109
Tabla 28. Promedio de Ingresos Mensuales * Dominio Social y Económico (Agrupada)	110
Tabla 29. Promedio de Ingresos Mensuales * Dominio Familiar (Agrupada)	111
Tabla 30. Utilización Tiempo Libre * Índice Calidad de Vida General (Agrupada)	112
Tabla 31. Utilización Tiempo Libre * Dominio de Salud y Funcionamiento (Agrupada)	113
Tabla 32. ¿Padece alguna enfermedad? * Índice Calidad de Vida General (Agrupada)	114
Tabla 33. ¿Padece alguna enfermedad? * Dominio de Salud y Funcionamiento (Agrupada)	115

LISTA DE FIGURAS

	Pag.
Figura 1. Ferrans (1990) Modelo conceptual para la calidad de vida	49
Figura 2. Diagrama de Cajas Simples para la edad del encuestado por sexo	79

LISTA DE ANEXOS

	Pag.
Anexo 1. Presupuesto	126
Anexo 2. Cronograma de Actividades	128
Anexo 3. Operacionalización de Variables	131
Anexo 4. Instrumentos	135
Anexo 5. Consentimiento Informado	142
Anexo 6. Autorización por parte de la autora del instrumento	143
Anexo 7. Recomendaciones por parte de la autora del instrumento	144

RESUMEN

En esta investigación se analizará la calidad de vida y su relación con el perfil sociodemográfico de los adultos mayores de 60 años asistentes a los grupos organizados en la ciudad de Cartagena Colombia. **Objetivo general:** Determinar la calidad de vida en un grupo de adultos mayores de Cartagena de Indias (Colombia) durante el periodo 2019- 1. **Método:** Es un estudio analítico descriptivo, para el perfil sociodemográfico se utilizó un instrumento elaborado por el grupo investigador el cual consta de 18 preguntas. Para la variable calidad de vida se aplicó el instrumento Índice de Calidad de Vida de Ferrans y Powers el cual consta de 66 ítems divididos en dos secciones: satisfacción e importancia. para el análisis se utiliza software SPSS, Test de Chi cuadrado tablas de contingencia, en los resultados se observa, Sexo femenino 65,60%, edad 60-72 años 53,20%, primaria incompleta, 38,40%, viudo,32,80% tienen de 4-13 hijos con 57,20%, estrato uno 57,20%, promedio de ingresos menos del S.M.M.L.V 80,00%. la calidad de vida general de los participantes fue de 20,27, por dominios se encontró salud y funcionamiento 20,25; social y económico 18,55, psicológico espiritual 22,27, familiar 20,64.

Se puede concluir que el sexo que predominó fue el femenino, la mayoría de las personas tenían entre 60 a 72 años, pertenecían al estrato uno, estado civil viudos, nivel de escolaridad primaria incompleta. los adultos mayores tienen una buena calidad de vida en general. Y en la mayoría de sus dominios, a excepción del social económico que obtuvo QLI bajo.

PALABRAS CLAVES: Calidad de vida, Anciano, Índice de Calidad de vida (DeCS)

SUMMARY

This research will analyze the quality of life and its relationship with the sociodemographic profile of adults over 60 years old, those attending organized groups in the city of Cartagena, Colombia. General objective: To determine the quality of life in a group of older adults of Cartagena de Indias (Colombia) during the period 2019-1. Method: It is a descriptive analytical study, for the sociodemographic profile. Which consists of 18 questions. For the quality of life variable, the Ferrans and Powers Index of Quality of Life instrument is applied, which consists of 66 items divided into two sections: satisfaction and importance. SPSS software, Chi square tests, contingency tables are used for the analysis, in the results are observed, female sex 65.60%, age 60-72 years 53.20%, primary incomplete, 38.40%, widower , 32, 80% have 4-13 children with 57.20%, stratum one 57.20%, average income less than SMMLV 80.00%. The overall quality of life of the participants was 20.27, by domains health and functioning was found 20.25; Social and economic 18.55, psychological spiritual 22.27, family 20.64.

The majority of people were between 60 and 72 years old, belonging to stratum one, marital status, incomplete primary school level. Older adults have a good quality of life in general. And in most of its domains, an exception of the economic social that QLI obtained low.

KEY WORDS: Quality of life, Elderly, Quality of Life Index (DeCS)

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas la población de ancianos a nivel mundial ha mostrado un crecimiento importante (1). Según las Naciones Unidas, para el período de 2013-2025 el incremento mayor de ancianos se registrará en las zonas más pobres y menos desarrolladas del mundo (1). Algunas de las causas que han provocado el incremento de este grupo de edad han sido el descenso de la natalidad, de la fecundidad y de las tasas brutas de reproducción, así como la disminución de la mortalidad (3). Esta última explicada, entre otros factores, por el avance tecnológico de la medicina que ha traído consigo un aumento en la esperanza de vida de la población.

Así mismo la calidad de vida se basa en el grado de satisfacción del individuo, a través del continuo cumplimiento de sus necesidades y expectativas en las diferentes dimensiones de la vida, logrando así el bienestar y la felicidad personal. (2). Según la OPS y OMS establecen que se utiliza la edad de 60 años para definir a la población geriátrica (3). La evolución demográfica y social de este siglo ha provocado transformaciones en las familias. El adulto mayor ya no es visto como una persona venerable y respetable por su experiencia y sabiduría. En la actualidad se tiende a menospreciarles y aislarlos del entorno familiar y social. Este tipo de población se encuentra en situación de vulnerabilidad, dado que sufren abandono por parte de sus familias, discriminación social, laboral y el no contar con factores sociales económicos y demográficos que faciliten el cumplimiento de sus necesidades en esta etapa de sus vidas, y/o situación de pobreza extrema, además no reciben atención acorde a su edad, lo que no les permite llevar una vida con calidad. A pesar de ello, una de las estrategias propuestas es hacer investigación en relación al anciano para comprender los cambios que están ocurriendo en torno y poder contar con elementos de juicio para planear alternativas que conlleven a un mejoramiento de la calidad de vida de esta población.

El papel de las ciencias y de los profesionales de la salud es mejorar la calidad de vida de los miles de ancianos mediante el conocimiento y el uso del mismo. Mejorar la calidad y los tipos de servicios requiere que los profesionales participen en el desempeño de programas y planes de mejoramiento de la salud de la población (2)

El conocimiento sobre la calidad de vida percibida por los ancianos permitirá al enfermero comunitario participar en la planeación de programas encaminados a reforzar la calidad de vida de esta población. Esta actividad es congruente con la estrategia de atención primaria, misma que ha sido conceptualizada en la Conferencia Internacional Alma Ata como un "medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, la asistencia de salud indispensable en forma tal que resulte aceptable y proporcional a sus recursos y con su plena participación" (4)

En este trabajo pretendemos profundizar en el tema del adulto mayor y la calidad de vida y su relación con el perfil sociodemográfico, con el objetivo de describir el grado de satisfacción e importancia de vida de los adultos mayores de 60 años.

Para obtener la información sobre el perfil sociodemográfico se utilizó un instrumento elaborado por el grupo investigador, para estudiar la calidad de vida se utilizó el Índice de Calidad de Vida (ICV) de Ferrans y Power en su versión en español. En el presente trabajo investigativo se describe en la primera parte al adulto mayor y sus cambios físicos, psicológicos y sociales que implican en esta edad; en el segundo capítulo se describe la calidad de vida y los dominios en que se divide, así como las diversas maneras en que puede ser evaluada, se incluye un apartado donde se mencionan algunos estudios relacionados con el tema. Posteriormente se agrega la metodología donde se describe el objetivo de la investigación, tipo de estudio y se detalla el instrumento que se aplicó. Finalmente se presentan los resultados y análisis, conclusiones.

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según Cárdenas: “Que un pueblo envejezca es la prueba más elocuente de la eficiencia de los esfuerzos por elevar el nivel de vida y de la eficiencia del programa de salud pública. Prolongar la vida del hombre significa alargar el tiempo de vejez para cada individuo, y aumentar el número de seres humanos viejos y con ello una serie de servicios para ellos.” (5)

La dinámica poblacional ha sufrido grandes transformaciones en las últimas décadas (4). Los avances tecnológicos unidos a mejores condiciones de vida, la prevención, el control y tratamiento efectivo de muchas enfermedades han derivado un aumento de las expectativas de vida de los seres humanos; en consecuencia, las estructuras poblacionales reflejan un aumento sostenido en la proporción de personas mayores de 60 años. Este comportamiento demográfico es denominado envejecimiento poblacional y podría 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 (6).

La organización mundial de la salud (OMS) indica que entre 2000 y 2050, la proporción de adultos mayores de 60 años se duplicará pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. Este fenómeno sin duda impone exigencias a la sociedad actual y a los sistemas de salud consistentes en garantizar condiciones de vida dignas, accesos a servicios sanitarios pertinentes y continuos que respondan a las necesidades de este grupo poblacional (7)

Para Colombia la situación no es diferente, en la últimas cinco décadas la proporción de persona de 60 años o más se ha incrementado de manera sostenida. Esto se

evidencia al comparar, la población de este grupo etario del año 1985 con la de 2005, que pasó de 2.1 millones a 3.8 millones de personas respectivamente, lo cual equivale a un aumento del 78% de esta población en el mismo sentido para el 2015 se proyectó un crecimiento de la población mayor en un 3.51% y del 3.76% para el 2020. (8)

A nivel individual el envejecimiento humano constituye un proceso multidimensional que se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible; inicia en la concepción, se desarrolla durante el curso de vida y termina con la muerte.(2)

Es un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos de los individuos en interacción continua con la vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades (11). Si bien es un proceso natural, se encuentra asociado en ocasiones a situaciones de vulnerabilidad, por tanto para que las personas gocen de un envejecimiento saludable y calidad de vida se requiere la interacción de diversos factores familiares, sociales, culturales y de gestión de la salud que actúen de manera sinérgica potenciando el bienestar.

Gozar de una buena calidad de vida en este ciclo vital es llegar a lograr y mantener un buen estado de salud y con ella todas las esferas del ser humano, señalando que la salud mental logra tener un mayor impacto en la población geriátrica. En los adultos mayores se considera que una excelente calidad de vida está relacionada con ser autosuficientes, que se sientan valorados y queridos, y que puedan realizar diversas actividades de sociabilización, que les permita llevar una vida adecuada.

Los adultos mayores por sus condiciones biológicas y sociales se consideran individuos, vulnerables socialmente, al vivir en situaciones de riesgo determinadas por la carencia de recursos personales, económicos, del entorno familiar, comunitarios y de acceso a las políticas de protección del estado.

Se define como vulnerabilidad social a la desprotección de un grupo cuando enfrenta daños potenciales a su salud, amenazas a la satisfacción de sus necesidades y violación a sus derechos por no contar con recursos personales,

sociales y legales (9). Es decir, Según Fernández y Yaniz (9) la calidad de vida de los adultos mayores puede orientarse en aspectos como su estado de salud, determinación de factores de riesgo, predicción de enfermedades, seguridad económica y material, protección social, satisfacción, bienestar y conservación de interés pero no dejando atrás factores como el ejercicio físico, el envejecimiento armónico, el equilibrio mente-cuerpo, la nutrición, la auto eficiencia, los aspectos psicológicos, no obstante al empleo, la utilización del tiempo libre, las redes de apoyo, las actividades recreativas, las actitudes y actividades pre pos jubilatorias, las relaciones familiares y los grupos. Factores que sin duda alguna permiten que en esta población vulnerable genere un mayor impacto en su calidad de vida.

Diversos estudios han demostrado que la calidad de vida de los adultos mayores está asociada a tener mayor edad, convivir fuera del núcleo familiar, morbilidad, medicamentos que consumen, capacidad funcional, género, actividad física, sentimientos de abandono por parte de su familia, ingresos económicos, nivel educativo, servicios de salud, recreación, interacción social, bienestar espiritual, escolaridad, estado civil, autonomía y residir en medio urbano.

En Cali, Colombia, Ramírez et al. (10) , reporto que existe un deterioro importante de la calidad de vida de nuestros adultos mayores, relacionados a factores de riesgo de morbilidad, más acentuado en las escalas físicas y levemente a las escalas mentales. La valoración de la calidad de vida subjetiva debería convertirse en una herramienta de uso habitual en la práctica clínica.

En Medellín, Colombia, Cardona (11) estableció que los componentes que explican de mejor manera la calidad de vida del adulto mayor en la ciudad de Medellín son la independencia, la economía y la seguridad social y las redes de apoyo social, explicando éstas tres un 97% de la variabilidad total de la calidad de vida; estos aspectos son ante todo subjetivos, dejando de lado aquellos relacionados con las tenencias materiales, lo que no significa que tengan poca importancia (aspectos objetivos); de todas maneras priman aspectos como la autonomía, la independencia, la seguridad social y la percepción económica, la percepción del

estado de salud y las redes de apoyo social (aspectos subjetivos). Caracterizando algunos componentes de la calidad de vida: económicos, familiares, socio-demográficos, de seguridad social y de condiciones de salud de la población adulta mayor (de 65 años o más). Para Cardona (11). El proceso de envejecimiento presenta limitaciones funcionales, pérdida de autonomía y de independencia, de adaptabilidad y disfuncionalidad motriz, las cuales plantean retos y preocupaciones de vital importancia tanto para quienes las viven como para los organismos gubernamentales y que llevan a preguntarse cuáles son las condiciones de vida y de salud de la población adulta mayor.

En la ciudad de Cartagena, Colombia, Vargas et al, (12) Observó que la calidad de vida tiende a valores que pueden considerarse como una buena auto-percepción; y mostró estar asociada al sexo, nivel de escolaridad, estrato socio-económico, condición laboral y el número de personas en el hogar. La calidad de vida se asoció positivamente a percibir apoyo social adecuado y a la independencia para realizar actividades instrumentales de la vida diaria y negativamente al hecho de trabajar o tener pensión. Es de destacar que, en esta ciudad, la mayoría de los adultos mayores no participa de los programas que se tiene organizados para su cuidado y no existen programas para atender a la población de adulto mayor que ya no puede salir de su casa por las limitaciones físicas o del entorno social o urbanístico; poniendo a esta población en una condición de mayor vulnerabilidad.

1.1. DELIMITACION DEL PROBLEMA

La calidad de la vida en el adulto mayor comprende aspectos como el nivel de salud, funcionamiento, condiciones social económicas-materiales, psicológicos, espiritual, familiares los cuales se han valorado desde el punto de vista de los investigadores

calificándola desde calidad aceptable hasta calidad pobre (Ferrans y Powers) (2). En algunos estudios el paciente es quien evalúa su propia calidad de vida en áreas como salud, funcionamiento, familia, espiritualidad en términos de importancia y satisfacción (Ferrans y Powers). (9) También se ha observado que la percepción sobre calidad de vida presenta variaciones de acuerdo a edad, sexo, estado civil, nivel de educación, nivel de ingresos económicos. (Ferrans y Powers.) (2).

Múltiples problemas enfrentan los adultos mayores en las diferentes esferas y aspectos de la vida, tal es el ejemplo de discriminación, falta de apoyo familiar, escasez de recursos económicos, maltrato verbal, físico, psicológico y emocional, abandono, limitaciones físicas, entre otros, a pesar que las políticas públicas plantean diversos beneficios para esta población, no son suficientes para contribuir en la mejora de la calidad de vida.

Por ende, al identificar los problemas que envuelven tanto el concepto como las situaciones de vulnerabilidad, es preciso señalar que investigaciones desarrolladas en torno a la relación entre adultos mayores suponen que estos en Colombia son categóricamente vulnerables. Sin embargo, los adultos mayores, como sector poblacional, son tan frágiles como cualquier otro sector de la población con indicadores de vida semejantes; por lo que lo importante no es estacionar en la categoría de vulnerables a la población adulta mayor, sino determinar bajo qué condiciones y ante qué circunstancias es vulnerable (6).

Sin embargo, la problemática social a la que se enfrentan los adultos mayores ha sido un problema que ha trascendido generaciones sin que se le brinde una verdadera solución, no solo es suficiente proponer políticas o estrategias por parte de los entes gubernamentales, también se hace necesario realizar intervenciones de tipo accionar enfocadas a la persona, familia y comunidad por parte de un equipo interdisciplinar cualificado para abordar esta problemática de una perspectiva integral. Un ejemplo muy común es en el ámbito laboral, donde los adultos mayores que se encuentran activos en las diferentes empresas sufren rechazo constantemente por pensamientos colectivos que esos lugares deben ser ocupados

por personas jóvenes que tengan mayor destreza y conocimientos en aspectos tecnológicos. Otro ejemplo muy evidente es el ámbito familiar, donde no se le da la importancia al bienestar en un sentido holístico, únicamente se relaciona con un aspecto biológico, dejando a un lado el componente mental, psicológico, emocional, provocando sentimientos de minusvalía, desamparo, insatisfacción entre otros en la población afectada. Como estos, muchos ejemplos existen de los problemas que día a día enfrenta la población de adultos mayores. Es por esto que nosotros como futuros profesionales de enfermería, como personas calificadas para abordar esta problemática y con el objetivo de contribuir a la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores nos planteamos el siguiente cuestionamiento de investigación.

1.2. PREGUNTA PROBLEMA

¿Cómo se relacionan las características sociodemográficas y la calidad de vida en un grupo de adultos mayores en la ciudad de Cartagena de Indias?

2. JUSTIFICACIÓN Y PROPÓSITO

El concepto de calidad de vida ha comenzado a utilizarse cada vez más en el campo de las evaluaciones en salud o como medida de bienestar. Pese a esto, no existe una definición única del concepto ni una completa diferenciación con otros conceptos similares, siendo frecuentemente mal utilizada. Es el caso particular de Ferrans (2) quien especifica que la Calidad de vida general está definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella. A partir de esta base conceptual la presente investigación se pretende enfocar en el estudio de la calidad de vida (CV) en un grupo de adultos mayores de la ciudad de Cartagena (Colombia) y su relación con el perfil sociodemográfico. Debido a los cambios estructurales de la población mayor de 60 años, evidencian un aumento, lo cual es indicador de incremento de la expectativa de vida.

Así, el presente trabajo permitiría mostrar la calidad de vida de la población en estudio, en relación con las características sociales y demográficas. Es por este fenómeno que nace la necesidad de crear planes y estrategias integrales, para garantizar y promover una mejora en la calidad de vida de los individuos. Hablar de calidad de vida del adulto mayor es un dilema que ha transcurrido a lo largo de la sociedad, sin que se tomen acciones por parte de los profesionales y disciplinas competentes para abordar esta problemática.

Es por esto que nosotros como futuros profesionales del área de la salud, específicamente de enfermería, queremos contribuir en el bienestar óptimo de los adultos mayores, brindando herramientas y ejecutando acciones orientadas al individuo, familia y comunidad con el objetivo de crear una conciencia reflexiva en la sociedad, para minimizar el estigma y la discriminación que sufren los adultos mayores, y por el contrario que sean personas identificadas dentro del colectivo.

Asegurar la calidad de vida de un individuo es un reto social que desde enfermería se pretende abordar, puesto que calidad de vida no solo está enfocada en la salud, si no va más allá, incluyendo factores sociales, económicos, personales.

El propósito que pretendemos alcanzar es determinar la calidad de vida de los adultos mayores que se encuentran en grupos organizados y centros de vida de la ciudad de Cartagena de Indias. Generando en la enfermería comunitaria, un impacto positivo en la comunidad, identificando necesidades básicas que van desde las necesidades físicas hasta las psicológicas, a su vez ocasionar consecuencias que los lleven a la reflexión sobre los comportamientos que se están presentando en vista de los casos de abandono, el rechazo, la falta de aceptación con los mismos. Como profesionales de la salud buscamos brindar intervenciones y herramientas que les permitan a las personas mayores gozar de una buena calidad de vida en donde su estado de salud físico, emocional y psicológico tenga un equilibrio y estos se sientan satisfechos consigo mismos.

Esto con el fin de disminuir las problemáticas que afectan la calidad de vida de los adultos mayores apoyando las poblaciones más vulnerables y contribuyendo positivamente al desarrollo de nuevas estrategias que aporten a la mejora de la salud. La importancia de esta investigación radica en el impacto social que se logre tener poniendo en marchas estrategias que disminuyan las necesidades que afectan física y psicológicamente a los adultos mayores.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de vida en un grupo de adultos mayores de Cartagena de Indias (Colombia) durante el periodo 2019- 1.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar el perfil sociodemográfico de la población en estudio, en relación a la edad, sexo, nivel socioeconómico, estado civil, nivel de escolaridad y área de residencia.
- ✓ Establecer el nivel de satisfacción e importancia con respecto a los dominios: salud y funcionamiento, psicológico/ espiritual, social y económico, familiar en la población de estudio.
- ✓ Establecer la asociación entre el perfil sociodemográfico y la calidad de vida de la población de estudio.

CAPITULO II

4. ESTADO DEL ARTE

Según Estrada et al. (13), Realizaron un estudio llamado “Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín” durante el año 2018 en centros geriátricos de la misma ciudad, con el objetivo de explorar las condiciones asociadas con la calidad de vida de los ancianos en hogares geriátricos. Con la investigación se halló un deterioro en la calidad de vida cuando las condiciones de funcionalidad y anatomía limitan la realización de actividades de la vida diaria.

Según Montanet. Et al., (14) Realizaron un estudio llamado “La calidad de vida en los adultos mayores” durante el periodo de enero - diciembre del 2006. En zona urbana del municipio pinar del rio. Con el fin explicar la posible asociación o dependencia de la calidad de vida en adultos de 60 años y más. Se concluye que los adultos mayores de edades tempranas conservan mejor su validez.

Marín y Et al., (15) Realizaron un estudio llamado “Adulto mayor en Santa Marta y calidad de vida” en la universidad cooperativa de Colombia, sede santa marta durante el 2010, con el fin de determinar la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores residentes en la ciudad de Santa Marta. En los resultados se evidencia que la calidad de vida de los adultos mayores de santa marta se percibe como buena. De acuerdo al instrumento aplicado (sf-36healthsurve).

Martínez et al., (10) reporta en el estudio de “Calidad de vida del adulto mayor en un consultorio médico del municipio Jaruco”, donde se analiza el envejecimiento poblacional como una problemática a nivel mundial, y la manera en que se da el incremento de este grupo etario debido al aumento de la esperanza de vida. Para esta investigación se asume la calidad de vida como la valoración que hace una persona de sus condiciones materiales y espirituales de vida, que se expresa en tres dimensiones fundamentales: salud, condiciones socioeconómicas y satisfacción por la vida. Para esto el autor utiliza un enfoque cuantitativo donde

estudia 255 adultos y escoge a un criterio no probabilístico para la muestra 76 adultos mayores pertenecientes al concejo popular de Jaruco (la habana) realiza la revisión de historia clínicas para la extracción de datos sociodemográficos estudiadas; edad, sexo, estado civil, nivel escolar y reinserción laboral, utilizó la escala MGH calidad de vida la cual evalúa 3 dimensiones; salud (que incluye las categorías funcionalidad física, psíquica y social), condiciones socioeconómica (que abarca las categorías situación monetaria y condiciones de vivienda) y satisfacción por la vida (que contiene las categorías familia, estados afectivos predominantes, expectativa de futuro, apoyo social y satisfacción por el presente) donde el autor concluye que con base a lo anterior la calidad de vida de los adultos mayores se ve más afectada en el sexo masculino, con edades entre 70-74 años. La percepción de la muestra es baja en la mayoría de ellos, datos que fueron comprobados y demostrados según las variables evaluadas en el estudio.

Según Flores et al., (16) reporta en el estudio “Salud mental y calidad de vida en adultos mayores” asumiendo la calidad de vida como una problemática social que afecta países desarrollados y subdesarrollados donde la esperanza de vida y la disminución en la natalidad altera la calidad del desarrollo integral del individuo. Se utilizaron 2 instrumentos de evaluación: El Cuestionario de Salud General (Goldberg & Williams, 1996) para evaluar salud auto percibida Permite evaluar niveles de salud mental y la efectividad de medidas de promoción de salud y protección de enfermedad, Instrumento de Evaluación de la Calidad de vida WHOQOL-BRE (2005); valoración del adulto mayor referente a su calidad de vida; consta de 26 ítems distribuidos en 4 dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente; además, se les aplicó un cuestionario que se elaboró con la finalidad de obtener información general, de tipo sociodemográfico; presentando una muestra donde 6 de cada 10 adultos mayores evaluados, percibieron su calidad de vida como buena.

Melguizo et al, (17) valoro la “Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena (Colombia)” en el adulto mayor (de 60 años y más), que residen en los centro de protección social, se aplicó Test de Valoración Mental (Pfeiffer) teniendo en cuenta el nivel educativo de los participantes, se les aplicó una encuesta sociodemográfica y personal y por ultimo instrumento Índice Multicultural de Calidad de Vida, los resultados encontrados fueron:

Promedio de edad fue de 75 años (95 %), predominó el estado civil soltero (57,6 %), nivel educativo primaria (45,5 %), recibir medicamentos (80,3 %), realizar actividades físicas (54,5 %) y no realizar actividades productivas (37,9 %). La autopercepción de la calidad de vida relacionada con salud tiende a valores que pueden considerarse como buenos (7,6 %). las dimensiones que presentaron puntajes más altos fueron la plenitud espiritual y el autocuidado, y con menor puntaje el bienestar físico y el apoyo comunitario.

Bernal et al., (16) analizo las “actividades de la vida diaria y calidad de vida en adultos mayores operados de catarata” Se analizaron las historias clínicas pre- y postoperatorias y se anotaron los resultados en la planilla de recolección de datos. Los exámenes preoperatorios recolectados para el estudio fueron: AVMC, índice de función visual VisQoL-15 y aplicación del índice de Katz, arrojando los siguientes resultados Después de la cirugía de catarata, el mayor porcentaje de los pacientes consideraba tener una muy buena CVRV. Se relacionaron los cuestionarios de CVRV VisQoL-15 y el índice de Katz con la AVMC postoperatoria respectivamente, y ambas relaciones resultaron estadísticamente significativas. La mayoría de nuestros pacientes ancianos estaban satisfechos con el resultado visual obtenido luego de la cirugía y la mayoría se correspondían con pacientes con una buena AVMC en el ojo operado.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. CONCEPTO DE VEJEZ.

Para García (18) el término envejecimiento tiene su raíz etas que, en latín significa la condición de llegar a viejo. En un sentido amplio el envejecimiento se entiende como “un proceso normal de cambios, relacionados con el paso del tiempo, que se inicia al nacer, continúa a lo largo de la vida, siendo la ancianidad la fase final de la vida” Por otro lado para García, Salazar (19) afirma que el término de envejecimiento se entiende como el un proceso normal de cambios, relacionados con el paso del tiempo, que se inicia al nacer y continua a lo largo de la vida, siendo la ancianidad la fase final de la vida. En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (3) define la vejez como: un proceso fisiológico que se inicia en el momento de la concepción y se hace más evidente después de la madurez, es el periodo de la vida en que las funciones mentales y físicas sufren un menoscabo cada vez mayor en comparación con periodos anteriores se producen cambios cuya resultante es una limitación de la adaptabilidad del organismo a su entorno.

Basado en las anteriores hipótesis hablamos de:

- ✓ *Edad Cronológica*, determinada en función del tiempo transcurrido desde el nacimiento, medido por los años, meses, días.
- ✓ *Edad Biológica*, corresponde al estado funcional de los órganos de nuestra economía comparados con patrones estándar establecido para cada edad o grupo de edades.
- ✓ *Edad funcional*, expresa la capacidad de mantener los roles personales y la integración social del individuo en la comunidad (19)

5.2. ÉNFASIS CONCEPTUAL: VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO

Es frecuente encontrar en la cotidianidad del sentido común, como también en discursos académicos e incluso políticos, el error de considerar los términos envejecimiento y vejez como si fueran sinónimos o equivalentes. La posibilidad de tener una mirada que tenga en cuenta la perspectiva de la vida entera, sobre todo cuando se trata de incidir en políticas públicas que afectan la vida, no solamente de las generaciones mayores de 60 años de hoy, sino del mañana, exige diferenciar y precisar tales conceptos. Aunque se describan por separado los aspectos más importantes que inciden en el proceso de envejecimiento, es necesario hacer hincapié en que todos ellos interactúan constantemente y unos inciden en los otros. No todos los seres humanos crecen, se desarrollan y envejecen en forma similar, ni en cuanto a morfología ni en cuanto a función se refiere.

El término envejecer, como lo sugiere el mismo verbo, al igual que la palabra envejecimiento, implican un proceso de cambios y transformaciones, tanto en el plano de los individuos, como de las poblaciones (20).

5.3. ENVEJECIMIENTO INDIVIDUAL Y POBLACIONAL

El envejecimiento de los individuos es un proceso de cambios en el transcurso de sus vidas, el cual también implica vivir cada día más. En tal sentido, todas las personas envejecen los trescientos sesenta y cinco días de cada año y durante la totalidad de su vida, desde el nacimiento hasta la muerte. (7)

Dicho proceso depende de condiciones genéticas y ambientales; pero particularmente, de las condiciones en las que se vive a lo largo de la existencia. Es decir, los contextos físicos, geográficos, sociales, económicos, políticos y culturales, así como los estilos de vida sociales, familiares e individuales influyen en el vivir-envejecer de todas y cada una de las personas.

El envejecimiento poblacional o demográfico es un proceso que implica transformaciones en la estructura por edades de una población. Depende, fundamentalmente, de tres tipos de variables: nacimientos, muertes y que, tanto por razones genéticas, como por expectativas culturales, condiciones físicas, económicas y políticas, mujeres y hombres viven, envejecen y llegan a ser personas viejas de maneras muy diferentes(10).

5.4. ADULTO MAYOR

La vejez hace parte del último proceso del ciclo vital del ser humano, siendo un proceso de envejecimiento constante del mismo ser durante toda su vida. Los estigmas sobre la etapa de la vejez cada vez son más y muy variados siendo la mayoría de estos en posibles situaciones reales que no se pueden evitar por lo que es una etapa natural, una etapa que hace parte del ciclo vital del ser humano, sin embargo, dentro de estas estimas existen cierto modo de variabilidad enfocado a la manera en que la persona la vive. De forma global el envejecer es una etapa normativa donde resultados como perdidas, cambios biológicos, psicológicos y sociales llevaran al adulto mayor a situaciones en las que puede deteriorar de manera más rápido y el problema de esto es que la sociedad no ayuda a evitarlo.

Es por esto que se hace necesario establecer distintas diferencias entre la vejez como etapa significativa y no prevenible del ser humano, dentro del conjunto de actividades normativas que encaminan el ciclo de vida así mismo como su proceso de envejecimiento y el sin número de cambios en el presente. Muchas fuentes científicas sintetizan en un solo vocablo o equivalentes a adulto mayor.

Para el año de 1994 la Organización Panamericana de la Salud decide incorporar una definición explícita sobre adulto mayor concluyendo que adulto mayor es toda aquella persona de 65 o más años de edad, la cual sigue siendo utilizada dentro de marco conceptual en la sociedad, según la OPS desde en este grupo de edades empieza el proceso de vejez en el ser humano y con ello el sin número de cambios

(6). EL interés por esta nueva etapa de vejez se ha comportado de manera constante en la historia de la humanidad, es decir a medida que el hombre madura y se transforma interiormente reacciona de manera diferente ante aquellas influencias culturales y sociales consecuente a cambios psicológicos que influyen en los pensamientos, sentimientos, creencias, valores, actitudes, conducta, personalidad. (21)

Durante este proceso de envejecimiento a esta población se le incluyen derechos propios otorgados al ser humano y a su bienestar, en muchas de las dimensiones de la vida y la seguridad social existente. Es claro que estos derechos están asignados desde el momento desde que se crea un nuevo ser humano, sin embargo la vida es cambiante y los procesos de la humanidad van modificándose generando estas cantidades de estigmas como se mencionó anteriormente; a los cuales los mismos derechos necesitan tener un foco de atención más específico, es ahí donde comienza la vinculación en la etapa de la vejez y como las personas que pertenecen a esta población pueden lograr ser respetados y beneficiarlos por el sistema público, que brinde a los mismo una seguridad social y políticas públicas que vayan en pos de un bienestar integro.

5.5. LOS ADULTOS MAYORES EN COLOMBIA

La definición de Tercera Edad, nace en la Asamblea Mundial del Envejecimiento, realizada en Viena, Austria, en 1985, donde se acordó que, a partir de los 60 años de edad, las personas son consideradas como ancianos o adultos mayores. Las Naciones Unidas consideran anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo (ONU). (1)

En Colombia enfocado en una población geriátrica promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia". Y luego, en aparente contraste, según el artículo 48 de la misma Constitución (1991) se afirma:

“Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante” (22)

Según bases científicas Colombia vive actualmente un proceso de transición demográfica plena, en el cual han influido el descenso en la mortalidad, la paulatina disminución de la fecundidad y también las migraciones. Con relación a la disminución de la mortalidad, esta ha pasado de un poco más de dieciséis muertes por cada mil habitantes hacia 1950, a menos de cinco por mil, entre 2005 y 2010. (6)

La población mayor de 60 años en Colombia, ha aumentado a un ritmo superior al 3 %, lo cual contrasta con el ritmo de crecimiento de la población total, cercano al 2.0 % (Naciones Unidas, 2002, p. 185). Al mismo tiempo, la población menor de 15 años viene disminuyendo progresivamente. Colombia envejece actualmente con la mayor parte de su población de 60 y más años concentrados en las ciudades, pero con una población rural cada vez más envejecida, de modo que difiere ampliamente el perfil demográfico entre las zonas urbana y rural. (1)

5.6. CAMBIOS FÍSICOS / BIOLÓGICOS EN LOS ADULTOS MAYORES

El aporte de diversas ramas de las ciencias (médicas, psicológicas y sociales, entre otras) a la concepción conocida como ciclo vital, a partir de la segunda mitad del siglo XX, ha permitido concebir a la vejez como una etapa de la vida que puede transcurrir de manera exitosa (envejecimiento exitoso o normal) o patológica (envejecimiento patológico) (26).

Esta concepción fue planteada por primera vez por Rowe y Kahn (23) y se basó en la observación de que, aun cuando proliferaba la creencia de que las personas ancianas se caracterizaban por un deterioro cognitivo progresivo en la medida en que aumentaba la edad, diversas investigaciones mostraban que gran parte de ellas presentaban rendimientos cognitivos semejantes a los de personas adultas jóvenes y mantenían capacidades que les permitían llevar una vida plena y placentera.

Esta corriente teórica llevo a comprender la vejez con una perspectiva de desarrollo que tiene en cuenta diversas variables del contexto social y psicológico del anciano en interacción con factores genéticos y biológicos. Los mitos y estereotipos negativos acerca del envejecimiento, predominantes en épocas muy recientes, están siendo sustituidos en el actual milenio por una visión que convierte esta etapa de la vida en un periodo de desarrollo, un envejecimiento con bienestar, productivo y saludable.

El envejecimiento empieza con la concepción y termina con la muerte. En lo referente a los factores biológicos, se ha apuntado certeramente que los cambios que ocurren en el proceso de envejecimiento son los mismos en todas partes del mundo (6).

En este sentido para Quintanilla (2) parece inevitable que el organismo humano pase a lo largo de un ciclo que comprende la concepción, el nacimiento, el desarrollo durante la niñez, la adolescencia, la madurez, la vejez y la muerte. Desde el punto biológico el envejecimiento se considera como un proceso en el cual las células del organismo comienzan a morir a mayor velocidad de la que se regeneran, lo cual provoca que los órganos y sistemas del cuerpo empiecen a manifestar una serie de cambios, alteraciones y decrementos en cuanto a su funcionamiento (Díaz) (24)

El envejecimiento es parte normal del ciclo vital, en la que los cambios anatómicos y fisiológicos reducen la reserva fisiológica y la capacidad funcional, de ahí que la disminución de la reserva homeostática sea una de las mayores características del envejecimiento. De acuerdo con el punto de vista biológico los cambios se engloban

desde tres perspectivas: molecular, celular y sistémica, las cuales pueden traducirse en pérdida celular, declinación fisiológica y pérdida de la vida. Cada órgano o sistema envejece de manera particular y heterogénea (2).

Las alteraciones, cambios biológicos y funcionales más comunes que se presentan en los adultos mayores según Quintanilla (24):

- Se produce una ralentización de las funciones generales de los sistemas, que se traduce en una disminución de los reflejos, de los impulsos nerviosos, de la capacidad de respuesta a los aprendizajes nuevos, disminución de la irrigación sanguínea, así como de las respuestas a los estímulos sexuales.
- Falta de elasticidad y flexibilidad que inciden en la capacidad motriz.
- Cambios a nivel hormonal, especialmente de menopausia en la mujer.
- Alteraciones en el sistema sensorio-perceptivo, particularmente la disminución de la visión y el oído.
- Cambios en la piel, resultado de la falta de hidratación, la falta de elasticidad y la aparición de arrugas. Aparición de problemas circulatorios, varicosidad y la acentuación visible de las venas.
- Caída y escasez de cabello y aparición de canas.

El peso corporal se incrementa cerca del 25% en hombres y 18% en mujeres, la grasa corporal aumenta entre 18 y 36% en varones y de 33 a 48% en mujeres. Se pierde masa del músculo estriado y disminuye el agua corporal en un 50%. (11)

Se presentan variaciones de la estatura de aproximadamente cinco centímetros en hombres y tres centímetros en mujeres, además de alteraciones vasculares y degenerativas, con lo que existe una disminución en el balanceo durante la marcha (Díaz) (25).

Dentro de la disminución de las funciones vitales, durante la tercera edad se presentan diferentes cambios en todos los sistemas del organismo; aparato respiratorio, aparato cardiovascular, sistema endocrino, aparato digestivo, sistema nervioso, sistema renal y sistema inmunitario. Del mismo modo se dan cambios

musculares, óseos y articulares, como los son la disminución progresiva de la fuerza muscular, osteoporosis y osteoartritis (Quintanilla). (24)

En cuanto a los cambios específicos en el sistema cardiovascular con el envejecimiento es de resaltar la hipertrofia miocárdica, un aumento del tamaño de las células musculares del miocardio y también las válvulas cardíacas que se hacen rígidas debido a fibrosis y calcificación. La función de los riñones en una persona de 85 años es tan sólo de aproximadamente el 50% de la de una persona de 30 años. Con el envejecimiento se producen cambios en la respuesta y rendimiento sexual, aunque es importante mencionar que se presenta respuesta y actividad sexual en el anciano. Tanto en hombres como en mujeres, el cambio principal relacionado con la edad es el tiempo; es necesario más tiempo para conseguir una excitación sexual, más tiempo para completar las relaciones y más tiempo hasta una nueva excitación sexual.

Factores responsables del deterioro físico:

- Las afecciones inmunológicas como elementos que inciden en la producción de procesos degenerativos.
- El estrés y las enfermedades psicosomáticas.
- Malos hábitos de alimentación, falta de ejercicio físico e ingesta excesiva de alcohol y otras drogas (Quintanilla) (26).

5.7. CALIDAD DE VIDA

5.7.1. Desarrollo Histórico Del Concepto De Calidad De Vida

El término calidad de vida se remonta desde la antigüedad con los filósofos griegos, a pesar que el término aún no se había establecido como tal, Aristóteles (Estagira, 384 a. C.-Calcis, 322 a. C.) (25). Es considerado como uno de los primeros filósofos que se preocupó por el “vivir bien”. Él habló de la felicidad (definida luego como CV) como la mejor vida que puede vivir el hombre, siendo esta vida buena una cualidad sustancial de la felicidad y no una simple característica como el placer, la riqueza o el honor.

Inicialmente la calidad de vida nace en los debates públicos girando alrededor del medio ambiente y el deterioro de las condiciones de vida, Para los años 50's y 60's, el interés de la calidad de vida empezó a centrarse en el bienestar humano y la medición de la realidad en datos objetivos; en 1954 expertos de la ONU aseguraron que el bienestar no sólo debía medirse de manera monetaria, sino tomando en cuenta otros componentes que conforman el nivel de vida; el cual se definió “como las condiciones materiales de vida de una persona, clase social o comunidad para sustentarse y disfrutar de la existencia” (ONU). (1)

El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70 y comienzos de los 80, modificaron el significado de la expresión calidad de vida, definiéndola como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos, encubierto por conceptos de felicidad, salud y bienestar (Gómez et al.) (26)

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) (27).

5.7.2. Definiciones Del Termino Calidad De Vida Según Autores

En la Tabla 1 se encuentran definiciones aportadas por diversos autores al referirse a la calidad de vida. (2)

Tabla 1. Diversas definiciones para el concepto de calidad de vida.

AUTOR	PROPUESTA
<i>Ferrans (1990)</i>	Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.
<i>Hornquist (1982)</i>	Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural
<i>Shaw (1977)</i>	Define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual: $QL=NE \times (H+S)$, en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad. Críticas: la persona no evalúa por sí misma, segundo, no puede haber cero calidad de vida.
<i>Lawton (2001)</i>	Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo

Fuente: Modelos conceptuales de Calidad de Vida (2002)

5.7.3. Antecedentes Del Término: Calidad De Vida

La utilización del concepto de Calidad de Vida (CV) puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras (27) . Desde la versión hipocrática del paradigma antiguo, surge el interés por el “estilo de vida”, cuando Hipócrates describía que el origen de la enfermedad se debía a las causas externas “estilo de vida”, y las causas internas o pre dispositivas; cuando estas dos entidades no estaban en completo equilibrio, aparecía la enfermedad. (27)

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.

5.7.4. Calidad De Vida En El Adulto Mayor

La calidad de vida de los adultos mayores puede orientarse directamente en los siguientes aspectos: estado de salud, determinación de factores de riesgo, predicción de enfermedades, seguridad económica y material, protección social, satisfacción, bienestar y conservación de intereses. Algunos factores relevantes de la calidad de vida en los adultos mayores son: la salud, el ejercicio físico, el envejecimiento armónico, el equilibrio mente-cuerpo, la nutrición, las actividades en el retiro, la autoeficacia, los aspectos psicológicos; así como el empleo del tiempo libre, las redes de apoyo, las actividades recreativas, las actitudes y actividades pre y post jubilatorias, las relaciones familiares y los grupos.

Según Vera (28), otro elemento significativo en la calidad de vida del adulto mayor es que él siga teniendo una participación social significativa, la misma que para el autor “consiste en tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad conjunta, la cual es percibida por el adulto mayor como beneficiosa”

Por otra parte, desde una dimensión subjetiva lo fundamentales la percepción propia, lo que la persona valora de su vida en relación con sus diferentes dominios y dimensiones, así como de la vida en general evaluada globalmente. El bienestar desde esta perspectiva subjetiva se ha definido como satisfacción por la vida y felicidad, conceptualizándose también como la valoración global de la calidad de vida que la persona realiza en función de criterios propio.

Yasuko et al. (29) señalan que la satisfacción y la “felicidad” son indicadores de bienestar subjetivo y que éste está constituido por tres componentes relacionados entre sí: afecto positivo, ausencia de afecto negativo y satisfacción de la vida como un todo. La felicidad como apreciación global de la vida involucra una estimación afectiva y un menor juicio cognitivo y consiste en la preponderancia del afecto positivo sobre el negativo, al evaluarse afectivamente la situación. La satisfacción con la vida, por su parte, es básicamente una evaluación cognitiva de la calidad de las experiencias propias.

5.7.5. Calidad De Vida Del Adulto Mayor En Colombia

En Colombia, desde la Constitución Política Nacional de 1991, se promueve la disminución de la vulnerabilidad y una mejor calidad de vida de los colombianos. Así, la misma Constitución establece que el Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas mayores y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. Desde estos presupuestos constitucionales, se expidió el Documento CONPES 2793 de 1995 , sobre Envejecimiento y Vejez, que traza los lineamientos de política relativos a la atención al envejecimiento y a la vejez de la población colombiana, y en especial, a las

necesidades de este colectivo, que constituyó el preámbulo para la Política Pública sobre envejecimiento y vejez, la cual articula a todos los estamentos del gobierno y a la sociedad civil en un propósito común: visibilizar e intervenir la situación del envejecimiento y la vejez. Uno de los retos que plantea esta política, tiene que ver con "la enfermedad, la discapacidad, la dependencia y la calidad de vida de las personas mayores. (6)

5.7.6. Evaluación De La Calidad De Vida

La calidad de vida en general consiste en la valoración que el sujeto hace de su propia vida en relación a la satisfacción de los diversos componentes que la integran. Las investigaciones en esta área se centran en la búsqueda e identificación de los aspectos más relevantes que contribuyen a una mejor evaluación de la calidad de vida de los individuos.

5.7.7. Medición De La Calidad De Vida

La medición de la calidad de vida es compleja, pues se debe decidir sobre si utilizar medida de tipos objetivos, subjetivos o ambas. Hoandsworth (2), plantea que los criterios objetivos de calidad de vida se relacionan más con la cantidad de vida (cuanto se tiene) que con la calidad de vida en un sentido de plenitud de vida. Sin duda los criterios objetivos contribuyen, pero no proporcionan una valoración completa de la calidad de vida de una persona. Por otro lado, Andrews y Whitney (2) mostraron que las mediciones subjetivas como las percepciones y experiencias individuales son más fuertes que las medidas objetivas.

Hasta este momento se puede decir que la calidad de vida no es solamente lo objetivo y lo concreto que rodea al ser humano, sino también la relación subjetiva que ello produce y el valor que se le concede (Meeberg). (10) Para la valoración de

la calidad de vida existen diferentes instrumentos aplicadas a la misma dentro de estos se encuentra la escala de calidad de vida en adultos mayores según Carol Ferrans; Índice de calidad de vida de Ferrans and Powers (QLI).

5.7.8. Índice De Calidad De Vida De Ferrans And Powers (Qli)

El QLI fue desarrollado por Carol Estwing Ferrans y Marjorie Powers en 1984 para medir la calidad de vida en términos de satisfacción con la vida. El QLI mide tanto la satisfacción como la importancia con respecto a diversos aspectos de la vida.

Las calificaciones de importancia se utilizan para ponderar las respuestas de satisfacción, de modo que las puntuaciones reflejen la satisfacción con los aspectos de la vida que son valorados por el individuo. El QLI produce cinco puntajes: calidad de vida en general y en cuatro dominios (salud y funcionamiento, dominio psicológico / espiritual, dominio social y económico, y familia).

Se han desarrollado varias versiones de la QLI para su uso con diversos trastornos y la población general, y se han informado en más de 200 estudios publicados. Un conjunto común de elementos forma la base de todas las versiones, y se agregaron elementos pertinentes a cada trastorno para crear las versiones específicas de la enfermedad.

5.7.8. Desarrollo De Un Modelo Conceptual De Calidad De Vida

Según Ferrans and Powers (2)

La calidad de vida es un concepto de importancia crítica para el cuidado de la salud que se ha desarrollado principalmente en las últimas tres décadas. La claridad conceptual es extremadamente importante, porque las diferencias en el significado pueden llevar a diferencias profundas en los resultados para la investigación, la práctica clínica y la asignación de recursos de atención médica.

El modelo fue desarrollado sobre la base de la adopción de una ideología individualista, que reconoce que la calidad de vida depende de la experiencia única de vida para cada persona. Los individuos son el único juez apropiado de su calidad de vida, porque las personas difieren en lo que valoran. De acuerdo con esta ideología, la calidad de vida se definió en términos de satisfacción con los aspectos de la vida que son importantes para el individuo.

El modelo fue desarrollado utilizando metodología cualitativa. El análisis factorial de los datos del paciente se utilizó para agrupar elementos relacionados en dominios de calidad de vida. El modelo resultante identifica cuatro dominios de calidad de vida: salud y funcionamiento, psicológico / espiritual, social y económico, y familiar. El trabajo intercultural posterior con afroamericanos y mexicoamericanos ha proporcionado evidencia de que los elementos del modelo reflejan adecuadamente la calidad de vida de los segmentos de la población no incluidos en la muestra en el trabajo original. El índice de calidad de vida de Ferrans and Powers se desarrolló a partir de este modelo.

La literatura revela una amplia variedad de significados para la calidad de vida, definidos explícitamente u operativamente (Ferrans) (2). La claridad conceptual es extremadamente importante, ya que: diferencias: en significado: pueden conducir a: diferencias profundas en: resultados para investigación, práctica clínica y asignación de recursos de atención médica.

Para Ferrans el trabajo durante los últimos 14 años en la calidad de vida proporciona un ejemplo de desarrollo de conceptos utilizando una variedad de enfoques. Además del análisis crítico de la literatura y las metodologías cualitativas, encontraron que los enfoques cuantitativos pueden aportar información significativa al desarrollo de conceptos. Utilizando estas metodologías desarrollamos un modelo conceptual de calidad de vida (Figura 1 y Tabla 2). Este modelo proporcionó la base para el desarrollo de un instrumento para medir la calidad de vida.

- Dominio de la salud y el funcionamiento

- Psicológico/ espiritual
- Dominio social y económico
- Dominio familiar

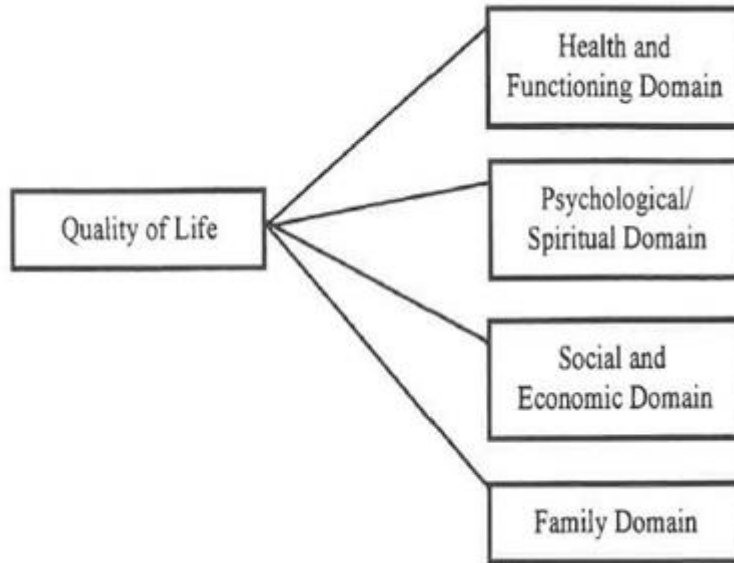


Figura 1. Ferrans (1990b) Modelo conceptual para la calidad de vida.

Fuente: Modelo Conceptual de Ferrans and Powers (1990)

Tabla 2. Elementos del Modelo Conceptual Ferrans and Powers para la Calidad de Vida.

Dominio de la salud y el funcionamiento	Dominio Psicológico/ espiritual
<ul style="list-style-type: none"> • Utilidad para los demás Independencia física • Capacidad para cumplir con las responsabilidades familiares Hogar (casa, apartamento) • Salud propia • Dolor • Trabajo / Desempleo • Energía (fatiga) • Estrés o preocupaciones • Actividades de tiempo libre • Potencial para feliz edad avanzada 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción con la vida Felicidad en general • Satisfacción con uno mismo • Logro de los objetivos personales • Paz mental • Apariencia personal • Fe en Dios.
Dominio social y económico	Dominio familiar
<ul style="list-style-type: none"> • Estándar de vida • Independencia financiera • Casa (casa, apartamento) • Barrio • Amigos • Apoyo emocional de otros • Educación 	<ul style="list-style-type: none"> • Felicidad familiar • Niños • Relación con el cónyuge • Salud familiar

Fuente: Modelo Conceptual de Ferrans and Powers (1990)

5.7.9. Enfoque Ideológico

Según Ferrans (2) el trabajo empieza en explicar el concepto de calidad de vida para el desarrollo de instrumentos en 1982. El primer paso de este fue seleccionar el enfoque ideológico más apropiado para el propósito. Se eligió la visión individualista, en la que los individuos definen personalmente qué calidad de vida es para ellos. Campbell, Converse y Rodgers han argumentado que la esencia de la calidad de vida reside en la experiencia de la vida. La persona es el único juez apropiado de su experiencia. El enfoque individualista reconoce que diferentes personas valoran cosas diferentes. Debido a esto, no existe una calidad de vida única para todas las personas con la misma condición de vida Una condición que

hace que la vida no valga la pena para una persona puede ser solo una molestia para otra. Flanagan (2) presentó pruebas tempranas de esto, que encontraron variaciones entre la población general en la importancia de varios aspectos de la calidad de vida, particularmente entre diferentes grupos de edad y género.

También se encontró evidencia de esto en un estudio cualitativo de sobrevivientes a largo plazo de cáncer con respecto a sus mastectomías (Ferrans,) y en una serie de estudios que solicitaron a los pacientes que calificaran qué tan importantes eran para ellos diversos aspectos de la vida.

Cuando se empieza a explicar el concepto, no había ideología dominante con respecto a la calidad de vida en la literatura. Desde entonces, la visión individualista ha sido aceptada en general. Osoba (2) proporcionó evidencia de esto, que realizó una extensa búsqueda bibliográfica en MEDLINE y CANCERLIT para caracterizar las principales conclusiones que podrían extraerse de la investigación sobre la calidad de vida en los últimos 10 años. Concluyó que la calidad de vida se define como un concepto subjetivo y, como tal, depende de la perspectiva del individuo. El examen de la literatura reveló seis conceptualizaciones principales de la calidad de vida: la capacidad de vivir una vida anormal, la capacidad de vivir una vida socialmente útil (utilidad social), la capacidad natural (capacidades físicas y mentales), el logro de objetivos.

De estos, la conceptualización de la calidad de vida en términos de satisfacción fue más congruente con el enfoque individualista. La capacidad de vivir una vida normal, una vida socialmente útil, o tener varias capacidades naturales no necesariamente requiere una evaluación personal de la experiencia de la vida y no puede ser valorada por el individuo. El logro de la meta en sí tampoco puede ser valorado por el individuo.

En contraste, la felicidad es universalmente significativa, y la discusión de esta naturaleza universal se encuentra tan pronto como la *Ética a Nicómaco* de Aristóteles. Sin embargo, el uso actual del término felicidad implica un sentimiento

o estado de ánimo transitorio, mientras que la satisfacción implica un juicio a largo plazo de las condiciones de la vida; la satisfacción es, por lo tanto, más adecuada para la conceptualización de la calidad de vida (Campbell et al). (5)

También se eligió la satisfacción porque implica una experiencia positiva que resulta del juicio de las condiciones de la vida (Campbell et al.). (5) Como tal, encaja bien con una ideología individualista. Además, nuestra definición se centra en la satisfacción con las áreas de la vida que son importantes para el individuo. Por esto, los valores del individuo son tomados en consideración explícitamente.

Al adherirnos a una ideología individualista, definimos la calidad de vida como "el sentido de bienestar de una persona que se deriva de la satisfacción o insatisfacción con las áreas de la vida que son importantes para ella".

5.8. ELEMENTOS DE CALIDAD DE VIDA

El segundo paso para explicar la calidad de vida fue determinar el dominio del contenido. Se utilizó un enfoque de tres partes. Primero, utilizamos una metodología cualitativa para obtener de los pacientes la calidad de vida que tenían para ellos, lo cual era congruente con la ideología individualista que habíamos elegido (Ferrans) (35). Se entrevistó a 40 pacientes de hemodiálisis para determinar los componentes de una vida satisfactoria. Se pidió a los pacientes que caracterizaran las mejores y las peores vidas posibles que pudieran imaginar en preguntas abiertas.

Los datos se codificaron en términos de elementos de la vida que se mencionaron utilizando técnicas de codificación inductiva. Veintidós aspectos de la vida se identificaron a través de la discusión de la mejor calidad de vida posible, y 18 fueron identificados a través de lo peor. Estos hallazgos se compararon con otros estudios que hacían las mismas preguntas a pacientes de hemodiálisis, pacientes con artritis, pacientes cardíacos, pacientes con trasplante de riñón y la población general en 13 países, incluido Estados Unidos.

Los datos del análisis cualitativo original y de la revisión de la literatura se sintetizaron para producir una lista de 32 elementos de calidad de vida para la población general. Se identificaron tres elementos adicionales para los pacientes en diálisis (Ferrans and Powers). (2)

Estos elementos se utilizaron como base para el desarrollo del elemento del Índice de Calidad de Vida de Ferrans and Powers. Cada elemento se utilizó para desarrollar dos elementos: uno para evaluar la satisfacción con el elemento y el otro para evaluar su importancia para el individuo. El conjunto de elementos de satisfacción formó la primera parte del instrumento, y el conjunto de elementos de importancia formó la segunda. El puntaje se desarrolló de tal manera que cada elemento de satisfacción se ponderó por su elemento de importancia pareada. Esto produjo los puntajes más altos para combinaciones de alta satisfacción y alta importancia, y el más bajo por baja satisfacción y alta importancia. La ponderación con poca importancia produjo puntajes de rango medio.

La justificación del esquema de ponderación fue la creencia de que las personas que están altamente satisfechas con las áreas de la vida que valoran disfrutan de una mejor calidad de vida que aquellas quienes están insatisfechos con las áreas de la vida que valoran. Por lo tanto, la calificación de la calidad de vida refleja la satisfacción con los elementos de la vida que importan. Lo más importante para el individuo, y así reflejó la definición de calidad de vida que habíamos desarrollado (Ferrans and Powers). (2). La idea de medir la importancia de varios elementos ha recibido apoyo en la literatura.

En su evaluación crítica de los instrumentos de calidad de vida, Gill y Feinstein (5) argumentaron que "la calidad de vida puede no estar bien caracterizada a menos que los pacientes también sean invitados a calificar la importancia de los problemas". El apoyo a esta afirmación fue proporcionado por los hallazgos de Blalock et-al, quienes encontraron que el bienestar psicológico se vio más afectado

por la satisfacción con las habilidades que por el estado real de las mismas habilidades. Además, encontraron que la influencia de la satisfacción con las habilidades particulares dependía de la importancia otorgada a esas habilidades por los individuos en su estudio (n = 234).

5.8.1. Dominios De Calidad De Vida Para Ferrans And Powers

La tercera tarea en la explicación del concepto fue agrupar elementos relacionados en dominios de calidad de vida. El razonamiento, que sería coherente con la ideología individualista que habían adoptado. En su lugar, se utilizaron: «exploratorio: factor: análisis para determinar la naturaleza y el número de los dominios en base a los datos del paciente utilizando el QLI. El método de máxima verosimilitud se utilizó para la extracción de factores y el método de promax para la corrección de datos. El número de factores se basó en resultados uniformes de cinco criterios analíticos de factores. Los resultados revelaron que los cuatro factores encajan mejor con los datos, que representaban los cuatro dominios interrelacionados de la calidad de vida: salud y funcionamiento, psicológico / espiritual, social y económico, y familiar. El análisis de factores de orden superior realizado en los factores demostró que la construcción global reflejada en todo el conjunto de elementos era la satisfacción con la vida (Ferrans- Powers)(2).

Es importante tener en cuenta que el análisis factorial produjo resultados diferentes de la estructura conceptual que habríamos impuesto. Por ejemplo, habríamos puesto la satisfacción con la vida sexual junto con la satisfacción con el cónyuge / pareja significativa, pensando que ambos estaban relacionados con la vida conyugal. Estos dos aspectos de la vida, sin embargo, cargan de diferentes factores. La satisfacción con la vida sexual estaba relacionada con el dominio de la salud y el funcionamiento, y la satisfacción con el cónyuge estaba relacionada con el dominio de la familia. Estos hallazgos tenían sentido conceptual porque demostraban que la vida sexual se veía como un componente del funcionamiento

relacionado con la salud y que las relaciones con los cónyuges implicaban mucho más que la vida sexual.

5.8.2. Conclusión Modelo De Carol Ferrans

A diferencia de otros conceptos, la calidad de vida no se adoptó en la enfermería como un concepto bien desarrollado de otra disciplina. En cambio, la calidad de vida se ha desarrollado como un esfuerzo multidisciplinario en las últimas tres décadas. Las enfermeras han hecho importantes contribuciones que han dado forma al constructo, y nuestro trabajo es un ejemplo de esto. En este trabajo no hemos utilizado un enfoque basado en Wilson para el desarrollo de conceptos, sino que utilizamos metodologías cualitativas para la identificación inicial de los elementos de calidad de vida y para el desarrollo del concepto para otros grupos culturales. Además, el análisis factorial proporcionó un medio para agrupar elementos sobre la base de los datos del paciente. Por lo tanto, las técnicas cualitativas y cuantitativas nos proporcionaron las metodologías para explicar el concepto de una manera que fuera coherente con la ideología individualista que adoptamos. También utilizamos la revisión de la literatura para proporcionar información sobre las respuestas de otras muestras y poblaciones más allá de las que tenemos a nuestro alcance. Basándonos en estos enfoques, se desarrolló un modelo conceptual que identifica cuatro dominios de calidad de vida: salud y funcionamiento, social y económico, psicológico / espiritual y familiar.

La validación externa de este modelo ha sido proporcionada por su consistencia con el trabajo de otros dentro y fuera de la enfermería.

La utilidad del modelo conceptual ha sido demostrada por su uso como marco por parte de los investigadores en sus publicaciones y estudios de investigación. Además, proporcionó la base para el desarrollo del Índice de Calidad de Vida de Ferrans and Powers.

Este instrumento está siendo utilizado en la investigación y la práctica clínica en 18 países por enfermeras, médicos, psicólogos y otros profesionales, y se ha traducido a 9 idiomas. A través de su uso como marco para la investigación y una base para el instrumento, el modelo conceptual ha contribuido a una mejor comprensión del impacto de la enfermedad y el tratamiento en la calidad de vida.

5.9. MARCO LEGAL

El trabajo de investigación está enmarcado dentro del ámbito de salud. Aquí se ven involucrados conceptos amplios que riñen dentro del marco legal de los servicios. Existen aspectos legales que deben de tomarse no infringir las leyes nacionales e internacionales, por lo que debemos hacer una referencia de las leyes y normativas que tienen relación con el tema y con otros temas de los cuales se encuentran las bases teóricas de los conceptos del tema de investigación.

5.9.1 LEY 1251 DEL 2008 (NOVIEMBRE 27)

Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores. (30)

ARTÍCULO 1: La ley busca 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, de conformidad con el artículo 46 de la Constitución Nacional, la Declaración de los Derechos Humanos de 1948.

ARTÍCULO 2. Tiene como finalidad lograr que los adultos mayores sean partícipes en el desarrollo de la sociedad, teniendo en cuenta sus experiencias de vida,

mediante la promoción, respeto, restablecimiento, asistencia y ejercicio de sus derechos.

En relación con el cumplimiento de estas leyes el estado implemento en el **ARTÍCULO 5.** La ENUNCIACIÓN DE DERECHOS. El Estado, de conformidad al artículo 13 de la Constitución Política, brindará especial protección a los adultos mayores que en virtud a su condición económica, física o mental se encuentran marginados y bajo circunstancias de debilidad y vulnerabilidad manifiesta, dando con ello aplicación al Estado Social de Derecho. Para tal efecto, se crearán planes, programas y acciones que promuevan condiciones de igualdad real y efectiva, así como el cumplimiento de los derechos consagrados para los adultos mayores en la Declaración de los Derechos del Hombre y Humanos de 1948.

En el ARTÍCULO 6. Se hablan de DEBERES relacionados con el Estado, la sociedad civil, la familia, el adulto mayor y los medios de comunicación, deberán para con los adultos mayores.

5.9.1.1 Del Estado

- Garantizar y hacer efectivos los derechos del adulto mayor;
- Proteger y restablecer los derechos de los adultos mayores cuando estos han sido vulnerados o menguados;
- Asegurar la adopción de planes, políticas y proyectos para el adulto mayor;
- Generar espacios de concertación, participación y socialización de las necesidades,
- Elaborar políticas, planes, proyectos y programas para el adulto mayor, teniendo en cuenta las necesidades básicas insatisfechas de los más vulnerables;
- Establecer acciones, programas y proyectos que den un trato especial y preferencial al adulto mayor;

- Promover una cultura de solidaridad hacia el adulto mayor;
- Eliminar toda forma de discriminación, maltrato, abuso y violencia sobre los adultos mayores;
- Proveer la asistencia alimentaria necesaria a los adultos mayores que se encuentren en estado de abandono e indigencia;

5.9.1.2 De la Sociedad Civil

- Dar un trato especial y preferencial al adulto mayor;
- Generar espacios de reconocimiento del saber, de las habilidades, competencias y destrezas de los adultos mayores;
- Propiciar la participación del adulto mayor;
- Reconocer y respetar los derechos del adulto mayor;
- Denunciar cualquier acto que atente o vulnere los derechos del adulto mayor;
- Participar de manera activa en la discusión, elaboración de planes, proyectos y acciones en pro del adulto mayor.
- Contribuir en la vigilancia y control de las acciones dirigidas para el adulto mayor.
- Generar acciones de solidaridad hacia los adultos mayores que se encuentran en estado de vulnerabilidad.
- Desarrollar actividades que fomenten el envejecimiento saludable y la participación de los adultos mayores en estas actividades.

5.9.1.3 De la Familia

- Reconocer y fortalecer las habilidades, competencias, destrezas y conocimientos del adulto mayor;
- Respetar y generar espacios donde se promuevan los derechos de los adultos mayores;

- Propiciar al adulto mayor de un ambiente de amor, respeto, reconocimiento y ayuda;
- Brindar un entorno que satisfaga las necesidades básicas para mantener una adecuada nutrición, salud, desarrollo físico, psíquico, psicomotor, emocional y afectivo;
- Establecer espacios de relación intergeneracional entre los miembros de la familia;
- Proteger al adulto mayor de todo acto o hecho que atente o vulnere los derechos, vida, integridad, honra y bienes;

5.9.1.4 Del Adulto Mayor

- Desarrollar actividades de autocuidado de su cuerpo, mente y del entorno;
- Integrar a su vida hábitos saludables y de actividad física;
- Hacer uso racional de los medicamentos siguiendo las recomendaciones médicas prescritas;
- Participar activamente en las actividades deportivas, recreativas y culturales que le permitan envejecer sanamente, de planeación de políticas públicas y programas que se diseñen a favor de este grupo de población en lo local;

5.9.2 CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA DE 1991 (31)

ARTICULO 46. 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.

El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia.”

Los derechos humanos de los ancianos y ancianas son obligaciones del Estado, la sociedad y la familia. No son favores ni dádivas del gobernante de turno, ni de los hijos o hijas. Es indispensable que todos y todas conozcamos nuestros derechos y aprendamos a hacerlos valer y reclamarlos ante las autoridades públicas.

5.9.3 LEY 1315 DE 2009 (32)

Por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención.

Artículo 1°. Objeto. La presente ley busca garantizar la atención y prestación de servicios integrales con calidad al adulto mayor en las instituciones de hospedaje, cuidado, bienestar y asistencia social.

Artículo 2°. Definiciones. En la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

Adulto Mayor. Es aquella persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más.

Centros de Protección Social para el Adulto Mayor. Instituciones de Protección destinadas al ofrecimiento de servicios de hospedaje, de bienestar social y cuidado integral de manera permanente o temporal a adultos mayores.

Centros de Día para Adulto Mayor. Instituciones destinadas al cuidado, bienestar integral y asistencia social de los adultos mayores que prestan sus servicios en horas diurnas.

Instituciones de Atención. Instituciones públicas, privadas o mixtas que cuentan con infraestructura físicas (propias o ajenas) en donde se prestan servicios de salud o asistencia social y , en general, las dedicadas a la prestación de servicios de toda

índole que beneficien al adulto mayor en las diversas esferas de su promoción personal como sujetos con derechos plenos.

5.9.4 LEY 1276 DE 2007 (33)

A través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida.

ARTÍCULO 1o. OBJETO. La presente ley tiene por objeto la protección a las personas de la tercera edad (o adultos mayores) de los niveles I y II de Sisbén, a través de los Centros Vida, como instituciones que contribuyen a brindarles una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida.

ARTÍCULO 2o. ALCANCES. La presente ley aplica en todo el territorio nacional; en las entidades territoriales de cualquier nivel, que a la fecha hayan implementado el cobro de la estampilla y estén desarrollando programas que brinden los servicios señalados en la presente ley. Los recursos adicionales generados en virtud de esta ley, serán aplicados a los programas de adulto mayor, en los porcentajes aquí establecidos

5.9.5 DECRETO 743 DE 2018 (34)

Por el cual se adiciona el artículo 2.2.14.1.44. Al Decreto 1833 de 2016, a efectos de establecer una priorización en el Programa Colombia Mayor.

Que el Programa de Protección Social al Adulto Mayor hoy Colombia Mayor, tiene como objetivo fundamental proteger al adulto mayor que se encuentra en estado de indigencia o de extrema pobreza, contra el riesgo económico de la imposibilidad de

generar ingresos y contra el riesgo derivado de la exclusión social, a través de un subsidio en dinero que oscila entre \$40.000 y \$75.000 y se financia con recursos de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional, creada con el literal) del artículo 2º de la Ley 797 de 2003 que modificó el artículo 13 de la Ley 100 de 1993.

5.9.6 POLITICA COLOMBIANA DE ENVEJECIMIENTO HUMANO Y VEJEZ 2015-2024 (35)

La Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez está dirigida a todas las personas residentes en Colombia y en especial, a las personas de 60 años o más. Con énfasis en aquellas en condiciones de desigualdad social, económica, cultural o de género, teniendo presente la referencia permanente al curso de vida. Es una Política Pública, concertada, con el propósito de visibilizar, movilizar e intervenir la situación del envejecimiento humano y la vejez de las y los colombianos, durante el periodo 2014-2024.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO

El tercer eje estratégico de la política se fundamenta en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, busca tanto garantizar autonomía y desarrollo de capacidades y potencialidades de las personas como promover espacios y entornos saludables para la población, crear ambientes seguros para todos.

6 MARCO CONCEPTUAL

CALIDAD DE VIDA: Para Ferrans (2) La Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.

ADULTO MAYOR: Persona de 60 años o más de edad. (Min salud). (6)

CENTRO DE VIDA: Conjunto de proyectos, procedimientos, protocolos e infraestructura física, técnica, administrativa, orientada a brindar una atención integral, durante el día, a los adultos mayores, haciendo una contribución que impacte en su calidad de vida y bienestar (31)

GRUPOS ORGANIZADOS DE ADULTOS MAYORES: Son organizaciones de la sociedad civil, que viendo la necesidad de atención que tienen los adultos mayores resuelven organizarse y gestionar apoyo para su funcionamiento (31)

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO: Son el conjunto de características biológicas, socioeconómico, culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que pueden ser medibles (32).

CAPITULO III

7 METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

7.1. NATURALEZA DEL ESTUDIO

El presente estudio es de naturaleza cuantitativa, de acuerdo con Hernández Et al (33), cuando hablamos de una investigación cuantitativa damos por aludido al ámbito estadístico, es en esto en lo que se fundamenta dicho enfoque, en analizar una realidad objetiva a partir de mediciones numéricas y análisis estadísticos para determinar predicciones o patrones de comportamiento del fenómeno o problema planteado.

7.2. TIPO DE ESTUDIO

Este estudio se sitúa como analítico, descriptivo de cohorte transversal. Según Hernández, et al (33) la investigación descriptiva es un tipo de estudio que tiene como propósito evaluar la relación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables (en un contexto en particular). Para Hernández (33) los estudios cuantitativos en el diseño transversal se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir las variables y su incidencia de interrelación en un momento dado.

Así mismo Hernández et al (33) define que la investigación descriptiva busca especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas o grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis.

7.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones (Lepkowski) (5). Para Hernández Sampieri, (33) "una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones".

Es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las entidades de la población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación.

La población estuvo representada por 250 adultos mayores de 60 años inscritos y asistentes a grupos organizados ubicados en las diferentes localidades de la ciudad.

Ciudad: Cartagena de Indias (Colombia) Periodo I 2019.

Tabla 3: Población Total de adultos mayores por localidades

	GRUPOS ORGANIZADOS	TOTAL
LOCALIDAD 1	1. Piedra de Bolívar	18
	2. Los Calamares	37
	3. Ancianato Nuestro Refugio	27
LOCALIDAD 2	1. La Esperanza	30
	2. 13 junio	24
	3. Olaya Sc Central	22
LOCALIDAD 3	1. Ternera	32
	2. San José de Los Campanos	30
	3. El educador	30
	TOTAL	250

Fuente: Investigación de campo realizada por las autoras

7.4. MUESTREO

Para la selección de la muestra se tuvo en cuenta una muestra no probabilística utilizando como procedimiento el muestreo por conveniencia. Según Hernández (33), la elección de los elementos no depende de la probabilidad, si no de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra. Aquí el procedimiento depende del proceso de decisiones de una persona o de un grupo de personas y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación.

7.5. CRITERIOS

Para este estudio se tuvieron en cuenta las siguientes características de inclusión y exclusión:

7.5.1. Criterios de Inclusión:

- Adultos mayores de 60 años.
- Perteneciente a un centro de vida y grupos organizados de la ciudad de Cartagena.
- Participación voluntaria y que deseen firmar el consentimiento informado

7.5.2. Criterios de Exclusión:

- Adultos con limitaciones físicas (auditivas, visuales y motoras)
- Personas que padezcan enfermedades terminales (cáncer, Alzheimer, VIH/SIDA, Parkinson, tuberculosis, depresión, esquizofrenia, TAB).

7.6. TÉCNICA DE INSTRUMENTO.

Para obtener la información sobre el perfil socio demográfico se utilizó un instrumento elaborado por el grupo investigador el cual consta de 18 preguntas, de las cuales 11 son de selección única (politómicas) y 7 abiertas. En el cual se tuvieron en cuenta variables como: sexo, edad, nivel de escolaridad, estado civil, cantidad de hijos, tipología familiar, ocupación, promedio de ingresos, utilización del tiempo libre, padecimiento de alguna enfermedad, hábitos nocivos.

Para localizar al sujeto de estudio de un nivel socioeconómico alto, medio y bajo se utilizó el mapa de distribución socioeconómica de la Alcaldía de Cartagena Indias D, T y C y DADIS; quienes lo determinan según las condiciones de vivienda, distribuidas en las diferentes localidades. Para la localidad 1 se seleccionaron los barrios comprendidos en el área histórica y del caribe, para la localidad 2 lo que correspondió la zona virgen y turística y para la localidad 3 barrios incluidos en la zona industrial de la bahía. Así mismo se escogieron por conveniencia de acuerdo a la necesidad de la muestra los diferentes centros de vida y grupos organizados pertenecientes a cada área.

Para la variable Calidad de Vida se utiliza el Índice de Calidad de Vida de Ferrans y Powers en su versión en español. Para la utilización del instrumento se solicitó previa autorización por escrito de la autora. Se realizaron mínimas modificaciones de traducción con previo permiso.

El instrumento de calidad de vida consta de 66 ítems divididos en dos secciones: **satisfacción e importancia**. En la primera sección valoramos que tan satisfecho esta la persona con diferentes aspectos de su vida expresados en 33 ítems. En la segunda sección se valora la importancia de esos mismos aspectos. La respuesta se mide con una escala Likers que va de 1 a 6 puntos. Dicha escala va desde “muy insatisfecho” con un (1) punto a “muy satisfecho” con seis (6) puntos. Para la segunda sección va desde “no muy importante” con un (1) punto hasta “muy importante” con seis (6) puntos.

Teniendo en cuenta diferentes investigaciones realizadas por la autora Ferrans y Powers, para el presente estudio se tomará como referencia el valor de 19 puesto que generalmente las puntuaciones iguales o inferiores a esta cifra indican un índice de calidad de vida bajo.

Para calcular los puntajes sobre calidad de vida en general se utilizó el software SPSS en su versión 25 sobre cada sub escala:

- **Salud/ Funcionamiento**
- **Social/ Económico**
- **Psicológico/ Espiritual**
- **Familiar**

El concepto y preguntas pertenecientes a cada dominio según el orden encontrado en el cuestionario son las siguientes

Tabla 4. Definición y preguntas de cada dominio

DOMINIO	DEFINICION	ITEMS
Salud y Funcionamiento	Mantenimiento de la función y la independencia, Características intrínsecas a la persona, entendida como entidad fisiológica y psicológica y funcionamiento como estructuras/funciones corporales, actividades y la participación. (13 ítems)	1. Salud 2. Cuidado de la salud 3. Dolor 4. Energía (fatiga) 5. Habilidad 6. Control sobre la vida 7. Posibilidad de vivir hasta la edad que quisiera 11. Vida sexual 16. Capacidad de cumplir con las responsabilidades dentro de la familia. 17. Lo útil que es para otras personas.

		<p>18. Preocupaciones (cantidad)</p> <p>25. Cosas que hace para divertirse.</p> <p>26. Posibilidades para un futuro feliz.</p>
<p>Psicológico y Espiritual</p>	<p>Capacidad de satisfacción del individuo con su vida, felicidad en general el logro de sus objetivos personales y paz mental (7 ítems)</p>	<p>27. Tranquilidad consigo mismo</p> <p>28. Fe en Dios</p> <p>29. Los logros personales</p> <p>30. Felicidad en general</p> <p>31. Vida en general</p> <p>32. Apariencia personal</p> <p>33. Consigo mismo</p>
<p>Social y Económico</p>	<p>Capacidad del individuo en su entorno social, estándar de vida en cuanto su independencia financiera (8 ítems)</p>	<p>13. Amigos</p> <p>15. Apoyo emocional recibido por parte de la familia</p> <p>19. Barrio</p> <p>20. Casa</p> <p>21/22. Trabajo/ no tener trabajo.</p> <p>23. Educación</p> <p>24. Necesidades financieras</p>
<p>Familiar</p>	<p>Convivencia familiar del individuo y felicidad con sus miembros. (5 ítems)</p>	<p>8. Salud de la familia</p> <p>9. Hijos</p> <p>10. Felicidad de la familia</p> <p>12. Esposo, amante o pareja</p> <p>14. Apoyo emocional de la familia</p>

Fuente: Modelo Conceptual de Ferrans and Powers (1990)

SATISFACCION: Complacencia del individuo con los diferentes aspectos de la vida que son importantes en cuanto a su desarrollo individual y social. La satisfacción de vida, la han correlacionado con la felicidad, pero se ha encontrado que la felicidad y la satisfacción de vida se comportan de una manera un tanto diferente a lo largo de la vida de la población general (Ferrans) (9). La felicidad, una experiencia afectiva, sugiere un sentimiento transitorio de alegría o euforia, mientras que la satisfacción, una experiencia cognitiva, implica un juicio más duradero y a largo plazo.

7.8. VALIDACION DEL INSTRUMENTO

El QLI ha sido utilizado por investigadores de varios países, declarando su validez y confiabilidad en más de cien estudios. En Brasil, los resultados de los estudios desarrollados con la versión genérica del Índice de Calidad de Vida de Ferrans y Powers, también han mostrado propiedades psicométricas satisfactorias en diferentes situaciones. Basados en esta versión genérica, los investigadores brasileños han informado sobre el desarrollo de versiones específicas para medir la calidad de vida de personas con heridas (21) y mujeres embarazadas (22). El apoyo para la validez convergente se proporcionó mediante una fuerte correlación ($r = .77$) entre las puntuaciones del QLI y una evaluación de la satisfacción con la vida. Los hallazgos apoyaron la confiabilidad de la consistencia interna de todo el QLI ($\alpha = .93$) y las cuatro subescalas (α s = .87, .82, .90, .77).

7.9 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS.

Los datos se procesaron bajo el software estadístico SPSS en su versión 25. Para analizar los datos se utilizarán los coeficientes de correlación de Spearman para la edad y correlación de Pearson para las otras variables sociodemográficas; así mismo para examinar la relación entre la calidad de vida y cada dimensión de la misma. Se practica un análisis por medio de tablas de contingencia para revisar la relación del perfil socio demográfico con respecto a la calidad de vida incluyendo Test Chi cuadrado (X²) para determinar la asociación de las mismas por medio del nivel de significancia.

Adicionalmente para la variable calidad de vida se procesa y se analizan los datos con medidas de tendencia central (Moda) y medidas de dispersión (Desviación Estándar).

7.9.1 CALCULO DEL INDICE DE CALIDAD DE VIDA (QLI)

Según Carol Estwing Ferrans y Marjorie Powers: (2)

Para calcular el índice de Calidad de vida en una población la autora de la herramienta emplea un cálculo estadístico, descrito a continuación:

Paso N°1: Los puntajes de satisfacción deben ser recodificados con el propósito de centrar la escala en cero. Esto se hace restando **3.5** de las respuestas de satisfacción, lo que resulta en los siguientes puntajes: -2.5, -1.5, -0.5, +0.5, +1.5 y +2.5.

¿QUÉ TAN SATISFECHO (A) ESTÁ USTED CON?

- a. ¿Su salud? R/ 1
- b. ¿Los servicios médicos que está recibiendo? R/ 6

Ejemplo a. $1 - 3,5 = -2,5$

Ejemplo b. $6 - 3,5 = 2,5$

Paso N° 2. Los puntajes de satisfacción recodificados se ponderan por sus ítems de importancia correspondientes, multiplicando el valor recodificado de cada ítem por el puntaje de importancia sin procesar (1, 2, 3, 4, 5, 6).

¿QUÉ TAN IMPORTANTE ES PARA USTED?

✓ ¿Su salud? **R/ 6**

✓ ¿Los servicios médicos que está recibiendo? **R/ 5**

a. $-2,5 * 6 = -15$

b. $2,5 * 5 = 12,5$

TOTAL: La puntuación total se calcula sumando los valores ponderados y luego dividiendo por el número total de elementos respondidos. Para evitar que la puntuación final tenga un número negativo, agregamos 15 a los valores obtenidos. Lo que da como resultado la puntuación total del instrumento, que puede variar de 0 a 30.

Los pasos para obtener las puntuaciones de cada dominio son exactamente los mismos que los descritos anteriormente, considerando el total de elementos del dominio que se está evaluando. El puntaje total de cada dominio también varía de 0 a 30.

7.9.1. Sesgos de Información

Se denomina así a un tipo de error sistemático que tiene su origen en la falta de representatividad de la muestra estudiada y que tiene como consecuencias la limitación de la extrapoblación de las conclusiones del estudio y/o la aparición de asociaciones espurias (inexistentes) y/o la alteración de las asociaciones existentes (ocultamiento de asociaciones reales o distorsión de éstas por infra o sobreestimación del efecto). (33)

En la investigación el control de sesgos estuvo relacionado en la forma como se daba respuesta al cuestionario y las encuestas elaboradas previamente por las investigadoras. Siendo este una de las razones por las cuales se vio la importancia de realizar control a los mismos. Al momento de la aplicación del instrumento un porcentaje alto de población presentaba dificultad para leer o escribir. Teniendo en cuenta que el cuestionario aplicado permite realizar el cuestionario en forma de entrevista al individuo en caso que no esté en condiciones para hacerlo decidimos aplicarlo de esta forma para cada uno de los casos.

Por otro lado, al momento de la aplicación del instrumento se determinó que la población a trabajar mostraba heterogeneidad, ocupando algunas localidades un mayor porcentaje de individuos que en otras. Por lo que se hace necesario introducir un nuevo grupo organizado seleccionado de manera conveniente, con el objetivo de distribuir de manera equitativa la población estudio.

7.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La presente investigación se encuentra direccionada bajo los principios éticos de beneficencia y no maleficencia y buscará ante todo proteger la vida, la dignidad, la integridad e intimidad de los participantes, la investigación garantizará la confidencialidad de la información personal suministrada por cada uno de los sujetos de la investigación.

Según las normas establecidas en la **RESOLUCIÓN NUMERO 8430 DE 1993** (Octubre 4) (34), se intervienen a los sujetos para la participación de dicha investigación con la respectiva socialización del consentimiento informado de forma oral aclarando y explicando el propósito de la investigación, el manejo de la confidencialidad donde deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar, la libertad de decidir la realización o no del instrumento esta debe ser autorizada por el sujeto y por el representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realiza, la cual será admisible en la comunidad cuando garantice la ausencia de riesgos y asegure la obtención de resultados válidos acordes con los lineamientos establecidos para el desarrollo de dichos modelos.

Esta investigación se considera sin riesgo puesto que esta es un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

8 RESULTADOS

En este capítulo se presentan el análisis e interpretación de las variables sociodemográficas que se obtuvieron mediante el instrumento seleccionado; en el cual se contemplan los siguientes aspectos: edad, sexo, estrato socioeconómico, estado civil, número de hijos, promedio de ingresos, nivel de escolaridad, tipología familiar. Con el fin de identificar las características que tienen impacto significativo en la calidad de vida de los adultos mayores.

Para la recolección de las variables sociodemográficas el investigador elabora una encuesta con preguntas cerradas y abiertas.

8.1. PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DE LA POBLACION DE ESTUDIO.

Tabla 5. Tabla de Frecuencias. Perfil Sociodemográfico de la población de estudio.

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	POSIBLES RESPUESTAS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
SEXO	Masculino	86	34,40%
	Femenino	164	65,60%
EDAD	[60 - 72]	133	53,20%
	[73 - 85]	90	36,00%
	[86 - 97]	27	10,80%
NIVEL DE ESCOLARIDAD	Primaria incompleta	96	38,40%
	Primaria completa	56	22,40%
	Secundaria incompleta	21	8,40%
	Secundaria completa	23	9,20%
	Técnico incompleto	3	1,20%
	Técnico completo	8	3,20%
	Tecnólogo incompleto	0	0,00%
	Tecnólogo completo	3	1,20%
	Profesional incompleto	0	0,00%
	Profesional completo	4	1,60%
	Ninguno	36	14,40%
ESTADO CIVIL	Soltero/a	60	24,00%
	Unión libre	32	12,80%
	Viudo/a	82	32,80%
	Divorciado/a	16	6,40%
	Casado/a	60	24,00%
CANTIDAD HIJOS	[0 - 3]	121	48,40%

	[4 - 13]	129	51,60%
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	Estrato 1	143	57,20%
	Estrato 2	57	22,80%
	Estrato 3	47	18,80%
	Estrato 4	3	1,20%

¿CON QUIEN VIVE?	Solo	40	16,00%
	Con Pareja	45	18,00%
	Con Familia	164	65,60%
	Otro	1	0,40%
TIPOLOGIA FAMILIAR	Nuclear	60	24,00%
	Extensa o multigeneracional.	116	46,40%
	Nicho Vacío	42	16,80%
	Mono parenteral	32	12,80%
PROMEDIO DE INGRESOS	Menos de S.M.M.L. V	200	80,00%
	Entre 1 y 2 S.M.M.L. V	45	18,00%
	Entre 3 y 4 S.M.M.L. V	5	2,00%
UTILIZACION DEL TIEMPO LIBRE	Trabajo	14	5,60%
	Labores domesticas	111	44,40%
	Recreación y deporte	50	20,00%
	Estudio	2	0,80%
	Ninguno	73	29,20%
	SI	158	63,20%

¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD?	NO	92	36,80%
¿FUMA?	SI	27	10,80%
	NO	223	89,20%
¿CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS?	SI	25	10,00%
	NO	225	90,00%

Fuente: Encuesta Perfil sociodemográfico de la población adulto mayor en el periodo 2019

La muestra fue de 250 participantes de los cuales el 66% eran mujeres y 34% eran hombres.

Considerando los diferentes centros de vida y grupos organizados de la ciudad de Cartagena, se evidencio que el centro de vida LOS CALAMARES obtuvo mayor número de encuestados representados por el sexo femenino en un 14,0%. Seguido del centro de vida TERNERA que obtuvo una mayor frecuencia del sexo masculino ocupando un 20,9%.

La edad en general estuvo categorizada en tres rangos obteniéndose los siguientes resultados (ver figura 2).

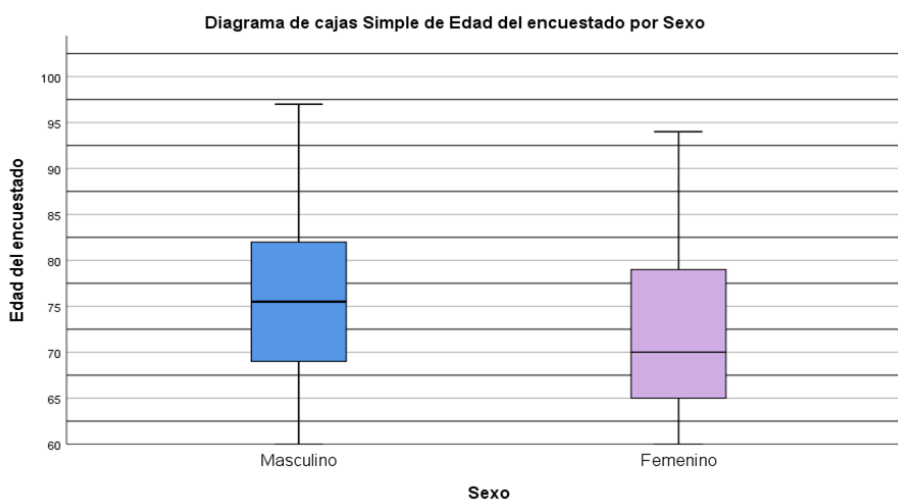


Figura 2. Diagrama de Cajas Simples para la edad del encuestado por sexo

Fuente: Encuesta Perfil sociodemográfico de la población adulto mayor en el periodo 2019

La mayoría de los sujetos encuestados tienen entre 60 y 72 años, representados en un 53%. Seguido de individuos que se encuentran en un rango entre 73 y 85 años equivalentes a un 36% de la muestra y finalmente se encuentran adultos mayores entre 86 y 97 años de edad que representan la minoría de la muestra en un 11%.

La edad promedio es de 73 años en general. La mediana de la edad es de 76 años para los hombres; lo que quiere decir que el 50% de los individuos hombres tienen edades inferiores a los 76 años y para las mujeres la mediana es de aproximadamente 70 años.

Así mismo; el nivel de escolaridad más alcanzado por los individuos fue la primaria incompleta tanto para el sexo masculino como para el sexo femenino representado en un 37,2% y 39,0% respectivamente.

Con respecto al estado civil de la población se clasificó en cinco categorías registrándose los siguientes resultados: el 33% de los individuos encuestados son viudos, de los cuales predominó el sexo femenino lo que equivale a 61 mujeres.

Tanto solteros como casados estuvieron representados con 24% con mayor frecuencia del sexo femenino representado por 38 mujeres y casados representados por 34 mujeres.

La cantidad de hijos, se evidencia que 48.40% de la población tiene entre (0-3) hijos, y el 51,60% tiene entre (4-13) hijos. El estrato socioeconómico con la mayor cantidad de hijos son los estratos uno y dos; por su parte el estrato uno se encuentra representado con 57,20%, el cual 65,0% tiene más de cuatro hijos. Por otra parte, el estrato dos representa un 22,80% del total de la muestra, el 61.4% tiene entre (0-3) hijos.

Referente al estrato social, se evidencia que el estrato socioeconómico de mayor frecuencia es el estrato uno, representado en un 57%. Seguido del estrato dos con un 23%

El 66,0% de los adultos mayores vive con su familia, predomina el sexo femenino con un 68,9%. El 46,4% de los adultos mayores pertenecen a un tipo de familia extensa o multigeneracional. Así mismo se encuentra que un 24% pertenecen a tipología familiar nuclear.

De igual manera se observa 80,0% de la población de adultos mayores reciben menos de un salario mínimo legal vigente, lo que equivale a 200 personas, con esto se puede evidenciar claramente que la población en estudio tiene ingresos bajos. Por lo tanto; el 18.0 % de la población de adultos mayores devengan entre uno y dos salarios mínimos legal vigentes, lo que equivale a 45 personas.

Con relación a la utilización del tiempo libre fue una variable de gran relevancia en los hábitos de vida de los adultos mayores encuestados, dado que en esta prevalecieron las labores domésticas con un 44%, equivalentes a 111 personas encuestadas. El 29 % de los adultos mayores no realizan ninguna actividad para recrearse en su tiempo libre equivaliendo este a 73 personas.

Con un 20 % y equivaliendo a 50 encuestados se encuentra la variable recreación y deporte, lo que se concluye que un grupo muy pequeño de la población estudiada no utiliza su tiempo libre para recrearse.

Se observa que el 63.2% de la población padecen de una enfermedad, prevaleciendo la Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus con 158 adultos mayores que refirieron estar enfermos. Con un 36.8 % equivalente a 92 adultos mayores de la población refieren estar sanos.

De la población analizada el 89,2% NO fuma y 90% NO consume bebidas alcohólicas.

8.1.1 ÀREA DE RESIDENCIA

La población objeto se localizó en la ciudad de Cartagena de Indias D, T Y C abordando sus diferentes localidades (1, 2, 3) en las cuales se seleccionaron centros y grupos organizados por conveniencia. Sin embargo; como se mencionaba previamente, al momento de la aplicación del instrumento se encuentra heterogeneidad en la muestra. Consecuente a esto se anexa un nuevo grupo organizado ubicada en la localidad 2 teniendo en cuenta que no hubo alteración en la población en general. (Grupo organizado Olaya Sc Central).

9 CALIDAD DE VIDA

En este capítulo se describe la calidad de vida en términos de satisfacción e importancia de la población objeto de manera general y en relación con los dominios Salud/ funcionamiento, Psicológico/ espiritual, Socioeconómico y Familia, se implementó la herramienta QLI (Quality of life index) por sus siglas en inglés o índice de calidad de vida de Carol Estwing Ferrans y Marjorie Powers desarrollada en 1984. Dado que nos permite evaluar la calidad de vida de una manera integral teniendo en cuenta sus diferentes dimensiones.

9.1. NIVEL DE SATISFACCIÓN E IMPORTANCIA PARA CADA DOMINIO

9.1.1. Tabla 6. Nivel de Satisfacción para el Dominio Salud y Funcionamiento

ITEM	DOMINIO DE LA SALUD Y EL FUNCIONAMIENTO ¿QUÉ TAN SATISFECHO (A) ESTÁ USTED CON?	Muy Descontento		Descontento Moderadamente		Un Poco Descontento		Un Poco Satisfecho		Moderadamente Satisfecho		Muy Satisfecho	
1	¿Su salud?	5	(2,0%)	6	(2,4%)	21	(8,4%)	69	(27,6%)	61	(24,4%)	88	(35,2%)
2	¿Los servicios médicos que está recibiendo?	4	(1,6%)	6	(2,4%)	27	(10,8%)	65	(26,0%)	81	(32,4%)	67	(26,8%)
3	¿La cantidad de dolor que tiene?	22	(8,8%)	16	(6,4%)	33	(13,2%)	77	(30,8%)	61	(24,4%)	41	(16,4%)
4	¿La cantidad de energía que tiene para realizar las actividades diarias?	4	(1,6%)	9	(3,6%)	20	(8,0%)	71	(28,4%)	79	(31,6%)	67	(26,8%)
5	¿Su capacidad de cuidarse sin ayuda?	2	(0,8%)	8	(3,2%)	17	(6,8%)	52	(20,8%)	82	(32,8%)	89	(35,6%)
6	¿El control que tiene sobre su vida?	5	(2,0%)	8	(3,2%)	20	(8,0%)	52	(20,8%)	87	(34,8%)	78	(31,2%)
7	¿Sus posibilidades de vivir hasta la edad que quisiera?	3	(1,2%)	7	(2,8%)	20	(8,0%)	68	(27,2%)	67	(26,8%)	85	(34,0%)
11	¿Su vida sexual?	59	(23,6%)	25	(10,0%)	26	(10,4%)	54	(21,6%)	42	(16,8%)	44	(17,6%)
16	¿Su capacidad de cumplir con sus responsabilidades de familia?	6	(2,4%)	7	(2,8%)	21	(8,4%)	74	(29,6%)	69	(27,6%)	73	(29,2%)
17	¿Lo útil que es para otras personas?	3	(1,2%)	10	(4,0%)	22	(8,8%)	62	(24,8%)	75	(30,0%)	78	(31,2%)
18	¿La cantidad de preocupaciones en su vida?	12	(4,8%)	12	(4,8%)	40	(16,0%)	73	(29,2%)	70	(28,0%)	43	(17,2%)
25	¿Las cosas que hace para divertirse?	7	(2,8%)	13	(5,2%)	34	(13,6%)	65	(26,0%)	74	(29,6%)	57	(22,8%)
26	¿Sus posibilidades para un futuro feliz?	3	(1,2%)	10	(4,0%)	24	(9,6%)	78	(31,2%)	80	(32,0%)	55	(22,0%)

Fuente: Cuestionario Índice de Calidad de vida De Ferrans and Powers aplicado a la población de estudio 2019

9.1.2. Tabla 7. Nivel de importancia para el Dominio Salud y Funcionamiento

ITEM	DOMINIO DE LA SALUD Y EL FUNCIONAMIENTO ¿QUÉ TAN IMPORTANTE ES PARA USTED ?	Sin Ninguna Importancia		Moderadamente Sin-Importancia		Un Poco Sin-Importancia		Un Poco Importante		Moderadamente Importante		Muy Importante	
1	¿Su salud?	2	(0,8%)	5	(2,0%)	6	(2,4%)	24	(9,6%)	74	(29,6%)	139	(55,6%)
2	¿Los servicios médicos que está recibiendo?	1	(0,4%)	4	(1,6%)	11	(4,4%)	37	(14,8%)	69	(27,6%)	128	(51,2%)
3	¿La cantidad de dolor que tiene?	7	(2,8%)	8	(3,2%)	13	(5,2%)	25	(10,0%)	74	(29,6%)	123	(49,2%)
4	¿La cantidad de energía que tiene para realizar las actividades diarias?	3	(1,2%)	4	(1,6%)	11	(4,4%)	37	(14,8%)	75	(30,0%)	120	(48,0%)
5	¿Su capacidad de cuidarse sin ayuda?	6	(2,4%)	2	(0,8%)	12	(4,8%)	40	(16,0%)	89	(35,6%)	101	(40,4%)
6	¿El control que tiene sobre su vida?	8	(3,2%)	2	(0,8%)	8	(3,2%)	42	(16,8%)	93	(37,2%)	97	(38,8%)
7	¿Sus posibilidades de vivir hasta la edad que quisiera?	4	(1,6%)	4	(1,6%)	10	(4,0%)	43	(17,2%)	86	(34,4%)	103	(41,2%)
11	¿Su vida sexual?	61	(24,4%)	19	(7,6%)	26	(10,4%)	32	(12,8%)	62	(24,8%)	50	(20,0%)
16	¿Su capacidad de cumplir con sus responsabilidades de familia?	2	(0,8%)	4	(1,6%)	19	(7,6%)	52	(20,8%)	87	(34,8%)	86	(34,4%)
17	¿Lo útil que es para otras personas?	5	(2,0%)	1	(0,4%)	14	(5,6%)	53	(21,2%)	89	(35,6%)	88	(35,2%)

18	¿La cantidad de preocupaciones en su vida?	3	(1,2%)	6	(2,4%)	15	(6,0%)	32	(12,8%)	86	(34,4%)	108	(43,2%)
25	¿Las cosas que hace para divertirse?	2	(0,8%)	6	(2,4%)	13	(5,2%)	55	(22,0%)	90	(36,0%)	84	(33,6%)
26	¿Sus posibilidades para un futuro feliz?	3	(1,2%)	4	(1,6%)	8	(3,2%)	52	(20,8%)	82	(32,8%)	101	(40,4%)

Fuente: Cuestionario Índice de Calidad de vida De Ferrans and Powers aplicado a la población de estudio 2019

9.1.3 Tabla 8. Nivel de Satisfacción para el Dominio Social y Económico.

ITEM	DOMINIO SOCIAL Y ECONOMICO ¿QUÉ TAN SATISFECHO (A) ESTÁ USTED CON?	Muy Descontento		Moderadamente Descontento		Un Poco Descontento		Un Poco Satisfecho		Moderadamente Satisfecho		Muy Satisfecho	
13	¿Sus amigos?	12	(4,8%)	16	(6,4%)	28	(11,2%)	64	(25,6%)	59	(23,6%)	71	(28,4%)
15	¿El apoyo emocional que recibe de personas que no son su familia?	4	(1,6%)	10	(4,0%)	30	(12,0%)	60	(24,0%)	81	(32,4%)	65	(26,0%)
19	¿Su barrio?	10	(4,0%)	10	(4,0%)	38	(15,2%)	71	(28,4%)	61	(24,4%)	60	(24,0%)
20	¿Su casa, apartamento, o el lugar donde vive?	8	(3,2%)	11	(4,4%)	37	(14,8%)	61	(24,4%)	72	(28,8%)	61	(24,4%)
21	¿Su trabajo (si tiene empleo)?	44	(17,6%)	25	(10,0%)	35	(14,0%)	45	(18,0% ⁹)	64	(25,6% ⁹)	37	(14,8%)
22	¿No tener un trabajo (si no tiene empleo, está jubilado o incapacitado)?	30	(12,0%)	31	(12,4%)	38	(15,2%)	53	(21,2%)	62	(24,8%)	36	(14,4%)
23	¿Su educación?	15	(6,0%)	34	(13,6%)	48	(19,2%)	53	(21,2%)	60	(24,0%)	40	(16,0%)
24	¿Su manera de manejar sus necesidades económicas?	10	(4,0%)	19	(7,6%)	47	(18,8%)	63	(25,2%)	66	(26,4%)	45	(18,0%)

Fuente: Cuestionario Índice de Calidad de vida De Ferrans and Powers aplicado a la población de estudio 2019

9.1.4. Tabla 9. Nivel de importancia para el Dominio social y económico

ITEM	DOMINIO SOCIAL Y ECONOMICO ¿QUÉ TAN IMPORTANTE ES PARA USTED ?	Sin Ninguna Importancia		Moderadamente Sin-Importancia		Un Poco Sin-Importancia		Un Poco Importante		Moderadamente Importante		Muy Importante	
13	¿Sus amigos?	8	(3,2%)	9	(3,6%)	16	(6,4%)	66	(26,4%)	71	(28,4%)	80	(32,0%)
15	¿El apoyo emocional que recibe de personas que no son su familia?	2	(0,8%)	4	(1,6%)	17	(6,8%)	63	(25,2%)	89	(35,6%)	75	(30,0%)
19	¿Su barrio?	7	(2,8%)	7	(2,8%)	18	(7,2%)	57	(22,8%)	72	(28,8%)	89	(35,6%)
20	Su casa, apartamento, ¿o el lugar donde vive?	5	(2,0%)	11	(4,4%)	19	(7,6%)	65	(26,0%)	74	(29,6%)	76	(30,4%)
21	¿Su trabajo (si tiene empleo)?	43	(17,2%)	16	(6,4%)	19	(7,6%)	41	(16,4%)	69	(27,6%)	62	(24,8%)
22	¿No tener un trabajo (si no tiene empleo, está jubilado o incapacitado)?	29	(11,6%)	13	(5,2%)	21	(8,4%)	52	(20,8%)	77	(30,8%)	58	(23,2%)
23	¿Su educación?	19	(7,6%)	17	(6,8%)	21	(8,4%)	54	(21,6%)	76	(30,4%)	62	(24,8%)
24	¿Su manera de manejar sus necesidades económicas?	4	(1,6%)	7	(2,8%)	18	(7,2%)	48	(19,2%)	94	(37,6%)	79	(31,6%)

Fuente: Cuestionario Índice de Calidad de vida De Ferrans and Powers aplicado a la población de estudio 2019

9.1.5. Tabla 10. Nivel de satisfacción para el Dominio Psicológico y Espiritual

ITEM	DOMINIO PSICOLOGICO - ESPIRITUAL ¿QUÉ TAN SATISFECHO (A) ESTÁ USTED CON ?	Muy Descontento		Moderadamente Descontento		Un Poco Descontento		Un Poco Satisfecho		Moderadamente Satisfecho		Muy Satisfecho	
27	¿Su tranquilidad consigo mismo?	1	(0,4%)	6	(2,4%)	24	(9,6%)	47	(18,8%)	87	(34,8%)	85	(34,0%)
28	¿Su fe en Dios?	2	(0,8%)	8	(3,2%)	18	(7,2%)	35	(14,0%)	62	(24,8%)	125	(50,0%)
29	¿Los logros de sus metas personales?	3	(1,2%)	6	(2,4%)	22	(8,8%)	65	(26,0%)	75	(30,0%)	79	(31,6%)
30	¿Su felicidad en general?	1	(0,4%)	6	(2,4%)	22	(8,8%)	55	(22,0%)	80	(32,0%)	86	(34,4%)
31	¿Su vida en general?	1	(0,4%)	3	(1,2%)	16	(6,4%)	53	(21,2%)	92	(36,8%)	85	(34,0%)
32	¿Su apariencia personal?	1	(0,4%)	6	(2,4%)	20	(8,0%)	54	(21,6%)	84	(33,6%)	85	(34,0%)
33	¿Consigo mismo?	1	(0,4%)	5	(2,0%)	16	(6,4%)	50	(20,0%)	88	(35,2%)	90	(36,0%)

Fuente: Cuestionario Índice de Calidad de vida De Ferrans and Powers aplicado a la población de estudio 2019

9.1.6. Tabla 11. Nivel de importancia para el Dominio psicológico espiritual

ITEM	DOMINIO PSICOLOGICO - ESPIRITUAL ¿QUÉ TAN IMPORTANTE ES PARA USTED ?	Sin Ninguna Importancia		Moderadamente Sin-Importancia		Un Poco Sin- Importancia		Un Poco Importante		Moderadamente Importante		Muy Importante	
27	¿Su tranquilidad consigo mismo?	4	(1,6%)	1	(0,4%)	7	(2,8%)	41	(16,4%)	92	(0,368)	105	(42,0%)
28	¿Su fe en Dios?	1	(0,4%)	4	(1,6%)	8	(3,2%)	35	(14,0%)	60	(0,24)	142	(56,8%)
29	¿Los logros de sus metas personales?	4	(1,6%)	1	(0,4%)	13	(5,2%)	55	(22,0%)	79	(0,316)	98	(39,2%)
30	¿Su felicidad en general?	0	(0,0%)	2	(0,8%)	17	(6,8%)	31	(12,4%)	80	(0,32)	120	(48,0%)
31	¿Su vida en general?	1	(0,4%)	1	(0,4%)	12	(4,8%)	36	(14,4%)	94	(0,376)	106	(42,4%)
32	¿Su apariencia personal?	0	(0,0%)	4	(1,6%)	12	(4,8%)	37	(14,8%)	88	(0,352)	109	(43,6%)
33	¿Consigo mismo?	0	(0,0%)	1	(0,4%)	5	(2,0%)	17	(6,8%)	67	(0,268)	160	(64,0%)

Fuente: Cuestionario Índice de Calidad de vida De Ferrans and Powers aplicado a la población de estudio 2019

9.1.7. Tabla 12. Nivel de satisfacción con el Dominio Familiar

ITEM	DOMINIO FAMILIAR ¿QUÉ TAN SATISFECHO (A) ESTÁ USTED CON ?	Muy Descontento		Moderadamente Descontento		Un Poco Descontento		Un Poco Satisfecho		Moderadamente Satisfecho		Muy Satisfecho	
8	¿La salud de su familia?	5	(2,0%)	4	(1,6%)	23	(9,2%)	57	(0,228)	82	(32,8%)	79	(31,6%)
9	¿Sus hijos?	11	(4,4%)	6	(2,4%)	13	(5,2%)	59	(0,236)	55	(22,0%)	106	(42,4%)
10	¿La felicidad de su familia?	5	(2,0%)	5	(2,0%)	21	(8,4%)	51	(0,204)	67	(26,8%)	101	(40,4%)
12	¿Su esposo(a), amante, o pareja?	67	(26,8%)	33	(13,2%)	20	(8,0%)	47	(0,188)	40	(16,0%)	43	(17,2%)
14	¿El apoyo emocional que recibe de su familia?	7	(2,8%)	7	(2,8%)	19	(7,6%)	68	(0,272)	77	(30,8%)	72	(28,8%)

Fuente: Cuestionario Índice de Calidad de vida De Ferrans and Powers aplicado a la población de estudio 2019

9.1.8. Tabla 13. Nivel de importancia con el dominio familiar

ITEM	DOMINIO FAMILIAR ¿QUÉ TAN IMPORTANTE ES PARA USTED ?	Sin Ninguna Importancia		Moderadamente Sin-Importancia		Un Poco Sin-Importancia		Un Poco Importante		Moderadamente Importante		Muy Importante	
8	¿La salud de su familia?	3	(1,2%)	3	(1,2%)	13	(5,2%)	35	(14,0%)	95	(38,0%)	101	(40,4%)
9	¿Sus hijos?	10	(4,0%)	3	(1,2%)	13	(5,2%)	23	(9,2%)	79	(31,6%)	122	(48,8%)
10	¿La felicidad de su familia?	10	(4,0%)	3	(1,2%)	12	(4,8%)	37	(14,8%)	77	(30,8%)	111	(44,4%)
12	¿Su esposo(a), amante, o pareja?	60	(24,0%)	19	(7,6%)	21	(8,4%)	44	(17,6%)	55	(22,0%)	51	(20,4%)
14	¿El apoyo emocional que recibe de su familia?	3	(1,2%)	4	(1,6%)	15	(6,0%)	55	(22,0%)	83	(33,2%)	90	(36,0%)

Fuente: Cuestionario Índice de Calidad de vida De Ferrans and Powers aplicado a la población de estudio 2019

En cuanto a la satisfacción el dominio salud y funcionamiento se encontró que los individuos se sienten muy satisfechos con su capacidad de cuidarse sin ayuda 35,6%, por el contrario, el 23% considera sin ninguna importancia su vida sexual (Ver tabla 6)

Para el nivel de importancia, los adultos mayores consideran muy importante el aspecto salud con 55,6%, apreciándose de igual forma para la mayoría de los aspectos evaluados en esta categoría, donde la mayoría obtuvo un porcentaje mayor de respuesta con las opciones muy importante y moderadamente importante, a excepción de su vida sexual con 24,4% manifiestan sin ninguna importancia para su calidad de vida (CV). (Ver Tabla 7)

Así mismo en cuanto al nivel de satisfacción el dominio social y económico el ítem 15 fue el de mayor puntuación, puesto que los adultos mayores consideraron que se encontraban moderadamente satisfechos con el apoyo emocional que reciben de personas que no son su familia representado en un 32,4 % por el contrario el 1,6% de los encuestados se encuentran muy descontento con este ítem. (Ver Tabla 8)

El nivel de importancia del dominio social y económico el ítem 24 fue el de mayor valor. Es decir, los adultos mayores consideraron moderadamente importante la manera de manejar sus necesidades económicas representado con un 37,6%, Por el contrario, para el ítem 15 con un 0,8 % los adultos mayores manifestaron sentir sin ninguna importancia el apoyo emocional que reciben de personas que no son su familia. (Ver Tabla 9)

En el dominio psicológico espiritual, el 50,0% de los adultos mayores manifestaron estar muy satisfechos con su fe en Dios. por otro lado, se encuentran muy descontentos con la tranquilidad consigo mismo, su felicidad, su vida y su apariencia en general con 0,4%. (Ver Tabla 10)

Seguidamente en el dominio psicológico espiritual, manifestaron que lo más importante son ellos mismos con 64,0% en cuanto sin ninguna importancia su fe en Dios, y su vida general con 0,4%. (*Ver Tabla 11*)

Respecto al nivel de satisfacción del dominio familiar, la pregunta 9 fue la de mayor puntuación. Es decir, los adultos mayores consideraron que se encontraban muy satisfechos con sus hijos, representado en un 42,4%. Por el contrario, para la pregunta 12, el 26,8% manifestó sentirse muy descontento con su esposo, amante o pareja. (*Ver Tabla 12*)

De acuerdo al nivel de importancia del dominio familiar, los adultos mayores consideran muy importante sus hijos con una puntuación de 48,8%. Por otro lado, el 24,0% considera sin ninguna importancia su esposo, amante o pareja. Lo que coincide con la tabla anterior respecto al nivel de satisfacción, las preguntas 9 y 12 fueron las más influyentes para este dominio. (*Ver Tabla 13*)

9.2 INDICE DE CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACION ADULTO MAYOR EN LA CIUDAD DE CARTAGENA DE INDIAS, 2019 I

9.2.1. Medidas De Tendencia Central Y Desviación Estándar

Tamaño de la Muestra: 250 individuos

Tabla 14. Índice de Calidad de Vida y dominios (QLI TOTAL)

ESCALA	MEDIA	DS
Índice de Calidad de Vida	20,27	(4,28)
Escala Salud y Funcionamiento	20,25	(4,50)
Escala social y económico	18,55	(5,29)
Escala Psicológico y espiritual	22,27	(4,99)
Escala Familiar	20,64	(4,85)

Fuente: Cuestionario Índice de Calidad de vida De Ferrans and Powers aplicado a la población de estudio 2019

En la investigación la media aritmética de la calidad de vida general de los participantes fue de 20,27 con una desviación estándar de 4,28. Según las investigaciones realizadas previamente por la autora, generalmente que un individuo tenga buena calidad de vida implica tener de 20 a 30 puntos.

Observando el instrumento por dominios se encontró en la escala salud y funcionamiento un resultado para la media aritmética de 20,25; y una desviación estándar de 4,50 según este dominio podemos observar que los adultos mayores a los cuales se les aplicó el instrumento perciben su vida con una buena calidad. En cuanto al dominio social y económico la media aritmética es de 18,55 y la desviación estándar de 5,29.

Se puede decir que el dominio social y económico obtuvo una puntuación promedio más baja que resto de los dominios dado que el promedio de ingreso que recibe el 80% de los adultos mayores es menor de un salario mínimo legal vigente.

El dominio psicológico espiritual arrojó un resultado de 22,27 y una desviación estándar de 4,99 siendo el más representativo en la escala de los dominios, lo que nos permite observar que los adultos mayores se encuentran satisfechos en cuanto a lo psicológico espiritual dado los hallazgos según los ítems aplicados en el instrumento, como la fe en Dios, la tranquilidad consigo mismo, la vida y la felicidad en general. Según diversos estudios en esta etapa se hace más necesaria la búsqueda de Dios aumentando la fe y estos adquieren más madurez en cuanto a la aprobación y aceptación de su vida y logros en general.

El dominio psicológico y espiritual se define generalmente como una actitud o sentimiento positivo para el adulto mayor; que son valiosas porque experimentan una actitud positiva hacia sí mismo y hacia la vida pasada. Para encontrar el significado de su existencia y valorar sus habilidades y características capacidad individual para crear o elegir ambientes favorables y satisfacer los deseos y necesidades propias esto se logra mediante apoyos psicológicos y espiritual en los centros de vida participando activamente en la consecución de tareas relacionadas principalmente con su estado de salud.

Moda: Índice de Calidad de vida

Tabla 15. Moda para el índice de calidad de vida de la población.

	Índice Calidad de Vida por individuo	Dominio de Salud y Funcionamiento	Dominio Social y Económico	Dominio Psicológico y Espiritual	Dominio Familiar
Moda	19	17	15	30	26

Fuente: Cuestionario Índice de Calidad de vida De Ferrans and Powers aplicado a la población de estudio 2019

Los resultados muestran que el índice de calidad de vida en términos generales arrojó una moda de 19. Es decir que de los sujetos evaluados en el rango de 0 a 30, obtuvieron dicha puntuación, el dominio salud y funcionamiento y el Dominio Social y económico arrojaron puntuaciones más bajas, alcanzando una moda de 17 y 15 respectivamente. El dominio con mayor puntuación es el Dominio Psicológico espiritual, con una puntuación de 30, seguido del Dominio Familiar con una moda de 26 de la población en general.

10 ASOCIACIÓN ENTRE EL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

En la investigación se selecciona como medida de asociación Test Chi-cuadrado (χ^2) el cual tiene por objetivo determinar la asociación o independencia de dos variables cualitativas, herramienta estadística ampliamente difundida en investigación biomédica. El test solamente determina la asociación o independencia de dos variables cualitativas, sin informar el sentido ni la magnitud de dicha asociación. En términos simples, el test de χ^2 compara los resultados observados con resultados teóricos.

Por consiguiente, se deben calcular los valores en la tabla de contingencia para medir la asociación de las variables evaluando si el valor que toma el estadístico χ^2 es significativo. Para ello, se utiliza los grados de libertad (estimador del número de categorías independientes en un test particular o experimento estadístico). Por ende, en la presente investigación se utiliza un grado de libertad del 5% con un grado de confianza del 95%.

A mayor valor de significancia, mayor es la diferencia entre los valores observados, por consiguiente, serían independientes. En consecuencia, a menor valor de significancia, mayor es el grado de asociación entre las variables.

A continuación, se establecerá la asociación entre el índice de calidad de vida y sus diferentes dominios con las variables sociodemográficas a partir del análisis del test de chi- cuadrado y las tablas de contingencia (Ver tabla 10)

Tabla 16. Correlación Test Chi-cuadrado: Perfil Sociodemográfico* Calidad de Vida.

CORRELACION DE PEARSON (CHI CUADRADO) PERFIL SOCIODEMOGRAFICO / INDICE DE CALIDAD DE VIDA					
	Índice de Calidad de Vida Total	Dom. Salud/ Funcionamiento	Dom. Social/ Económico	Dom. Psicológico/Espiritual	Dom. Familiar
	Significación Asintótica (Bilateral)	Significación Asintótica (Bilateral)	Significación Asintótica (Bilateral)	Significación Asintótica (Bilateral)	Significación Asintótica (Bilateral)
Sexo	0,18	0,70	0,70	0,40	0,91
Nivel de escolaridad	0,23	0,22	0,08	0,49	0,08
Estado civil	0,82	0,32	0,52	0,84	0,55
Cantidad de hijos	0,44	0,09	0,00	0,52	0,68
Estrato social	0,56	0,22	0,00	0,26	0,99
¿Con quién vive?	0,05	0,04	0,08	0,01	0,01
Tipología familiar	0,16	0,12	0,02	0,02	0,06
Promedio de ingresos	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00
Utilización del tiempo libre	0,01	0,02	0,38	0,15	0,59
¿Padece alguna enfermedad?	0,04	0,05	0,16	0,23	0,63
¿Fuma?	0,74	0,86	0,45	0,34	0,45
¿Consume bebidas alcohólicas?	0,24	0,83	0,67	0,75	1,00

(Valor P= <0,05)

Fuente: Cuestionario Índice de Calidad de vida De Ferrans and Powers aplicado a la población de estudio 2019

10.1 Análisis de Variables

Para el análisis de las variables se distribuyen en dos grupos:

1. Calidad de Vida * Características Sociodemográficas
2. Calidad de Vida * Hábitos y estilos de vida Saludables

*Calidad de Vida * Características Sociodemográficas*

10.1.1. Variable: Cantidad de Hijos

Tabla 17. Tabla cruzada. Cantidad de Hijos *Dominio Social y Económico (Agrupada)

		Dominio Social y Económico		Total
Cantidad de Hijos		[0-19]	[20-30]	
[0-3]	Recuento	61	60	121
	% del total	24,4%	24,0%	48,4%
[4-13]	Recuento	89	40	129
	% del total	35,6%	16,0%	51,6%
Total	Recuento	150	100	250
	% del total	60,0%	40,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario Índice de Calidad de vida De Ferrans and Powers aplicado a la población de estudio 2019

En esta tabla se observa que alrededor del 35,6 % de los individuos encuestados en los grupos y centros organizados de la ciudad tienen alrededor de 4-13 hijos; es decir entre más hijos tienen, la calidad de vida en el dominio social y económico es mala.

Por su parte el nivel de significación asintótica (bilateral) es de 0,00; por lo tanto, se puede afirmar que el índice de calidad de vida en el dominio social y económico se relaciona significativamente con la variable cantidad de hijos por lo que el valor de significancia es menor a 0,005 ($0,00 < 0,05$)

10.1.2. Variable: Estrato Socioeconómico

Tabla 18. Tabla cruzada. Estrato Social*Dominio Social y Económico (Agrupada)

Estrato Social		Dominio Social y Económico (Agrupada)		Total
		[0-19]	[20-30]	
1	Recuento	99	44	143
	% del total	39,6%	17,6%	57,2%
2	Recuento	30	27	57
	% del total	12,0%	10,8%	22,8%
3	Recuento	19	28	47
	% del total	7,6%	11,2%	18,8%
4	Recuento	2	1	3
	% del total	0,8%	0,4%	1,2%
Total	Recuento	150	100	250
	% del total	60,0%	40,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario Índice de Calidad de vida De Ferrans and Powers aplicado a la población de estudio 2019

En la tabla se observa que alrededor del 39,6 % de los individuos encuestados en los grupos y centros organizados de la ciudad se encuentran viviendo en estrato 1 y tienen una mala calidad de vida en el dominio social y económico.

El nivel de significación asintótica (bilateral) es de 0,00; por lo tanto, se puede afirmar que el índice de calidad de vida en el dominio social y económico se relaciona significativamente con la variable estrato social por lo que el valor de significancia ($0,00 < 0,05$)

10.1.3. Variable: ¿Con quién vive?

Tabla 19. Tabla cruzada. ¿con quién vive? * índice calidad de vida general (Agrupada)

		Índice Calidad de Vida General (Agrupada)		Total	
¿Con quién vive?		[0-19]	[20-30]		
Solo	Recuento	27	13	40	
	% del total	10,8%	5,2%	16,0%	
Con pareja	Recuento	19	26	45	
	% del total	7,6%	10,4%	18,0%	
Con familia	Recuento	76	88	164	
	% del total	30,4%	35,2%	65,6%	
Otro	Recuento	0	1	1	
	% del total	0,0%	0,4%	0,4%	
		Recuento	122	128	250
		% del total	48,8%	51,2%	100,0%

Fuente: Cuestionario Índice de Calidad de vida De Ferrans and Powers aplicado a la población de estudio 2019

En la tabla se observa que alrededor del 35,2% de los individuos encuestados en los grupos y centros organizados de la ciudad maneja una buena calidad de vida cuando viven con su familia

Analizando el valor de X^2 para un nivel de significancia de 0.05, el nivel de significación asintótica (bilateral) es de 0,052 por lo tanto se confirma que existe asociación significativa entre el índice de calidad de vida total con la variable con quien vive porque el valor de significancia ($0,05 < 0,05$)

Tabla 20. Tabla Cruzada. ¿Con quién vive? Dominio de Salud y Funcionamiento (Agrupada)

		Dominio de Salud y Funcionamiento (Agrupada)		Total
¿Con quién vive?		[0-19]	[20-30]	
Solo	Recuento	25	15	40
	% del total	10,0%	6,0%	16,0%
Con pareja	Recuento	15	30	45
	% del total	6,0%	12,0%	18,0%
Con familia	Recuento	75	89	164
	% del total	30,0%	35,6%	65,6%
Otro	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	0,4%	0,4%
		115	135	250
		46,0%	54,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario Índice de Calidad de vida De Ferrans and Powers aplicado a la población de estudio 2019

En la tabla se observa que alrededor del 35,6 % de los individuos encuestados en los grupos y centros organizados de la ciudad tienen una buena calidad de vida en el dominio salud funcionamiento cuando viven con su familia.

El nivel de significación asintótica (bilateral) es de 0,04. Por lo tanto, se puede afirmar que el índice de calidad de vida en el dominio salud y funcionamiento se relaciona significativamente con la variable con quien vive porque el valor de significancia ($0,04 < 0,05$).

Tabla 21. Tabla Cruzada. ¿Con quién vive? Dominio psicológico y Espiritual (Agrupada)

		Dominio psicológico y Espiritual (Agrupada)		Total
¿Con quién vive?		[0-19]	[20-30]	
Solo	Recuento	20	20	40
	% del total	8,0%	8,0%	16,0%
Con pareja	Recuento	9	36	45
	% del total	3,6%	14,4%	18,0%
Con familia	Recuento	44	120	164
	% del total	17,6%	48,0%	65,6%
Otro	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	0,4%	0,4%
		73	177	250
		29,2%	70,8%	100,0%

Fuente: Cuestionario Índice de Calidad de vida De Ferrans and Powers aplicado a la población de estudio 2019

En la tabla se observa que alrededor del 48,0 % de los individuos encuestados en los grupos y centros organizados de la ciudad tiene una buena calidad de vida en el dominio psicológico espiritual cuando viven con su familia

El nivel de significación asintótica (bilateral) es de 0,01. Por lo tanto, se puede afirmar que el índice de calidad de vida en el dominio psicológico espiritual se relaciona significativamente con la variable con quien vive ya que el valor de significancia ($0,01 < 0,05$).

Tabla 22. Tabla Cruzada. ¿Con quién vive? * Dominio Familiar (Agrupada)

		Dominio Familiar (Agrupada)		Total	
		[0-19]	[20-30]		
¿Con quién vive?		[0-19]	[20-30]		
Solo	Recuento	24	16	40	
	% del total	9,6%	6,4%	16,0%	
Con pareja	Recuento	12	33	45	
	% del total	4,8%	13,2%	18,0%	
Con familia	Recuento	64	100	164	
	% del total	25,6%	40,0%	65,6%	
Otro	Recuento	0	1	1	
	% del total	0,0%	0,4%	0,4%	
		Recuento	100	150	250
		% del total	40,0%	60,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario Índice de Calidad de vida De Ferrans and Powers aplicado a la población de estudio 2019

En la tabla se observa que alrededor del 40,0 % de los individuos encuestados en los grupos y centros organizados de la ciudad tiene una buena calidad de vida en el dominio familiar

El nivel de significación asintótica (bilateral) es de 0,01. Por lo tanto, se puede afirmar que el índice de calidad de vida en el dominio familiar se relaciona significativamente con la variable con quien vive por lo que el valor de significancia ($0,01 < 0,05$).

10.1.4 Variable: Tipología Familiar

Tabla 23. Tabla Cruzada. Tipología familiar * Dominio Social y Económico (Agrupada)

		Dominio Social y Económico (Agrupada)		Total	
Tipología familiar		[0-19]	[20-30]		
Nuclear	Recuento	40	20	60	
	% del total	16,0%	8,0%	24,0%	
Extensa o multigeneracional	Recuento	63	53	116	
	% del total	25,2%	21,2%	46,4%	
Nicho vacío	Recuento	32	10	42	
	% del total	12,8%	4,0%	16,8%	
Monoparental	Recuento	15	17	32	
	% del total	6,0%	6,8%	12,8%	
		Recuento	150	100	250
		% del total	60,0%	40,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario Índice de Calidad de vida De Ferrans and Powers aplicado a la población de estudio 2019

En esta tabla se puede observar la relación entre tipología familiar y el dominio social y económico, donde el 25,2% de los encuestados en los grupos organizados coinciden en la tipología familiar con extensa multigeneracional, y tiene una mala calidad de vida en el dominio social y económico.

El nivel de significación asintótica (bilateral) es de 0.02. Por lo tanto, se puede afirmar que el índice de calidad de vida en el dominio social y económica se relaciona significativamente con la variable con quien vive ya que el valor de significancia ($0,02 < 0,05$)

Tabla 24. Tabla Cruzada. Tipología familiar * Dominio psicológico y Espiritual (Agrupada)

		Dominio psicólogo y Espiritual (Agrupada)		Total
Tipología familiar * Dominio psicológico y Espiritual (Agrupada)		[0-19]	[20-30]	
Nuclear	Recuento	13	47	60
	% del total	5,2%	18,8%	24,0%
Extensa o multigeneracional	Recuento	29	87	116
	% del total	11,6%	34,8%	46,4%
Nicho vacío	Recuento	20	22	42
	% del total	8,0%	8,8%	16,8%
Monoparenteral	Recuento	11	21	32
	% del total	4,4%	8,4%	12,8%
Recuento		73	177	250
% del total		29,2%	70,8%	100,0%

Fuente: Cuestionario Índice de Calidad de vida De Ferrans and Powers aplicado a la población de estudio 2019.

En esta tabla de contingencia se puede observar la relación entre la tipología familiar y el dominio psicológico espiritual, donde un 34,8% de los encuestados coinciden en la tipología extensa multigeneracional, pero a diferencia del dominio anteriormente analizado el psicológico espiritual no se encuentra alterado, lo cual nos indica que la mayor parte de individuos tienen una buena calidad de vida en el dominio psicológico espiritual.

El nivel de significación asintótica (bilateral) es de 0.019. Por lo tanto, se puede afirmar que el índice de calidad de vida en el dominio psicológico espiritual se relaciona significativamente con la variable con quien vive ya que el valor de significancia ($0,019 < 0,05$).

10.1.5 Variable Promedio de Ingresos Económicos

Tabla 25. Tabla Cruzada. Promedio de Ingresos Mensuales * Índice Calidad de Vida General (Agrupada)

		Índice Calidad de Vida General (Agrupada)		Total	
Promedio de Ingresos Mensuales		[0-19]	[20-30]		
Menos de S.M.M.L.V	Recuento	112	88	200	
	% del total	44,8%	35,2%	80,0%	
Entre 1 y 2 S.M.M.L.V	Recuento	10	35	45	
	% del total	4,0%	14,0%	18,0%	
Entre 3 y 4 S.M.M.L.V	Recuento	0	5	5	
	% del total	0,0%	2,0%	2,0%	
		Recuento	122	128	250
		% del total	48,8%	51,2%	100,0%

Fuente: Cuestionario Índice de Calidad de vida De Ferrans and Powers aplicado a la población de estudio 2019

Con base a los resultados obtenidos de Chi cuadrado, se puede decir que la variable Promedio De Ingresos Mensuales, es la que tiene mayor correlación con el índice de calidad de vida puesto que tanto el valor total como el resultado del test de chi cuadrado en cada uno de los sub dominios son menores a 0,05. Analizando la tabla anterior se evidenciar que el 44,8% de las personas de la muestra cuentan con un promedio de ingresos inferior a un salario mínimo legal vigente y su calidad de vida está entre 0 y 19 puntos lo que nos indica una mala calidad de vida.

El nivel de significación asintótica (bilateral) o resultado del test de chi cuadrado, entre el índice de calidad de vida general y la variable promedio de ingresos mensuales es de 0,00. Por lo tanto, se puede afirmar que existe suficiente prueba estadística que demuestre una relación fuerte entre estas dos variables.

Tabla 26. Tabla Cruzada. Promedio de Ingresos Mensuales * Dominio de Salud y Funcionamiento (Agrupada)

		Dominio de Salud y Funcionamiento (Agrupada)		Total	
Promedio de Ingresos Mensuales		[0-19]	[20-30]		
Menos de S.M.M.L.V	Recuento	104	96	200	
	% del total	41,6%	38,4%	80,0%	
Entre 1 y 2 S.M.M.L.V	Recuento	11	34	45	
	% del total	4,4%	13,6%	18,0%	
Entre 3 y 4 S.M.M.L.V	Recuento	0	5	5	
	% del total	0,0%	2,0%	2,0%	
		Recuento	115	135	250
		% del total	46,0%	54,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario Índice de Calidad de vida De Ferrans and Powers aplicado a la población de estudio 2019

En esta tabla de contingencia se analiza la variable Promedio de Ingresos Mensuales con el Dominio Salud y Funcionamiento sin embargo se mantiene la

misma tendencia del resultado obtenido para el índice de calidad de vida general, arrojando una cifra del 41,6% es decir 104 personas reciben menos de un salario mínimo legal vigente los cuales tienen una baja calidad de vida.

El nivel de significación asintótica (bilateral) es de 0,000. Por lo tanto, se puede afirmar que el índice de calidad de vida en el dominio salud funcionamiento se relaciona significativamente con la variable promedio de ingresos mensuales ya que el valor de significancia ($0,00 < 0,05$)

Tabla 27. Tabla Cruzada. Promedio de Ingresos Mensuales * Dominio psicológico y Espiritual (Agrupada)

		Dominio psicólogo y Espiritual (Agrupada)		Total	
		[0-19]	[20-30]		
Promedio de Ingresos Mensuales		[0-19]	[20-30]		
Menos de S.M.M.L.V	Recuento	67	133	200	
	% del total	26,8%	53,2%	80,0%	
Entre 1 y 2 S.M.M.L.V	Recuento	6	39	45	
	% del total	2,4%	15,6%	18,0%	
Entre 3 y 4 S.M.M.L.V	Recuento	0	5	5	
	% del total	0,0%	2,0%	2,0%	
		Recuento	73	177	250
		% del total	29,2%	70,8%	100,0%

Fuente: Cuestionario Índice de Calidad de vida De Ferrans and Powers aplicado a la población de estudio 2019

En este dominio se presenta un caso particular puesto que la cifra más significativa es del 53,2% lo que equivale a unas 133 personas las cuales reciben menos de un salario mínimo sin embargo calidad de vida está entre 20 y 30 es decir tienen una buena calidad de vida.

El nivel de significación asintótica (bilateral) o test de chi cuadrado entre el dominio psicológico espiritual y el promedio de ingresos mensuales es de 0.01. Lo que indica

que se relacionan de manera significativa, al igual que dominio anterior el resultado es menor de 0,05 ($0,01 < 0,05$)

Tabla 28. Tabla Cruzada. Promedio de Ingresos Mensuales * Dominio Social y Económico (Agrupada)

		Dominio Social y Económico (Agrupada)		Total	
		[0-19]	[20-30]		
Promedio de Ingresos Mensuales		[0-19]	[20-30]		
Menos de S.M.M.L.V	Recuento	136	64	200	
	% del total	54,4%	25,6%	80,0%	
Entre 1 y 2 S.M.M.L.V	Recuento	13	32	45	
	% del total	5,2%	12,8%	18,0%	
Entre 3 y 4 S.M.M.L.V	Recuento	1	4	5	
	% del total	0,4%	1,6%	2,0%	
		Recuento	150	100	250
		% del total	60,0%	40,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario Índice de Calidad de vida De Ferrans and Powers aplicado a la población de estudio 2019

Se puede evidenciar que el 54,4% de las personas del estudio cuenta con un promedio de ingresos menor al salario mínimo legal vigente, lo que confirma que tienen mala calidad de vida en este dominio.

El nivel de significación asintótica (bilateral) es de 0,000. Por lo tanto, se puede afirmar que el índice de calidad de vida en el dominio social económico se relaciona significativamente con la variable promedio de ingresos mensuales ya que el valor de significancia ($0,000 < 0,05$)

Tabla 29. Tabla Cruzada. Promedio de Ingresos Mensuales * Dominio Familiar (Agrupada)

		Dominio Familiar (Agrupada)		Total
		[0-19]	[20-30]	
Promedio de Ingresos Mensuales		[0-19]	[20-30]	
Menos de S.M.M.L.V	Recuento	92	108	200
	% del total	36,8%	43,2%	80,0%
Entre 1 y 2 S.M.M.L.V	Recuento	8	37	45
	% del total	3,2%	14,8%	18,0%
Entre 3 y 4 S.M.M.L.V	Recuento	0	5	5
	% del total	0,0%	2,0%	2,0%
	Recuento	100	150	250
	% del total	40,0%	60,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario Índice de Calidad de vida De Ferrans and Powers aplicado a la población de estudio 2019

Se puede observar que el 43,2% de las personas que reciben menos del SMLV, tienen buena calidad de vida en el dominio familiar.

El nivel de significación asintótica (bilateral) es de 0.000. Por lo tanto, se puede afirmar que el índice de calidad de vida en el dominio familiar se relaciona significativamente con la variable promedio de ingresos mensuales ya que el valor de significancia ($0,000 < 0,05$)

10.1.6 Variable Utilización del Tiempo Libre

Tabla 30. Utilización Tiempo Libre * Índice Calidad de Vida General (Agrupada)

		Índice Calidad de Vida General (Agrupada)		Total
		[0-19]	[20-30]	
Utilización del Tiempo Libre		[0-19]	[20-30]	
Trabajo	Recuento	6	8	14
	% del total	2,4%	3,2%	5,6%
Labores domesticas	Recuento	42	69	111
	% del total	16,8%	27,6%	44,4%
Recreación y deporte	Recuento	32	18	50
	% del total	12,8%	7,2%	20,0%
Estudio	Recuento	2	0	2
	% del total	0,8%	0,0%	0,8%
Ninguno	Recuento	40	33	73
	% del total	16,0%	13,2%	29,2%
	Recuento	122	128	250
	% del total	48,8%	51,2%	100,0%

Fuente: Cuestionario Índice de Calidad de vida De Ferrans and Powers aplicado a la población de estudio 2019

En esta tabla se observa que alrededor del 27,6% de los individuos encuestados en los grupos y centros organizados de la ciudad tienen una buena calidad de vida en cuanto a la utilización de tiempo libre realizando labores domésticas

Por su parte el nivel de significación asintótica (bilateral) es de 0,01; por lo tanto, se puede afirmar que el índice de calidad de vida total se relaciona significativamente con la variable utilización de tiempo por lo que el valor de significancia es menor a 0,005 ($0,01 < 0,05$).

Tabla 31. Tabla Cruzada. Utilización Tiempo Libre * Dominio de Salud y Funcionamiento (Agrupada)

		Dominio de Salud y Funcionamiento (Agrupada)		Total	
		[0-19]	[20-30]		
Utilización Tiempo Libre		[0-19]	[20-30]		
Trabajo	Recuento	5	9	14	
	% del total	2,0%	3,6%	5,6%	
Labores domesticas	Recuento	41	70	111	
	% del total	16,4%	28,0%	44,4%	
Recreación y deporte	Recuento	30	20	50	
	% del total	12,0%	8,0%	20,0%	
Estudio	Recuento	2	0	2	
	% del total	0,8%	0,0%	0,8%	
Ninguno	Recuento	37	36	73	
	% del total	14,8%	14,4%	29,2%	
		Recuento	115	135	250
		% del total	46,0%	54,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario Índice de Calidad de vida De Ferrans and Powers aplicado a la población de estudio 2019

En esta tabla se observa que alrededor del 28,0% de los individuos encuestados en los grupos y centros organizados de la ciudad tienen en cuanto a la utilización de tiempo libre, una buena percepción en el dominio salud y funcionamiento realizando labores domesticas.

Por su parte el nivel de significación asintótica (bilateral) es de 0,02; por lo tanto, se puede afirmar que el índice de calidad de vida en el dominio salud y funcionamiento se relaciona significativamente con la variable utilización de tiempo por lo que el valor de significancia es menor a 0,005 ($0,02 < 0,05$)

10.1.7 Antecedentes Patológicos

Tabla 32. ¿Padece alguna enfermedad? * Índice Calidad de Vida General (Agrupada)

		Índice Calidad de Vida General (Agrupada)		Total
		[0-19]	[20-30]	
¿Padece alguna enfermedad?				
SI	Recuento	85	73	158
	% del total	34,0%	29,2%	63,2%
NO	Recuento	37	55	92
	% del total	14,8%	22,0%	36,8%
	Recuento	122	128	250
	% del total	48,8%	51,2%	100,0%

Fuente: Cuestionario Índice de Calidad de vida De Ferrans and Powers aplicado a la población de estudio 2019

Se puede observar que alrededor del 34,0% de las personas encuestadas que padecen alguna enfermedad tienen mala calidad de vida

El nivel de significación asintótica (bilateral) es de 0,04; por lo tanto, se puede afirmar que el índice de calidad de vida total se relaciona significativamente con la variable padece una enfermedad por lo que el valor de significancia es menor a 0,005 ($0,04 < 0,05$)

Tabla 33. Tabla Cruzada. ¿Padece alguna enfermedad? * Dominio de Salud y Funcionamiento (Agrupada)

		Dominio de Salud y Funcionamiento (Agrupada)		Total	
Padece alguna enfermedad?		[0-19]	[20-30]		
SI	Recuento	80	78	158	
	% del total	32,0%	31,2%	63,2%	
NO	Recuento	35	57	92	
	% del total	14,0%	22,8%	36,8%	
		Recuento	115	135	250
		% del total	46,0%	54,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario Índice de Calidad de vida De Ferrans and Powers aplicado a la población de estudio 2019

En esta tabla se observa que alrededor del 32,0% de los individuos encuestados en los grupos y centros organizados de la ciudad padecen alguna enfermedad y tienen mala percepción en el dominio salud y funcionamiento

El nivel de significación asintótica (bilateral) es de 0,05; por lo tanto, se puede afirmar que el índice de calidad de vida en el dominio salud y funcionamiento se relaciona significativamente con la variable padece una enfermedad por lo que el valor de significancia es menor a 0,005 ($0,05 < 0,005$).

11 DISCUSION

En la presente investigación se ha conjuntado la calidad de vida con el perfil sociodemográfico de los adultos mayores asistentes a grupos organizados y centros de vida de la ciudad de Cartagena de Indias con cada una de las variables de estudio; encontrándose datos de gran interés que servirán a nivel teórico- práctico en el área de la salud; así mismo en la manera de poder contar con más datos acerca de las variables que se asocian, afectan o enriquecen la calidad de vida de esta población.

Los resultados de la presente investigación muestran medias relativamente altas para el índice de calidad de vida con una media aritmética de 20,27, así como para cada uno de los dominios en estudio a excepción del dominio social y económico que obtuvo una puntuación promedio menos favorable con una media aritmética de 18,55. Ello sugiere que los adultos mayores estaban enfrentando con eficacia las realidades de la vida. Lo que concuerda con lo reportado por Cárdenas y Villareal (2) los cuales encontraron que los adultos mayores presentaban buena calidad de vida que la población de menor edad. Y con Cristina et al (15) encontrando que la calidad de vida de los adultos mayores de Santa Marta se percibe como buena de acuerdo al instrumento aplicado. En contraste con lo anterior; la investigación realizada por Vargas (12) en la ciudad de Cartagena a 660 adultos mayores, arrojó como resultado que la percepción general de Calidad de vida de los individuos es negativa.

La calidad de vida medida en los cuatro dominios: Salud-Funcionamiento, Social-Económico, Psicológico-Espiritual y Familiar. Mostraron mayor puntuación en el dominio Psicológico- Espiritual que en el resto de las sub escalas. Definiéndose como la capacidad de satisfacción del individuo con su vida, felicidad en general, el logro de sus objetivos personales y paz mental. De igual forma Aponte (35) en su

proyecto de investigación determina que las personas de la tercera edad sienten que lo más importante en sus vidas es estar felices y satisfechos con los logros obtenidos durante sus años de vida y en especial con la familia que los rodea. Las personas mayores pueden desarrollar su creatividad de diferente forma y esto ayudara sin duda a que llenen su tiempo y ensanchen su espíritu. De tal forma el adulto mayor deber ser valorado desde la presencia de las condiciones materiales, espirituales y familiares de vida imprescindibles para facilitar el desarrollo psicobiológico y social, hasta el grado de satisfacción personal de cada individuo con las condiciones de vida que ha alcanzado, y que por supuesto repercuten de manera positiva o negativa sobre la salud.

Los dominios que reportaron medias más bajas para la percepción de la calidad de vida fueron salud funcionamiento y social y económico caracterizados por el mantenimiento de la función y la independencia, y la capacidad del individuo en su entorno social, estándar de vida en cuanto su independencia financiera. Por el contrario, Vargas, et- al (12) en su tesis realizada en la ciudad de Cartagena demuestran que la percepción de la calidad de vida se asoció positivamente a percibir apoyo social adecuado y a la independencia para realizar actividades instrumentales de la vida diaria. De igual manera, Pinzón (36) en su tesis afirma que la dimensión social y económica tuvo un resultado menos favorable en la población, no queriendo decir que no poseen una buena calidad de vida, pero que se deben tener en cuenta para ser mejorada y tratada.

A partir de los hallazgos encontrados en la investigación podemos identificar que la calidad de vida y el perfil sociodemográfico muestran una correlación significativa en las variables sociodemográficas.

Se encontró que variables sociodemográficas como la cantidad de hijos, estrato social, con quien vive el individuo y la tipología familiar tienen una correlación significativa con la calidad de vida con base al resultado de test chi cuadrado el cual se arrojó con un bajo nivel de significancia.

La variable promedio de ingresos mensuales es la variable con mayor impacto en nuestra investigación, dado que influye significativamente en la calidad de vida en general y en cada uno de los dominios. En cuanto a la correlación de ambas variables, arrojaron un nivel de significancia de 0,00 para el test Chi cuadrado. De igual forma se expresa en el estudio de Bustamante (37) Factores Socioeconómicos de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores en la Provincia de Guayas, Ecuador” que la ocupación incide de manera inversa en la insatisfacción con la calidad de vida de los AM. En consecuencia, aumentaría la satisfacción siempre y cuando los AM se encontraran en una situación laboral de trabajar de manera particular o encontrarse jubilados. Esto generaría un tipo de incentivo emocional y económico que les permitiría tener acceso a un mayor nivel consumo, a una cierta estabilidad económica y laboral.

Por su parte las variables cantidad de hijos y estrato social mantienen una correlación significativa con el dominio social económico. Con quien vive el individuo esta correlacionado con calidad de vida general, además del dominio salud y funcionamiento, psicológico espiritual y dominio familiar.

Tipología familiar se relaciona con el dominio social económico y con el dominio psicológico espiritual. Apoyando esta tesis, las autoras Herrera, et-al (38) en su artículo Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores realizado en Cartagena (Colombia) afirman que algunas dimensiones de la CVRS mostraron estar asociadas con factores como vivir en un estrato tres o cuatro, tener una ocupación y vivir con menos de cuatro personas.

De acuerdo con Murillo (39) especifica la importancia de que los adultos mayores puedan ejercitar toda una gama de actividades recreativas acordes con su situación individual y grupal, posibilitando una mejora de su calidad de vida y una ampliación de sus oportunidades para desarrollarse como personas. Esto se debe a que, participar de las diversas actividades libera de la rutina, inactividad y sedentarismo,

como así también de tensiones tales como el estrés, la ansiedad, el aburrimiento e inclusive, de la depresión.

Como se cita Herrera (40) en su tesis “Actividad física recreativa y calidad de vida en adultos mayores”. Reafirmando esta tesis, en la investigación esta variable tuvo una correlación con la calidad general y el dominio salud y funcionamiento, en el cual se tienen en cuenta aspectos como el nivel de energía, las habilidades, y actividades que el adulto mayor realiza para divertirse.

Para la investigación el estado civil no influye en la calidad de vida de los adultos mayores investigados. Por su parte en la investigación realizada en Pinar del Rio en Enero/ Marzo por Montanet et-al (41), si existe una relación directa con la calidad de vida. Así mismo, encontraron de forma general, un predominio del sexo masculino, edades de 75-84 años, solteros y viudos entre los ancianos.

Según los datos del informe Cartagena como vamos del 2017 vale la pena mencionar que, los diferentes centros seleccionados para la presente investigación, están dentro de los 40 barrios donde se concentran el 75% de la población pobre, el 78% de la población en pobreza extrema, dichos factores pueden influir en la percepción de la calidad de vida. Por lo tanto, el comportamiento de esta población no se debe generalizar para el resto de la ciudad dado que en condiciones diferentes los resultados de la percepción del índice de calidad de vida también pueden sufrir cambios importantes. Teniendo en cuenta que según la organización mundial de la salud (OMS) entre 2000 y 2050 (6), la proporción de adultos mayores de 60 años se duplicará pasando del 11% al 22%.” Además de la difícil situación económica de la ciudad de Cartagena, en los próximos años se deben implementar programas sociales enfocados en el beneficio de esta población que permitan que adulto mayor se sienta auto suficiente, querido y útil para la sociedad.

Esto es importante por lo que se pudo identificar en los resultados de la presente investigación existen variables sociodemográficas que inciden directamente en la percepción de la calidad de vida del adulto mayor, además que en esta etapa de nuestras vidas a la cual todos llegaremos o esperamos llegar, gozar de una buena calidad de vida es esencial para mantener un buen estado de salud físico y mental.

En última instancia es necesario reconocer algunas limitaciones del estudio. Una de estas correspondió al diligenciamiento del instrumento por parte de los adultos mayores, a los cuales se les dificultó contestarlo por sus propios medios, debido a que la gran mayoría presenta alteración de la agudeza visual, además no sabían leer y escribir. Cabe resaltar, los aportes significativos que dejó este trabajo para los investigadores a nivel personal y académico.

12 CONCLUSIONES

A partir de esta investigación se pudo estudiar el perfil sociodemográfico y su relación con la calidad de vida de los adultos mayores. Se obtuvieron hallazgos similares a otras investigaciones nacionales e internacionales. Teniendo en cuenta los objetivos planteados, se tomó como punto de partida los resultados dados a conocer previamente. Se puede concluir que el sexo que predominó fue el femenino, la mayoría de las personas tenían entre 60 a 72 años, el estrato socioeconómico al que pertenecían la mayoría de los adultos mayores fue el estrato uno, estado civil viudos, nivel de escolaridad primaria incompleta y residentes de la zona urbana.

De acuerdo a la calidad de vida de los adultos mayores, los resultados evidenciaron que tienen una buena calidad de vida en general. En cuanto a los dominios, las puntuaciones más altas fueron de los dominios psicológico-espiritual, familiar y salud funcionamiento, lo que se significa que tiene una buena calidad de vida; la puntuación más baja fue del dominio social- económico.

Por otra parte, se puede evidenciar que las variables del perfil sociodemográfico que tienen relación directa con la calidad de vida, son la cantidad de hijos, con quien vive, la tipología familiar, el promedio de ingresos, la utilización del tiempo libre, y padecer de alguna enfermedad.

13 RECOMENDACIONES

Para la comunidad científica: Seguir realizando investigaciones sobre Calidad de Vida para identificar que otras variables influyen en este aspecto en el adulto mayor.

Para el ámbito Político: Fortalecer políticas públicas en salud relacionado a los adultos mayores con el fin de mejorar la calidad de vida.

Para los futuros profesionales: Continuar realizando intervenciones desde un enfoque interdisciplinar para los adultos mayores relacionado con la calidad de vida de los mismos.

Para los grupos organizados y centros de vida: Promover la participación en actividades en caminadas en la promoción de la salud y prevención de las alteraciones del adulto mayor y el fortalecimiento en las redes de apoyo, para el mantenimiento y el sustento de los centros de vida y grupos organizados.

Facultad de Enfermería: Continuar con el convenio docencia servicios realizando intervenciones no solamente en los centros de vida si no también en los grupos organizados que se encuentran en la ciudad de Cartagena de Indias.

Para el Adulto Mayor: Tomar conciencia que en esta etapa de su vida lo importante es vivir de manera tranquila.

14 REFERENCIAS

1. unidas Odl. La agencia de la ONU. [Online].; 2017 [cited 2018 Noviembre 20
Available from: <https://eacnur.org/es/actualidad/noticias/emergencias/cuales-son-los-paises-mas-pobres-del-mundo>
2. Villareal C. El anciano y su calidad de vida. Mexico: Universidad de Mexico; 2002.
3. salud Omdl. El envejecimiento. Informe estadístico. 2015 marzo; 1(23).
4. Castillo A. Envejecimiento global. [Online].; 186 [cited 2018 septiembre 20. Available from: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>.
5. Cardenas. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD. 2011 NOVIEMBRE; 1(23).
6. salud Omdl. Envejecimiento. [Online].; 2017 [cited 2018 agosto 23. Available from: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>.
7. Envejecimiento y Ciclo de vida. [Online].; 2017 [cited 2018 agosto 23. Available from: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>.
8. Salud Md. ENVEJECIMIENTO DEMOGRAFICO. [Online].; 2017 [cited 2018 AGOSTO 13. Available from: [ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO. COLOMBIA 1951-2020.](#)
9. Yaniz Fy. Vulnerabilidad social, salud y migración México-Estados Unidos. [Online].; 2015 [cited 2018 agosto 23. Available from: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7420/9746>.
- 10 Yaniz. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. [Online].; 2016 [cited 2018 octubre. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2016.v33n2/199-201/es/>.
- 11 Cardona.. Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor. Medellín.. 2012 agosto; 2.
- 12 Vargas. Calidad de Vida de los adultos mayores en cartagena. 2014 septiembre; 2(1).
- 13 Bedoya MF. Calidad de Vida en adultos mayores y jóvenes. 2015 octubre; 1.
- 14 Montanet A. La calidad de vida en los adultos mayores. Ciencias Medicas. 2014 septiembre; 1.
- 15 Marin. Adulto Mayor en Santa Marta y calidad de vida. 2012 septiembre; 1.

- 16 Flores. Salud mental y calidad de vida en Uaricha. 2012 noviembre.
.
- 17 Melguizo A. Calidad de Vida en los adultos mayores en centros de proteccion social . en cartagena. Universidad de la Sabana. 2012 enero; 2.
- 18 Reyes B. Actividades de la vida diaria y calidad de vida en adultos mayores operados . de catarata. 2015 agosto; 1.
- 19 SANCHEZ. "CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES HOMBRES". [Online].; . 2014 [cited 2018 AGOSTO 8. Available from: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/41351/Tesis%20Final%20Felipe.pdf?sequen%20ce=1>.
- 20 Garcia A. Análisis del concepto de envejecimiento. scielo. 2014 junio; 1(1).
.
- 21 Organización Panamericana de la Salud O/O. AGENDA SOBRE ENVEJECIMIENTO. . 2016 abril.
- 22 Montes. REDES DE APOYO SOCIAL DE PERSONAS MAYORES: MARCO . TEÓRICO CONCEPTUAL. Universidad Nacional Autonoma de Mexico. 2018 Julio; 1.
- 23 Montoya. El proceso de envejecimiento. 2014 junio.
.
- 24 Quintanilla. Causas y consecuencias del envejecimiento; en. ENVEJECIMIENTO . EXITOSO.. 2013 junio; 1.
- 25 Diaz. Principales trastornos en la edad adulta y vejez.. 2013 octubre; 1.
.
- 26 Gomez. CALIDAD DE VIDA. EVOLUCION DEL CONCEPTO Y SU INFLUENCIA EN . LA INVESTIGACION Y LA PRACTICA. 2015 agosto; 1.
- 27 Arostegui. Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en . la comunidad autónoma del País Vasco. 1998 noviembre; 1.
- 28 Quevedo. E. EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD: HACIA UNA CLÍNICA Y UNA . EPIDEMIOLOGÍA NO POSITIVISTAS.. 2014 julio.
- 29 Yeraz. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su . familia.. 2019.
- 30 Colombia Ddlddlame. Ley 1251 de 2008. Cartagena;; 2008.
.

- 31 Salud Md. Orientaciones de las entidades Territoriales para la aplicación de la ley . 1276 de 2009. 2011 agosto.
- 32 Juárez R. Son el conjunto de características biológicas, socioeconómico, culturales . que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que pueden ser medibles.
- 33 Sampieri H. Metodología de la investigación. 6th ed.; 1997.
- 34 salud Md. RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993. ; 1993.
- 35 Aponte. Calidad de vida en la tercera edad. Red de Revistas Científicas de América . Latina, el Caribe, España y Portugal. 2015 agosto ; 13(2).
- 36 Pinzon et al. APROXIMACIÓN A LA SITUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA DEL . ADULTO. LINEA DE DESARROLLO HUMANO Y CALIDAD DE VIDA. 2009; 1|(1).
- 37 Bustamante. Factores Socioeconómicos de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores . en la Provincia de Guayas, Ecuador. scielo. 2017; 28(5).
- 38 Herrera. Calidad de vida en adultos mayores en Cartagena, Colombia. revista de salud . publica. 2015; 19(4).
- 39 Murillo. LA INVESTIGACIÓN EN EFICACIA ESCOLAR Y MEJORA DE LA ESCUELA . COMO MOTOR PARA EL INCREMENTO DE LA CALIDAD EDUCATIVA EN IBEROAMÉRICA. Revista Iberoamericana sobre calidad, Eficacia y Cambio en Educación. ; 3(2).
- 40 OSORIO. CALIDAD DE VIDA DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE LOS . PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. 2011; 1(1).
- 41 Montanet. La calidad de vida en los adultos mayores. ciencias medicas de pinar del . rio. 2009; 13(1).

ANEXO 1
PRESUPUESTO

Rubro	Recursos Unisinu Cartagena		Recursos Externos		Total
	Especie	Frescos	Especie	Frescos	
Personal	\$ 4.000.000			\$ 1.000.000	\$ 5.000.000
Servicios técnicos	\$ 400.000				\$ 400.000
Equipos de uso propio				\$ 2.000.000	\$ 2.000.000
Compra de equipos					
Materiales / insumos / reactivos				\$ 400.000	\$ 400.000
Salidas de campo				\$ 800.000	\$ 800.000
Software					
Viajes					
Gastos de publicación					
Gastos de patentes					
T O T A L					8.600.000

NOTAS PRESUPUESTALES:

RUBROS

PERSONAL: aquí esta expresado cuantitativamente el costo valorado de las horas en asesorías otorgadas por la universidad.

SERVICIO TÉCNICO: usando el valor comercial de una hora uso en quipos de cómputo, se determinó el valor gastado por el equipo en las instalaciones informáticas de la universidad.

EQUIPOS DE USO PROPIO: usando el valor comercial de una hora uso en quipos de cómputo, se determinó el valor gastado por el equipo usando nuestros propios insumos.

MATERIALES: se encuentra el valor gastado por el equipo en transporte, alimentación y gastos transversales, para la elaboración del proyecto.

SALIDAS DE CAMPO: podemos encontrar el valor gastado en las visitas a campo al momento de realizar actividad con la comunidad que fue objeto de estudio.

ANEXO 3 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Objetivo General: Determinar la calidad de vida en un grupo de adultos mayores de Cartagena de Indias (Colombia) durante el periodo 2019- 1.								
Variable	Definición de la variable	Tipo de variable	Escala	Dimensión	Dominios	Indicadores	Técnicas e instrumentos	Ítems
Perfil Sociodemográfico	Son el conjunto de características biológicas, socioeconómicas y culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que pueden ser medibles.	Cualitativo	Nominal	Sexo		Masculino Femenino	Cuestionario	1
		Cuantitativa	De razón	Edad			Cuestionario	2
		Cualitativa	Nominal	Escolaridad		Primaria incompleta Primaria Completa Secundaria Incompleta Secundaria Completa Técnico completo Técnico incompleto Tecnólogo completo	Cuestionario	3

		Cualitativa	Nominal	Estado civil		Tecnólogo incompleto Profesional incompleto Profesional completo Ninguno Soltero/a Unión libre Viudo/a Divorciado/a Casado/a	Cuestionario	4
		Cuantitativa	Discreta	Cantidad de Hijos			Cuestionario	5
		Cualitativa	Nominal	Estrato socioeconómico		Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Estrato 5 Estrato 6	Cuestionario	6
		Cuantitativa	Nominal	¿Con quién vive?		Solo Con pareja Con familia	Cuestionario	7
		Cuantitativa	Nominal	Composición de hogar		Nuclear Extensa o multigeneracional Nicho vacío	Cuestionario	8
		Cualitativa	Nominal	Ocupación			Cuestionario	9
		Cuantitativa	Intervalo	Promedio de ingresos		Menos del SMLV Entre 1 y 2 SMLV Entre 3 y 4 SMLV Entre 5 y 6 SMLV	Cuestionario	10
		Cualitativa	Nominal	Utilización del tiempo libre		Trabajo Labor domestica Recreación y deporte	Cuestionario	11

						Estudio Ninguno		
		Cualitativa	Nominal	padece alguna enfermedad			Cuestionario	12
		Cualitativa	Dicotómica	¿Fuma?		Si No	Cuestionario	13
		Cualitativa	Dicotómica	Consume bebidas alcohólicas		Si No	Cuestionario	14
Calidad de Vida	La Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.	Cuantitativa	Nominal	Satisfacción e importancia	Salud/ funcionamiento	Utilidad para los demás Independencia física Capacidad para cumplir con las responsabilidades familiares Hogar (casa, apartamento) Salud propia Dolor Trabajo / Desempleo Energía (fatiga) Estrés o preocupaciones Control sobre la propia vida Actividades de tiempo libre Potencial para feliz edad avanzada Estándar de vida Independencia financiera Casa (casa, apartamento) Barrio Amigos	Encuesta: Índice de calidad de vida Ferrans and Powers	1,2,3,4,5 ,6,7,11,16,17,18,25,26

		Cuantitativa			Social y económico	Apoyo emocional de otros Educación	Encuesta: Índice de calidad de vida Ferrans and Powers	13,15,19 ,20.21,22,23,24
		Cuantitativa			Psicológico /espiritual	Satisfacción con la vida Felicidad en general Satisfacción con uno mismo Logro de los objetivos personales Paz mental Apariencia personal Fe en Dios	Encuesta: Índice de calidad de vida Ferrans and Powers	27,28,29 ,30,31,32,33
		Cuantitativa			Familiar	Felicidad familiar Niños Relación con el cónyuge Salud familiar		8.9.10.1 2.14

ANEXO 4. INSTRUMENTOS APLICADOS



	ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA PARA LA MEDICION DE LA CALIDAD DE VIDA	CÓDIGO:	
--	---	---------	--

TITULO DEL PROYECTO: CALIDAD DE VIDA EN UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES DE CARTAGENA DE INDIAS (COLOMBIA), 2019 I

OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de vida en un grupo de adultos mayores de Cartagena de Indias (Colombia) durante el periodo 2019- 1.

Entrevista N°: _____

Entrevistador: _____ **Fecha:** _____

Lugar de la entrevista: _____

NOMBRE COMPLETO	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	
N° C.C. Y LUGAR DE EXPEDICIÓN	
LUGAR DE RESIDENCIA	
OCUPACIÓN	

1. Sexo: **A:** masculino **B:** femenino

2. Edad: _____

3. NIVELES DE ESCOLARIDAD:

- A. primaria incompleta
- B. Primaria completa
- C. Secundaria incompleta
- D. Secundaria completa
- E. Técnico incompleto
- F. Técnico completo
- G. Tecnólogo incompleto
- H. Tecnólogo completo
- I. Profesional incompleto
- J. Profesional completo
- K. Ninguno

4. ESTADO CIVIL:

- A. Soltero/a
- B. Unión libre
- C. Viudo/a
- D. Divorciado/a
- E. Casado/a

5. CANTIDADES DE HIJOS: _____

6. ESTRATO SOCIOECONÓMICO:

- A. Estrato 1
- B. Estrato 2
- C. Estrato 3
- D. Estrato 4
- E. Estrato 5
- F. Estrato 6

7. ¿CON QUIEN VIVE?

- A. Solo
- B. Con pareja
- C. Con familia

D. Otro ¿Cuál? _____

8. TIPOLOGIA FAMILIAR

- A. Nuclear
- B. Extensa o multigeneracional
- C. Nicho vacío
- D. Monoparenteral

9. PROMEDIO DE INGRESOS:

- A. Menos de S.M.M.L.V
- B. Entre 1 y 2 S.M.M.L.V
- C. Entre 3 y 4 S.M.M.L.V
- D. Entre 5 y 6 S.M.M.L.V

10. UTILIZACION DEL TIEMPO LIBRE:

- A. Trabajo
- B. Labores domesticas
- C. Recreación y deporte
- D. Estudio
- E. Ninguno

11. ¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD? _____ ¿CUAL? _____

12. ¿FUMA?

- A. Si
- B. No

13. ¿CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS?

- A. Si
- B. No

Ferrans and Powers
CALIDAD INDICE DE VIDA[®]
VERSIÓN GENERAL - III

PART 1. Para cada pregunta, por favor escoja la respuesta que mejor describe qué tan satisfecho(a) o contento(a) está usted con ese aspecto de su vida. Por favor marque su respuesta con un círculo alrededor del número. No hay respuestas correctas o incorrectas.

¿QUÉ TAN SATISFECHO (A) ESTÁ USTED CON ?	Muy Descontento	Moderadamente Descontento	Un Poco Descontento	Un Poco Satisfecho	Moderadamente Satisfecho	Muy Satisfecho
1. Su salud?	1	2	3	4	5	6
2. Los servicios médicos que está recibiendo?	1	2	3	4	5	6
3. La cantidad de dolor que tiene?	1	2	3	4	5	6
4. La cantidad de energía que tiene para realizar las actividades diarias?	1	2	3	4	5	6
5. Su capacidad de cuidarse sin ayuda?	1	2	3	4	5	6
6. El control que tiene sobre su vida?	1	2	3	4	5	6
7. Sus posibilidades de vivir hasta la edad que quisiera?	1	2	3	4	5	6
8. La salud de su familia?	1	2	3	4	5	6
9. Sus hijos?	1	2	3	4	5	6
10. La felicidad de su familia?	1	2	3	4	5	6
11. Su vida sexual?	1	2	3	4	5	6
12. Su esposo(a), amante, o pareja?	1	2	3	4	5	6
13. Sus amigos?	1	2	3	4	5	6
14. El apoyo emocional que recibe de su familia?	1	2	3	4	5	6
15. El apoyo emocional que recibe de personas que no son su familia?	1	2	3	4	5	6
16. Su capacidad de cumplir con sus responsabilidades de familia?	1	2	3	4	5	6

¿QUÉ TAN SATISFECHO (A) ESTÁ USTED CON?	Muy Descontento	Moderadamente Descontento	Un Poco Descontento	Un Poco Satisfecho	Moderadamente Satisfecho	Muy Satisfecho
17. Lo útil que es para otras personas?	1	2	3	4	5	6
18. La cantidad de preocupaciones en su vida?	1	2	3	4	5	6
19. Su barrio?	1	2	3	4	5	6
20. Su casa, apartamento, o el lugar donde vive?	1	2	3	4	5	6
21. Su trabajo (si tiene empleo)?	1	2	3	4	5	6
22. No tener un trabajo (si no tiene empleo, está jubilado o incapacitado) ?	1	2	3	4	5	6
23. Su educación?	1	2	3	4	5	6
24. Su manera de manejar sus necesidades económicas?	1	2	3	4	5	6
25. Las cosas que hace para divertirse?	1	2	3	4	5	6
26. Sus posibilidades para un futuro feliz?	1	2	3	4	5	6
27. Su tranquilidad consigo mismo?	1	2	3	4	5	6
28. Su fe en Dios?	1	2	3	4	5	6
29. Los logros de sus metas personales?	1	2	3	4	5	6
30. Su felicidad en general?	1	2	3	4	5	6
31. Su vida en general?	1	2	3	4	5	6
32. Su apariencia personal?	1	2	3	4	5	6
33. Consigo mismo ?	1	2	3	4	5	6

PART 2. Para cada pregunta, por favor escoja la respuesta que mejor describe qué tan importante es ese aspecto de su vida. Por favor marque su respuesta con un círculo alrededor del número. No hay respuestas correctas o incorrectas.

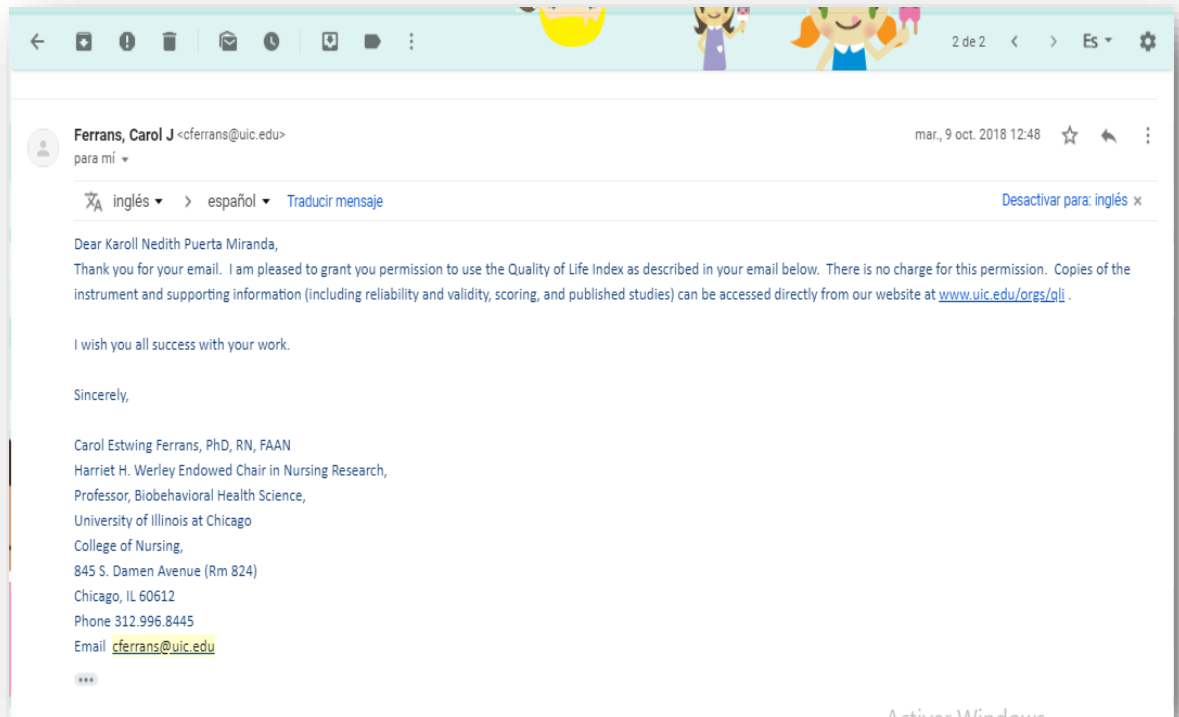
¿QUÉ TAN IMPORTANTE ES PARA USTED ?	Sin Ninguna Importancia	Moderadamente Sin-Importancia	Un Poco Sin-Importancia	Un Poco Importante	Moderadamente Importante	Muy Importante
1. Su salud?	1	2	3	4	5	6
2. Sus servicios médicos?	1	2	3	4	5	6
3. Tener nada de dolor?	1	2	3	4	5	6
4. Tener la energía para realizar las actividades diarias?	1	2	3	4	5	6
5. Poder cuidarse sin ayuda?	1	2	3	4	5	6
6. Tener control sobre su vida?	1	2	3	4	5	6
7. Vivir hasta la edad que quisiera?	1	2	3	4	5	6
8. La salud de su familia?	1	2	3	4	5	6
9. Sus hijos?	1	2	3	4	5	6
10. La felicidad de su familia?	1	2	3	4	5	6
11. Su vida sexual?	1	2	3	4	5	6
12. Su esposo(a), amante, o pareja?	1	2	3	4	5	6
13. Sus amigos?	1	2	3	4	5	6
14. El apoyo emocional de su familia?	1	2	3	4	5	6
15. El apoyo emocional de personas que no son su familia?	1	2	3	4	5	6
16. Cumplir con sus responsabilidades de familia?	1	2	3	4	5	6
17. Ser útil para otras personas?	1	2	3	4	5	6

¿QUÉ TAN IMPORTANTE ES PARA USTED ?	Sin Ninguna Importancia	Moderadamente Sin-Importancia	Un Poco Sin-Importancia	Un Poco Importante	Moderadamente Importante	Muy Importante
18. Tener nada de preocupaciones?	1	2	3	4	5	6
19. Su barrio?	1	2	3	4	5	6
20. Su casa, apartamento, o el lugar donde vive?	1	2	3	4	5	6
21. Su trabajo (si tiene empleo)?	1	2	3	4	5	6
22. Tener un trabajo (si no tiene empleo, está jubilado, o incapacitado)?	1	2	3	4	5	6
23. Su educación?	1	2	3	4	5	6
24. Poder manejar sus necesidades económicas?	1	2	3	4	5	6
25. Las cosas que hace para divertirse?	1	2	3	4	5	6
26. Tener un futuro feliz?	1	2	3	4	5	6
27. Sentir tranquilidad consigo mismo?	1	2	3	4	5	6
28. Su fe en Dios?	1	2	3	4	5	6
29. Lograr sus metas personales?	1	2	3	4	5	6
30. Su felicidad en general?	1	2	3	4	5	6
31. Estar satisfecho (a) con su vida en general?	1	2	3	4	5	6
32. Su apariencia personal?	1	2	3	4	5	6
33. Para si mismo? Usted mismo?	1	2	3	4	5	6

ANEXO 5.
CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 6.

AUTORIZACION DE LA AUTORA PARA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO



ANEXO 7

RECOMENDACIONES DE LA AUTORA PARA TRABAJAR INDICE DE CALIDAD DE VIDA

