

**CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES VINCULADOS A LA
FUNDACIÓN SANTIAGO APÓSTOL Y NO INSTITUCIONALIZADOS
DEL MUNICIPIO DE IMUÉS - NARIÑO 2009**

**ALEYDA MUÑOZ BADOS
ELBA OTERO NARVAEZ
EFREN ALEXANDER YASCUAL LAGOS**

**UNIVERSIDAD MARIANA
UNIVERSIDAD CES MEDELLÍN
FACULTAD DE POSTGRADOS Y RELACIONES INTERNACIONALES
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA SALUD PÚBLICA
SAN JUAN DE PASTO
2009**

**CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES VINCULADOS A LA
FUNDACIÓN SANTIAGO APÓSTOL Y NO INSTITUCIONALIZADOS
DEL MUNICIPIO DE IMUÉS - NARIÑO 2009**

**ALEYDA MUÑOZ BADOS
ELBA OTERO NARVAEZ
EFREN ALEXANDER YASCUAL LAGOS**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar
al título de Especialista Gerencia de la Salud Pública**

**Asesor:
LUIS FERNANDO TORO PALACIO
Magíster en Epidemiología**

**UNIVERSIDAD MARIANA
UNIVERSIDAD CES MEDELLÍN
FACULTAD DE POSTGRADOS Y RELACIONES INTERNACIONALES
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA SALUD PÚBLICA
SAN JUAN DE PASTO
2009**

CONTENIDO

	pág.
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA	8
1.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	10
2. MARCO TEÓRICO	11
2.1 TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO	11
2.1.1 Teorías	11
2.1.2 Teorías	11
2.2 ENVEJECIMIENTO	14
2.2.1 Factores relacionados con la vejez	14
2.2.2 Estado fisiológico de la vejez	16
2.2.3 Aspectos del desarrollo	18
2.2.4 Desarrollo psicosocial	20
2.3 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	20
2.3.1 Concepto de calidad de vida	20
2.3.2 Calidad de vida relacionada con la salud	21
2.3.3 Medición de la calidad de vida	22
3. OBJETIVOS	24
3.1 OBJETIVO GENERAL	24
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
4. METODOLOGÍA	26
4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO	26
4.2 TIPO DE ESTUDIO	26
4.3 POBLACIÓN	26
4.4 DISEÑO MUESTRAL	27
4.5 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES	28
4.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	30
4.7 PRUEBA PILOTO	30

4.8 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS	31
4.9 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	31
5. CONSIDERACIONES ÉTICAS	33
6. RESULTADOS	34
7. DISCUSIÓN	39
8. PROPUESTA EDUCATIVA	41
9. CONCLUSIONES	44
BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXOS	46

RESUMEN

El desarrollo de la investigación tuvo como finalidad identificar la calidad de vida de los adultos mayores vinculados a la Fundación Santiago Apóstol y no vinculados del municipio de Imués, para ello se aplicó el cuestionario SF-36, el cual permitió evaluar aspectos de la calidad de vida en poblaciones mayores, el producto de la aplicación es la construcción de ocho conceptos o escalas de salud resultado del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario. Estos conceptos son: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental; el resultado máximo de 100 se logra cuando los participantes no notifican incapacidad alguna, por tal motivo las respuestas en el extremo superior del recorrido de 0 a 100 puntos, siendo 0 baja calidad y 100 alta calidad de vida.

El trabajo investigativo se fundamentó en el paradigma cuantitativo, enfoque empírico y tipo descriptivo, el cual permitió verificar la calidad de vida de los adultos mayores, encontrándose mejor grado de calidad de vida en los institucionalizados con relación a no institucionalizados, siendo prevalente, la función física y el más bajo salud general.

De acuerdo a los resultados obtenidos se planteó una propuesta educativa, cuya finalidad es fomentar estilo de vida saludable en los adultos mayores, para ello se plantean actividades y talleres lúdico recreativos tendientes a fortalecer los aspectos de calidad útiles para este grupo poblacional.

PALABRAS CLAVES

- Calidad de vida
- Adultos mayores vinculados
- Adultos mayores no institucionalizados
- Cuestionario SF-36

ABSTRACT

The development of research aimed to identify the quality of life of older adults linked to the St. James Foundation and unrelated Imués municipality, it was applied to the SF-36, which allowed us to evaluate aspects of quality of life in older populations, the product of the application is the construction of eight health concepts or scales by averaging the sum of the questions in the questionnaire. These concepts are: physical function, physical role, bodily pain, general health, vitality, social function, emotional role and mental health, the peak of 100 is achieved when the participants do not report any disability for that reason the answers at the end top ranging from 0 to 100 points, with 0 being low and 100 high-quality quality of life.

The research work was based on the quantitative paradigm, empirical and descriptive approach, which allowed testing the quality of life of older adults, being better degree of quality of life in relation to the institutionalized non-institutionalized, being prevalent, the role lower physical and general health.

According to the results raised an educational proposal, designed to promote healthy lifestyle in older adults, this will pose fun recreational activities and workshops aimed at strengthening the quality aspects useful for this population group.

KEY WORDS

- Quality of life
- Elderly linked
- Elderly non-institutionalized
- Questionnaire SF-36

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población adulta mayor a nivel mundial está representada por el 7% de la población en general, en alta proporción se encuentran en situaciones de pobreza, vulnerabilidad de los derechos o simplemente abandonados de los familiares, en menor proporción del total de la población adulta cuentan con el apoyo y recursos para subsistir.

En Colombia, al igual que en muchos países del mundo, la población adulta mayor se determina a partir de los 65 años de edad, en nuestro país son 2.617.240 personas, equivalentes al 9% de la población total. Grupo humano a quien su proceso de envejecimiento le genera cambios funcionales y de comportamiento que repercuten en el aumento de su morbilidad y en desmedro de su calidad de vida.

En la actualidad el Ministerio de Protección Social, algunos departamentos y municipios del país están trabajando con el tema de la política social del adulto mayor, con la finalidad de favorecer la inclusión del envejecimiento y la vejez, como aspecto útil del desarrollo social.

A pesar que existe preocupación por el bienestar de los adultos mayores, no se han realizado estudios o actividades encaminadas al mejoramiento de la calidad de vida relacionada con salud en este grupo poblacional, desconociéndose la percepción que tienen sobre la salud y aspectos relacionados con la atención que éstos requieren.

A nivel del Departamento de Nariño, los adultos mayores se constituyen un grupo poblacional alto, quienes atraviesan por problemas de tipo social, económico y psicológico, además no han recibido atención para mejorar la situación social, familiar, la baja calidad de vida y la poca o nula orientación para el empleo del tiempo libre, lo cual produce diferentes trastornos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales, además

sentimientos de ansiedad, depresión, abandono, inutilidad y dependencia generándoles la pérdida de autoestima y autonomía.

A nivel del Departamento de Nariño, se “evidenciaron algunas necesidades de los adultos mayores, tales como: la falta de oportunidades laborales y de ingresos, prevalencia de casos de violencia intrafamiliar contra el adulto mayor, falta de apoyo de las entidades oficiales y privadas, escaso apoyo psicosocial al adulto mayor, escasa información sobre la iniciativa y capacidad de gestión de los adultos mayores para formar grupos asociativos, escasez de oportunidades educativas, recreativas y aprovechamiento del tiempo libre. Lo anterior ha generado consecuencias como la pobreza, indigencia, prevalencia de trastornos emocionales y sociales, desintegración del núcleo familiar y el incremento de los niveles de discapacidad, entre otros” (1).

En el caso en particular en el municipio de Imués, también cuentan con una población alta de adultos mayores, de los cuales un porcentaje significativo se encuentran vinculados a la fundación Santiago Apóstol, quienes reciben atención de acuerdo a las necesidades, sin embargo, existen personas que no participan en estos programas y no han recibido las ayudas que brinda el gobierno, constituyéndose en una situación difícil, debido a que no gozan de unos recursos económicos para la manutención, constituyéndose en un factor negativo para la salud física y mental.

La problemática planteada anteriormente fue un motivante para llevar a cabo esta investigación, porque se considerada indispensable conocer el nivel de la calidad de vida que mantienen estas personas, con la finalidad de diseñar propuestas encaminadas a mejorar su salud física y mental.

1.2 JUSTIFICACIÓN

En la actualidad en el mundo y a nivel regional se cuenta con una población adulta mayor en amplia proporción, quienes tienen que afrontar situaciones difíciles en el ámbito social, económico, cultural, familiar y personal, situación que trae consecuencias negativas a la salud física y mental, unido a lo anterior los cambios que se presentan en este período

están relacionados con los estilos de vida de la población que tienen repercusiones significativas en el proceso de envejecimiento y en la calidad de vida.

La población adulta mayor del municipio de Imués también está expuesta a este tipo de situaciones, ya que llegan a esta edad en condiciones de mala salud, bajos ingresos, bajo nivel educativo, sin pensiones y escasez de recursos económicos para solventar las necesidades básicas. Además existen pocos adultos mayores que se encuentran vinculados a los programas que ofrece el Ministerio de Protección Social, quienes no cuentan con las garantías que estos programas brindan en relación al autocuidado y bienestar.

Este estudio es interesante porque se tomó a los adultos mayores vinculados, quienes pertenecen a la Fundación Santiago Apóstol y no vinculados del municipio de Imués, quienes suministraron información sobre calidad de vida relacionada con aspectos de salud, lo cual permitió identificar la función física, limitaciones en el trabajo o en actividades cotidianas, dolor corporal, vitalidad, problemas emocionales y percepción que tienen sobre la salud en general, con base en los resultados obtenidos se diseñó una propuesta educativa encaminada a fortalecer la salud física y mental de los adultos mayores de dicha comunidad.

Esta investigación es útil para los adultos mayores, porque se identificará y conocerá la calidad de vida que tienen en la actualidad, con la finalidad de tomar las medidas preventivas y/o correctivas para mejorar la salud física y mental; además es útil para el municipio y en especial para la Alcaldía Municipal y el Centro de Salud, porque con los datos obtenidos en la investigación se diseñarán y gestionarán programas dirigidos a este grupo poblacional.

La investigación es novedosa, porque a nivel del Municipio de Imués no se han realizado estudios similares que se relacionen con la temática en particular, por tal motivo se constituye en un aporte para la comunidad y lo más importante para tomar los correctivos encaminados al mejoramiento de la calidad de vida.

1.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adultos mayores no institucionalizados e institucionalizados a la Fundación Santiago Apóstol del municipio de Imués?
- ¿Cuál es el compromiso de la función física en las actividades cotidianas de los adultos mayores de los dos grupos?
- ¿A qué limitaciones en el trabajo o en actividades cotidianas están expuestos los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados?
- ¿Qué dolores corporales generadores de incapacidad presentan los adultos mayores de los grupos estudiados?
- ¿Cómo incide el bienestar físico y psicológico en la calidad de vida de los adultos mayores no institucionalizados e institucionalizados a la Fundación Santiago Apóstol?
- ¿A qué problemas emocionales están expuestos los adultos mayores institucionalizados a la Fundación Santiago Apóstol y no institucionalizados?
- ¿Cuál es la percepción sobre algunos aspectos de salud que poseen estos dos grupos de población adulta mayor?

2. MARCO TEÓRICO

2.1 TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

Se han propuesto muchas teorías para explicar el proceso de envejecimiento, Goldstein y colaboradores las han revisado extensamente y finalmente las han dividido en dos grandes categorías: las que afirman que el proceso de envejecimiento sería el resultado de la suma de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo (teorías estocásticas), y las que suponen que el envejecimiento estaría predeterminado (teorías no estocásticas) (2)

2.1.1 Teorías estocásticas: consideran al envejecimiento como consecuencia de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo. Entre ellas se encuentran las siguientes: (3)

Teoría del error catastrófico: esta teoría propone que con el paso del tiempo se produciría una acumulación de errores en la síntesis proteica, que en último término determinaría daño en la función celular. Se sabe que se producen errores en los procesos de transcripción y translación durante la síntesis de proteínas, pero no hay evidencias científicas de que estos errores se acumulen en el tiempo (en contra de esta teoría está la observación de que no cambia la secuencia de aminoácidos en las proteínas de animales viejos respecto de los jóvenes; no aumenta la cantidad de RNA defectuoso con la edad, entre otros aspectos) (4)

Se ha encontrado una buena correlación entre los niveles celulares de superóxido dismutasa (enzima de acción antioxidante) y la longevidad de diferentes primates. Además, estudios en ratas sometidas a restricción calórica han mostrado un aumento en la longevidad de éstas, lo que se cree es debido a una menor producción de radicales libres. Pero, por otro lado, no hay estudios que hayan demostrado que animales sometidos a dietas ricas en antioxidantes logren aumentar la sobrevida. Lo que sí es claro, es el

importante papel que juega el daño producido por la liberación de radicales libre en ciertas patologías relacionadas con el envejecimiento, tales como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, cataratas, Enfermedad de Alzheimer, y otras (5).

Teoría del entrecruzamiento: Esta teoría postula que ocurrirían enlaces o entrecruzamientos entre las proteínas y otras macromoléculas celulares, lo que determinaría envejecimiento y el desarrollo de enfermedades dependientes de la edad.

Dicha teoría no explica todos los fenómenos relacionados al envejecimiento, pero sí algunos. Se sabe que el desarrollo de cataratas es secundario a que las proteínas del cristalino sufren glicosilación y comienzan a entrecruzarse entre ellas, lo que lleva a opacificación progresiva de éste. También se ha observado entrecruzamiento de las fibras de colágeno entre ellas, pero su significado clínico no es del todo claro (6).

Teoría del desgaste: esta teoría propone que cada organismo estaría compuesto de partes irremplazables, y que la acumulación de daño en sus partes vitales llevaría a la muerte de las células, tejidos, órganos y finalmente del organismo. La capacidad de reparación del ADN se correlaciona positivamente con la longevidad de las diferentes especies. Estudios animales no han demostrado una declinación en la capacidad de reparación de ADN en los animales que envejecen. Faltan aún más estudios para saber si realmente se acumula daño en el ADN con el envejecimiento (7).

Teoría de los radicales libres (Denham Harman): esta es una de las teorías más populares. Propone que el envejecimiento sería el resultado de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres (8)

Vivimos en una atmósfera oxigenada, y por lo tanto oxidante. El oxígeno ambiental promueve el metabolismo celular, produciendo energía a través de la cadena respiratoria (enzimas mitocondriales). Como la utilización y manejo del oxígeno no es perfecta, se producen radicales libres, entre ellos el radical superóxido. Los radicales libres son moléculas inestables y altamente reactivas con uno o más electrones no apareados, que producen daño a su alrededor a través de reacciones oxidativas. Se cree que este tipo de daño podría causar alteraciones en los cromosomas y en ciertas macromoléculas como

colágeno, elastina, mucopolisacáridos, lípidos, etc. La lipofucsina, llamada también "pigmento del envejecimiento", corresponde a la acumulación de organelos subcelulares oxidados (9).

2.1.2 Teorías no estocásticas: consideran que el envejecimiento está predeterminado. Estas teorías proponen que el envejecimiento sería la continuación del proceso de desarrollo y diferenciación, y correspondería a la última etapa dentro de una secuencia de eventos codificados en el genoma.

Hasta el momento no existe evidencia en el hombre de la existencia de un gen único que determine el envejecimiento, pero a partir de la Progeria (síndrome de envejecimiento prematuro), se puede extrapolar la importancia de la herencia en el proceso de envejecimiento (10).

Teoría del marcapasos: los sistemas inmune y neuroendocrino serían "marcadores" intrínsecos del envejecimiento. Su involución estaría genéticamente determinada para ocurrir en momentos específicos de la vida. El Timo jugaría un rol fundamental en el envejecimiento, ya que al alterarse la función de los linfocitos T, disminuye la inmunidad y aumenta, entre otros, la frecuencia de cánceres. "Reloj del envejecimiento" (11).

Teoría genética: es claro que el factor genético es un importante determinante del proceso de envejecimiento, aunque no se conocen exactamente los mecanismos involucrados.

Existen patrones de longevidad específicos para cada especie animal. Existe mucha mejor correlación en la sobrevivencia entre gemelos monocigotos, que entre hermanos. La sobrevivencia de los padres se correlaciona bien con la de sus hijos.

La relación $\text{peso cerebral} / \text{peso corporal} \times \text{metabolismo basal} \times \text{temperatura corporal}$, mantiene una relación lineal con la longevidad en los vertebrados.

En los dos síndromes de envejecimiento prematuro, en los cuales los niños mueren de enfermedades relacionadas al envejecimiento, hay una alteración genética autonómica hereditaria.

En el hombre, células de piel obtenidas de recién nacidos se pueden dividir 60 veces, células de adultos viejos se dividen 45 veces, y las células de sujetos con Síndrome de Werner se dividen 30 veces solamente. Hasta la fecha se conocen 4 grupos de genes en los cromosomas 1 y 4, que dan información sobre cese de la división celular (genes inhibidores) (12).

2.2 ENVEJECIMIENTO

"El proceso de envejecimiento se presentan dos fenómenos: evolución e involución. Se entiende por evolución el desarrollo y la transformación; por involución la modificación retrógrada hacia el no desarrollo, la no transformación."(13)

El adulto mayor presenta cambios importantes a nivel físico, psíquico y social. Son los principales cambios físicos los que comúnmente se conocen como menopausia en la mujer y andropausia en el hombre.

En el aspecto físico son manifestaciones objetivas de envejecimiento:

- Arrugas, atrofas y deterioro de la piel
- Disminución de la talla
- Disminución de la fuerza muscular
- Contracciones bucofaríngeas
- Descenso del pezón en la mujer
- Pliegues cutáneos en la palma de la mano
- Visualización marcada de los músculos esternocleidomastoideos
- Semiflexión de las rodillas y ligera rotación de los pies hacia fuera
- Presbiacusia – audición
- Aumento del ángulo de la erección peniana

- Engrosamiento de los vellos de las cejas y las fosas nasales
- Descenso del párpado superior
- El signo del “tejado” gravitación de la piel, a nivel de las posaderas del anciano
- Las orejas despegadas, con sus lóbulos que pueden imprimir vaivén
- La presencia de arrugas triangulares o en forma de cruz, a nivel de la nuca
- Pérdida de la agilidad de los movimientos físicos

Entre manifestaciones subjetivas de vejez están: temor a la soledad, pensamiento constante en la muerte, temor a la dependencia, tristeza, sentimiento de inutilidad y de carga para los demás. En este período se presentan varias pérdidas, entre ellas: autoestima, cónyuge, amistades, sensación de inutilidad, entre otras (14).

2.2.1 Factores relacionados con la vejez. La vejez se encuentra relacionada con diferentes factores a saber:

Factores genéticos. Existen una serie de alteraciones al envejecimiento que son muy probablemente de origen genético, tal es el caso de la gran resistencia a la osteoporosis en los negros americanos, a pesar de que presentan una frecuente mal nutrición, por lo que padecen fracturas cinco veces y media menos que la población blanca.

Factores ecológicos. Los factores ambientales que en principio pueden influir sobre el envejecimiento humano son numerosos: así los componentes físicos y químicos del ambiente, entre los que se destacan están los factores climáticos (temperatura, humedad, radiación solar), la composición del suelo y del agua, la altitud, diversos contaminantes del aire y las radiaciones ionizantes. Hasta ahora no se ha podido demostrar la acción de estos factores sobre el envejecimiento general del individuo; existen conjuntamente otros factores como las alteraciones nutricionales, los procesos patológicos padecidos, las situaciones o factores socioeconómicos y la actividad física y psíquica que pueden modificar el envejecimiento humano.

Clima. Las poblaciones que viven en condiciones climáticas extremas (de calor, frío, altitud, humedad), envejecen más rápidamente que aquellas que viven en climas más

benignos. En los estudios realizados, realizadas en climas fríos, como los esquimales, tampoco se ha encontrado signo de envejecimiento acelerado; el peso, el pliegue cutáneo, la presión arterial, al aumento de colesterol, capacidad vital y fuerza de agarre con la mano no varía notablemente con la edad.

Alimentación. Las alteraciones cuantitativas y cualitativas de la alimentación influyen claramente sobre el desarrollo físico y psíquico de los individuos; sin embargo, su actuación sobre la senectud y enfermedades asociadas es mucho menos conocida. En este sentido, debemos distinguir el número de calorías que contiene la dieta, híper o hipocalórica, la composición de la misma en principios inmediatos y la cantidad y calidad de los condimentos.

Las dietas ricas en grasa a base de aceite de coco, pescado y algo de carne, con un contenido en ácidos grasos saturados superior al 50% que, con la edad, presenta un ligero aumento del peso, el colesterol y triglicéridos en sangre y alguna ocasión poco frecuente, angina de pecho e infarto de miocardio.

Ejercicio físico. Un factor relacionado con la alimentación y que debe tenerse en cuenta en los trabajos sobre este tema, es el ejercicio físico realizado. Es frecuente que las poblaciones con regímenes pobres en calorías desarrollen una gran actividad física y las sometidas a alimentación rica en calorías tengan menos actividad y lleven una vida más sedentaria. Es indudable que un alto grado de ejercicio físico y una actividad física sostenida facilitan un estado de buena salud del individuo.

Contaminación del aire. La contaminación del aire por las industrias en las ciudades modernas y el humo del tabaco facilitan la aparición de bronquitis crónica y envejecimiento del aparato respiratorio, pero no influyen sobre el envejecimiento de todo el organismo en su conjunto.

Factores psicosociales y económicos. En el envejecimiento adquieren gran influencia los factores psicosociales, que tienen su origen en alteraciones de las relaciones interpersonales que existen a nivel familiar, profesional y de la sociedad. Dentro de un mismo país existen grandes diferencias entre los habitantes de la ciudad y del campo y

dentro de la misma comunidad según su manera de vivir, su tipo de ocupación, profesión y su nivel socioeconómico (15).

El desuso e incluso el mal uso de las funciones físicas y psíquicas durante la adolescencia y edad adulta podrían influir en el envejecimiento de estas funciones. Por el contrario, la práctica del ejercicio físico en los intelectuales y las actividades mentales en los trabajadores manuales podrían retardar el envejecimiento. El abuso de las funciones físicas o psíquicas puede ser más peligroso que el desuso, así aquellos trabajos que ocasionan fatiga o insomnio crónico deterioran a las personas sometidas a este régimen de vida.

El envejecimiento humano es específico para cada especie y no puede alterarse por influencias ambientales; lo que sí puede ocurrir es que se acelere por factores ecológicos y por la forma en que las personas se adaptan a ellos.

2.2.2 Estado fisiológico de la vejez. El envejecimiento se inicia con el nacimiento y termina con la muerte. Sin embargo, la reducción en la eficiencia del funcionamiento corporal generalmente sólo surge en la ancianidad. Tal funcionamiento se vuelve más frágil y el anciano parece menos apto para hacer frente al estrés fisiológico y psicológico, incluso si goza de una aparente buena salud. El cuadro 1, resume el estado fisiológico y cognoscitivo de la edad avanzada.

Cuadro 1. Estado fisiológico y cognoscitivo de acuerdo a la edad.

ESTRUCTURA	CARACTERÍSTICAS
Estado fisiológico general	<ul style="list-style-type: none"> • El funcionamiento corporal se deteriora progresivamente. El resultado de ello es una mayor fragilidad de la capacidad del organismo para mantener la homeostasia. • Son evidentes los signos externos del envejecimiento, pero los cambios internos ejercen mayores efectos sobre el funcionamiento del individuo. • El estrés de cualquier tipo hace que los ancianos sean más vulnerables y tengan una resistencia menor que la de personas más jóvenes.
Sistema nervioso muscular y óseo	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuye la capacidad del organismo para recibir estímulos y responder a ellos. • La regulación de la temperatura y la recepción de los estímulos dolorosos se vuelven menos eficientes. • Disminuye la transmisión de impulsos en el sistema nervioso central y con ello las

	<p>reacciones y los movimientos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengua el sentido del equilibrio y se dificultan los movimientos finos. • La postura del anciano es de flexión, con la cabeza echada hacia delante, la espalda arqueada y las caderas y rodillas flexionadas. • Se reduce la masa ósea y los huesos se vuelven más porosos y frágiles conforme ocurre la desmineralización. • Disminuye la masa de los músculos estriados y con ello, su fuerza. • Se vuelven rígidos los tejidos articulares, lo cual origina reducción de la flexibilidad. • Decae la movilidad a menos que se continúen ejercitando los arcos de movimientos completos. • Continúa la disminución de la agudeza de los sentidos. Resulta más difícil aceptar la sordera que la pérdida de otros sentidos, incluida la visión.
Cambios en la piel	<ul style="list-style-type: none"> • Continúan la aparición de arrugas y el aumento en la laxitud muscular. • La calvicie es característica de los varones, al tiempo que en las mujeres se adelgaza el cabello y surgen áreas de calvicie. • Son comunes las áreas gruesas de hiperpigmentación cutánea. • Las equimosis ocurren con facilidad por virtud de la fragilidad de la piel y de vasos sanguíneos de poco calibre. • La piel se vuelve pálida por la pérdida de melanocitos.
Sistema cardiopulmonar	<ul style="list-style-type: none"> • Se forman depósitos grasos en las paredes de los vasos sanguíneos, disminuyendo así su calibre funcional. • Aumenta la cantidad de tejido fibroso en los vasos sanguíneos, que se endurecen (arterioesclerosis). • Disminuye la eficiencia funcional del corazón y sus válvulas, así como el gasto cardíaco. • Se reducen la elasticidad pulmonar y la acción ciliar, dificultándose la expulsión de moco y otras sustancias.
Aparato digestivo	<ul style="list-style-type: none"> • Continúa la disminución de la producción de jugos gástricos. • Mengua la absorción de sustancias presentes en el aparato digestivo. • La reducción del tono muscular y el peristaltismo intestinales provoca indigestión y estreñimiento.
Sistema urogenital	<ul style="list-style-type: none"> • Se vuelve más lenta la función renal y disminuye el número de neuronas que funcionan. • Se reduce el flujo sanguíneo hacia los riñones al tornarse más lenta la función cardíaca. • Balance hídrico y electrolítico se vuelven más frágiles conforme aumenta la edad. • Un 75% de los varones de más de 65 años experimentan hipertrofia prostática. • Hay atrofia de los tejidos genitales y disminución de las secreciones vaginales, en la mujer. • Es común la incontinencia de esfuerzo a causa del relajamiento de la musculatura en el meato urinario.
Dentición	<ul style="list-style-type: none"> • Continúa la caída de dientes. • Cambian los hábitos alimenticios cuando las dentaduras no ajustan satisfactoriamente y puede surgir desnutrición.

Estado cognoscitivo	<ul style="list-style-type: none"> • El funcionamiento cognoscitivo al parecer guarda relación con su uso y disminuye su eficiencia a falta de éste. • No disminuye necesariamente la capacidad para el razonamiento y el pensamiento abstracto, a menos que tal reducción sea provocada por enfermedades. • Se reduce la capacidad de adaptación, es especial cuando los factores condicionantes se vuelven abrumadores. • La acción de pensar se vuelve más lenta, pero los ancianos pueden aprender, lo cual simplemente requiere una actitud empática y de paciencia por parte de sus familiares y otras personas que los atienden.
----------------------------	---

(16)

2.2.3 Aspectos del desarrollo. El aprendizaje continúa a lo largo de toda la vida. Los ancianos, que están en una etapa de jubilación y decadencia, aprenden en ella nuevas tareas que son propias de la misma. Havighurst (17), describió algunas de ellas:

Ajuste a la disminución en el vigor físico y la salud. La eficiencia del organismo entero disminuye, pero las tres áreas en las que se debilita más son los aparatos circulatorio y urinario y el sistema músculo esquelético. Los ancianos no sólo se ven en la necesidad de aprender a ajustarse al proceso de envejecimiento, sino que con frecuencia también lo deben hacer respecto de la invalidez, que por lo común afecta a esas tres áreas del funcionamiento corporal. A muchos que requieren ayuda les perturba la decadencia que sufren, por ejemplo, con la pérdida de la memoria. El uso de la inteligencia por parte de los ancianos suelen resultarles útil para ajustarse a este proceso de decadencia corporal, al tiempo que estimula su autoestima.

Ajuste a la jubilación y la disminución de los ingresos. La mayoría de las personas se jubilan a los 65 años de edad, aunque hoy se observa una tendencia a aprovechar sus habilidades más allá de dicho punto. Algunos llenan este vacío en su vida subsecuente a la jubilación, mientras otros sienten que no valen nada y que son un estorbo. En forma simultánea, la necesidad de aprender a vivir con menos ingresos y ajustarse a un nivel de vida más bajo se vuelve por lo general un imperativo.

Ajuste a la muerte del cónyuge. Son numerosos los ajustes que deben hacerse cuando muere el cónyuge: a la pérdida de un componente emocional de la vida que pocas veces puede ser reemplazado, a los cambios usualmente requeridos en las condiciones de vida,

a la planeación de actividades sociales y recreativas sin el cónyuge y a asumir en forma plena la responsabilidad de negocios u otros aspectos generales de la vida.

Adopción de funciones sociales de manera flexible y adaptación a las mismas. Se ha precisado que la aceptación de un modo de vida satisfactorio, con frecuencia muy diferente del que se tenía previamente, estimula en este periodo la sensación de una vida plena y saludable. Es frecuente que la ancianidad resulte más feliz y agradable con actividades como la adopción de nuevas aficiones, la disminución gradual en los compromisos personales y una mayor participación en organizaciones comunitarias como la iglesia a la que uno pertenezca y en las actividades hogareñas y los asuntos familiares.

El hacer algo que tiene un sentido, en vez de simplemente mantenerse ocupado, promueve la dignidad personal y la autoestima. Se ha demostrado que la pérdida de la memoria se vuelve más lenta con tal participación en actividades.

Satisfacción de la necesidad de un medio físico adecuado. Es frecuente que esto resulte más difícil en presencia de enfermedades crónicas. Suelen requerirse condiciones de vida apropiadas, por ejemplo, un hogar sin escaleras. Además, la mayoría de los ancianos, principalmente a raíz del envejecimiento, necesitan un ambiente tranquilo, cálido, un tanto barato y ubicado en forma tal que les quede cerca la iglesia, las instalaciones médicas y recreativas apropiadas, los parientes, los medios de transporte, etc.

2.2.4 Desarrollo psicosocial. Son diversas las actividades que caracterizan al mayor adulto:

- Se facilita el logro de la identidad cuando se han logrado realizar los aspectos del desarrollo propios de etapas previas.
- El principal aspecto del desarrollo en este periodo es la aceptación del pasado.

- La edad avanzada es una etapa de reflexión y disfrute del pasado, así como de aceptación, de triunfos y fracasos personales.
- Cuando la aceptación del pasado y de la ancianidad misma resultan imposibles, es probable que el anciano viva desesperado y sufra el sentimiento de inutilidad y de ser rechazado. En este punto, la vida es demasiado breve para modificar objetivos.

Los ancianos que continúan usando sus aptitudes tienden a funcionar más satisfactoriamente desde el punto de vista cognoscitivo y psicosocial. Quienes viven en ambientes que no los estimulan y pierden el interés en la vida, por lo general, decaen con mayor rapidez (18).

2.3 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON ASPECTOS DE SALUD

2.3.1 Concepto calidad de vida. define la “calidad de vida” como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones (19). Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros.

“La calidad de vida resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos, donde el aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales: intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, psicosocial, cultural y política) que interactúan con él. El aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos.

La calidad de vida es un concepto eminentemente evaluador o valorativo capaz de abarcar muchos más fenómenos que los que caben en cualquier especialidad o rama de las ciencias, es decir, las definiciones sobre las que se sustentan las investigaciones son múltiples y según el contexto del cual parte su valoración” (20).

Las afirmaciones anteriores generalizan la calidad de vida relacionada con la función de la etapa evolutiva del ser humano, es decir haciendo referencia a la percepción de satisfacción, las cuales se ven influenciadas por los determinantes de salud, entre ellos están la edad, relaciones familiares, sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica, los cuales inciden directamente en el nivel de calidad de vida que manejan los adultos mayores en forma general.

2.3.2 Calidad de vida relacionada con la salud. La prevalencia de enfermedades crónicas, en la mayoría de los países y en la población adulta mayor para la que el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de las personas, lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de esta población. En este contexto, la incorporación de la medida de la calidad de vida relacionada con la salud como una medida necesaria ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones” (21).

“El estudio de la calidad de vida aplicada a la tercera edad, debe incluir aspectos como el estado de salud, el rol, el estado funcional y la determinación de factores de riesgo. A partir de esta información, es posible planificar programas preventivos, acciones concretas de salud y organización de servicios sociales y de salud, por lo que es evidente que su utilidad rebasa el estrecho margen de procesos patológicos y estadísticas de resultados” (22)

“El concepto de calidad de vida relacionado con la salud incorpora esencialmente la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud”(23).

Autores como Patrick y Erickson (24), definen la calidad de vida relacionada con la salud como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de

oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.

Para Schumaker y Naughton (25), es la percepción subjetiva influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo; consideran la calidad de vida como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre la persona y su ambiente. De acuerdo a este concepto, la calidad de vida en una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad. Dicho resultado se mide en la percepción del grado de bienestar físico, psíquico y social y en la evaluación general de la vida que hace el paciente, teniendo en cuenta los cambios que estas situaciones pueden producir en el sistema de valores, creencias y expectativas.

2.3.3 Medición de la calidad de vida relacionada con la salud. “Existen muchos métodos de evaluación de la calidad de vida, sin embargo el que mayor efectividad ha tenido es el cuestionario de salud SF-36, en el cual se evalúa ocho dimensiones con una batería de preguntas por cada dimensión, dando un total de 36 preguntas, así:

- Funcionamiento físico.
- Limitaciones en el desempeño de sus roles debido a problemas físicos de salud.
- Dolor corporal
- Funcionamiento social.
- Salud mental general, incluyendo estrés psicológico.
- Limitaciones en el desempeño de roles debido a problemas emocionales.
- Vitalidad, energía o fatiga.
- Percepciones de salud general.

La principal ventaja del SF-36, es que permite obtener un perfil general sobre la opinión percibida acerca de la calidad de vida relacionada con la salud de los diferentes individuos o de grupos poblacionales, mediante la aplicación personal y directa del cuestionario para

su posterior valoración, lo cual es de utilidad para la planificación sanitaria y el establecimiento de políticas sociales dirigidas a esta población.

El SF-36, fue validado en Colombia por Stephan P. Leer en 1997, en una investigación en un barrio del sur de Bogotá, el cual fue adaptado a 11 preguntas referentes a las dimensiones física y social”(26).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de calidad de vida de los adultos mayores no institucionalizados y vinculados a la Fundación Santiago Apóstol del municipio de Imués del Departamento de Nariño, durante el primer semestre de 2009, con el fin de diseñar una propuesta educativa encaminada al mejoramiento de la salud física y mental de los mismos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores no institucionalizados y vinculados a la Fundación Santiago Apóstol del Municipio de Imués.
- Determinar la función física y las limitaciones en el trabajo o en sus actividades cotidianas de los adultos mayores no institucionalizados y vinculados a la Fundación Santiago Apóstol del Municipio de Imués.
- Determinar la presencia de dolor corporal en los adultos mayores no institucionalizados y vinculados a la Fundación Santiago Apóstol del municipio de Imués.
- Identificar el grado de vitalidad y los problemas emocionales de los adultos mayores no institucionalizados y vinculados a la Fundación Santiago Apóstol del municipio de Imués.
- Determinar la percepción relacionada con la salud de los adultos mayores no institucionalizados y vinculados a la Fundación Santiago Apóstol del municipio de Imués.

- Diseñar una propuesta educativa tomando como referencia los resultados de la investigación.

4. METODOLOGÍA

4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO

El estudio se fundamentó en el paradigma cuantitativo, en él se pretende determinar el nivel de calidad de vida de los adultos mayores vinculados a la Fundación Santiago Apóstol y no institucionalizados del municipio de Imués, con el fin de conocer los aspectos relacionados con la función física, limitación por problemas físicos, dolor corporal, vitalidad, limitaciones, percepción de salud en general, entre otros, los cuales fueron tabulados y se analizaron de acuerdo a las dimensiones del cuestionario SF-36, para posteriormente diseñar estrategias encaminadas al mejoramiento de la calidad de vida en los adultos mayores de la misma comunidad.

El estudio se basó en el enfoque empírico, porque busca la comparación, por medio de la experiencia, de la calidad de vida de los adultos mayores imueseños que se encuentran vinculados a la Fundación Santiago Apóstol y no institucionalizados, enfocándose directamente en la identificación de las relaciones dependientes de los estilos de vida de los adultos mayores de dicha comunidad, con el propósito de diseñar una propuesta educativa tomando como referencia los resultados obtenidos.

4.2 TIPO DE ESTUDIO

Fundamentalmente se basó en el tipo descriptivo, ya que se enfoca en la descripción de fenómenos, situaciones, eventos o problemas de cualquier índole, desde el punto de vista científico. Para el caso específico, describir es medir, en particular, la calidad de vida de los adultos mayores vinculados y no institucionalizados, para luego describir valorativamente los rasgos que se caracterizan (27).

4.3 POBLACIÓN

La población está conformada por los adultos mayores, de 65 años en adelante, habitantes del municipio de Imués, en total 345 personas procedentes de las áreas urbana y rural.

4.4 MUESTRA

La muestra estuvo representada por 60 adultos mayores, 30 de los cuales son vinculados a la Fundación Santiago Apóstol, quienes cumplieron con el criterio de inclusión porque desearon participar en el estudio y 30 no institucionalizados que fueron seleccionados de manera aleatoria, cualquier persona tuvo la misma oportunidad de ser elegida entre los adultos mayores del municipio de Imués.

4.5 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

UNIDAD DE ANÁLISIS	VARIABLES	INDICADORES	PREGUNTAS ORIENTADORAS	FUENTES	INSTRUMENTOS
Calidad de vida de los adultos mayores	Características sociodemográficas	Número de adultos mayores según edad y género Número de adultos mayores vinculados al SGSSS. Número de adultos mayores escolarizados Número de adultos mayores según la religión que profesan. Número de adultos mayores según estado civil.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué grupos de edad se encuentran vinculados a la fundación? • ¿Cuántos pertenecen al género femenino y cuántos al masculino? • ¿Sistema de seguridad social en salud al que pertenecen? • ¿Grado de escolaridad de los adultos mayores? • ¿Religión que profesan? • ¿Estado civil de los adultos mayores? 	Adultos mayores no institucionalizados y vinculados a la Fundación Santiago Apóstol	Encuesta
	Función física y limitaciones	Número de adultos mayores con función física aceptable Número de adultos mayores con limitaciones físicas	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la función física de los adultos mayores? • ¿Qué limitaciones tienen los adultos mayores? 	Adultos mayores no institucionalizados y vinculados a la Fundación Santiago Apóstol	Cuestionario SF-36
	Dolor corporal	Número de adultos mayores que presentan dolores corporales que interfieran las labores diarias	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Han tenido dolores corporales que dificultan el trabajo habitual? 	Adultos mayores no institucionalizados y vinculados a la Fundación	Cuestionario SF-36

UNIDAD DE ANÁLISIS	VARIABLES	INDICADORES	PREGUNTAS ORIENTADORAS	FUENTES	INSTRUMENTOS
Calidad de vida de los adultos mayores	Vitalidad y problemas emocionales	Número de adultos mayores que presentan vitalidad normal	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Frecuencia con que se sienten con mucha energía? • ¿Problemas emocionales que han presentado? 	Adultos mayores no institucionalizados y vinculados a la Fundación Santiago Apóstol	Cuestionario SF-36
	Percepción de salud general	Número de adultos mayores que tienen percepción positiva frente a la salud general	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo es el estado general de salud de los adultos mayores? • ¿Cómo perciben la salud los adultos mayores? 	Adultos mayores no institucionalizados y vinculados a la Fundación Santiago Apóstol	Cuestionario SF-36

4.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

4.6.1 Fuentes de información. La fuente primaria está constituida por los adultos mayores vinculados a la Fundación Santiago Apóstol y no institucionalizados del municipio de Imués.

4.6.2 Instrumentos de recolección de información. La recolección de información se basó, en:

Encuesta. Dirigida a los adultos mayores vinculados a la Fundación Santiago Apóstol y no institucionalizados del municipio de Imués, con la finalidad de identificar las características sociodemográficas de dicha población.

Cuestionario SF-36. Aplicado a los adultos mayores vinculados y no institucionalizados, quienes respondieron de acuerdo a su criterio, teniendo en cuenta las explicaciones respectivas del investigador.

4.6.3 Proceso de obtención de la información. El proceso de obtención de información se realizó a través de los citados instrumentos a los adultos mayores vinculados de la fundación Santiago Apóstol y no institucionalizados del municipio de Imués. Mediante una entrevista dirigida, los investigadores tuvieron la oportunidad de recolectar información y aplicarla en el cuestionario respectivo.

4.7 PRUEBA PILOTO

Con la finalidad de verificar la efectividad de los instrumentos a aplicar y para adecuarlos a las personas a quienes iban dirigidos, se realizó la prueba piloto que fue aplicada a 20 adultos mayores, 10 adultos mayores no institucionalizados y 10 vinculados al programa de restaurantes en el municipio de Taminango, quienes tienen aspectos similares, finalizada la aplicación del instrumento se procedió a realizar las respectivas correcciones, finalmente se aplicó a la muestra de estudio.

4.8 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

Para soslayar los errores, en primer lugar en la aplicación del instrumento, se eliminaron las encuestas y cuestionarios que no fueron respondidos en un porcentaje inferior al 50%, los cuales interfirieron y no permitían la efectividad de los mismos, por tal motivo la muestra quedó conformada por los usuarios que respondieron adecuadamente.

4.9 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Con la finalidad de identificar la calidad de vida en los adultos mayores del municipio de Imués, se aplicó el instrumento, teniendo en cuenta cada una de las dimensiones que se evaluaron.

Para el procesamiento de los datos se tuvo en cuenta el cuestionario SF-36, en el cual se evaluaron los aspectos relacionados con la calidad de vida en los adultos mayores, se aplicó a partir de la construcción de ocho conceptos o escalas de salud, resultado del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario. Estos conceptos son:

- Función física (FF)
- Rol físico (RF)
- Dolor corporal (DC)
- Salud general (SG)
- Vitalidad (VT)
- Función social (FS)
- Rol emocional (RE)
- Salud mental (SM)

El cuestionario SF-36, incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y del año anterior, la respuesta a cada una de las preguntas describe la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud. Es un instrumento de autoaplicación, contiene 36 preguntas por cada escala, las

respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican, los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud).

La tabulación se realizó a través del programa Excel, haciendo el respectivo cruce de variables entre los dos grupos, no institucionalizados y vinculados, incluyendo la edad, el estado civil y el género, lo anterior para verificar cuáles tienen mayor o menor calidad de vida.

5. CONDICIONES ÉTICAS

Para el desarrollo del presente trabajo investigativo, en primer lugar se solicitó permiso a las directivas de la Fundación Santiago Apóstol, quienes autorizaron la realización del estudio.

A los adultos mayores vinculados y no vinculados, se les solicitó el respectivo consentimiento informado, en él se explicaron los aspectos relacionados con la privacidad de la información, además, el hecho que los datos fueron utilizados únicamente para el desarrollo de la investigación y que no se divulgarían los nombres de los adultos mayores, respetando de ese modo la confidencialidad en particular (anexo).

6. RESULTADOS

En la presente investigación se determinó la calidad de vida de los adultos mayores, por tal motivo se identificó la percepción con respecto a la salud en general, se aplicó el cuestionario SF-36, el cual evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones mayores.

La muestra estuvo representada por 60 adultos mayores, de los cuales 30 son institucionalizados y 30 no institucionalizados, para lograr una muestra homogénea se tomaron seis (6) personas por grupo de edad, así: de 60 a 65 años, de 66 a 70 años, de 71 a 75 años, de 76 a 80 años y de 81 y más años de edad.

Con la finalidad de evaluar el nivel de calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, se aplicó el cuestionario SF-36, enfocándose en los conceptos de salud, para lo cual se tomaron en cuenta los promedios de las sumas de las preguntas contenidas en el cuestionario.

Las respuestas describen la transición de la percepción con relación al mejoramiento o empeoramiento de la calidad de vida, por tal motivo se presenta una descripción de las escalas de salud y sus respectivas interpretaciones de acuerdo con los resultados, bajos o altos de cada escala.

Cuadro 2. Escalas del estado de salud e interpretación de los resultados bajos y altos del cuestionario SF-36.

CONCEPTOS	No. PREGUNTAS	SIGNIFICADO DE LOS RESULTADOS	
		BAJO	ALTO
Función física	10	Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse debido a la salud	Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin limitantes debido a la salud.
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física.	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física.
Dolor corporal	2	Dolor muy severo y extremadamente limitante.	Ausencia de dolor o limitaciones debido al dolor
Salud general	5	Evalúa la salud personal como mala y cree que probablemente empeorará	Evalúa la salud personal como excelente.
Vitalidad	4	Cansancio y agotamiento todo el tiempo.	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo.
Función social	2	Interferencia frecuente y extrema con las actividades sociales debido a problemas físicos y emocionales.	Realiza actividades sociales normales sin interferencia debido a problemas físicos y emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales.	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales
Salud mental	5	Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo.
Transición de salud notificada	1	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año	Cree que su salud es mucho peor por ahora que hace un año.

(28)

Con base en los planteamientos anteriores se procedió a la valoración del cuestionario SF-36, es importante mencionar que la muestra fue aleatoria en los grupos de edad, cuyos resultados se presentan en el cuadro respectivo, a través de los promedios de las ocho escalas del cuestionario, diferenciando los adultos mayores institucionalizados y los no institucionalizados del municipio de Imués.

Cuadro 3. Promedios de las escalas del cuestionario SF-36 según edad en adultos mayores vinculados a la Fundación Santiago Apóstol y no institucionalizados del municipio de Imués – Nariño.

MUESTRA	FUNCIÓN FÍSICA	ROL FÍSICO	DOLOR CORPORAL	SALUD GENERAL	VITALIDAD	FUNCIÓN SOCIAL	ROL EMOCIONAL	SALUD MENTAL
SIN INSTITUCIONALIZAR	79,8	79,4	68,8	49,6	63,8	66,2	76,2	64,4
60 a 65 años	83	90	53	46	75	69	90	63
66 a 70 años	80	81	68	59	66	77	74	73
71 a 76 años	80	81	67	53	62	64	72	66
77 a 80 años	79	72	77	50	66	64	77	67
81 y más años	77	73	79	40	50	57	68	53
INSTITUCIONALIZADOS	82,8	81,8	76,6	63,8	71	77,2	73,8	69,2
60 a 65 años	83	79	80	70	65	81	77	63
66 a 70 años	86	86	80	64	69	77	80	69
71 a 76 años	86	85	78	62	71	78	75	70
77 a 80 años	80	85	78	62	73	74	66	69
81 y más años	79	74	67	61	77	76	71	75

En la aplicación del cuestionario SF-36 a los adultos mayores institucionalizados a la Fundación Santiago Apóstol y no institucionalizados, se encontró que la escala con mayor puntuación es la función física con un promedio de 79.8 y la más baja es la salud general con el 49.6. Por otra parte, en los vinculados se encontró el mayor valor para la función física con el 82.8 y el valor más bajo estuvo determinado por la salud general con un 63.8.

Analizando comparativamente, se encontró que los puntajes más altos con relación a las escalas del estado de salud en los diferentes conceptos, están representados con mayor favorabilidad en los adultos mayores vinculados a la Fundación Santiago Apóstol, debido a que los resultados evidenciaron una percepción mejor del estado de salud con relación a los adultos mayores no institucionalizados.

Es importante mencionar que en la calidad de vida inciden un sinnúmero de conceptos, los cuales dan una visión general del estado de salud, lo que indica que los adultos mayores gozan de mejor función física, puesto que aún realizan todo tipo de actividades, sin limitaciones en la mayoría de los casos, lo cual favorece la calidad de vida.

Con relación al valor más bajo que es la salud general, los adultos mayores por lo general evalúan su salud como mala y creen que empeorará, lo anterior indica que la percepción que tienen frente a este aspecto es negativa en la mayoría de los casos, lo que indica que

este grupo poblacional presenta afirmaciones negativas como incapacidad, incomodidad e insatisfacción en estos aspectos de salud, además a medida que se incrementa la edad el promedio de valoración de este concepto tiende a bajar.

Cuadro 4. Promedios de las escalas del cuestionario SF-36 según estado civil en adultos mayores institucionalizados en la Fundación Santiago Apóstol y no institucionalizados del municipio de Imués – Nariño.

MUESTRA	FUNCIÓN FÍSICA	ROL FÍSICO	DOLOR CORPORAL	SALUD GENERAL	VITALIDAD	FUNCIÓN SOCIAL	ROL EMOCIONAL	SALUD MENTAL
SIN INSTITUCIONALIZAR	79,8	79,4	68,8	49,6	63,8	66,2	76,2	64,4
Soltero	82	75	54	44	73	71	77	61
Casado	77	79	72	61	68	71	80	76
Unión libre	82	77	68	51	60	65	72	64
Viudo	74	76	76	53	68	67	68	69
Separado	84	90	74	39	50	57	74	52
INSTITUCIONALIZADOS	82,8	81,8	76,6	63,8	71	77,2	73,8	69,2
Soltero	82	70	78	68	67	79	80	61
Casado	88	87	80	66	67	80	64	71
Unión libre	87	89	78	59	73	79	76	68
Viudo	78	87	81	63	72	74	79	71
Separado	79	76	66	63	76	74	70	75

Se analizó los resultados del cuestionario SF-36 según el estado civil de los adultos mayores sin institucionalizar e institucionalizados, se encontró que gozan de mejor función física los separados, representados en un promedio de 84, mientras que en la salud general su puntaje es bajo, correspondiente a 39; por otra parte, los institucionalizados se encontró mejor función física en los casados, con un promedio de 88 y, en salud general, el más bajo se presentó en aquellos adultos en unión libre.

Los datos anteriores indican que en relación al rol emocional, éste es más bajo en los adultos mayores solteros, viudos y separados de ambos grupos, siendo más evidente en los no institucionalizados en comparación con los institucionalizados.

En el estado civil, por lo general incide el rol emocional, puesto que en el ámbito familiar se presentan casos de soledad, abandono de los familiares, lo que incide de alguna manera en el padecimiento de alteraciones psicológicas que influyen en el estado de ánimo y por ende en la salud general y la percepción frente a la calidad de vida.

Cuadro 5. Promedios de las escalas del cuestionario SF-36 según el género en los adultos mayores institucionalizados en la Fundación Santiago Apóstol y no institucionalizados del municipio de Imués – Nariño.

MUESTRA	FUNCIÓN FÍSICA	ROL FÍSICO	DOLOR CORPORAL	SALUD GENERAL	VITALIDAD	FUNCIÓN SOCIAL	ROL EMOCIONAL	SALUD MENTAL
SIN INSTITUCIONALIZAR	79,8	79,4	68,8	49,6	63,8	66,2	76,2	64,4
Masculino	80.2	76.4	65.3	47.2	66.4	68.1	72.5	59.4
Femenino	79.4	82.4	72.3	52.0	61.2	64.3	79.9	69.4
INSTITUCIONALIZADOS	82,8	81,8	76,6	63,8	71	77,2	73,8	69,2
Masculino	84.2	83.5	78.7	69.2	70	79.2	75.0	73.3
Femenino	81.4	80.1	74.5	58.4	72	75.2	72.6	65.1

Analizando la percepción que tienen los adultos mayores no institucionalizados, se encontró predominio de la función física en el género masculino con un promedio de 80.2, además, la salud general es menor con el 47.2; sin embargo, en el género femenino se encontró un promedio más alto con relación al rol físico.

En los adultos mayores vinculados a la Fundación Santiago Apóstol, se encontró que el promedio más alto en el género masculino estuvo representado por la función física con el 81.4%, y el menor en salud general con el 58.4; por otra parte, los adultos mayores vinculados presentaron mayor porcentaje en relación con la función física, (con) un promedio de 84.2, y en menor proporción a salud general con el 69.2.

Analizando el cuadro anterior con relación al género, en los dos grupos se evidencia que en las mujeres existen mayores puntajes en aspectos como la función social, debido a que realizan las actividades sociales normales sin ningún tipo de interferencia; además, en el rol emocional también tienen mejores puntajes las mujeres con relación a los hombres.

7. DISCUSIÓN

La aplicación del cuestionario SF-36, evalúa aspectos generales de la calidad de vida en poblaciones adultas mayores, se enfoca en ocho conceptos o escalas de salud, resultado del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario, estos conceptos son: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

El cuestionario describe la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud, dándole un puntaje de 0 al peor y de 100 al mejor, en el caso particular, la aplicación de este cuestionario permitió de manera clara evaluar la calidad de vida de dos grupos poblacionales, como son los institucionalizados a la Fundación Santiago Apóstol y los sin institucionalizar del municipio de Imués, lo cual permitió establecer un concepto de salud teniendo en cuenta la evaluación de la calidad de vida en estos dos grupos.

La encuesta demostró, en promedio, una mejor percepción de salud por los institucionalizados a la Fundación Santiago Apóstol, representados en un 74.5, mientras que los no institucionalizados el promedio fue de 68, lo que indica claramente que gozan de mejor salud y calidad de vida los adultos mayores que reciben atención permanente en cuanto a salud, recreación, alimentación, entre otros.

Con relación a la edad, no se evidencian diferencias significativamente altas de un grupo etáreo con relación al otro en los dos grupos, lo anterior indica que la calidad de vida es diferente de un grupo a otro, sin embargo, se establece claramente que gozan de mejor salud las personas institucionalizadas a la Fundación Santiago Apóstol en comparación con los sin institucionalizar.

Otro aspecto que se abordó fue el estado civil, se encontró que los adultos mayores en la mayoría de los casos poseen un promedio bajo en el rol emocional, especialmente en las personas solteras y viudas, quienes tienen un grado alto debido a problemas

emocionales que tienen que afrontar, como es la soledad y baja autoestima, que son evidentes en este grupo poblacional. Por el contrario los institucionalizados a la Fundación Santiago Apóstol, participan en las actividades educativas, lúdicas y recreativas que se realizan constantemente, esto les permite mantenerse más saludables física y emocionalmente, ya que la situación es diferente con relación al grupo de adultos mayores sin institucionalizar.

Con relación al género, se encontraron mejores resultados en las mujeres respecto a algunos conceptos contenidos en el cuestionario, tales como: salud general, rol emocional, función social, por el contrario los hombres presentan aspectos favorables relacionados con rol físico, dolor corporal, función social, entre otros.

En general, se pudo establecer que la calidad de vida es favorable en los adultos mayores institucionalizados, quienes tienen mayor participación en diferentes actividades, lo cual se constituye en un aporte indispensable para el bienestar físico y mental. Por el contrario, los adultos mayores sin institucionalizar realizan sus actividades cotidianas sin tener momentos de esparcimiento, esto hace que se vuelvan más ermitaños y se encierren en su propio mundo, lo anterior trae como consecuencia enfermedades que alteran la salud física y mental de los adultos mayores.

8. PROPUESTA EDUCATIVA

Los resultados obtenidos en el desarrollo de la investigación, evidenciaron mejores resultados en la calidad de vida de los adultos institucionalizados con referencia a los sin institucionalizar, lo anterior se sustenta debido a los beneficios que éstos reciben frente a la salud, la alimentación y la recreación en particular.

Con base en los resultados encontrados se identificó claramente que los adultos mayores sin institucionalizar presentan mayores deficiencias relacionadas con los conceptos evaluados en el cuestionario SF-36, evidenciándose mayores limitaciones para realizar las actividades de autocuidado y mantener estilos de vida adecuados, constituyéndose en una problemática de salud pública que se ve reflejada en el deterioro de la salud de dicho grupo poblacional.

Los datos anteriores indican que la problemática existe y es latente en este grupo poblacional, por tal motivo se diseñó una propuesta educativa en la cual se pretende que la Alcaldía Municipal de Imués en particular, la ejecute y le de continuidad en los planteamientos establecidos, tales como: actividades educativas, talleres lúdicos recreativos, terapia de relajamiento, entre otros.

El desarrollo de la propuesta educativa pretende mejorar la capacidad funcional y el estado físico con la realización ejercicios, actividades de libre esparcimiento: caminatas, salidas de campo cortas, sensibilizando al adulto mayor sobre los hábitos alimenticios que deben mantener, facilitándoles la elaboración de manualidades para que expresen la creatividad y de esta manera mantenerlos ocupados y libres de preocupaciones, finalmente, se crearán espacios lúdicos mediante actividades participativas, que en tanto fomentan el folclor y las costumbres de la región, lo anterior se constituyen en un motivante para la salud y el bienestar de este grupo de personas.

PLAN OPERATIVO

OBJETIVOS	METAS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	INDICADOR EVALUACIÓN	RESPONSABLE
Mejorar La capacidad funcional y estado físico a través de ejercicios.	El 50% de adultos mayores realicen ejercicios físicos.	Información Acción Participación	Ejercicios de calentamiento que luego nos llevan a realizar una sección de aeróbicos.	Número de adultos mayores participantes -----x100 Número de adultos mayores del grupo	Personal de salud Psicología Recreacionista
Desarrollar actividades de libre esparcimiento a través de caminatas cortas.	El 30% de los adultos mayores que asiste al programa participe en las actividades de libre esparcimiento.	Información Acción Participación	Sección de calentamiento Caminata a lugar elegido	Número de adultos mayores participantes -----x100 Número de adultos mayores del grupo	Personal de salud Psicología Recreacionista
Sensibilizar al adulto mayor en buenos hábitos alimenticios.	El 50% del adulto mayor adopte hábitos alimenticios saludables	Información Acción Participación	Ejercicios de calentamiento Preparación de un plato de ensalada	Número de adultos mayores participantes -----x100 Número de adultos mayores del grupo	Personal de salud Psicología Recreacionista
Elaboración de manualidades que permitan expresar la creatividad del adulto mayor.	El 70% del adulto mayor elabore por lo menos una manualidad	Información Acción Participación	Ejercicios de calentamiento Explicación de la actividad Desarrollo del trabajo manual	Número de adultos mayores participantes -----x100 Número de adultos mayores del grupo	Personal de salud Psicología Recreacionista

OBJETIVOS	METAS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	INDICADOR EVALUACIÓN	RESPONSABLE
Crear espacios lúdicos mediante la interpretación del folclor de la región.	El 30% del adulto mayor que asiste al programa interpreta la coreografía de la danza.	Información Acción Participación	Ejercicios de calentamiento Explicación y ensayo de coreografía	Número de adultos mayores participantes -----x100 Número de adultos mayores del grupo	Personal de salud Psicología Recreacionista
Permitir al adulto mayor su libre expresión elaborando poemas y versos	El 80% del adulto mayor que asiste al programa elabora un verso o un poema.	Información Acción Participación	Ejercicios de calentamiento Explicación de la actividad Elaboración versos y poemas	Número de adultos mayores participantes -----x100 Número de adultos mayores del grupo	Personal de salud Psicología Recreacionista
Fortalecer autocuidado en los adultos mayores del grupo de hipertensos	El 80% de los adultos mayores participen en actividades de autocuidado.	Información Acción Participación	Guía de autocuidado	Número de adultos mayores participantes -----x100 Número de adultos mayores del grupo	Personal de salud Psicología Recreacionista

9. CONCLUSIONES

- Se evaluó la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados a la fundación Santiago Apóstol y sin institucionalizar del municipio de Imués, para ello se aplicó el cuestionario SF-36, en el cual se hace relación a ocho conceptos: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental, lo cual se enmarca en una puntuación de 0 baja calidad de vida y el 100 para mejor calidad de vida.
- Se analizaron los promedios de las escalas del cuestionario SF-36, de acuerdo a la edad de los adultos mayores institucionalizados a la Fundación Santiago Apóstol y sin institucionalizar, se encontró que el promedio más alto está representado en los grupos etáreos de menor edad como son los de 60 a 65 años en la mayoría de los conceptos en ambos grupos evaluados. Sin embargo, se mantiene la constante que a menor edad mayor calidad de vida y a menor edad menor calidad de vida.
- Se identificó la calidad de vida teniendo en cuenta el estado civil, se encontró que los adultos mayores institucionalizados a la Fundación Santiago Apóstol y los no institucionalizados tienen aspectos similares, en la función física, rol físico, dolor corporal y vitalidad, los cuales son independientes del estado civil. Sin embargo, se evidencian cambios significativamente en el rol emocional y salud mental, el cual tiene promedio altos en las personas casadas y unión libre, encontrándose disminuidos en los solteros, viudos y separados.
- Se analizó la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados en la Fundación Santiago Apóstol y sin institucionalizar, teniendo en cuenta el género, lo que indica que los promedios relacionados con función física, dolor corporal y vitalidad, son más altos en los hombres con relación a las mujeres. Por otra parte

existe una diferencia en la salud general, función social, rol emocional y salud mental, en los cuales existe promedio altos en mujeres y menores en los hombres.

- Con los datos obtenidos en el desarrollo de la investigación, se diseñó una propuesta educativa, cuya finalidad es permitirles a los adultos mayores participar en el desarrollo de las actividades educativas, lúdicas y recreativas, con lo anterior se pretende fortalecer la salud física y mental de los adultos mayores institucionalizados en la Fundación Santiago Apóstol y sin institucionalizar, con la finalidad de fomentar estilos de vida saludables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Instituto Departamental de Salud. Situación actual de los adultos mayores. San Juan de Pasto, 2006.
- (2) MSc. Belkis Sanchez, MSc Teresa Denis y MSc. Teorías del envejecimiento. Policlínico Carlos Verdugo, Matanzas, Cuba.
- (3) Ibidem.
- (4) Ada de las Cagigas, Troadio Gonzalez y Jorge René Días. Envejecimiento saludable. Departamento de Bioquímica y Fisiología. Instituto de Nutrición e higiene de los alimentos. Ciudad de la Habana. Cuba.
- (5) Ibidem
- (6) Ibidem
- (7) MSc. Belkis Sanchez, MSc Teresa Denis y MSc. Teorías del envejecimiento. Policlínico Carlos Verdugo, Matanzas, Cuba,
- (8) Ibidem
- (9) Ada de las Cagigas, Troadio Gonzalez y Jorge René Días. Envejecimiento saludable. Departamento de Bioquímica y Fisiología. Instituto de Nutrición e higiene de los alimentos. Ciudad de la Habana. Cuba.
- (10) Pinaud Rojas, Hugo. Teorías del envejecimiento: vejez y vida. Cuba: Medicam.

- (11) Ada de las Cagigas, Troadio Gonzalez y Jorge René Días. Envejecimiento saludable. Departamento de Bioquímica y Fisiología. Instituto de Nutrición e higiene de los alimentos. Ciudad de la Habana. Cuba.
- (12) Pinaud Rojas, Hugo. Teorías del envejecimiento: Vejez y vida. Cuba: Medicam.
- (13) Anzola Pérez, Elías. Enfermería gerontológica: conceptos para la práctica. Washington: Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 1993. p. 65
- (14) Bruner y Suddarth. Enfermería Médico Quirúrgica. 7. Ed. México: Editorial Interamericana Mc Graw Hill, 1998. p. 123
- (15) Zamora. Escuela para ser mejores padres. Tomo 3. Bogotá: Zamora Editores, 1998. p. 45.
- (16) Anzola Perez, Elías. Enfermería gerontológica: conceptos para la práctica. Bogotá: Universidad Santo Tomás de Aquino.
- (17) Havighurst, R.J. Developmental Tasks an Education, 3 edición. New York: Longman, 1972.
- (18) Erick, E.H. Los ancianos y la sociedad. Segunda edición. New York: Norton y cía, 1984. p. 116
- (19) Botero de Mejía, Beatriz Eugenia y Pico Merchán, María Eugenia. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. 31 de agosto de 2007.
- (20) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Promoción de la salud: seguimiento de la sexta conferencia mundial de la promoción de la salud. Otawwa, 16 de enero de 2006.

- (21) Guyatt, GH, Feeny, DH y Patrick, D. Measuring Health-Related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine*, 1993.
- (22) Dulcey-Ruiz, E. y Quintero, G. Calidad de vida y envejecimiento. En: Rocabruno JC. *Tratado de Gerontología y geriatría Clínica*. La Habana: Academia; 1999. p. 128.
- (23) Testa M, Current. Concepts: Assessment of Quality-of-Life Outcomes. *N Engl J Med* 1996. p. 340.
- (24) Patrick D y Erickson, P. *Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation*. Oxford University Press. New York, 1993.
- (25) Naughton, MJ, Shumaker, SA, Anderson RT, Czajkowski SM. Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales. In: *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*, 1996. p. 15.
- (26) Botero de Mejía, Beatriz Eugenia y Pico Merchán, María Eugenia. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. 31 de agosto de 2007.
- (27) Paredes Martínez, Carlos. *Metodología de la investigación. Orientaciones básicas*. San Juan de Pasto: Universidad de Nariño, 1998.
- (28) Short Form. The MOS 36 Items.

A N E X O S

ANEXO 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**UNIVERSIDAD MARIANA – UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE FORMACIÓN AVANZADA
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA DE LA SALUD PÚBLICA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRIGIDO A LOS
ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE IMUÉS**

Yo, _____

Con C.C. No. _____ certifico que:

Se me ha informado sobre el propósito de esta investigación y entiendo su contenido, me explicaron la importancia del estudio y además que los datos que suministre serán utilizados única y exclusivamente para la investigación, en él no se divulgarán los nombres, además las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mi testimonio en relación a la calidad de vida.

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: _____

Cédula de ciudadanía No. _____ de _____

ANEXO 2.

**UNIVERSIDAD MARIANA – CES MEDELLÍN
FACULTAD DE FORMACIÓN AVANZADA
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA DE LA SALUD PÚBLICA**

**ENCUESTA DIRIGIDO A LOS ADULTOS MAYORES DE LA FUNDACIÓN SANTIAGO
APÓSTOL Y NO VINCULADOS DEL MUNICIPIO DE IMUÉS**

OBJETIVO: Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores institucionalizados en la Fundación Santiago Apóstol y sin institucionalizar del municipio de Imués.

INSTRUCTIVO. Señale con una X de acuerdo a su criterio cada una de las preguntas del siguiente cuestionario.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. ¿A qué género pertenece?: Masculino _____ Femenino _____

2. ¿Cuál es su estado civil?

a. Soltero	_____	b. Casado	_____
c. Unión libre	_____	d. Viudo	_____
e. Separado	_____		

3. ¿Qué edad tiene?

a. 60 a 65 años	_____	b. 66 a 70 años	_____
c. 71 a 75 años	_____	d. 76 a 80 años	_____
e. 81 y más años	_____		

4. ¿Qué grado de estudios posee?

a. Primaria

b. Secundaria

c. Técnico - Tecnológico

d. Universitario

e. Ninguno

5. ¿Régimen de seguridad social en salud al que pertenece

a. Subsidiado

b. Contributivo

c. Ninguno

d. Carta de SISBEN

e. Otro

ANEXO 3.

UNIVERSIDAD MARIANA – CES MEDELLÍN
FACULTAD DE FORMACIÓN AVANZADA
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA DE LA SALUD PÚBLICA

**CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA DIRIGIDO A LOS ADULTOS MAYORES DE
LA FUNDACIÓN SANTIAGO APÓSTOL Y NO VINCULADOS DEL MUNICIPIO DE
IMUÉS**

OBJETIVO: Identificar el nivel de calidad de vida de los adultos mayores vinculados a la Fundación Santiago Apóstol y no vinculados del municipio de Imués.

INSTRUCTIVO. Señale con una X de acuerdo a su criterio cada una de las preguntas del siguiente cuestionario.

FUNCIÓN FÍSICA: Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.

1. Su salud actual ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en actividades agotadoras?
 - a. Si, me limita mucho _____
 - b. Si, me limita un poco _____
 - c. No, no me limita nada _____

2. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
 - a. Si, me limita mucho _____
 - b. Si, me limita un poco _____
 - c. No, no me limita nada _____

3. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?
- a. Si, me limita mucho _____
 - b. Si, me limita un poco _____
 - c. No, no me limita nada _____
4. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
- a. Si, me limita mucho _____
 - b. Si, me limita un poco _____
 - c. No, no me limita nada _____
5. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
- a. Si, me limita mucho _____
 - b. Si, me limita un poco _____
 - c. No, no me limita nada _____
6. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
- a. Si, me limita mucho _____
 - b. Si, me limita un poco _____
 - c. No, no me limita nada _____
7. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
- a. Si, me limita mucho _____
 - b. Si, me limita un poco _____
 - c. No, no me limita nada _____
8. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
- a. Si, me limita mucho _____
 - b. Si, me limita un poco _____
 - c. No, no me limita nada _____

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar una manzana (unos 100 metros)?
- a. Si, me limita mucho _____
 - b. Si, me limita un poco _____
 - c. No, no me limita nada _____
10. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
- a. Si, me limita mucho _____
 - b. Si, me limita un poco _____
 - c. No, no me limita nada _____

LIMITACIONES EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS

11. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- a. Si _____
 - b. No _____
12. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
- a. Si _____
 - b. No _____
13. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- a. Si _____
 - b. No _____
14. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
- a. Si _____
 - b. No _____
15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?
- a. Si _____
 - b. No _____

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?
- a. Si _____ b. No_____
17. Durante las 4 últimas semanas ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?
- a. Si _____ b. No_____
18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
- a. Nada _____
- b. Un poco _____
- c. Regular _____
- d. Bastante _____
- e. Mucho _____

DOLOR CORPORAL

19. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
- a. No, ninguno _____
- b. Si, muy poco _____
- c. Si, un poco _____
- d. Si, moderado _____
- e. Si, mucho _____
- f. Si, muchísimo _____
20. Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
- a. Nada _____
- b. Un poco _____
- c. Regular _____

d. Bastante _____

e. Mucho _____

VITALIDAD Y PROBLEMAS EMOCIONALES

21. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

a. Siempre _____

b. Casi siempre _____

c. Muchas veces _____

d. Algunas veces _____

e. Solo alguna vez _____

f. Nunca _____

22. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

a. Siempre _____

b. Casi siempre _____

c. Muchas veces _____

d. Algunas veces _____

e. Solo alguna vez _____

f. Nunca _____

23. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podría animarle?

a. Siempre _____

b. Casi siempre _____

c. Muchas veces _____

d. Algunas veces _____

e. Solo alguna vez _____

f. Nunca _____

24. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

a. Siempre _____

b. Casi siempre _____

- c. Muchas veces _____
- d. Algunas veces _____
- e. Solo alguna vez _____
- f. Nunca _____

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucho energía?

- a. Siempre _____
- b. Casi siempre _____
- c. Muchas veces _____
- d. Algunas veces _____
- e. Solo alguna vez _____
- f. Nunca _____

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- a. Siempre _____
- b. Casi siempre _____
- c. Muchas veces _____
- d. Algunas veces _____
- e. Solo alguna vez _____
- f. Nunca _____

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- a. Siempre _____
- b. Casi siempre _____
- c. Muchas veces _____
- d. Algunas veces _____
- e. Solo alguna vez _____
- f. Nunca _____

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- a. Siempre _____
- b. Casi siempre _____
- c. Muchas veces _____

- d. Algunas veces _____
- e. Solo alguna vez _____
- f. Nunca _____

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- a. Siempre _____
- b. Casi siempre _____
- c. Muchas veces _____
- d. Algunas veces _____
- e. Solo alguna vez _____
- f. Nunca _____

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- a. Siempre _____
- b. Casi siempre _____
- c. Algunas veces _____
- d. Solo alguna vez _____
- e. Nunca _____

PERCEPCIÓN DE SALUD EN GENERAL

31. En general, usted diría que su salud es:

- a. Excelente _____
- b. Muy buena _____
- c. Buena _____
- d. Regular _____
- e. Mala _____

32. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- a. Mucho mejor ahora que hace un año _____
- b. Algo mejor ahora que hace un año _____

- c. Más o menos igual que hace un año _____
- d. Algo peor ahora que hace un año _____
- e. Mucho peor ahora que hace un año _____

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas

- a. Totalmente cierta _____
- b. Bastante cierta _____
- c. No lo se _____
- d. Bastante falsa _____
- e. Totalmente falsa _____

34. Estoy tan sano como cualquiera

- a. Totalmente cierta _____
- b. Bastante cierta _____
- c. No lo se _____
- d. Bastante falsa _____
- e. Totalmente falsa _____

35. Creo que mi salud va a empeorar

- a. Totalmente cierta _____
- b. Bastante cierta _____
- c. No lo se _____
- d. Bastante falsa _____
- e. Totalmente falsa _____

36. Mi salud es excelente

- a. Totalmente cierta _____
- b. Bastante cierta _____
- c. No lo se _____
- d. Bastante falsa _____
- e. Totalmente falsa _____