



Aquichan

ISSN: 1657-5997

aquichan@unisabana.edu.co

Universidad de La Sabana

Colombia

Melguizo Herrera, Estela; Ayala Medrano, Sandra; Grau Coneo, Maolis; Merchán Duitama, Alexandra;
Montes Hernández, Tatiana; Payares Martínez, Catherine; Reyes Villadiego, Tatyana
Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena (Colombia)
Aquichan, vol. 14, núm. 4, diciembre, 2014, pp. 537-548
Universidad de La Sabana
Cundinamarca, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74133057008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

*Estela Melguizo Herrera¹
Sandra Ayala Medrano²
Maolis Grau Coneo³
Alexandra Merchán Duitama⁴
Tatiana Montes Hernández⁵
Catherine Payares Martínez⁶
Tatyana Reyes Villadiego⁷*

Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena (Colombia)

RESUMEN

Objetivo: describir la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores residentes en centros de protección social en Cartagena (Colombia). **Materiales y métodos:** estudio descriptivo. La población fueron 187 adultos mayores residentes en centros de protección social en Cartagena. Se aplicó el Test de Valoración Mental (Pfeiffer), una encuesta sociodemográfica y el “Índice multicultural de calidad de vida”. Se mantuvo la confidencialidad de la información, el anonimato de los participantes y se diligenció el consentimiento informado. **Resultados:** el 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 %). **Conclusiones:** 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. Esta información será útil para proponer políticas de salud y prácticas de cuidado para esta población.

PALABRAS CLAVE

Calidad de vida, salud, adulto mayor (Fuente: DeCS, Bireme)

DOI: 10.5294/aqui.2014.14.4.8

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Melguizo Herrera E, Ayala Medrano S, Grau Coneo M, Merchán Duitama A, Montes Hernández T, Payares Martínez C, Reyes Villadiego T. Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena (Colombia). *Aquichan*. 2014;14(3): 537-548. Doi: 10.5294/aqui.2014.14.4.8

- 1 Estela Melguizo Herrera, doctora en enfermería, profesora titular Universidad de Cartagena, esmelguizo@hotmail.com
- 2 Sandra Ayala Medrano, enfermera, sanya301@hotmail.com
- 3 Maolis Grau Coneo, enfermera, magracoenf@hotmail.com
- 4 Alexandra Merchán Duitama, enfermera, merchanduit_88@hotmail.com
- 5 Tatiana Montes Hernández, enfermera, tatypooh1@hotmail.com
- 6 Catherine Payares Martínez, enfermera, florecita2005_02@hotmail.com
- 7 Tatyana Reyes Villadiego, enfermera, tatto_mh@hotmail.com

Recibido: 08 de noviembre de 2012
Enviado a pares: 17 de enero de 2013
Aceptado por pares: 21 de marzo de 2014
Aprobado: 28 de marzo de 2014

Quality of Life of Senior Citizens at Social Welfare Centers in Cartagena

ABSTRACT

Objective: Describe the quality of life related to the health of senior residents at social welfare centers in Cartagena (Colombia). **Materials and Methods:** This is a descriptive study. The population was comprised of 187 seniors living at welfare centers in Cartagena. The Mental Status Test (Pfeiffer), a socio-demographic survey and the Multicultural Quality of Life Index were applied. Confidentiality of information was maintained, the participants remained anonymous, and informed consent was given. **Results:** The mean age was 75 (95%). Most of the participants are single (57.6%). Some have a primary education (45.5%), are receiving medication (80.3%), engage in physical activity (54.5%) and carry out non-productive activities (37.9%). The self-perception of quality of life related to health tends towards values that can be considered good (7.6%). **Conclusions:** The aspects with the highest scores were spiritual fulfillment and self-care; the lowest scores pertained to physical well-being and community support. The information will be useful to propose health care policies and practices for this segment of the population.

KEY WORDS

Quality of life, health, senior citizens (Source: DeCS, Bireme).

Qualidade de vida de idosos em centros de proteção social em Cartagena

RESUMO

Objetivo: descrever a qualidade de vida relacionada com a saúde dos idosos residentes em centros de proteção social em Cartagena (Colômbia). **Materiais e métodos:** estudo descritivo. A população foi constituída por 187 idosos residentes em centros de proteção social em Cartagena. Aplicou-se o Teste de Valorização Mental (Pfeiffer[RD1]), uma enquete sociodemográfica, e o “Índice multicultural de qualidade de vida”. Manteve-se a confidencialidade da informação, o anonimato dos participantes e diligenciou-se o consentimento informado. **Resultados:** a média de idade foi de 75 anos (95 %), predominou o estado civil solteiro (57,6 %), nível educativo primário (45,5 %), receber medicamentos (80,3 %), realizar atividades físicas (54,5 %) e não realizar atividades produtivas (37,9 %). A autopercepção da qualidade de vida relacionada com saúde tende a valores que podem ser considerados bons (7,6 %). **Conclusões:** as dimensões que apresentaram pontuações mais altas foram a plenitude espiritual e o autocuidado, e com menor pontuação o bem-estar físico e o apoio comunitário. Esta informação será útil para propor políticas de saúde e práticas de cuidado para esta população.

PALAVRAS-CHAVE

Qualidade de vida, saúde, idoso (Fonte: DeCS, Bireme).

Introducción

La calidad de vida relacionada con salud (CVRS) es “la percepción subjetiva influenciada por el estado de salud actual de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo” (1), la cual puede estar influenciada por factores objetivos o subjetivos y puede ser un indicador que complemente los índices de esperanza de vida y de uso de los servicios de salud de los adultos mayores. En este estudio el adulto mayor es considerado como “aquella persona que cuenta con sesenta años o más” (2), según lo estipulado por la reglamentación vigente en el país.

Los aspectos objetivos que influyen la CVRS dependen del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales: intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, sociopsicológica, cultural y política) que interactúan con él. Los aspectos subjetivos están dados por la satisfacción del individuo, el grado de realización de las aspiraciones personales y la percepción que se tenga de las condiciones globales de vida, lo que se traduce en sentimientos positivos o negativos (3).

Si se tiene en cuenta que la CVRS es un concepto individual y que de esta misma individualidad depende un envejecimiento exitoso, se podría afirmar que esta condición estará influenciada por aquellos factores con los que cuenta el adulto mayor a su alrededor, como por ejemplo: situaciones familiares, condiciones de salud, circunstancias económicas, entre otros. Todos estos factores hacen parte de los cambios que presentan los adultos mayores quienes a su vez atraviesan por un proceso de deterioro en sus múltiples esferas, afectando de esta manera su CVRS.

Los adultos mayores son considerados un grupo en condición de vulnerabilidad debido al declive físico, psicológico y social que acompaña esta etapa de la vida, el cual es más evidente en aquellos que residen en centros de protección social. En Colombia, los centros de protección social para el adulto mayor son “instituciones de protección destinadas al ofrecimiento de servicios de hospedaje, de bienestar social y cuidado integral de manera permanente o temporal a adultos mayores” (4).

Aunque algunos piensen que los centros de protección social son lugares de soledad y abandono, en realidad son sitios donde se favorece el contacto y las relaciones sociales. Allí, los adultos mayores pueden desarrollar nuevas habilidades y destrezas físicas y sociales, y compartir con gente de su misma edad.

Para este estudio se tuvieron en cuenta los resultados de investigaciones (5) sobre la CVRS de los adultos mayores de la Comuna 9 de Cartagena y los factores asociados, reportando valores que pueden considerarse como una buena autopercepción y donde se resaltan el autocuidado, la plenitud espiritual y el funcionamiento interpersonal como las dimensiones de más alta puntuación. Los factores sociodemográficos que se asociaron a la CVRS fueron el sexo, nivel de escolaridad, el estrato socioeconómico, la condición laboral y el número de personas en el hogar, siendo la condición laboral la que se asoció a mayor número de dimensiones.

Por otra parte, de acuerdo con los hallazgos de un estudio cualitativo realizado por Vera (6), la CV para los adultos mayores “significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información”.

Peterson (7) afirma que “la CVRS tiene que ver con la representación en la vida de los sentimientos, actitudes o la habilidad de experimentar satisfacción en un área de la vida que ha sido afectada por el proceso de una enfermedad o déficit de la salud”.

Según este autor, la CVRS se relaciona con aspectos físicos, psicológicos, socioeconómicos y espirituales, y resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos que interactúan con el individuo.

Entre los factores que afectan a la calidad de vida de los adultos mayores residentes en centros de protección social, en estudios realizados internacionalmente se encontró el estado civil, las actividades de la vida diaria y el empoderamiento de la atención percibida (8); tener hábitos de ejercicio físico, sentir satisfacción de vivir en el centro de protección social (9); cambios en el medioambiente físico (10), y estar en algún centro de protección social (11).

En Colombia, la calidad de vida de la población en general ha mejorado, según las conclusiones de estudios realizados en el país en los años 1997, 2003, 2008 y 2010, basados en la percepción de cada colombiano sobre su calidad de vida en condiciones de pobreza y desigualdad. Dicho estudio mostró que cada vez son menos los colombianos que sienten que viven en condiciones de pobreza debido a que fueron muchos los que tuvieron acceso a bienes y servicios que consideran fundamentales (12).

Estos estudios son alentadores en cuanto a la situación económica y se realizaron evaluando la parte subjetiva y objetiva, aunque el enfoque fue mucho más objetivo ya que se evaluó la capacidad de adquisición de elementos que satisfacen necesidades básicas, lo que animó a realizar el presente estudio para aproximarse a la subjetividad de la calidad de vida relacionada con salud de adultos mayores residentes en centros de protección social en Cartagena.

Las definiciones de CVRS citadas dan cuenta de que este es un concepto dinámico que puede ser abordado desde lo subjetivo o lo objetivo, y es producto de una construcción social. Las investigaciones citadas evidencian que la CVRS en adultos mayores residentes en centros de protección social tiende a variar según factores sociodemográficos, personales y del entorno, lo cual muestra la complejidad del fenómeno y la necesidad de abordarlo desde la investigación científica para favorecer su comprensión y así poder mejorar la CVRS de esta población.

Actualmente no se han encontrado estudios sobre CVRS de adultos mayores residentes en centros de protección social en Colombia, Bolívar o Cartagena específicamente, lo cual evidencia un vacío en el conocimiento de esta población, que podría estar generando una atención en salud no acorde con las percepciones reales de los adultos mayores.

El objetivo de este estudio fue describir la calidad de vida relacionada con salud de los adultos mayores residentes en centros de protección social en Cartagena, considerando las dimensiones que la conforman y según características como la edad, el sexo, realización de actividades físicas y participación en actividades productivas.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo. La población y muestra del estudio estuvo conformada por todos los adultos mayores residentes en centros de protección social de la ciudad de Cartagena, los cuales correspondieron a 187, según informe de la Secretaría de Participación y Desarrollo Social de Cartagena. Para participar en el estudio se tuvo en cuenta ser adulto mayor (de 60 años y más), residir en un centro de protección social, manifestar el deseo de participar y presentar dos o menos errores (valoración normal) en el Test de Valoración Mental (Pfeiffer) teniendo en cuenta el nivel educativo de los participantes.

Fueron excluidos 121 (64,7%) adultos mayores de acuerdo con el resultado del Test de Valoración Mental (Pfeiffer).

Las investigadoras se encargaron de recolectar la información. Las visitas se programaron teniendo en cuenta la disponibilidad de las investigadoras y de los adultos mayores residentes en los centros de protección social, durante los meses de marzo y abril de 2011. Se obtuvo el listado de los adultos mayores pertenecientes a cada centro con el fin de llevar un control de la población. Una vez que cada participante manifestó querer colaborar con el estudio, se le solicitó firmar el consentimiento informado explicándole el objetivo de la encuesta.

Luego, a los adultos mayores que obtuvieron una puntuación normal en el Test de Valoración Mental (Pfeiffer) se les aplicó una encuesta sociodemográfica y personal. La información sociodemográfica contenía los datos de identificación, edad, sexo, estado civil, recursos económicos y nivel educativo. Los datos personales indagaban sobre si recibían o no medicamentos, qué patologías padecían (las cuales fueron confirmadas con los cuidadores de los diferentes centros) y si participaban en actividades físicas y productivas.

Por último, se les aplicó el instrumento Índice Multicultural de Calidad de Vida (13), el cual mide la percepción de la CVRS en relación con las dimensiones de: bienestar físico, bienestar psicológico/emocional, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo social-emocional, apoyo comunitario y de servicios, plenitud personal, plenitud espiritual y percepción global de calidad de vida. Para el diligenciamiento de este instrumento se solicitó a cada participante que indicara, según su nivel de salud actual, cuál era su percepción de calidad de vida marcando con una X uno de los diez puntos que aparecían en las escalas del instrumento (un valor de 10 era “excelente” y un valor de 1 equivalía a “mala”). Es decir, la percepción de cada dimensión de la CVRS se valoró desde la percepción del nivel de salud que tenía cada participante.

La escala ha sido validada en español, inglés, chino, coreano y portugués. Ha sido aplicada en Perú (14), Argentina (15, 16) y Cartagena, Colombia (5, 17). Estos estudios permitieron concluir que esta es una escala confiable, que posee buena consistencia interna (0,753), que es capaz de discriminar grupos en los que se presumen diferentes niveles de CVRS y, además, es de fácil aplicación.

Dado que el autor del instrumento Índice Multicultural de Calidad de Vida no propone un punto de corte para categorizar el nivel de CVRS, las investigadoras establecieron para este estudio los siguientes valores, ya que consideraron que tres categorías de valoración permitirían evidenciar mejor el comportamiento del fenómeno de estudio: de 1 a 3 puntos corresponde a mala percepción de la CVRS; de 4 a 6 puntos corresponde a regular percepción de la CVRS; de 7 a 10 puntos corresponde a buena percepción de la CVRS. Se consideraron los promedios del total de participantes y luego el promedio de cada centro por separado.

De acuerdo con el parágrafo “a” del artículo 11 de la Resolución 08430 del 4 de octubre 1993 del Ministerio de Salud Pública de Colombia, esta fue una “investigación sin riesgo” debido a que “no se plasma ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio”, debido a que los instrumentos que se utilizaron son cuestionarios (18).

En este estudio se mantuvo la privacidad y el anonimato de los participantes y se diligenció el consentimiento informado según lo establecido en los artículos 6, 15 y 16 de la Resolución 08430 del 4 de octubre 1993 del Ministerio de Salud Pública, de Colombia (18).

También se consideraron los aspectos éticos contemplados en la declaración de Helsinki (19) y en el Código de Ética de Enfermería de Colombia (Ley 911 de 2004 del Congreso de Colombia) (20) evidenciados en la protección de la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información de las personas que participaron en esta investigación, los cuales fueron considerados en el consentimiento informado.

Análisis de los datos: el software SPSS 17.0R permitió elaborar gráficos y figuras que facilitaron la descripción de los datos. Se estimaron las medidas de tendencia central, estadísticos de dispersión y estadísticos de posición.

Resultados

Participaron 66 adultos mayores. El alfa de Cronbach calculado para el instrumento en la presente investigación fue de 0,875.

Los adultos mayores que participaron en este estudio se caracterizaron por tener una edad promedio de 75 años (IC 95 %:

73,6-77,8): 38 (57,6 %) eran solteros; 30 (45,5 %) habían cursado estudios de primaria; 53 (80,3 %) recibían medicamentos; 36 (54,5 %) realizaban actividades físicas, y 41 (62,1 %) realizaban actividades productivas.

En cuanto a las enfermedades que padecen los adultos mayores, la que obtuvo el mayor puntaje fue la hipertensión arterial con un 37,1 %, seguida de los problemas visuales con un 34 %.

Respecto a la percepción de calidad de vida relacionada con salud de los adultos mayores el mayor puntaje lo obtuvo la dimensión plenitud espiritual con un promedio de 9,0; seguido del autocuidado con un promedio de 8,2. Las dimensiones con menor puntaje fueron el bienestar físico y el apoyo comunitario, con un promedio de 7,1 respectivamente (tabla 1).

La tabla 2 ilustra sobre la percepción de calidad de vida relacionada con salud en los adultos mayores según el centro de protección social en que residen. Los adultos mayores que evidenciaron mayores puntajes fueron los residentes de Una Mano Amiga, con un promedio de 8,1, seguido de San Pedro Claver con un promedio de 8,0; los que obtuvieron una percepción más baja de CVRS fueron los residentes en Dones de la Misericordia con un promedio de 6,9, seguido de San José con un promedio de 7,1.

En la tabla 3 se aprecia que tanto hombres como mujeres destacan en cuanto a las puntuaciones obtenidas en su plenitud espiritual. Sin embargo, difieren en que el puntaje más bajo lo reportaron los hombres en la dimensión de bienestar físico, mientras que las mujeres reportaron el menor promedio en la dimensión de apoyo comunitario. Las dimensiones en que se presentó mayor diferencia entre hombres y mujeres fueron la plenitud personal y el bienestar psicológico/emocional, donde los hombres alcanzaron puntuaciones mayores que las mujeres.

Según la participación o no en actividades físicas llama la atención que la plenitud espiritual sigue siendo la dimensión en que los adultos mayores reportan mayores promedios. El apoyo comunitario fue la dimensión en que reportaron menor promedio aquellos que no participaban de actividades físicas programadas en los centros. Es notorio que la dimensión de bienestar físico fue la que obtuvo menor promedio entre quienes sí participaban en actividades físicas (tabla 4).

Tabla 1. Promedio de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud de los participantes del estudio, Cartagena, 2011

Dimensiones	Promedio	Intervalo de confianza 95 %		Coeficiente de variación (%)
		LIM INF	LIM SUP	
Bienestar físico	7,1	6,5	7,7	8,2
Bienestar psicológico/emocional	7,7	7,2	8,2	7,1
Autocuidado y funcionamiento independiente	8,2	7,8	8,7	5,8
Funcionamiento ocupacional	7,7	7,2	8,3	7,4
Funcionamiento interpersonal	7,5	6,8	8,1	8,5
Apoyo social emocional	7,8	7,3	8,4	7,4
Apoyo comunitario	7,1	6,4	7,8	9,7
Plenitud personal	7,5	7,0	8,1	7,2
Plenitud espiritual	9,0	8,6	9,4	4,7
Percepción global de calidad de vida	8,0	7,5	8,6	6,5

Fuente: encuestas aplicadas 2011.

Tabla 2. Promedios de las dimensiones de calidad de vida relacionadas con la salud según centros de protección, Cartagena, 2011

Dimensiones	La Milagrosa	Dones de la Misericordia	San José	San Pedro Claver	Una mano amiga
Bienestar físico	7,2	7,5	6,7	7,1	7,5
Bienestar psicológico/emocional	7,5	6,0	7,0	8,1	9,2
Autocuidado y funcionamiento independiente	8,7	7,0	7,8	8,6	7,0
Funcionamiento ocupacional	7,8	7,5	6,9	8,4	6,7
Funcionamiento interpersonal	7,5	6,3	7,2	7,6	8,3
Apoyo social emocional	8,6	6,5	7,1	8,0	7,5
Apoyo comunitario y de servicio	7,9	5,3	5,8	7,3	7,7
Plenitud personal	7,4	7,8	6,5	7,8	8,8
Plenitud espiritual	8,8	8,3	8,5	9,4	9,3
Percepción global calidad de vida	7,7	7,3	7,7	8,2	9,7
Promedio total	7,9	6,9	7,1	8,0	8,1

Fuente: encuestas aplicadas, 2011.

Tabla 3. Promedios de las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud según sexo, 2011.

Dimensiones	Sexo	
	Femenino	Masculino
Bienestar físico	7,2	7,1
Bienestar psicológico/emocional	7,2	8,1
Autocuidado y funcionamiento independiente	8,0	8,4
Funcionamiento ocupacional	7,4	8,0
Funcionamiento interpersonal	7,0	7,8
Apoyo social emocional	8,3	7,6
Apoyo comunitario	6,8	7,3
Plenitud personal	6,9	8,0
Plenitud espiritual	8,7	9,2
Percepción global calidad de vida	7,6	8,3

Fuente: encuestas aplicadas, 2011.

Tabla 4. Promedios de las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud según la realización de actividades físicas, 2011

Dimensiones	Realiza actividades físicas	
	No	Sí
Bienestar físico	7,1	7,1
Bienestar psicológico/emocional	8,0	7,4
Autocuidado y funcionamiento independiente	7,9	8,5
Funcionamiento ocupacional	7,4	8,1
Funcionamiento interpersonal	7,3	7,6
Apoyo social emocional	7,4	8,2
Apoyo comunitario	6,8	7,3
Plenitud personal	7,8	7,3
Plenitud espiritual	9,4	8,7
Percepción global calidad de vida	8,5	7,7

Fuente: encuestas aplicadas, 2011.

Discusión

Los adultos mayores que participaron en este estudio mostraron una buena percepción de su CVRS, lo que se reflejó principalmente en la plenitud espiritual, el autocuidado, el funcionamiento independiente y la percepción global de la calidad de vida.

Fue preocupante el bajo porcentaje de la población que pudo participar en esta investigación, luego de la aplicación del test de valoración mental. Si bien es cierto que los adultos mayores internados presentan mayor declive de sus facultades físicas, mentales y limitaciones para su autocuidado, las investigadoras pudieron observar que muchos no aprobaron el test porque estaban desorientados en tiempo, lugar o en hechos cotidianos (como el nombre del presidente actual, nombre del presidente anterior y la dirección de residencia o el número de teléfono), pero eran capaces de realizar trabajo matemático seriado, recordar datos personales y ocuparse diariamente de su autocuidado.

La anterior situación motivó a que el grupo de investigación “Cuidado y vida”, de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena, proyectara otras investigaciones sobre el funcionamiento cognitivo de esta población y su oportuna y apropiada estimulación.

En cuanto a los altos promedios obtenidos en la dimensión de plenitud espiritual, se observa que son similares a los encontrados en la Comuna 9 de la ciudad de Cartagena (5), que muestra puntuaciones altas de dicha dimensión. A este respecto, algunos estudios señalan la dimensión espiritual de los adultos mayores como un recurso positivo para el cuidado de su salud (21-24) y para mejorar la calidad de vida (25). Aunque otros estudios evidencian que los adultos mayores parecen no beneficiarse de su vida espiritual (26).

Dado que la plenitud espiritual es la dimensión con mayor promedio podría ser un valioso recurso dentro del cuidado de la salud de los adultos mayores, dado que las prácticas religiosas o espirituales suelen ser económicas, están disponibles las 24 horas del día, favorecen la socialización y gozan de aceptación por parte de los adultos mayores. No obstante, hace falta evidencia científica al respecto.

El autocuidado y el funcionamiento independiente fue otra dimensión que mostró promedios altos en la percepción de la CVRS,

lo que concuerda con el estudio de Murakami (27) realizado en Brasil, el cual indica que a medida que aumenta la independencia funcional mejora la calidad de vida.

Los resultados anteriores están en concordancia con lo encontrado en el estudio de Lobo (28), realizado en Portugal, quien concluye que la calidad de vida de ancianos institucionalizados parece estar asociada a sus niveles de dependencia, estado mental y funcionalidad.

De igual forma, el estudio realizado en Rio de Janeiro por Ali Cader (11) parece evidenciar que, una vez ingresan centros de protección social, los adultos mayores se vuelven más dependientes “repercutiendo en peor calidad de vida”.

Por otra parte, el estudio realizado por Emel (9), en Turquía, mostró que los adultos mayores residentes en centros de protección, que realizaban actividades de la vida diaria (bañarse, vestirse, usar el retrete, trasladarse, tener continencia y alimentarse) tenían mayor probabilidad de mostrar mejor autopercepción de calidad de vida relacionada con salud. Aunque en el presente estudio no se midió la capacidad de realizar actividades de la vida diaria (funcionalidad) ni se analizó la relación de esta con la percepción de la CVRS, parece ser que las variables se comportan de forma similar a los otros estudios. Favorecer el autocuidado y la autonomía de la población adulta mayor institucionalizada podría ser una labor liderada por enfermería, quien cuenta con teorías y modelos que contemplan los distintos tipos de apoyo que se puede ofrecer según las condiciones específicas de cada persona.

Los hallazgos del presente estudio en relación con la dimensión del bienestar psicológico/emocional sugieren que los adultos mayores poseen una buena percepción de esta. A este respecto, un estudio realizado por Torvik (29) en Noruega mostró la relación negativa entre el dolor y el estado de ánimo, visto este último como una dimensión de la calidad de vida. Esto invita a continuar profundizando sobre los factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores residentes en centros de protección social, y a tener en cuenta condiciones frecuentes en esta edad como son la presencia de dolor o de otras enfermedades.

La dimensión de apoyo social obtuvo una puntuación que puede considerarse como una buena autopercepción por parte de los adultos mayores. El apoyo social, como dimensión de la calidad de vida, se encontró asociado positivamente al cuidado que recibían

los adultos mayores institucionalizados en Noruega, según el estudio realizado por Drageset (30). Este hallazgo es llamativo, pues generalmente se piensa que los centros de protección social son lugares de soledad y abandono, como se había afirmado.

El funcionamiento ocupacional de los adultos mayores sugiere una buena puntuación, es decir, tienen la capacidad de realizar tareas cotidianas, lo cual difiere de los resultados planteados en un estudio realizado en Taiwan por Yu-Ching (8), que reflejó puntuaciones bajas ya que son incapaces de realizar actividades por sí mismos. En este mismo estudio se evidencia que los adultos mayores residentes en centros de protección social poseen un nivel medio en cuanto a la percepción de la calidad de vida. Los participantes del presente estudio poseen una buena percepción general de esta dimensión.

No se encontraron estudios que permitieran discutir los resultados de las dimensiones bienestar físico, funcionamiento interpersonal, apoyo comunitario y de servicios, plenitud personal y percepción global de la calidad de vida. Así mismo, no se encontraron estudios para discutir los hallazgos referentes a CVRS según sexo y participación en actividades físicas.

En general, todas las dimensiones evaluadas obtuvieron buenos resultados, lo que quizá indica una buena percepción de la CVRS de los adultos mayores que participaron en este estudio, a pesar de ser una población con bajo nivel de escolaridad, donde sus ingresos económicos son casi nulos.

Una limitante de este estudio fue que solo el 35,29 % de la población pudo participar debido a los resultados obtenidos en el Test de Valoración Mental (Pfeiffer), por tanto, las conclusiones son limitadas. Otra restricción fue que se analizó la percepción de CVRS, pero no así la situación de salud de los participantes. Se debe seguir investigando al respecto, ojalá con muestras representativas.

Conclusiones

Los participantes de este estudio presentaron valores que pueden considerarse como una buena percepción, resaltando la plenitud espiritual, el autocuidado, el funcionamiento independiente y la percepción global de calidad de vida.

Entre los adultos mayores de este estudio predominó el sexo masculino, estado civil soltero, nivel educativo primario, sin recursos económicos, el consumir medicamentos, realizar actividades físicas y no realizar actividades productivas.

De las dimensiones medidas en el estudio, las que arrojaron menor puntuación fueron el apoyo comunitario y el bienestar físico, lo que refleja quizá aquellos aspectos en que deben enfatizarse en los planes de cuidado para esta población.

El centro que obtuvo mayor promedio de CVRS fue Una Mano Amiga, seguido por San Pedro Claver. En el tercer lugar se encuentra La Milagrosa, en cuarto lugar San José y por último Doñes de la Misericordia.

Referencias

1. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería IX*. 2003 [visitado 2010 mayo 2]; (2):9-21. Disponible en http://www.promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_2.pdf.
2. Colombia. Congreso de la República. Ley 1276 de 2009, enero 5, 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 de vida. Bogotá: El Congreso; 2009.
3. Botero E, Pico M. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2007;12:11-24.
4. Colombia. Congreso de la República. Ley 1315 de 2009, julio 13, 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. Bogotá: El Congreso; 2009.
5. Melguizo E, Acosta A, Castellanos B. Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores de la Comuna 9 de Cartagena. *Cartagena*, 2010. *Rev. Salud Uninorte*. 2012;28(2):269-281.
6. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Revista Anales de la Facultad de Medicina*. 2007 [visitado 2010 sept. 8]; 68(3):284-290. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3.pdf>.
7. Peterson S, Bredow T. Health-Related quality of life. En: Peterson S y Bredow T. *Middle Range Theories*. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p. 274-287.
8. Yu-Ching T, Ruey-hsia W, Shu-Hui Y. Relationship between perceived empowerment care and quality of life among elderly residents within nursing homes in Taiwan: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2006; 43:673-680.
9. Emel L, William H, Feryal S. Assessing selected quality of life factors of nursing home residents in Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2008; 46:57-66.
10. Falk H, Wijk H, Lars-Olof P. The effects of refurbishment on residents' quality of life and well being in two Swedish residential care facilities. *Health & Place*. 2009; 15:717-724.
11. Ali Cader S, Soares C, Guimaraes A, Martin E, Gomes R, Andrade C. Perfil de la calidad de la vida y autonomía funcional de los ancianos asilados en una institución filantrópica en el municipio de Rio de Janeiro. *Fitness performance*. 2006;5(4):261.
12. Departamento Nacional de Estadísticas (DANE). Censo general 2005. Población adulta mayor. [visitado 2010 marzo 10]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/censogeneral>
13. Mezzich J. The spanish versión of the quality of life index: presentation and validation. *J Nerv Ment Dis*. 2000;188(5):301-5.
14. Schwartz K, Zapata-Vega M, Mezzich J, Mazzotti G. Validation study of the multicultural quality of life index (MQLI) in a peruvian sample. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(1):24-8.
15. Jatuff D, Zapata-Vega M, Montenegro R, Mezzich J. El índice multicultural de calidad de vida en Argentina: un estudio de validación. *Actas Esp Psiquiatr*. 2007;35(4):253-258.
16. Bulacio J, Vieyra M, Álvarez C, Benatuil B, Mongiello E. Índice de calidad de vida: validación en una muestra argentina. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 2004;11(4).
17. Herrera A et al. Confiabilidad de la escala Quality of Life Index (QLI-Sp) en paciente hemodializados de dos unidades renales en Cartagena. *Cartagena*, 2008. Trabajo de grado (Enfermera (o)). Universidad de Cartagena. Facultad de Enfermería.
18. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 08430 de 1993 por la cual se establecen normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio; 1993.

19. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki [visitado 2010 abril 18]. Disponible en: www.wma.net/e/policy/b3.
20. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004, octubre 5, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 2004.
21. Ocampo J, Romero Saa H, Herrera J, Reyes C. Prevalencias de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores. Cali, Colombia, 2001. Colombia Médica. 2006;37(2).
22. You K, Lee H, Fitzpatrick J, Kim S, Marui E, Lee J et al. Spirituality, depression, living alone, and perceived health among Korean older adults in the community. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2009;23(4):309-322.
23. Guatam R, Saito T, Kai I. Leisure and religious activity participation and mental health: gender analysis of older adults in Nepal. *BMC Public Health*. 2007; 7:299.
24. Callaghan D. The Influence of Growth on Spiritual Self-Care Agency in an Older Adult Population. *Journal of Gerontological Nursing*. 2006;32(9):43-51.
25. Wallace M, O'Shea E. Perceptions of spirituality and spiritual care among older nursing home residents at the end of life. *Holistic Nursing Practice*. 2007;21(6):285-289.
26. Rivera A, Montero A. Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*. 2005;28(6):51-58.
27. Murakami L, Scattolin F. Avaliação da independência funcional e da qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Rev Med Hered*. 2010;21:18-26.
28. Lobo A, Santos M, Carvalho J. Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007;42(1):22-6.
29. Torvik K, Kaasa S, Kirkevold O, Rustoen T. Pain Management Nursing. 2010;11(1):35-44.
30. Drageset J, Eide G, Nygaard H, Bondevik M, Nortvedt M, Natvig G. The impact of social support and sense of coherence on health-related quality of life among nursing home residents a questionnaire survey in Bergen, Norway. *International Journal of Nursing Studies*. 2009;46:66-76.