

CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN  
HOGARES GERIÁTRICOS DE BOGOTÁ D.C. Y MUNICIPIOS DE CAJICÁ Y  
TENJO SEGUNDO PERIODO 2017

JONATHAN CAMILO ALBA O.  
NICOLAS EDUARDO BELTRAN A.  
CHARBELLE GERMAN DELUQUE P.  
DAVID SANTIAGO RIVAS S.

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE MEDICINA HUMANA  
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN  
BOGOTÁ D.C

2017

CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN  
HOGARES GERIÁTRICOS DE BOGOTÁ D.C. Y MUNICIPIOS DE CAJICÁ Y  
TENGO EN SEGUNDO PERIODO 2017

JONATHAN CAMILO ALBA O.  
NICOLÁS EDUARDO BELTRÁN A.  
CHARBELLE GERMAN DELUQUE P.  
DAVID SANTIAGO RIVAS S.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**ASESOR CIENTÍFICO:**

DR. FERNANDO QUINTERO

*Médico cirujano, especialista en auditoría en salud, especialista en gerencia de  
organizaciones de salud, especialista en docencia y pedagogía*

DR. SAMUEL OSORIO (ASESOR EPIDEMIOLÓGICO)

DR. ELKIN HIGUERA (ASESOR EPIDEMIOLÓGICO)

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE MEDICINA HUMANA

Nota de aceptación

---

---

---

---

Dr. FERNANDO QUINTERO BOHORQUEZ Asesor

---

Dr. ELKIN HIGUERA DAGOVET Asesor

---

Dr. SAMUEL OSORIO MORENO  
Asesor

---

\_\_\_\_\_ Presidente jurado

---

\_\_\_\_\_ Jurado

---

\_\_\_\_\_ Jurado

## DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo de grado a todas las personas que de alguna forma colaboraron en la resolución de este, principalmente a nuestras familias que sin el apoyo constante de ellos hubiera sido imposible lograr lo propuesto.

A la universidad de ciencias aplicadas y ambientales U.D.C.A facultad de medicina humana por darnos la oportunidad de estudiar y ser profesionales.

A nuestro director principal el Dr. Fernando Quintero Bohórquez asesor científico quien con sus conocimientos y experiencia nos guio y acompañó durante todo el proceso investigativo.

A los miembros del departamento de Investigación el Dr. Elkin Higuera y el Dr. Samuel Osorio asesores epidemiológicos quienes siempre estuvieron dispuestos y pendientes para orientarnos en cada asesoría para lograr concluir este proyecto.

Al grupo de hogares geriátricos de Bogotá D.C, Cajicá y Tenjo que, por aceptarnos, logramos el resultado del proyecto y nos permitió adquirir experiencia y conocimientos en este.

## AGRADECIMIENTOS

A nuestros padres por habernos apoyado en todo momento, por sus consejos, por la motivación constante, por los ejemplos de perseverancia y firmeza ante la adversidad. A todas aquellas personas que de una u otra manera han aportado de forma significativa en nuestra formación como médicos. Y a aquellos que han intentado detenernos, que solo han logrado fortalecernos e impulsarnos.

***“Quisieron enterrarnos, pero olvidaron que éramos semilla”.***

*Dinos Christianopoulos*

## TABLA DE CONTENIDO

|  |    |
|--|----|
| LISTADO DE TABLAS .....                    | 8  |
| LISTA DE GRAFICAS.....                     | 10 |
| ABREVIATURAS .....                         | 11 |
| RESUMEN .....                              | 12 |
| ABSTRACT .....                             | 13 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....            | 14 |
| PREGUNTA INVESTIGATIVA.....                | 15 |
| JUSTIFICACIÓN.....                         | 16 |
| OBJETIVOS.....                             | 17 |
| OBJETIVO GENERAL.....                      | 17 |
| OBJETIVO ESPECÍFICOS.....                  | 17 |
| MARCO TEÓRICO .....                        | 18 |
| CALIDAD DE VIDA Y ENVEJECIMIENTO .....     | 18 |
| DIMENSIÓN FÍSICA.....                      | 20 |
| DIMENSIÓN PSICOLÓGICA.....                 | 21 |
| DIMENSIÓN DE RELACIONES SOCIALES.....      | 22 |
| DIMENSIÓN ENTORNO.....                     | 24 |
| METODOLOGÍA .....                          | 25 |
| TIPO DE ESTUDIO.....                       | 25 |
| PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....          | 25 |
| POBLACIÓN DE REFERENCIA.....               | 25 |
| CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN..... | 25 |
| VARIABLES.....                             | 26 |
| INSTRUMENTO .....                          | 27 |
| PRUEBA PILOTO.....                         | 27 |
| APLICACIÓN DE LA ENCUESTA .....            | 27 |
| PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS .....            | 28 |
| RESULTADOS.....                            | 30 |
| DISCUSIÓN.....                             | 47 |

|                       |    |
|-----------------------|----|
| CONCLUSIONES .....    | 50 |
| ASPECTOS ÉTICOS ..... | 51 |
| BIBLIOGRAFÍA .....    | 52 |

## LISTADO DE TABLAS

- TABLA 1 – CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....**¡Error! Marcador no definido.**
- TABLA 2 - MATRIZ DE VARIABLES .....**¡Error! Marcador no definido.**
- TABLA 3. TABULACIÓN DE PREGUNTAS DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF. ....**¡Error! Marcador no definido.**
- TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DEMOGRÁFICA DE LA TOTALIDAD DE LA MUESTRA .....**¡Error! Marcador no definido.**
- TABLA 5. DISTRIBUCIÓN POR SEXO PARA LOS MUNICIPIOS ..... **¡Error! Marcador no definido.**
- TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE ESCOLARIDAD EN POBLACIÓN .....**¡Error! Marcador no definido.**
- TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE ESTADO CIVIL EN POBLACIÓN MUESTRA.....**¡Error! Marcador no definido.**
- TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE PRESENCIA DE PATOLOGÍA EN POBLACIÓN MUESTRA.....**¡Error! Marcador no definido.**
- TABLA 9. FRECUENCIA DE PATOLOGÍA POR MUNICIPIO. .. **¡Error! Marcador no definido.**
- TABLA 10. PUNTUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA POR MUNICIPIO ..... **¡Error! Marcador no definido.**
- TABLA 11: PUNTUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN SEXO ..... **¡Error! Marcador no definido.**
- TABLA 12. CALIDAD DE VIDA SEGÚN ESCOLARIDAD.....**¡Error! Marcador no definido.**
- TABLA 13. CALIDAD DE VIDA SEGÚN ESTADO CIVIL.....**¡Error! Marcador no definido.**
- TABLA 14. CALIDAD DE VIDA SEGÚN GRUPO ETARIO...**¡Error! Marcador no definido.**
- TABLA 15. CALIDAD DE VIDA SEGÚN EXISTENCIA DE PATOLOGÍA ... **¡Error! Marcador no definido.**
- TABLA 16. PROMEDIO DE PUNTUACIÓN POR DIMENSIÓN. **¡Error! Marcador no definido.**





## LISTA DE GRAFICAS

FIGURA 1. DISTRIBUCIÓN POR SEXO PARA LOS MUNICIPIOS. .... ¡Error! Marcador no definido.

FIGURA 2: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE ESCOLARIDAD EN POBLACIÓN ..... ¡Error! Marcador no definido.

FIGURA 3: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE ESTADO CIVIL EN POBLACIÓN MUESTRA..... ¡Error! Marcador no definido.

FIGURA 4: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PRESENCIA DE PATOLOGÍA EN POBLACIÓN MUESTRA DE BOGOTÁ ..... ¡Error! Marcador no definido.

FIGURA 5. DISTRIBUCIÓN DE PATOLOGÍAS EN MUNICIPIO DE BOGOTÁ ..... ¡Error! Marcador no definido.

FIGURA 6. DISTRIBUCIÓN DE PATOLOGÍAS EN MUNICIPIO DE CAJICÁ ..... ¡Error! Marcador no definido.

FIGURA 7. DISTRIBUCIÓN DE PATOLOGÍAS EN MUNICIPIO DE TENJO ..... ¡Error! Marcador no definido.

FIGURA 8. PUNTUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA POR MUNICIPIO..... ¡Error! Marcador no definido.

FIGURA 9. CALIDAD DE VIDA SEGÚN SEXO .... ¡Error! Marcador no definido.

FIGURA 10. CALIDAD DE VIDA SEGÚN ESCOLARIDAD .. ¡Error! Marcador no definido.

FIGURA 11. CALIDAD DE VIDA SEGÚN ESTADO CIVIL ... ¡Error! Marcador no definido.

FIGURA 12. CALIDAD DE VIDA SEGÚN GRUPO ETARIO. ¡Error! Marcador no definido.

FIGURA 13. CALIDAD DE VIDA SEGÚN EXISTENCIA DE PATOLOGIA . ¡Error! Marcador no definido.

FIGURA 14. PROMEDIO DE PUNTUACIÓN POR DIMENSIÓN..... ¡Error! Marcador no definido.

## ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial De La Salud

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

WHOQOL-BREF: Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud-  
Abreviado

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

HTA: Hipertensión Arterial

## RESUMEN

Alba Jonathan <sup>1</sup>  
Beltrán Nicolás <sup>1</sup>  
De Luque Charbelle <sup>1</sup>  
Rivas David <sup>1</sup>

Quintero Fernando <sup>2</sup>

Con el pasar de los años, se ha identificado un cambio de la dinámica poblacional a nivel global, que se ve evidenciado por el envejecimiento de la población, en Colombia el ministerio de salud propone un incremento de la población mayor de 60 años de 3.76% para el 2020. Del total de esta población, el 98.8 % se encuentra habitando en sus viviendas, o viviendas de sus familiares, pero hasta un 1.2 % reside en lugares especiales de alojamiento o centros geriátricos. Esta investigación busca calificar, la calidad de vida evaluando las dimensiones: física, psicológica, relacional, entorno y global, en los adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos en Bogotá D.C y los municipios de Cajicá y Tenjo en el periodo 2017-2, y así determinar los factores que puedan afectarla directa o indirectamente. Una vez se determinen cuáles son los aspectos específicos que más se afectan en la calidad de vida de los adultos mayores, se facilitara el planteamiento y realización de intervenciones específicas que busquen un mejoramiento eficaz de esta.

Se realizó un estudio, cuantitativo, descriptivo, de corte transversal con adultos mayores de 60 años institucionalizados en hogares geriátricos de la ciudad de Bogotá D. C. Y el área urbana de los municipios de Cajicá y Tenjo, durante el segundo periodo de 2017, usando para la medición de la calidad de vida el instrumento WHOQOL – BREF de la organización mundial de la salud OMS.

**Palabras clave:** Calidad de vida, adulto mayor, institucionalizado, WHOQOL – BREF.

## ABSTRACT

Over the years, a change in global population dynamics has been identified, which is reflected by the aging of the population; in Colombia, the Ministry of Health presents an increase in the population over 60 years of age of 3, 76% by 2020. Of this total population, 98.8% are living in their homes, or homes of their families, but up to 1.2% reside in special places of accommodation or geriatric centers. This research seeks to qualify the quality of life by evaluating the dimensions: physical, psychological, relational, environment and global, in older adults institutionalized in geriatric centers in Bogotá DC and the municipalities of Cajicá and Tenjo in the period 2017-2, and thus determine the factors that affects it directly or indirectly. Once identified which are the specific features that affects they quality of life, it's easier the approach and the realization of the measures to help it improve the state of this.

A quantitative, descriptive, cross-sectional study was conducted with adults over 60 years of age institutionalized in geriatric homes in the city of Bogotá DC and the urban area of the municipalities of Cajicá and Tenjo, during the second period of 2017, using the quality of life measurement: the WHOQOL - BREF instrument of the WHO world health organization.

**Keywords:** Quality of life, elderly, institutionalized, WHOQOL - BREF.

1 Estudiantes décimo semestre

Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales UDCA.

Facultad de ciencias de la salud

Programa de medicina

2 Asesor científico

*Médico Cirujano*

*Especialista en auditoria en salud*

*Especialista en gerencia de organizaciones de salud*

*Especialista en Docencia y Pedagogía*

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Con el pasar de los años, se ha identificado un cambio de la dinámica poblacional a nivel global, que se ve evidenciado por el envejecimiento de la población; dado al aumento de la esperanza de vida secundario a la disminución de la mortalidad, pero también la disminución de la fecundidad, disminuyendo la población joven (1). Según estadísticas del DANE, el 6.31 % de la población colombiana para el 2005 tiene una edad mayor o igual a 60 años, del total de esta población y el 98.8 % se encuentra habitando en sus viviendas, o viviendas de sus familiares, pero hasta un 1.2 % reside en lugares especiales de alojamiento o centros geriátricos. En Colombia el ministerio de salud propone que la población total de 60 años o más pasó de 3'815.453 en el 2.005 a 4'473.447 en el 2.010, y se proyecta un incremento de 3.76% para el 2020, esto indica que la pirámide poblacional está sufriendo un cambio conformacional que tiende a la inversión, lo que supone cambios sociales como el aumento de instituciones dedicadas al cuidado del adulto mayor (2).

La calidad de vida en adultos mayores se ve afectada por diferentes causas como por ejemplo la disminución de su capacidad funcional, su independencia, la aparición de patologías crónicas y degenerativas, los cambios fisiológicos exclusivos de este grupo etario, entre otras. Es por este motivo que en las últimas décadas han aparecido diferentes instrumentos y diversos estudios que se centran en la determinación de los factores que puedan influir en la percepción de la calidad de los ancianos (3) (4).

La institucionalización de los adultos mayores representa por sí misma un factor que puede desencadenar una mala percepción de calidad de vida, ya que, según un estudio publicado en el año 2015, realizado por Guerrero y colaboradores en la ciudad de montería, se encontró que aproximadamente el 50% de los adultos mayores institucionalizados presentan una baja autoestima, la cual tuvo una alta relación con la disminución de la autonomía funcional, viendo que entre menor sea la autoestima, el patrón común evidencia una menor capacidad funcional; así mismo este estudio sostiene que entre mayor tiempo haya estado institucionalizado el individuo, menor será su autonomía funcional y por ende su calidad de vida. (5).

Se ha planteado a nivel mundial, el concepto de envejecimiento activo, que busca, según la Organización Mundial de la Salud OMS "*optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen*" y que debe ser valorado, analizado y perfeccionado por todas aquellas personas que tienen de una u otra forma contacto con los adultos mayores para buscar los factores que afectan de manera negativa la cultura positiva

de la vejez, teniendo especial consideración por aquellos individuos que tienen un grado mayor de vulnerabilidad y son institucionalizados por sus familiares en hogares geriátricos, ya que muchas veces desde la perspectiva de los familiares y los mismos ancianos que han perdido su independencia y capacidad funcional pueden llegar a ser una carga desde el punto de vista económico y de acompañamiento (6).

Conociendo los múltiples y diversos factores que pueden influir en la percepción de calidad de vida y sus dimensiones, específicamente la del entorno y ambiente, se ha descrito, cómo la ubicación del hogar geriátrico puede desencadenar sensaciones de bienestar y una mejor percepción de calidad de vida para el adulto mayor, sin embargo, no existe suficiente evidencia científica que ofrezca información efectiva en cuanto a la percepción de dichos hogares (7).

Por lo que, durante el desarrollo de este trabajo, se buscara esclarecer cuales son las esferas del concepto de calidad de vida que se ven más afectadas en la población objeto.

#### PREGUNTA INVESTIGATIVA

¿Cuál es la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Bogotá y municipios aledaños?

## JUSTIFICACIÓN

Es evidente el interés general por lograr un adecuado nivel de calidad de vida en las poblaciones vulnerables, lo que se evidencia en las políticas públicas desarrolladas para garantizar sus derechos, encontrando así por ejemplo la ley 1251 del 2008, que busca proteger, promover y defender los derechos de los adultos mayores, teniendo en cuenta los procesos del envejecimiento; con esta ley el estado regula las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral a los adultos mayores; así mismo la ley 1315 de 2009 que busca garantizar las condiciones mínimas dignas de atención de adultos mayores en instituciones de cuidado y centros de protección. El decreto 345 de 2010 que establece la política pública para el envejecimiento digno en Bogotá D.C. entre otras. De esta forma, se busca dar una mejor atención a los adultos mayores desde diferentes campos de la vida diaria, por lo que también ayuda al mejoramiento de la calidad de vida de la población objetivo. Con este estudio se busca determinar cómo se encuentra la calidad de vida de los adultos mayores y comprobar si se están cumpliendo los objetivos de las leyes anteriormente expuestas.

Durante la investigación en base de datos se observó que no existen suficientes estudios que hayan utilizado este instrumento para la recolección de datos; así mismo la escasez de este tipo de estudios en la ciudad de Bogotá en donde se describa la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados. Además, también fue evidente el poco interés en la realización de estudios que describan diferentes poblaciones desde el punto de vista socioeconómico y cultural en este medio, por lo que la realización de este estudio podría aportar diferentes conocimientos y contribuir a la eliminación de los vacíos en este campo.

Es por esto, que en esta investigación busca calificar la calidad de vida de los adultos mayores incluidos en este estudio y así determinar los factores que puedan afectarla directa o indirectamente. Una vez se determinen cuáles son los aspectos específicos que más se afectan en la calidad de vida de los adultos mayores, se facilitara el planteamiento y realización de intervenciones específicas que busquen un mejoramiento eficaz de esta.



## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción de la calidad de vida evaluando las dimensiones: física, psicológica, relacional, entorno y global, en los adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos en Bogotá D.C y los municipios de Cajicá y Tenjo en el periodo 2017-2

### OBJETIVO ESPECÍFICOS

1. Caracterizar la población según las variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad.
2. Identificar las dimensiones que afectan la calidad de vida de la población de estudio.
3. Puntuar la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos en Bogotá D.C y los municipios de Cajicá y Tenjo durante el segundo periodo de 2017.

## MARCO TEÓRICO

Para el desarrollo del siguiente marco teórico, realizaremos una descripción del concepto de calidad de vida desarrollado por la Organización mundial de la Salud, explicando cada una de las dimensiones que lo componen, y haciendo énfasis en como las alteraciones de estas comportan la disminución de la calidad de vida en el grupo poblacional que corresponde a los adultos mayores.

### CALIDAD DE VIDA Y ENVEJECIMIENTO

El concepto de calidad de vida dado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”; esta definición se basa en un conjunto de criterios o esferas que lo definen, los cuales un consenso de expertos de dicha organización determino que son: físico, psicológico, grado de independencia, relaciones sociales, y entorno, que están a su vez compuestas de una serie de facetas que las detallan (8)(9).

La calidad de vida suele verse deteriorada por diferentes factores que afectan directa o indirectamente las esferas que la componen, una causa de esto es el envejecimiento, y todas las consecuencias bio-fisiológicas que este trae consigo, la disminución de la independencia propia de cada individuo, la necesidad insatisfecha de participación, el deterioro físico y cognitivo, entre otros (10). A causa de esto y por la necesidad insipiente de aumentar la atención al grupo poblacional que corresponde a los adultos mayores, que comprende a todas aquellas personas mayores de 65 años, según la OMS (11)(12), y mayores de 60 para Colombia (13), se ha recalado en la importancia de generar una actitud positiva ante la vejez, y promover, lo que la OMS ha definido como envejecimiento activo, siendo este “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”, para lograr un envejecimiento exitoso que se logra cumpliendo con los requerimientos necesarios para que los individuos sean capaces de invocar mecanismos de adaptación ante los cambios sociales y psicológicos que trae el paso de los años, para atenuar las limitaciones fisiológicas, y lograr la sensación de bienestar que se plantea como calidad de vida y la realización personal, incluso en el contexto de la enfermedad (14).

Dentro de los conceptos de calidad de vida y envejecimiento activo se tienen en cuenta una serie de consideraciones con respecto al bienestar físico, bienestar psicológico, la capacidad económica, las relaciones sociales, la capacidad de relación con el entorno, y la auto aceptación individual (15). Al hablar de bienestar físico se tienen en cuenta los siguientes indicadores: funcionamiento físico, síntomas de enfermedad, molestia o dolor, energía y vitalidad, estado nutricional, necesidad de medicación y las habilidades sensoriales. La capacidad de realizar actividades de la vida diaria como la alimentación, el desplazamiento, aseo y autocuidado personal. Además, dentro del bienestar físico se enmarcan las actividades correspondientes al ocio y esparcimiento. En cuanto al bienestar psicológico se toman en cuenta tres grandes esferas que lo constituyen: 1. La alegría: que tiene mucho que ver con la satisfacción de las actividades y acciones realizadas en el transcurso de la vida, el humor habitual de la persona y los sentimientos que este expresa, el funcionamiento mental, y la capacidad de disfrutar de lo que genera placer individual. 2. El autoconcepto: que se basa en la identidad y valía personal, la autoestima, y la percepción de la imagen personal. Y 3. La ausencia de estrés: lograda mediante el desarrollo en un entorno predecible y seguro, y los mecanismos de afrontamiento del estrés. Si bien el bienestar físico y psicológico del sujeto es bastante importantes en su calidad de vida, las relaciones personales que este desarrolla también lo son, pudiendo influir tan negativamente en la sensación de bienestar de las personas como el deterioro de la salud. Dichas relaciones están medidas por las interacciones del ser con sus redes sociales, familia, amigos, y aun con personas que no se tienen una relación más que ocasional; y el apoyo físico, emocional y económico que estos proporcionan. Además de esto y con especial importancia en la población mayor, la inclusión social es determinante en el concepto inicial, de allí surgen todos los esfuerzos de generar más integración y participación comunitaria, buscando el acceso, la presencia, implicación y aceptación, en la construcción de roles comunitarios de colaboración e independencia y estableciendo nuevas redes y servicios de apoyo de social. El desarrollo social y el desarrollo personal son directamente proporcionales, a medida que se forman nuevas relaciones interpersonales crece también personalmente la persona, tanto a nivel educativo, su desempeño y su competencia personal. Otro aspecto fundamental en el modelo de calidad de vida es la interacción con el ambiente, que no solo tiene que ver con el lugar físico en el que se desenvuelve la persona, bien sea su vivienda, la de su familia, o las instituciones que se encargan del cuidado de personas en situaciones especiales, como los centros de atención del adulto mayor u hogares geriátricos; sino que también considera todo lo que tiene que ver con el bienestar material: el estado financiero visto como los ingresos económicos propios o correspondiente a ayudas y la capacidad de sostener los egresos garantizando la seguridad financiera, el empleo: todas aquellas situaciones

ocupacionales y su situación laboral, el entorno de trabajo y las oportunidades de promoción, y la garantía del cumplimiento de sus derechos, tanto los humanos fundamentales, como los legales propios de cada país (16).

La alteración de alguno o todos estos componentes de la calidad de vida está relacionada con el concepto de fragilidad del adulto mayor, que es la disminución o la pérdida de las capacidades fisiológicas, que promueve el riesgo de discapacidad, pérdida de la resistencia, aumento de la vulnerabilidad, disminución de la capacidad cognitiva, y alteraciones del estado nutricional, pérdida involuntaria de peso que condiciona por sí mismo el riesgo de institucionalización o muerte (17) (18).

## DIMENSIÓN FÍSICA

La actividad es física definida por la OMS como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que produce un gasto energético por encima de la tasa de metabolismo basal. Incluye actividades de rutina diaria, como las tareas del hogar y del trabajo” (19).

Durante el envejecimiento, el cuerpo sufre una serie de cambios que interfieren con el desarrollo de actividad física en las personas, estos cambios son producidos por pérdida de la función neuromuscular, disminución de la masa musculoesquelética y reducción de la fuerza, (20) lo que desemboca en el aumento del sedentarismo haciendo que el cuerpo pierda habilidades y capacidades físicas, con consecuencias como disminución de la velocidad de la marcha y aumento en el riesgo de caídas, deterioro en la capacidad de desarrollo de actividades cotidianas y de la vida diaria, lo que concluye en la disminución o la pérdida de la independencia, además de un incremento del riesgo de desarrollar problemas crónicos de salud y la necesidad del uso de medicación para estos y finalmente la disminución de la calidad de vida (21). Dado lo anterior se ha visto la necesidad de actuar frente a los estilos de vida poco saludables que incrementan el deterioro físico de los adultos mayores y se han desarrollado programas enfocados en crear nuevos estilos de vida en donde se anime a la realización de actividad física y alimentación balanceada para promover una vejez exitosa, pudiendo así preservar la capacidad funcional y de trabajo de estas personas (22).

Cuando se habla de bienestar físico la OMS también involucra en esta esfera la calidad del sueño y la satisfacción de las personas con este, ya que es un indicador importante al hablar de fragilidad, y más aún en la población mayor de 60 años donde se ha evidenciado en diversos estudios que esta población es la que más se

ve afectada por la alteración en su patrón de sueño, bien sea por una pobre higiene del sueño, dificultad en la adaptación a factores externos que imposibilitan el sueño profundo o problemas de salud propios de cada individuo (23)(24), las alteraciones del sueño están además relacionadas con el aumento del dolor crónico producido por algunas de las comorbilidades que presentan los adultos mayores, en especial las que son de tipo articular; este incremento del dolor produce cambios en el desarrollo de actividades diarias, funcionamiento físico y psicológico, y aumentando el riesgo de caídas con todas sus consecuencias, interfiriendo así con la calidad de vida de estos individuos (25)(26)(27)(28).

La actuación inicial y constante frente a los problemas que afectan la esfera física de los adultos mayores ha demostrado tener una serie de beneficios en la salud y la calidad de vida de estos: disminución de la aparición, progresión y mortalidad causadas por enfermedades cardiovasculares, metabólicas y neoplásicas, aumento de la fuerza, mejoría en la percepción de la imagen personal, mejoría en la calidad del sueño, integración con familia y amigos, disminución del estrés y la depresión, disminución del riesgo de caídas, entre otros (29) (30).

## DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

Durante el envejecimiento, como proceso natural y fisiológico, se desarrollan cambios metales irreversibles que producen el descenso del funcionamiento de los que envejecen, por la disminución del rendimiento y de los procesos cognitivos, la memoria, la atención y la velocidad del procesamiento de la información, cambios que promueven la concepción negativa de la vejez, contrario todo lo que se ha planteado de envejecimiento activo (31), exacerbando la exclusión social hacia estas personas afectando su calidad de vida por lo que se vuelve realmente importante realizar una exploración de las funciones cognitivas de los adultos mayores, en especial de aquellos que no tienen estimulación constante, y reforzar los estilos de vida saludables que ayudaran a evitar el deterioro mental de este grupo de edad (32).

La percepción del envejecimiento propio, de su vida presente y de los logros del pasado son aspectos claves al hablar de bienestar psicológico de los adultos mayores, el común denominador es encontrar en estas personas satisfacción de lo vivido aun cuando existan dolencias físicas que puedan alterar esta percepción, dichas molestias, sumadas a las múltiples comorbilidades individuales, son abordadas con en esquemas múltiples de tratamiento que ocasionan, principalmente en esta población, alteraciones mentales y del estado de ánimo. Se ha encontrado en los estudios realizados que la actitud positiva frente al

envejecimiento propio, esta correlacionada de manera positiva con la calidad de vida, en contraste con la actitud negativa hacia la vejez (33) (34).

En la dimensión psicológica del concepto de calidad de vida de la organización mundial de la salud, se crea un apartado para la percepción de la apariencia personal, dicho concepto está definido como un constructo multidimensional que abarca el yo, con respecto a las percepciones y actitudes de la apariencia física, punto que se ve, según estudios, más afectado en la población femenina y cuya alteración o inconformidad genera alteraciones de la autoestima de los individuos, creando sentimientos negativos que generan desbalance en su calidad de vida (35) (36) la inconformidad con la imagen personal vista como insatisfacción de los rasgos físicos propios congénitos o adquiridos representan un factor de riesgo para desordenes psicológicos como: desórdenes alimenticios, depresión, ansiedad, aislamiento social, disminución de la actividad sexual y baja autoestima (37).

## DIMENSIÓN DE RELACIONES SOCIALES

Desde la psicología social, las relaciones humanas son vistas como un proceso de intercambio, un proceso de inversión en el que se espera obtener un beneficio a cambio, este beneficio es en su fin último evitar el aislamiento social, el cual ha demostrado tener consecuencias que varían en problemas físicos, psicológicos y conductuales. Para evitar dichas consecuencias el ser humano recurre a métodos de interrelación que incluyen el dialogo, el apoyo interpersonal y la sexualidad (38).

Con el advenimiento de la vejez, las relaciones sociales se centran básicamente en la defensa contra la vulnerabilidad que esta trae consigo, el estado de dependencia que se da en la vejez produce por sí mismo la necesidad de creación de nuevas redes de apoyo ante la incapacidad de cuidar de sí mismo y por ende la necesidad de recibir cuidados de otros para poder emplear los recursos sociales, materiales y sentimentales, y así satisfacer las necesidades de los ancianos garantizando su sobrevivencia; es aquí donde nace el concepto de cuidador, que viene siendo un nuevo actor social en el desarrollo de la vejez, y quien tiene la responsabilidad de ejecutar las acciones necesarias en el cuidado del adulto mayor (39) .

La satisfacción con la propia vida de los adultos mayores se ha visto relacionada con el bienestar de sus relaciones sociales, y se ha demostrado en diversos estudios que las personas que gozan de buenas relaciones se perciben así mismo como más sanas, dados los beneficios que estas traen consigo que son similares a los que se obtienen en las demás etapas de la vida. La OMS desarrollo un programa que buscaba entre otros fines, mejorar la calidad de vida de las personas mayores

mediante la creación de programas que promuevan la participación de los adultos mayores en la vida comunitaria, buscando así el envejecimiento exitoso de la población, reconociendo la importancia de la integración social en el bienestar físico y psicológico de las personas mayores fomentando entre ellos las actividades de ocio y el aprovechamiento del tiempo libre, mejorando así su sentimiento de utilidad social (40).

Existe evidencia que sustenta los beneficios en el bienestar físico de las relaciones sociales, se ha descrito que la pobre interacción social está relacionada con aumento de la mortalidad por enfermedades del sistema cardiovascular, la propensión a sufrir accidentes, y la mortalidad en general. Además, se relaciona con mejor pronóstico funcional de las personas que sufren comorbilidades relacionadas con cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular. Por otro lado, los beneficios en el estado psicológico se observan en la disminución de la depresión (41).

Como se mencionó anteriormente, otra forma de interrelación es la sexualidad, una dimensión innata del ser humano (que tiene un componente netamente instintivo y otro adquirido mediante la experiencia y la observación) que se relaciona ampliamente con el sentimiento de realización personal (42). Sin embargo, es un área del comportamiento humano de la cual no se dispone de mucha información, menos aún, cuando de adultos mayores se trata, por la negación y el rechazo de actitudes sexuales, por las conductas, creencias, mitos y prejuicios culturales de la sociedad general, sumado a los factores propios del anciano que influyen en la disminución de la conducta sexual; en geriatría, la sexualidad se trata como “la expresión psicológica de emociones y compromisos que requiere la mayor cantidad y calidad de comunicación entre compañeros, durante toda la existencia, en una relación de confianza, amor, compartir y placer, con o sin coito”, se hace esta aclaración debido a que la realización del coito se ve afectada por diferentes cambios fisiológicos que sufren los adultos mayores de ambos sexos (43). Sin embargo, no son solo los cambios fisiológicos propios de la vejez los que producen la disminución de la actividad sexual, son tan importantes como estos, las dificultades logísticas que imposibilitan el desarrollo sexual de los adultos mayores, las cuales son más evidentes en la población que reside institucionalizada en centros geriátricos de estancia permanente; la falta de privacidad y de intimidad cohiben de los impulsos sexuales a los habitantes de estos lugares (44) (45) (46).

## DIMENSIÓN ENTORNO

El entorno físico en el que se desenvuelven los adultos mayores tiene relevancia en la calidad de vida de los mismos ya que las alteraciones organizacionales y logísticas pueden acarrear complicaciones que son fácilmente prevenibles. Un entorno físico con las adaptaciones necesarias para el cumplimiento de las necesidades de los ancianos puede garantizar el estado de salud favorable la seguridad y la independencia de estos. El estado del entorno de los adultos mayores debe garantizar al máximo la posibilidad de deambulación no asistida de ser esta posible y la disminución de caídas, ya que es una de las causas principales de pérdida de autonomía y disminución de calidad de vida en esta población, el mobiliario en mal estado, la desnivelación o irregularidad del suelo, la falta de iluminación, son los principales predisponentes extrínsecos de caídas y de sus consecuencias (47) (48).

Se ha observado la importancia de este dominio, como parte de una alta percepción de la calidad de vida; por ejemplo, los adultos mayores que habitan en condominios u espacios abiertos y que puedan generar vínculos con vecinos de edades similares generan mayores índices de calidad de vida. Por otro lado, se ha llegado a conclusiones, que las violencias ambientales comúnmente vividas en sectores de pobreza generan un estrés en el adulto mayor y contribuyen negativamente en la puntuación de calidad de vida (49).

Se ha determinado que la vivienda debe ser un espacio que ofrezca protección, bienestar y comodidad, ya que estos son elementos necesarios para tener una mayor calidad de vida funcional. La vivienda que presenta condiciones no deseables como espacios reducidos, accesos por escaleras, pisos desnivelados iluminación y ventilación no suficientes, son factores que afectan indirectamente el estado de salud, así como la mala higiene de la vivienda, por lo que repercuten negativamente en la emoción y salud física del adulto mayor (50).



## METODOLOGÍA

### TIPO DE ESTUDIO

Estudio, cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. Se escogió este tipo de estudio ya que es el que mejor se adecuó a nuestros propósitos, debido a que el objetivo principal del trabajo es especificar el perfil de un grupo de personas y medir de manera independiente las variables sin hacer una correlación final de estas (51).

### PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### POBLACIÓN DE REFERENCIA

Se tomó como población de referencia, adultos mayores de 60 años, de ambos sexos, que se encontraban institucionalizados en hogares geriátricos de la ciudad de Bogotá y el área urbana de los municipios de Cajicá y Tenjo, durante el segundo periodo de 2017 y que cumplieron con los criterios de inclusión planteados.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

TABLA 1 – CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

| <b>Criterios de inclusión</b>   | <b>Criterios de exclusión</b>  |
|---|--|
| Adultos mayores de 60 años.   | Adultos mayores residentes de hogares geriátricos que por condición de discapacidad no puedan expresarse verbalmente. Y con diagnóstico de demencia y otras patologías que no les permita participar en el estudio |
| Adultos que residan en hogares geriátricos de la ciudad de Bogotá y municipios de Cundinamarca. | Usuarios que tengan relación familiar con funcionarios de los hogares geriátricos donde residen.   |
| Adultos que acepten participar en el estudio.   | Adultos mayores que manifiesten no querer participar en el estudio.  |

**Fuente:** Alba J. Deluque C. Beltrán N. Rivas D. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Bogotá D.C

## VARIABLES

Teniendo en cuenta el tipo de estudio y la población objetivo, sin perder de vista los criterios de inclusión y de exclusión, las variables que se tuvieron presentes en este estudio será el sexo, edad, estado civil, escolaridad y presencia de comorbilidades y la puntuación de la calidad de vida obtenida con el instrumento escogido; con el fin de dar cumplimiento de uno de los objetivos propuestos en la elaboración del presente documento que es la caracterización de la población a estudio de los geriátricos en Bogotá y municipios de Cajicá y Tenjo.

TABLA 2 - MATRIZ DE VARIABLES

| <b>Variable</b>              | <b>Descripción</b>   | <b>Característica<br/>(Naturaleza)</b> | <b>Escala de<br/>medición (Nivel<br/>de medición)</b> |
|------------------------------|--|--|---|
| Sexo                         | F = Femenino<br>M = Masculino                                      | Cualitativa                            | Nominal   |
| Edad                         | Años cumplidos   | Cuantitativa-<br>continua              | Razón   |
| Escolaridad                  | 0 = Ninguno<br>1 = Primaria<br>2 = Secundaria<br>3 = Universitario | Cualitativa                            | Ordinal   |
| Estado civil                 | 0 = Soltero/a<br>1 = Casado/a<br>2 = Divorciado/a<br>3 = Viudo/a   | Cualitativa                            | Nominal   |
| Presencia de<br>comorbilidad | 0 = No<br>1 = Si   | Cualitativa                            | Nominal   |
| Calidad de vida              | Puntaje<br>transformado  | Cuantitativa                           | Intervalo   |

**Fuente:** Alba J. Deluque C. Beltrán N. Rivas D. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Bogotá D.C

## INSTRUMENTO

La medición de la calidad de vida de los adultos mayores de 60 años institucionalizados en hogares geriátricos de municipios de Cundinamarca y la ciudad de Bogotá se realizó con el instrumento WHOQOL-BREF.

WHOQOL-BREF, es una versión breve del WHOQOL-100 de 1995, acrónimo de World Health Organization Quality Of Life. Este instrumento validado por la OMS está compuesto por 26 preguntas, dos generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud y 24 preguntas agrupadas en 4 áreas: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Las escalas de respuesta son de tipo Likert con 5 opciones de respuesta. El instrumento fue empleado directamente por los entrevistadores hacia los pacientes. Se obtuvo un perfil del paciente y una puntuación sobre percepción de calidad de vida global y salud general. No existen puntos de corte propuestos, por lo que la calificación de calidad de vida se establecerá según las recomendaciones de la OMS en porcentajes.

## PRUEBA PILOTO

Se realizó una prueba piloto en un hogar geriátrico de un solo municipio de los escogidos y en otro hogar geriátrico de la ciudad de Bogotá D.C., para determinar algunos aspectos importantes como capacidad de entendimiento de las preguntas reflejadas en el instrumento de medición, nivel de atención de los participantes durante el desarrollo de la prueba, y tiempo promedio empleado en la realización de la prueba.

## APLICACIÓN DE LA ENCUESTA

La aplicación de la encuesta se llevó a cabo por los investigadores, en adultos mayores de 60 años, institucionalizados en hogares geriátricos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión anteriormente expuestos, donde se les dio una previa explicación clara y concisa de lo que se trata el estudio, con la posterior aceptación de cada participante mediante la firma del consentimiento informado. El tiempo de la encuesta por participante fue de 15-20 minutos.

## PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Posteriormente a la recolección de datos se realizó la tabulación de los mismos en una tabla de Excel versión 2016 y representación en graficas de los datos mediante este mismo.

Se hizo un análisis univariado con las variables sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, nivel de educación, presencia de comorbilidad y los niveles de satisfacción de cada adulto mayor que tiene con respecto de cada uno de los 5 dominios del instrumento utilizado; el análisis descriptivo incluyó frecuencias y porcentajes de las variables cualitativas como lo son el sexo, la educación y si actualmente presenta alguna enfermedad de base; también incluyo medias y medianas para las variables cuantitativas como son: edad, calificación de calidad de vida, según corresponda el nivel de medición de cada una ya sea nominal, ordinal, de intervalo o de razón.

La tabulación de los datos obtenidos se hizo según las instrucciones de la OMS realizando en principio la organización de las preguntas según la dimensión a la que corresponden, a continuación de sumaron los puntajes obtenidos, por cada pregunta, teniendo en cuenta que las preguntas 3, 4 y 26 deben ser puntuadas de manera inversa, lo que significa que, si el encuestado puntuó 5 en realidad esta puntuando 1, y viceversa (52).

TABLA 3. TABULACIÓN DE PREGUNTAS DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF.

| Domains and questions<br>236/BREF  | Direction of scaling | Raw domain<br>score | Raw item score |
|--|----------------------|---------------------|----------------|
| <b>Overall Quality of Life and General Health</b>  |                      | ....(2-10)          |                |
| G1.1/B1 How would you rate your quality of life?   | +                    |                     | ....(1-5)      |
| G2.3/B2 How satisfied are you with your health?  | +                    |                     | ....(1-5)      |
| <b>Domain 1 Physical Health</b>  |                      | ....(7-35)          |                |
| F1.2.5/B3 To what extent do you feel that physical pain prevents you from doing what you need to do? | -(reverse)           |                     | ....(1-5)      |
| F13.1.4/B4 How much do you need any medical treatment to function in your daily life?                | -(reverse)           |                     | ....(1-5)      |
| F2.1.1/B10 Do you have enough energy for everyday life?  | +                    |                     | ....(1-5)      |
| F11.1.1/B15 How well are you able to get around?   | +                    |                     | ....(1-5)      |
| F4.1.1/B16 How satisfied are you with your sleep?  | +                    |                     | ....(1-5)      |
| F12.2.3/B17 How satisfied are you with your ability to perform your daily living activities?         | +                    |                     | ....(1-5)      |
| F16.2.1/B18 How satisfied are you with your capacity for work?                                       | +                    |                     | ....(1-5)      |
| <b>Domain 2 Psychological</b>  |                      | ....(6-30)          |                |
| F6.1.2/B5 How much do you enjoy life?  | +                    |                     | ....(1-5)      |
| F29.1.3/B6 To what extent do you feel your life to be meaningful?                                    | +                    |                     | ....(1-5)      |
| F7.1.6/B7 How well are you able to concentrate?  | +                    |                     | ....(1-5)      |
| F9.1.2/B11 Are you able to accept your bodily appearance?  | +                    |                     | ....(1-5)      |
| F8.2.1/B19 How satisfied are you with yourself?  | +                    |                     | ....(1-5)      |
| F10.1.2/B26 How often do you have negative feelings such as blue mood, despair, anxiety, depression? | -(reverse)           |                     | ....(1-5)      |
| <b>Domain 3 Social relationships</b>   |                      | ....(3-15)          |                |
| F17.1.3/B20 How satisfied are you with your personal relationships?                                  | +                    |                     | ....(1-5)      |
| F3.2.1/B21 How satisfied are you with your sex life?   | +                    |                     | ....(1-5)      |
| F18.2.5/B22 How satisfied are with the support you get from your friends?                            | +                    |                     | ....(1-5)      |
| <b>Domain 4 Environment</b>  |                      | ....(8-40)          |                |
| F20.1.2/B8 How safe do you feel in your daily life?  | +                    |                     | ....(1-5)      |
| F27.1.2/B9 How healthy is your physical environment?   | +                    |                     | ....(1-5)      |
| F23.1.1/B12 Have you enough money to meet your needs?  | +                    |                     | ....(1-5)      |
| F25.1.1/B13 How available to you is the information that you need in your daily-to-day life?         | +                    |                     | ....(1-5)      |
| F26.1.2/B14 To what extent do you have the opportunity for leisure activities?                       | +                    |                     | ....(1-5)      |
| F21.2.2/B23 How satisfied are you with the condition of your living place?                           | +                    |                     | ....(1-5)      |
| F24.2.1/B24 How satisfied are you with your access to health services?                               | +                    |                     | ....(1-5)      |
| F28.2.2/B25 How satisfied are you with your transport?   | +                    |                     | ....(1-5)      |

Posteriormente se realizó la conversión de las puntuaciones individuales obtenidas; dichas puntuaciones deben ser transformadas a una escala que va de 0 – 100 con la fórmula propuesta por la OMS que se muestra a continuación (53).

$$\text{Transformed Scale} = \left[ \frac{(\text{Actual raw score} - \text{lowest possible raw score})}{\text{Possible raw score range}} \right] \times 100$$

Después de realizada la transformación de puntaje individual por pregunta se realizó la sumatoria de estas y se dividió en 26 para hallar la puntuación total por persona. Después se hará la sumatoria de la calificación final de cada sujeto de la muestra por municipio. y la dirección de medida será sentido desfavorable – favorable

## RESULTADOS

Se aplicó el instrumento en un total de 13 hogares geriátricos, obteniendo una muestra total de 89 pacientes, con una edad mínima de 60 años y una máxima de 99 años. Se observa una mayor población femenina con un 53.9% y un 46% de población masculina. En cuanto al estado civil, el más frecuente es el soltero/a con 49%, mientras que el menor que se presentó es el divorciado. Con respecto al nivel educativo, la mayoría de la población afirmó haber cursado o completado estudios primarios con un total del 52%. Por último, el análisis de la presencia o ausencia de patología arroja que la mayoría padece alguna enfermedad, con una frecuencia de 75%.

**TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DEMOGRÁFICA DE LA TOTALIDAD DE LA MUESTRA**

| <b>VARIABLES</b>                 |       | <b>PORCENTAJE %</b> |
|----------------------------------|-------|---------------------|
| <b>EDAD</b>                      |       |                     |
| PROMEDIO EN AÑOS                 | 76,88 |                     |
| <b>SEXO</b>                      |       |                     |
| MASCULINO                        | 41    | 46,06               |
| FEMENINO                         | 48    | 53,93               |
|                                  | 89    | 100                 |
| <b>ESTADO CIVIL</b>              |       |                     |
| SOLTERO/A                        | 44    | 49,43               |
| CASADO/A                         | 8     | 8,98                |
| VIUDO/A                          | 19    | 21,34               |
| SEPARADO/A                       | 15    | 16,85               |
| DIVORCIADO/A                     | 3     | 3,37                |
| <b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>         |       |                     |
| NINGUNO                          | 11    | 12,35               |
| PRIMARIA                         | 52    | 58,42               |
| SECUNDARIA                       | 14    | 15,73               |
| UNIVERSITARIO                    | 12    | 13,48               |
| <b>PRESENCIA DE COMORBILIDAD</b> |       |                     |
| SI                               | 67    | 75,28               |
| NO                               | 22    | 24,71               |

**Fuente:** Alba J. Deluque C. Beltrán N. Rivas D. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Bogotá D.C

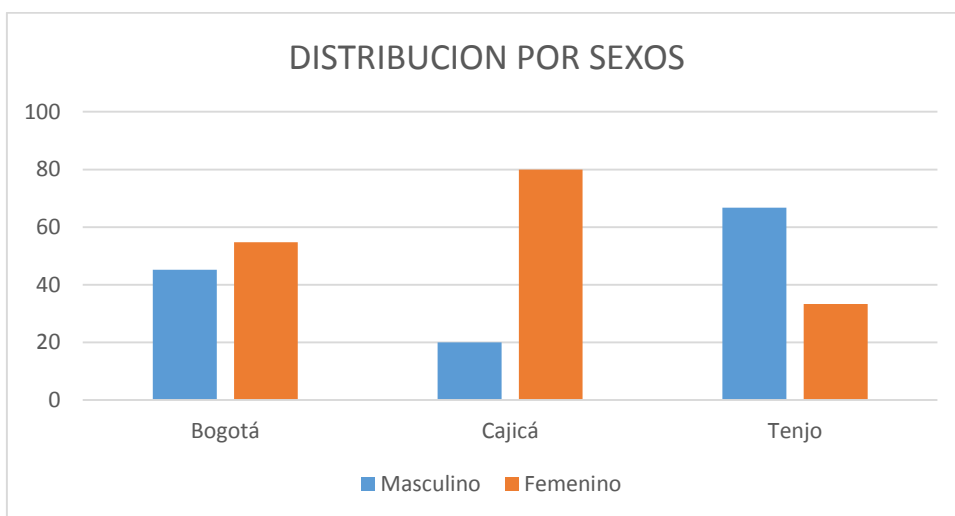
En la tabla 5, se muestra la frecuencia de la variable sexo masculino y femenino de la muestra recolectada en los tres municipios, donde se encontró una mayor población masculina en el municipio de Tenjo con un 66,7%, lo contrario se mostró en el municipio de Bogotá con mayor población femenina de un 54.8%, esto se observa de forma gráfica en la figura 1.

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN POR SEXO PARA LOS MUNICIPIOS

| Sexo      |           |          |
|-----------|-----------|----------|
| Municipio | Masculino | Femenino |
| Bogotá    | 45,2      | 54,8     |
| Cajicá    | 20        | 80       |
| Tenjo     | 66,7      | 33,3     |

**Fuente:** Alba J. Deluque C. Beltrán N. Rivas D. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Bogotá D.C

FIGURA 1. DISTRIBUCIÓN POR SEXO PARA LOS MUNICIPIOS.



**Fuente:** Alba J. Deluque C. Beltrán N. Rivas D. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Bogotá D.C

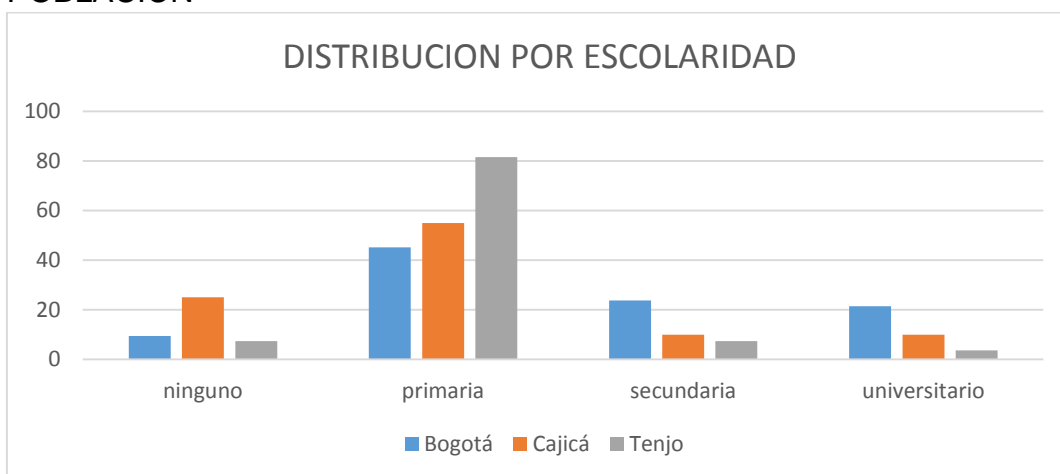
En cuanto a la frecuencia de distribución de la escolaridad en la población estudio, se observa que el dato más representativo para los tres municipios es la escolaridad básica primaria, en la que se obtuvieron los mayores porcentajes en cada una de ellas. Dicha distribución se ve representada por los datos de la tabla 6 y graficado en la figura 2.

TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE ESCOLARIDAD EN POBLACIÓN

| ESCOLARIDAD (%) |         |          |            |               |
|-----------------|---------|----------|------------|---------------|
| MUNICIPIO       | ninguno | Primaria | secundaria | universitario |
| Bogotá          | 9,5     | 45,2     | 23,8       | 21,4          |
| Cajicá          | 25      | 55       | 10         | 10            |
| Tenjo           | 7,4     | 81,5     | 7,4        | 3,7           |

**Fuente:** Alba J. Beltrán N. Deluque C. Rivas D. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Bogotá D.C

FIGURA 2: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE ESCOLARIDAD EN POBLACIÓN



**Fuente:** Alba J. Beltran N. Deluque C. Rivas D. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Bogotá D.C



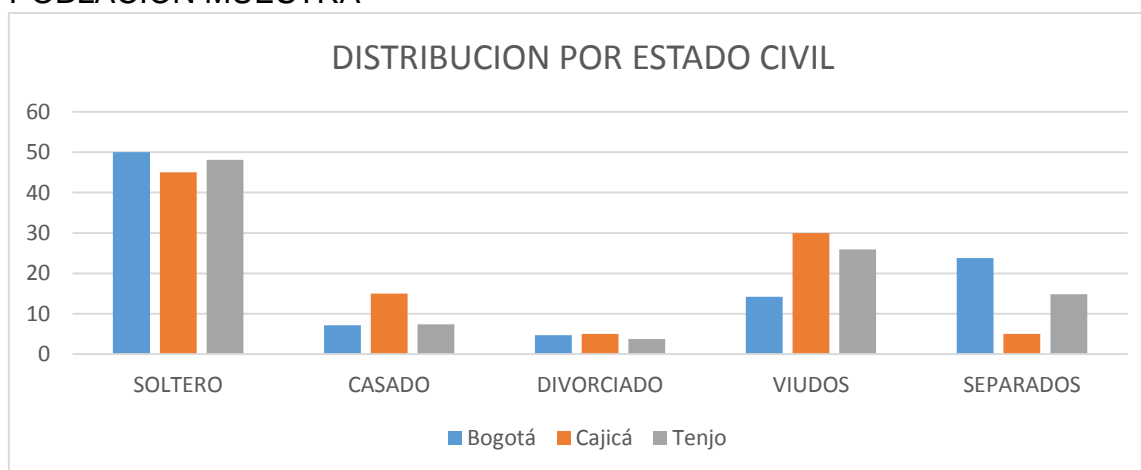
En cuanto al estado civil, la mayoría de la población se agrupa en el conjunto de “solteros” y el menos frecuente el grupo de los divorciados; datos representados en la tabla 7 y figura 3.

TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE ESTADO CIVIL EN POBLACIÓN MUESTRA

| ESTADO CIVIL (%) |         |        |            |        |           |
|------------------|---------|--------|------------|--------|-----------|
| MUNICIPIO        | SOLTERO | CASADO | DIVORCIADO | VIUDOS | SEPARADOS |
| Bogotá           | 50      | 7,1    | 4,7        | 14,2   | 23,8      |
| Cajicá           | 45      | 15     | 5          | 30     | 5         |
| Tenjo            | 48,15   | 7,41   | 3,7        | 25,93  | 14,81     |

**Fuente:** Alba J. Beltrán N. Deluque C. Rivas D. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Bogotá D.C

FIGURA 3: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE ESTADO CIVIL EN POBLACIÓN MUESTRA



**Fuente:** Alba J. Beltrán N. Deluque C. Rivas D. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Bogotá D.C

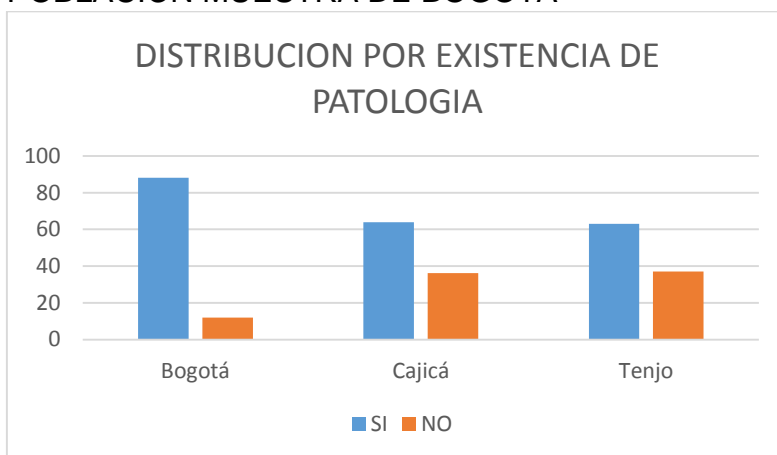
La alta prevalencia de enfermedades en la población objeto, se hace evidente con una frecuencia superior al 60% en cada una; Identificando la incidencia más alta la de la ciudad de Bogotá con un 88,1% y un escaso 11.9% para aquellos que manifestaron no poseer ninguna patología. Dichos datos se evidencian en la tabla 8 y figura 4.

TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE PRESENCIA DE PATOLOGÍA EN POBLACIÓN MUESTRA

| EXISTENCIA DE PATOLOGÍA (%) |      |      |
|-----------------------------|------|------|
| MUNICIPIO                   | SI   | NO   |
| Bogotá                      | 88,1 | 11,9 |
| Cajicá                      | 63,8 | 36,2 |
| Tenjo                       | 63   | 37   |

**Fuente:** Alba J. Beltrán N. Deluque C. Rivas D. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Bogotá D.C

FIGURA 4: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PRESENCIA DE PATOLOGÍA EN POBLACIÓN MUESTRA DE BOGOTÁ



**Fuente:** Alba J. Beltrán N. Deluque C. Rivas D. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Bogotá D.C

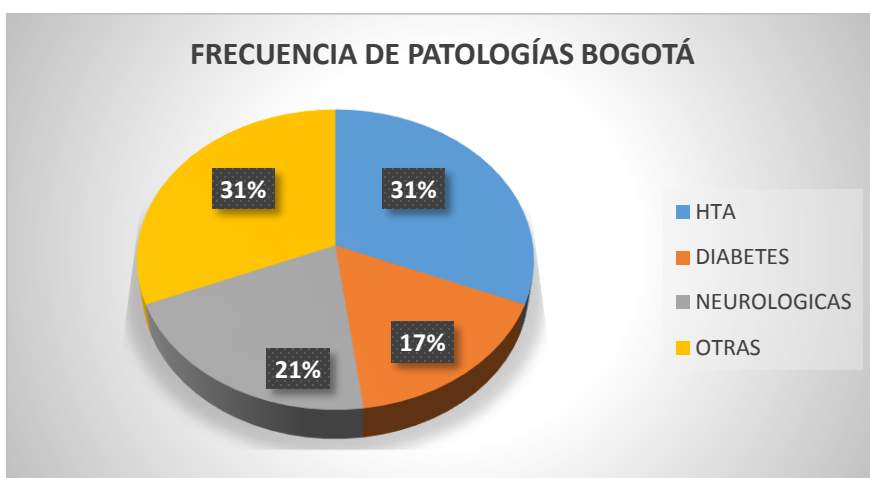
Se determinó las patologías que predominaban en cada lugar de recolección de datos, encontrando patologías con mayor frecuencia como lo son la hipertensión arterial, diabetes mellitus y presencia de enfermedades neurológicas como lo son epilepsia, depresión y Parkinson, finalmente se agruparon patologías en una misma categoría denominada otras, donde se encuentran enfermedades como gastritis, artritis, EPOC y cataratas. Esto en relación con los resultados obtenidos en la recolección de datos de Bogotá, Cajicá y Tenjo, y representado en la tabla 9 y figuras 5, 6 y 7.

TABLA 9. FRECUENCIA DE PATOLOGÍA POR MUNICIPIO.

| ENFERMEDAD            | FRECUENCIA BOGOTÁ | FRECUENCIA CAJICÁ | FRECUENCIA TENJO |
|-----------------------|-------------------|-------------------|------------------|
| HIPERTENSIÓN ARTERIAL | 15                | 6                 | 5                |
| DIABETES              | 8                 | 1                 | 3                |
| NEUROLÓGICAS          | 10                | 2                 | 8                |
| OTRAS                 | 15                | 9                 | 9                |

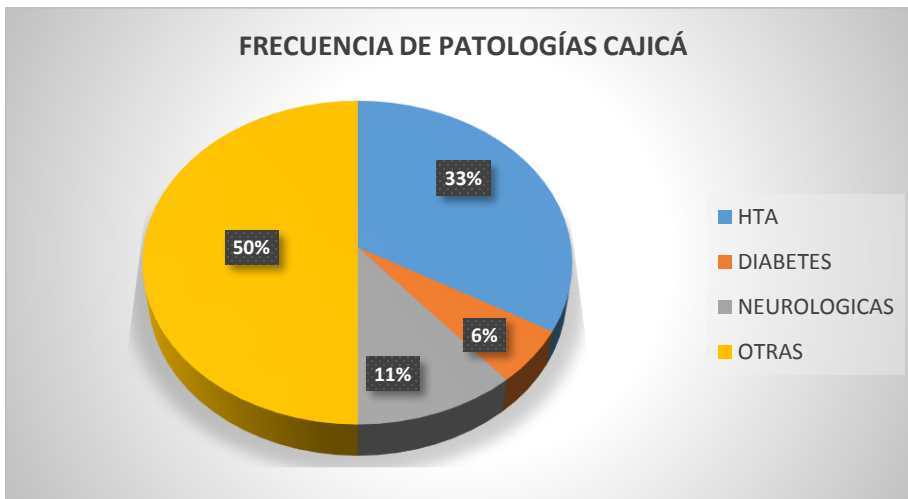
**Fuente:** Alba J. Beltrán N. Deluque C. Rivas D. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Bogotá D.C´

FIGURA 5. DISTRIBUCIÓN DE PATOLOGÍAS EN MUNICIPIO DE BOGOTÁ



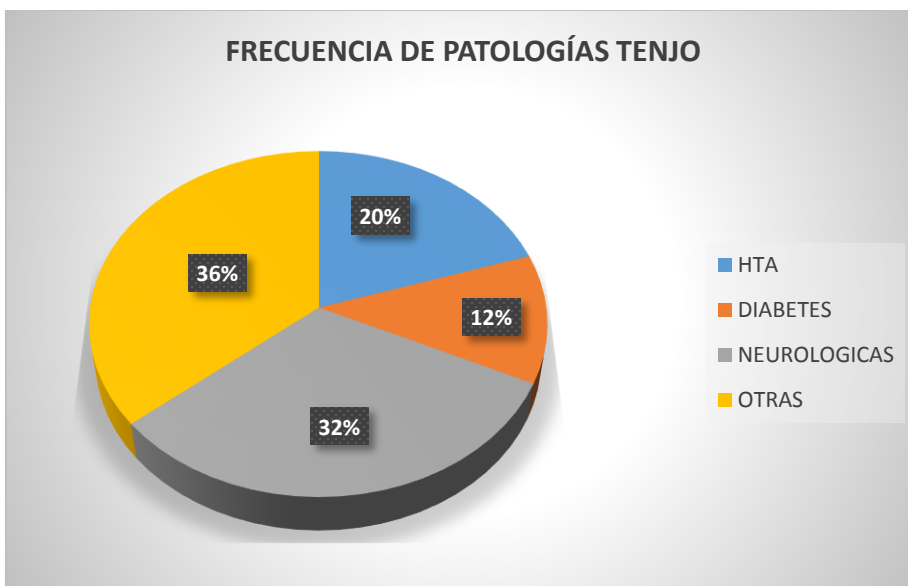
**Fuente:** Alba J. Beltrán N. Deluque C. Rivas D. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Cajicá, Tenjo y Bogotá D.C

FIGURA 6. DISTRIBUCIÓN DE PATOLOGÍAS EN MUNICIPIO DE CAJICÁ



**Fuente:** Alba J. Beltrán N. Deluque C. Rivas D. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Cajicá, Tenjo y Bogotá D.C

FIGURA 7. DISTRIBUCIÓN DE PATOLOGÍAS EN MUNICIPIO DE TENJO



**Fuente:** Alba J. Beltrán N. Deluque C. Rivas D. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Cajicá, Tenjo y Bogotá D.C

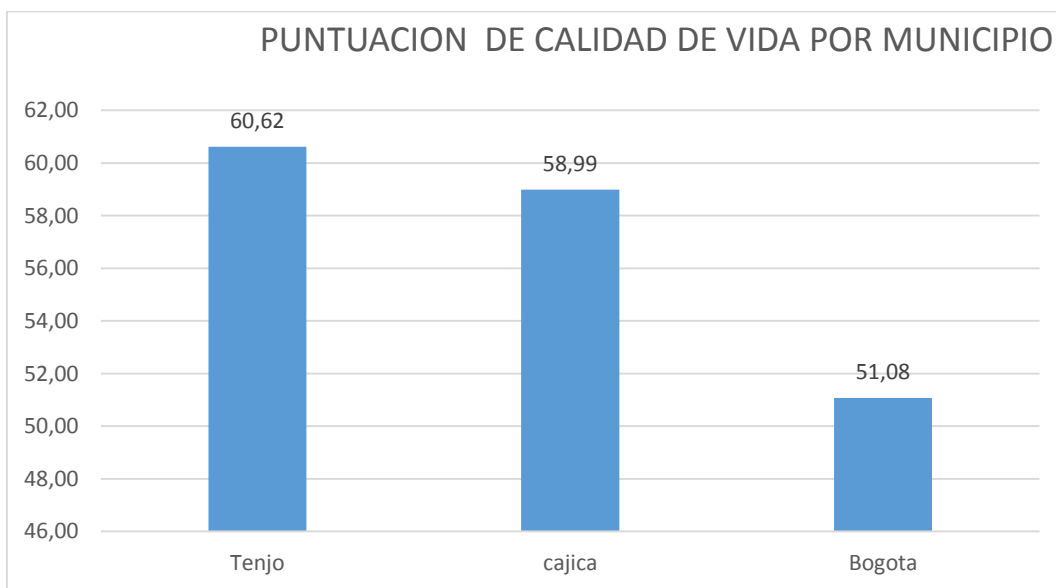
La puntuación de calidad de vida total según el municipio de recolección de datos se representa en la tabla 10 y figura 8 donde se obtiene una mejor puntuación de calidad de vida en el municipio de Tenjo con un 60.62%, seguido del municipio de Cajicá con una puntuación de 58.99% y Bogotá con una menor puntuación de 51.08%.

TABLA 10. PUNTUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA POR MUNICIPIO

| MUNICIPIO | PUNTUACIÓN |
|-----------|------------|
| Tenjo     | 60,62      |
| Cajicá    | 58,99      |
| Bogotá    | 51,08      |

**Fuente:** Alba J. Beltrán N. Deluque C. Rivas D. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Cajicá, Tenjo y Bogotá D.C.

FIGURA 8. PUNTUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA POR MUNICIPIO



**Fuente:** Alba J. Beltrán N. Deluque C. Rivas D. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Cajicá, Tenjo y Bogotá D.C

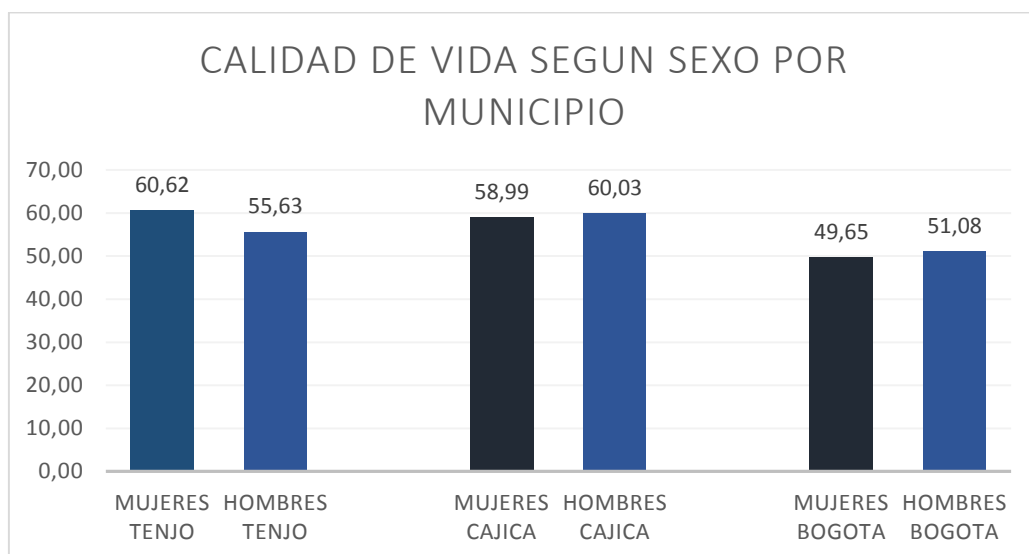
El puntaje de calidad de vida en relación con la variable sexo masculino o femenino, en los lugares de recolección de datos de Bogotá, Cajicá y Tenjo, existe una mayor puntuación en sexo femenino en el municipio de Tenjo con respecto a los hombres, por otro lado se observa que los hombres de Cajicá y Bogotá presentan una mayor calidad de vida, esto se representa en la tabla 11 y la figura 9.

TABLA 11: PUNTUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN SEXO

| TIPO DE SEXO Y LUGAR | PUNTAJE CALIDAD DE VIDA |
|----------------------|-------------------------|
| MUJERES TENJO        | 60,62                   |
| HOMBRES TENJO        | 55,63                   |
| MUJERES CAJICÁ       | 58,99                   |
| HOMBRES CAJICÁ       | 60,03                   |
| MUJERES BOGOTÁ       | 49,65                   |
| HOMBRES BOGOTÁ       | 51,08                   |

**Fuente:** Alba J. Beltrán N. Deluque C. Rivas D. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Bogotá D.C´

FIGURA 9. CALIDAD DE VIDA SEGÚN SEXO



**Fuente:** Alba J. Beltrán N. Deluque C. Rivas D. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Cajicá, Tenjo y Bogotá D.C

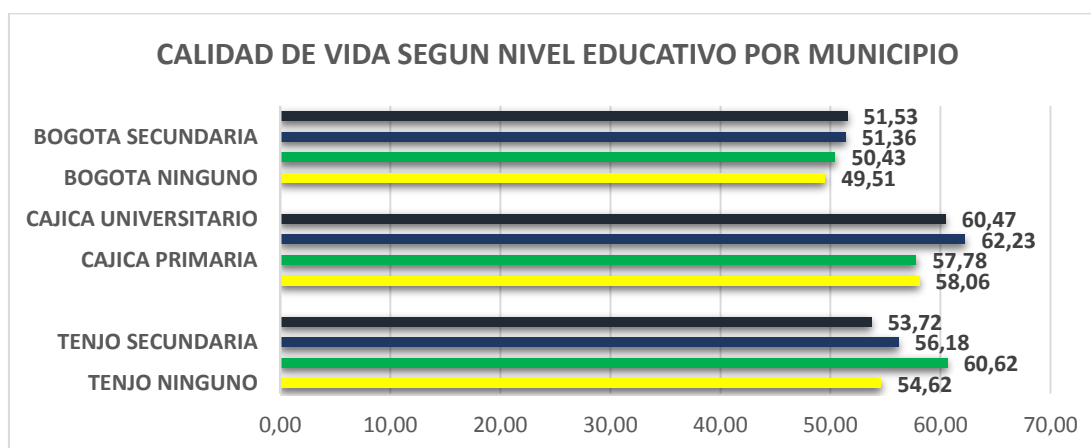
La relación del puntaje de calidad de vida que obtuvo la población encuestada en Bogotá, Cajicá y Tenjo, con respecto a la variable nivel educativo, como se muestra en la tabla 12 y figura 10 no es posible determinar cuál característica presenta una mayor o menor calidad de vida de forma general, en Bogotá la mayor puntuación fue el nivel educativo universitario, mientras que el menor se hayo en los que no recibieron ningún tipo de educación. En Cajicá los que tienen estudios de básica secundaria tienen una mejor puntuación de calidad de vida y los de menor puntuación se encuentran los de estudios de básica primaria. Por otro Bogotá la población con mayor puntaje de calidad de vida son los que obtuvieron estudios universitarios, mientras que los de menor puntaje son lo que no obtuvieron ningún nivel educativo; finalmente, en Tenjo mejor calidad de vida se lidera por la población con estudios básica primaria y menor calidad de vida la población con estudios universitarios.

TABLA 12. CALIDAD DE VIDA SEGÚN ESCOLARIDAD

|        | <b>NIVEL EDUCATIVO Y LUGAR</b> | <b>PUNTAJE CALIDAD DE VIDA</b> |
|--------|--------------------------------|--------------------------------|
| TENJO  | NINGUNO                        | 54,62                          |
|        | PRIMARIA                       | 60,62                          |
|        | SECUNDARIA                     | 56,18                          |
|        | UNIVERSITARIO                  | 53,72                          |
| CAJICÁ | NINGUNO                        | 58,06                          |
|        | PRIMARIA                       | 57,78                          |
|        | SECUNDARIA                     | 62,23                          |
|        | UNIVERSITARIO                  | 60,47                          |
| BOGOTÁ | NINGUNO                        | 49,51                          |
|        | PRIMARIA                       | 50,43                          |
|        | SECUNDARIA                     | 51,36                          |
|        | UNIVERSITARIO                  | 51,53                          |

**Fuente:** Alba J. Beltrán N. Deluque C. Rivas D. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Cajicá, Tenjo y Bogotá D.C

FIGURA 10. CALIDAD DE VIDA SEGÚN ESCOLARIDAD



**Fuente:** Alba J. Beltrán N. Deluque C. Rivas D. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Cajicá, Tenjo y Bogotá D.C

Calidad de vida relacionada con el estado civil: dentro de la población encuestada se encontró una puntuación de la calidad de vida en el municipio de Tenjo cuya característica con menor puntuación fueron los divorciados, mientras que los que mayor puntuación obtuvieron fueron los viudos. En Cajicá, la mejor puntuación fue los casados, y la menor en el grupo de los separados y no se encontró ningún participante divorciado. Finalmente, en Bogotá, los casados son los que tienen mayor puntuación frente a los solteros que obtienen una menor puntuación en las características de la variable, esto se representa en la tabla 13 y figura 11.

TABLA 13. CALIDAD DE VIDA SEGÚN ESTADO CIVIL

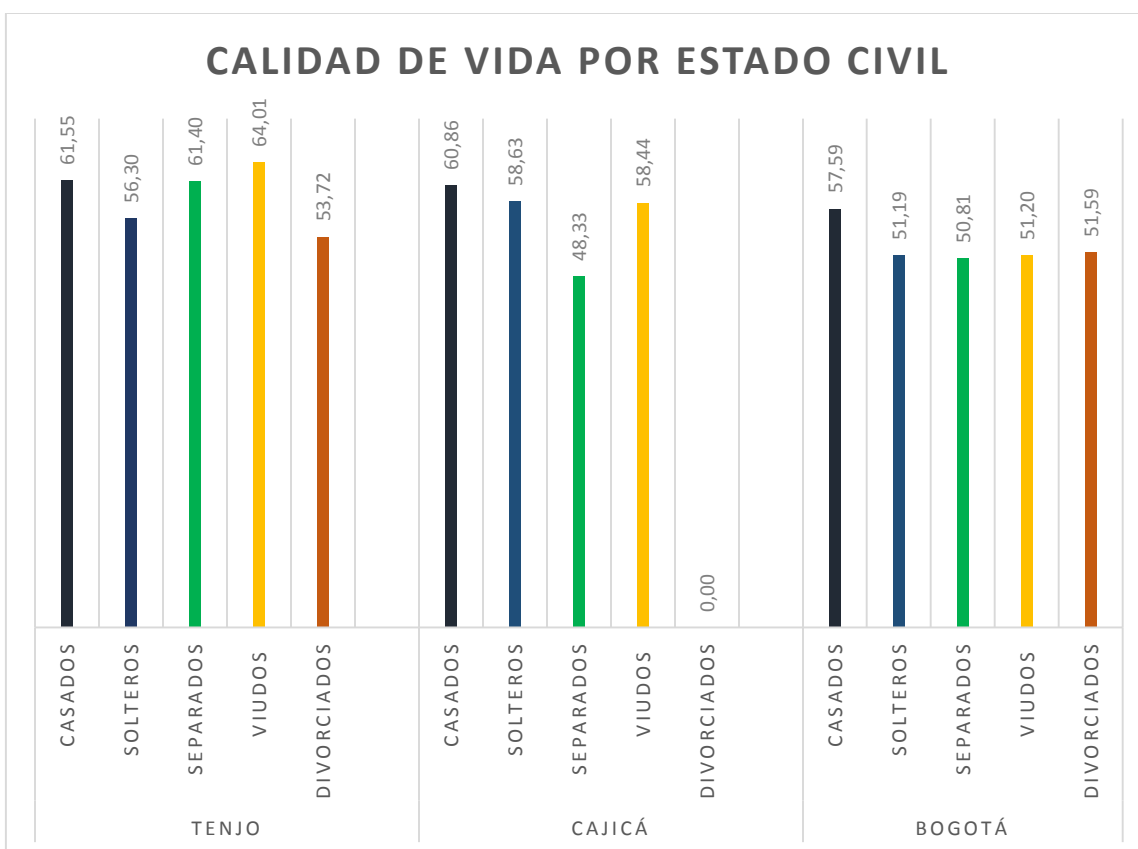
| CALIDAD DE VIDA POR ESTADO CIVIL |             |       |
|----------------------------------|-------------|-------|
| TENJO                            | CASADOS     | 61,55 |
|                                  | SOLTEROS    | 56,30 |
|                                  | SEPARADOS   | 61,40 |
|                                  | VIUDOS      | 64,01 |
|                                  | DIVORCIADOS | 53,72 |
| CAJICÁ                           | CASADOS     | 60,86 |
|                                  | SOLTEROS    | 58,63 |
|                                  | SEPARADOS   | 48,33 |
|                                  | VIUDOS      | 58,44 |
|                                  | DIVORCIADOS | 0,00  |



|        |             |       |
|--------|-------------|-------|
|        |             |       |
| BOGOTÁ | CASADOS     | 57,59 |
|        | SOLTEROS    | 51,19 |
|        | SEPARADOS   | 50,81 |
|        | VIUDOS      | 51,20 |
|        | DIVORCIADOS | 51,59 |

**Fuente:** Alba J. Beltrán N. Deluque C. Rivas D. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Cajicá, Tenjo y Bogotá D.C

FIGURA 11. CALIDAD DE VIDA SEGÚN ESTADO CIVIL



**Fuente:** Alba J. Beltrán N. Deluque C. Rivas D. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Cajicá, Tenjo y Bogotá D.C

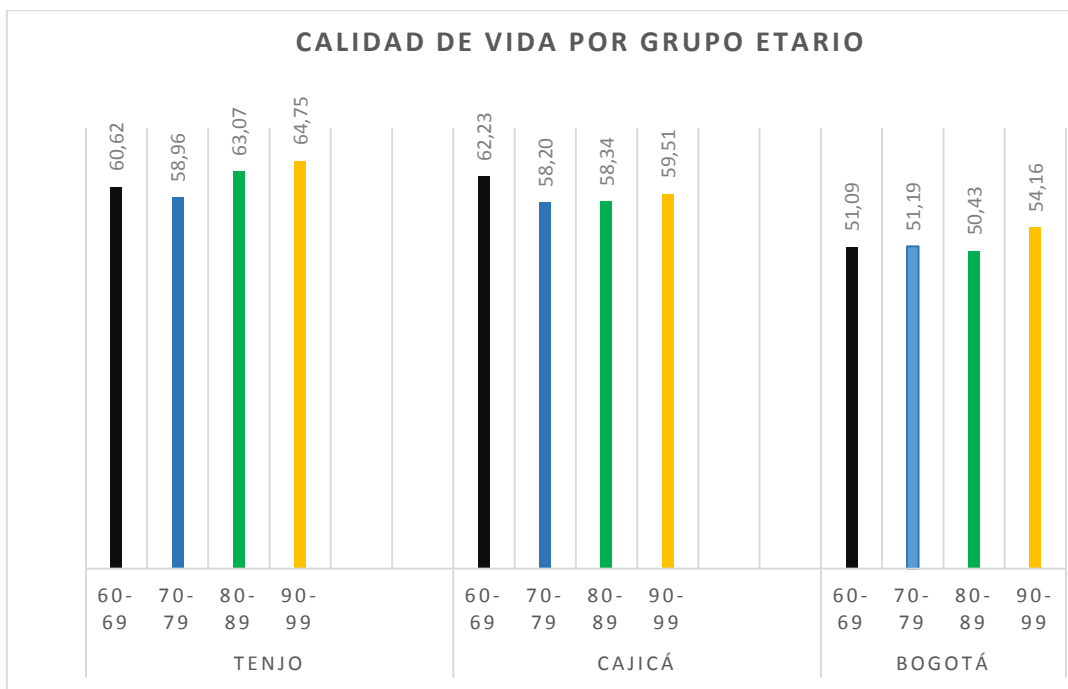
La calidad de vida con respecto al grupo etario, en Tenjo la población que tiene una mejor calidad de vida puntuada corresponde a los adultos entre 90 y 99 años, mientras que los que tienen mas baja puntuación fueron los participantes con edad entre 70 y 79. En Cajicá los que tienen mejor calidad de vida son los adultos entre 60 y 69 años mientras que los que presentan menor calidad de vida son los de 70 a 79 años. En Bogotá los adultos de 90 a 99 años puntuaron mas con respecto a los de 80 a 89 años. Esto se muestra en la tabla 14 y figura 12.

TABLA 14. CALIDAD DE VIDA SEGÚN GRUPO ETARIO

| <b>CALIDAD DE VIDA POR GRUPO ETARIO</b> |       |       |
|---|-------|-------|
| TENJO                                   | 60-69 | 60,62 |
|   | 70-79 | 58,96 |
|   | 80-89 | 63,07 |
|   | 90-99 | 64,75 |
| CAJICÁ                                  | 60-69 | 62,23 |
|   | 70-79 | 58,20 |
|   | 80-89 | 58,34 |
|   | 90-99 | 59,51 |
| BOGOTÁ                                  | 60-69 | 51,09 |
|   | 70-79 | 51,19 |
|   | 80-89 | 50,43 |
|   | 90-99 | 54,16 |

**Fuente:** Alba J. Beltrán N. Deluque C. Rivas D. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Bogotá D.C

FIGURA 12. CALIDAD DE VIDA SEGÚN GRUPO ETARIO



**Fuente:** Alba J. Beltrán N. Deluque C. Rivas D. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Cajicá, Tenjo y Bogotá D.C

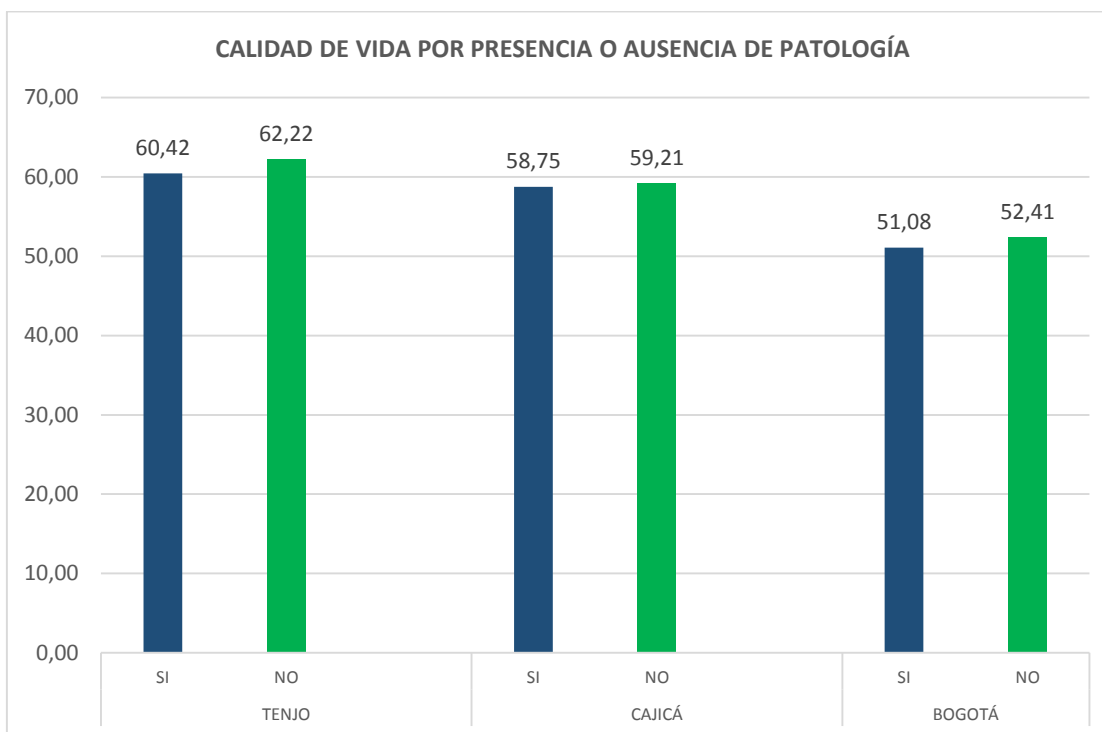
La calidad de vida relacionada con la población a estudio que tienen o no tienen alguna patología de base, se encontró que, en los tres lugares de recolección de datos, Bogotá, Tenjo y Cajicá, los adultos mayores que no tienen ninguna enfermedad presentan una puntuación de la calidad de vida mayor con respecto a los que sí tienen alguna enfermedad que presentan puntuaciones en la calidad de vida menores. Esto se muestra a continuación en la tabla 15 y figura 13.

TABLA 15. CALIDAD DE VIDA SEGÚN EXISTENCIA DE PATOLOGÍA

| CALIDAD DE VIDA POR PRESENCIA O AUSENCIA DE PATOLOGÍA |    |       |
|---|----|-------|
| TENJO   | SI | 60,42 |
|   | NO | 62,22 |
| CAJICÁ  | SI | 58,75 |
|   | NO | 59,21 |
| BOGOTÁ  | SI | 51,08 |
|   | NO | 52,41 |

**Fuente:** Alba J. Beltrán N. Deluque C. Rivas D. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Cajicá, Tenjo y Bogotá D.C

FIGURA 13. CALIDAD DE VIDA SEGÚN EXISTENCIA DE PATOLOGÍA



**Fuente:** Alba J. Beltrán N. Deluque C. Rivas D. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Cajicá, Tenjo y Bogotá D.C

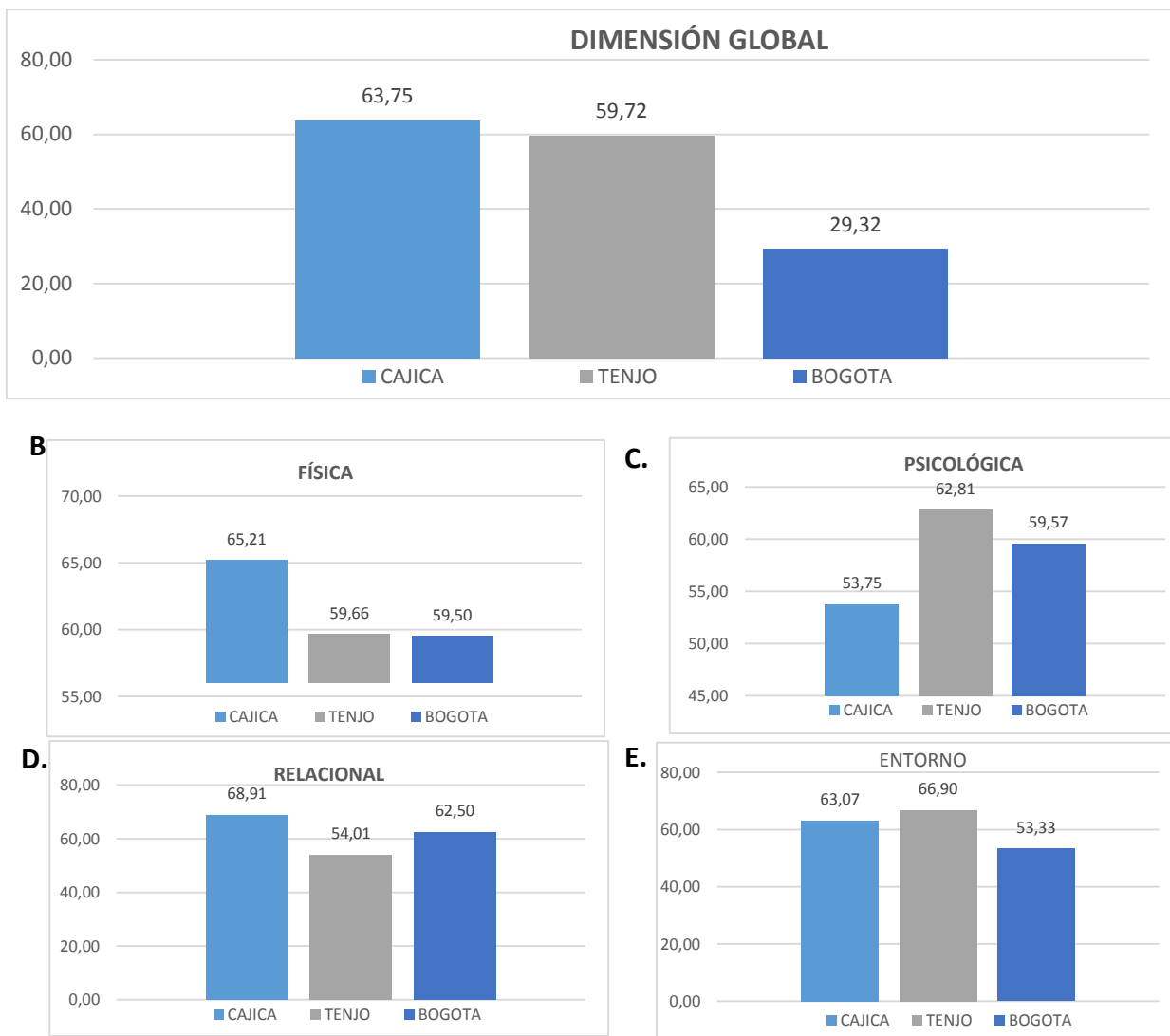
Se realizó la descripción grafica de la puntuación por dimensiones evaluadas en el instrumento WHOQOL-BREF y se representó en la tabla 16 mostrando una variabilidad de resultados. En la figura 14 A se representa la calidad de vida global en respuesta a la calidad de vida y la salud, se encontró que una mayor puntuación en la ciudad de Cajicá con un 63.75% y en menor puntuación la ciudad de Bogotá con un 29.32%. en la figura 14 B se representa la dimensión física obteniéndose una mejor puntuación en Cajicá con un 65.21% y en Tenjo y Bogotá se encontró una puntuación con gran similitud con un 59.6% y 59.5% respectivamente. En la figura 14 C se representa la puntuación de la dimensión psicológica donde el municipio de Tenjo obtuvo la mayor puntuación con un 62.81% y con menor puntuación el municipio de Cajicá con un 53.75%. En la figura 14 D se representa la dimensión relacional con menor puntaje el municipio de Cajicá con 68.9% seguido del municipio de Bogotá y finalmente el municipio de Tenjo con 62.5%. Finalmente, la figura 14 E se representa la dimensión entorno con mayor puntuación Cajicá con un 66.9% y menor puntuación el municipio de Bogotá con un 53.3%.

TABLA 16. PROMEDIO DE PUNTUACIÓN POR DIMENSIÓN

| <b>PROMEDIO DE PUNTUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN</b> |               |              |               |
|--|---------------|--------------|---------------|
| <b>DIMENSIÓN</b>   | <b>CAJICÁ</b> | <b>TENJO</b> | <b>BOGOTÁ</b> |
| GLOBAL   | 63,75         | 59,72        | 29,32         |
| FÍSICA   | 65,21         | 59,66        | 59,50         |
| PSICOLÓGICA  | 53,75         | 62,81        | 59,57         |
| RELACIONAL   | 68,91         | 54,01        | 62,50         |
| ENTORNO  | 63,07         | 66,90        | 53,33         |

**Fuente:** Alba J. Beltrán N. Deluque C. Rivas D. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Cajicá, Tenjo y Bogotá D.C.

FIGURA 14. PROMEDIO DE PUNTUACIÓN POR DIMENSIÓN



**Fuente:** Alba J. Beltrán N. Deluque C. Rivas D. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Cajicá, Tenjo y Bogotá D.C

## DISCUSIÓN

Como se ha mencionado anteriormente, el interés por una adecuada objetivación de la calidad de vida ha venido en aumento, lo que se ve reflejado en el surgimiento de diferentes instrumentos y estudios que acuden a estos; sin embargo, el instrumento WHOQOL-BREF no ha sido utilizado con tanta asiduidad, a pesar de presentar una excelente confiabilidad, validez interna, validez externa y objetividad.

A partir de lo anterior se decidieron realizar búsquedas en bases de datos para poder comparar los resultados del actual estudio, encontrando muy pocos artículos recientes con características lo suficientemente similares para realizar la confrontación de los mismos. El primero de ellos es un estudio publicado en el año 2016 por Wenjun Cao y colaboradores, un estudio prospectivo, longitudinal de cohortes, realizado desde mayo del 2014 a septiembre del 2015 con sujetos mayores de 60 años que residieran en la ciudad de Chanzhi, China, que contó con una totalidad de 1168 (7); aunque las características sociodemográficas y culturales son notablemente diferentes a las de este estudio, la distribución de dichos datos será analizada. El primer dato que destaca es la sutil diferencia de edad promedio entre los dos estudios, el realizado en china cuenta con un promedio de edad de 70.7 años mientras que este cuenta con una edad promedio de 76.8 años. En cuanto a la distribución por sexos se observa una mayor participación femenina con un 52.4%, el 32,4% curso estudios hasta escuela secundaria media, el 80.7% aún están casados y hay una prevalencia de hasta el 66.8% de enfermedades crónicas. En cuanto al puntaje obtenido con el instrumento WHOQOL-BREF tuvo un promedio aproximado de 60%, siendo la dimensión con mejor calificación, dimensión relacional con un 61.92%, y con la peor calificación se observa a la dimensión de salud psicológica, dichos resultados coinciden con lo obtenido en este estudio, con una mínima diferencia en los puntajes obtenidos y la organización de las dimensiones en el intermedio. Como datos adicionales el estudio realizado por Cao, utilizó la escala GDS para identificar la existencia de síntomas depresivos y realizar una correlación de los mismos con los puntajes obtenidos de la calidad de vida.

En búsqueda de estudios que incluyeran una población con características sociodemográficas más similares a las de la población estudio, se encontraron dos publicaciones iberoamericanas. La primera de ellas publicada en el 2014, estudio realizado en la ciudad de Bello Horizonte, Brazil, estudio transversal, con 391 adultos mayores entre octubre 8 del 2010 y mayo 23 del 2011; todos los sujetos incluidos en este estudio tenían una edad igual o superior a 60 años. En cuanto a las características demográficas del estudio se encontró una mayor participación femenina con un 62.9%, el 40.5% están casados o tienen una relación estable, el

36.5% de la población tiene menos de 4 años de estudios, la edad promedio fue de 69,7 años, al menos el 92,3% de los entrevistados manifestaron sufrir alguna enfermedad siendo la más prevalente la HTA con un 75,4% seguida de la diabetes mellitus con un 24%. En cuanto a la puntuación de la calidad de vida, se encuentra que aproximadamente el 50% de los adultos mayores obtuvieron una calificación igual o inferior a 60%, sin embargo, el estudio brasileño utiliza un análisis diferente de la misma, relacionando el puntaje final obtenido con la respuesta a las preguntas de la dimensión global, agrupándolos en dos grupos diferentes; aquellos que respondieron de manera favorable a la percepción global de calidad de vida y aquellos que lo hicieron de manera desfavorable. Este tipo de análisis impide una comparación más profunda de los datos obtenidos con el instrumento WHOQOL-BREF.

El Segundo estudio brasileño, también realizado en la ciudad de Belo Horizonte, fue publicado en el año 2015, un estudio transversal con 275 participantes con 60 o más años, pertenecientes a diversos programas del centro de referencia para los adultos mayores. La recolección de datos se realizó desde enero del 2012 y culminó en mayo del 2014. La edad media del estudio fue de  $70.8 \pm 6.4$  años, con una alta presencia femenina con un 82%. Aproximadamente el 30% de la población no tuvieron ningún estudio o cursaron menos de cuatro años de educación, las comorbilidades más comunes en el estudio fueron la hipertensión arterial con un 63,4%, seguida por la dislipidemia (26.5%) y diabetes mellitus (23.7%). Los puntajes de calidad obtenidos en este estudio son en promedio de  $63.91 \pm 9.62$ , siendo las dimensiones calificadas de mayor a menor puntaje la dimensión psicológica y la de menor puntaje la dimensión social. Este estudio también utilizó la relación del puntaje total con el obtenido en la dimensión global, por ende, se encuentran las mismas dificultades para el análisis de los puntajes generales.

Por último, un estudio que permite realizar una extrapolación fiable es el realizado por Jaiberth et al en el 2013 en la ciudad de Medellín, un estudio observacional transversal, donde la muestra fue de 191 participantes mayores de 60 años, donde la distribución poblacional fue del 50.3% de sexo femenino y el 49.7% de sexo masculino, el 51.3 % son casados y el 56% pertenecían al sector rural (54) mientras que en este estudio, la población urbana completo el 47,19% y a región periférica de Bogotá fue de 52.8%; en este estudio autores el instrumento WHOQOL-BREF, se centra en la calidad de vida relacionada en la salud, la OMS lo cataloga como un instrumento para la medición de la calidad de vida global y esto es posible gracias a la gran uniformidad en cuanto a características sociodemográficas en su población estudio y la de esta investigación. En términos generales, las dimensiones más y menos afectadas de los dos estudios se encuentran invertidas, mientras que, para la contraparte, la dimensión más afectada es la social con un puntaje de 27%, para esta investigación es la psicológica (puntuación de 58.71); mientras que la



dimensión menos afectada para la contraparte fue la relacional (puntuación de 61.81). Otro aspecto que destacar del estudio realizado en la ciudad de Medellín, es la correlación existente entre la edad de los participantes y la percepción de la calidad de vida, para ellos, a mayor edad menor es la percepción de la calidad de vida, mientras que lo observado en esta investigación, no existe diferencia en la puntuación en esta variable dada la distribución homogénea de los datos independientemente del grupo étnico. Por último, uno de los aspectos más llamativos, es la relación presente entre la existencia de patologías y la percepción de la calidad de vida, donde aquellos que padecen alguna enfermedad y/o hospitalización presentan puntajes inferiores a aquellos que no las padecen, mientras que, para esta investigación, esta diferencia no supera más de tres puntos porcentuales en los datos obtenidos. En cuanto a la prevalencia de patologías, en dicha población se observa una alta prevalencia de hipertensión arterial (50%) seguida por la diabetes mellitus (23,6%), la dislipidemia (22,3%) la osteoporosis (15%) en lo que vemos un comportamiento ligeramente similar al de la población estudio, gracias a la alta prevalencia de HTA en las tres poblaciones.

A partir de los resultados obtenidos con este estudio y las conclusiones dilucidadas en base a las comparaciones con las demás investigaciones, se hace necesario tener ciertas consideraciones, la primera de ellas apunta a la utilización de otros instrumentos conjuntamente a la aplicación del WHOQOL – BREF, con el fin de lograr identificar factores que influyan de manera significativa en la calidad de vida, ya que por sí solo el instrumento anteriormente mencionado no está diseñado para tal fin, además de esto también se considera pertinente la utilización de algún instrumento que permita valorar la función mental de los posibles entrevistados para tener una mayor precisión en los criterios de exclusión.

## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el presente trabajo calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Bogotá D,C y municipios de Cajicá y Tenjo segundo periodo 2017 se encontró como primera medida que los municipios de Tenjo y Cajicá tienen mejor puntuación de calidad de vida respecto a Bogotá D.C, la puntuación en general más afectada de la población fue la psicológica viéndose alterada por la baja calificación obtenida en esta dimensión y la que se encuentra menos afectada fue la relacional, se evidencio que para esta muestra la edad no tiene correlación con la puntuación de la calidad de vida y una variación muy baja de la puntuación de calidad de vida obtenida dependiente del sexo, en cuanto las comorbilidades se encuentra un mayor índice para la población de Bogotá DC sobre los otros municipios.

Otras investigaciones relacionadas deben tener en cuenta las variables más implicadas que afectan la calidad de vida, las cuales se presentan en los resultados de esta investigación, para diseñar modelos de cuidado a la población objetivo que ayuden a mejorarla.

Reiterar la importancia de las actividades físicas, sociales, cognitivas en un ámbito saludable para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Se sugiere que se emplee una atención integral, desarrollo de su integración social, y el uso de tiempo libre para su recreación.

## ASPECTOS ÉTICOS

En nuestro estudio se empleará como método de investigación según el documento descriptivo de tipo encuesta, el cual no requiere ninguna intervención de tipo biológico, fisiológico o psicosocial, en nuestra población objetivo, ni requerirá alguna intervención terapéutica al tratamiento previo instaurado de cada adulto mayor. Lo anterior se establece en la resolución 8430 de 1993, en su artículo número 11, por lo que nuestra investigación no representa ningún tipo de riesgo para la población estudiada. Se tendrá en cuenta la realización del respectivo consentimiento informado a cada persona implicada en la investigación.

La información obtenida de los adultos mayores estudiados se analizará y será manejada con absoluta confidencialidad, respetando la privacidad de la información.

La información obtenida solo será utilizada como única finalidad de forma académica y científica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización de las naciones unidas. La situación demográfica en el mundo 2014 informe conciso. (1 ed.). [Online] New York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales; 2014. Available from: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf> [Accessed 11 abril 2017].
2. Ministerio de la Protección Social , Fundación Saldarriaga Concha. Diagnóstico de los Adultos Mayores en Colombia. Bogotá: mimeo, 2007.
3. Organización mundial de la salud . Informe Mundial Sobre El Envejecimiento y La Salud . (1 ed.).[Online] Estados Unidos de América : Organización Mundial de la Salud; 2015. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf) [Accessed 08 marzo 2017].
4. Rodríguez Daza karen dayana , R.D.K.D. Vejez y envejecimiento . (1 ed.). [Online] Bogotá DC: Grupo de Investigación en Actividad Física y Desarrollo Humano ; 2011. Available from: [http://www.urosario.edu.co/urosario\\_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf](http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf) [Accessed 10 abril 2017].
5. Guerrero-martelo, M, Galván, G, Vásquez de la hoz, F, Lázaro, G, Morales, D. Relación entre autoestima y autonomía funcional en función del apoyo social en adultos institucionalizados de la tercera edad/ Relationship Between Self-Esteem and Functional Autonomy in Elderly Adults in Vulnerable Conditions. Psico. [Online] 2015;18(34): 303-310. Available from: <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/1403/1388> [Accessed 02 Octubre 2017].
6. Purificación causapie lopesino , P.C.L, Antonio balbontin lopez ceron , A.B.L.C, Manuel porras muñoz , M.P.M, Adela mateo echanagorria , A.M.E. ENVEJECIMIENTO ACTIVO . (1 ed.). [Online] Madrid: Ministerio de

Sanidad, Política Social e Igualdad Secretaria General de Política Social y Consumo Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2011. Available from: [http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088\\_8089libroblancoenv.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf)[Accessed 20 FEBRERO 2017].

7. Cao, W, Guo, C, Ping, W, Tan, Z, Guo, Y. A Community-Based Study of Quality of Life and Depression among Older Adults. *Int J Environ Res Public Health*. [Online] 2016;13(7): 1-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4962234/pdf/ijerph-13-00693.pdf> [Accessed 05 Octubre 2017].
8. Rubio olivares , D, Rivera martinez , L, Borges oquendo , L, Gonzalez creso, F. Calidad de vida en el adulto mayor . *VARONA Rev cien met*. [Online] 2015;61(2): 1-7. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360643422019> [Accessed 27 mayo 2017].
9. World health organization . WHOQOL Calidad de vida. *Prog Sal Ment* . 1998;1(1): 1-11.
10. Galan Nava G , G.N.G. La calidad de vida: Análisis multidimensional. *Enf neurol* . [Online] 2012;11(3): 1-9. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123c.pdf> [Accessed 11 abril 2017].
11. Limon , M, Ortega , M. Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores . *Rev psicol y edu*. [Online] 2011;6(1): 225-238. Available from: <http://www.revistadepsicologiyeducacion.es/pdf/68.pdf> [Accessed 18 abril 2017].
12. World health organization . Active Ageing a policy framework. (1 ed.). [Online] España: ; 2002. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf) [Accessed 5 junio 2017].
13. Ministerio de la Protección Social , Fundación Saldarriaga Concha. Diagnóstico de los Adultos Mayores en Colombia. Bogotá: mimeo, 2007.

14. Varela , L. Salud y Calidad De Vida en el Adulto Mayor . Rev Peru Med Exp Salud Publica. [Online] 2016;33(2): 199-201. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342016000200001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342016000200001&script=sci_arttext) [Accessed 11 abril 2017].
  
15. Olivares rubio , D, Rivera martinez , L, Borges oquendo , L, Gonzalez creso , F. Calidad de vida en el adulto mayor. VARONA, Rev Cien. [Online] 2015;61(1): 1-7. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360643422019> [Accessed 14 marzo 2017 ].
  
16. Schaloch R, Verdugo M. manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza editorial.
  
17. Alonso galbán, P, Sansó soberats, F, Díaz-canel navarro, A, Carrasco garcía, M, Oliva, T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor . Rev Cub Sal Pub .[Online] 2007;33(1): 1-16. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000100010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010) [Accessed 11 mayo 2017].
  
18. Jürschik gimenez, P, Escobar bravo , M, Nuin orrio, C, Botigué satorra, T. Criterios de fragilidad del adulto mayor Estudio piloto. Aten prim. [Online] 2011;43(4): 190-196. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-criterios-fragilidad-del-adulto-mayor--S0212656710002064> [Accessed 11 mayo 2017].
  
19. Vidarte claros, J, Vélez Álvarez, C, Sandoval cuellar, C, Alfonso mora, M. Actividad fisica: estrategia de promocion de la salud. Hac la prom de salud. [Online] 2011;16(1): 202-218. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n1/v16n1a14.pdf> [Accessed 5 febrero 2017].
  
20. Rizzoli, R, Reginster , J, Arnal , J, Bautmans , I, Beudart , C, et al. Quality of life in sarcopenia and frailty. Eur PMC Fun Gro. [Online] 2013;93(2): 101-120. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23828275> [Accessed 7 marzo 2017].

21. Landinez parra, N, Contreras valencia, K, Castro villamilii , A. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Rev cub sal pub. [Online] 2012;38(4): 562-580. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0864-34662012000400008&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0864-34662012000400008&script=sci_abstract&tlng=es) [Accessed 19 abril 2017].
22. Gurrolla ceballos, O. Actividad física y calidad de vida en adultos mayores. In: (ed.) Actividad física en el adulto mayor. España: El Manual Moderno; 2012. p. 1-11.
23. Tello rodriguez, T, varela pinedo, L, Ortiz saavedra, P, Chàvez jimeno, H, Revoredo gonzáles, C. Calidad del sueño, somnolencia diurna e higiene del sueño en el Centro del Adulto Mayor Mirones,. Act Med Per. [Online] 2009;26(1): 22-26. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/966/96611366006.pdf> [Accessed 22 marzo 2017].
24. Smith, M, Haythornthwaite, J. How do sleep disturbance and chronic pain inter-relate? Insights from the longitudinal and cognitive-behavioral clinical trials literature. Sleep med rev. [Online] 2004;8(2): 119-132. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15033151> [Accessed 12 abril 2017].
25. Cruz menor, E, Hernández rodríguez, Y, Morera rojas, B, Fernández montequín, Z, Rodríguez benítez, J. Trastornos del sueño en el adulto mayor en la comunidad. Rev cien med. [Online] 2008;12(2): . Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v12n2/rpr13208.pdf> [Accessed 8 junio 2017].
26. Foley , D, Ancoli-israel, S, Britz, P, Walsh, J. Sleep disturbances and chronic disease in older adults: results of the 2003 National Sleep Foundation Sleep in America Survey. Nat Sleep Found. [Online] 2014;56(5): 497 - 502. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15172205> [Accessed 6 agosto 2017].
27. Stone , K, Blackwell , T, Ancoli-israel, S, Cauley, J, Redline, S. Sleep Disturbances and Increased Risk of Falls in Older Community-Dwelling Men: The Outcomes of Sleep Disorders in Older Men (MrOS Sleep) Study. Nat Ins of Healt. [Online] 2014;62(2): 299-305. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3945231/pdf/nihms-539377.pdf> [Accessed 8 junio 2017].

28. Durán, S, Matta, P, Bravo , N, Moreno, C, Reyes, S. Asociación entre calidad de vida y cantidad de sueño en adultos mayores de la Región Metropolitana y Región de Valparaíso, Chile. Rev med chile. [Online] 2014;142(11): 1371-1376. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v142n11/art02.pdf> [Accessed 19 agosto 2017].
29. Andrade , F, Pizarro, J. BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL ADULTO MAYOR . Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción. [Online]2007;1(1): 1-13. Available from: <http://www.discapacidadonline.com/wp-content/uploads/2013/04/tercera-edad-beneficios-de-los-ejercicios.pdf> [Accessed 12 abril 2017].
30. Jiménez Oviedo Y, Núñez M, Coto Vega, E. La actividad física para el adulto mayor en el medio natural. Rev de las Sed Reg. [Online] 2103;14(27): 168-181. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66627452009> [Accessed 23 julio 2017].
31. Bowling, A. Enhancing later life: How older people perceive active ageing. Aging and men heal. [Online] 2008;12(3): 293-301. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/13607860802120979> [Accessed 1 septiembre 2017].
32. García Mejía , M, Moya polania, L, Quijano, M. Rendimiento cognitivo y calidad de vida de adultos mayores asistentes a grupos de tercera edad. Act neurol Col. [Online]2015;31(4): 398-403. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v31n4/v31n4a07.pdf> [Accessed 15 septiembre 2017].
33. Gutiérrez Robledo, L, Gutiérrez Ávila, J. Envejecimiento Humano Una visión transdisciplinaria. (1st ed.). [Online] Mexico: Secretaria de salud; 2010. Available from: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=28396> [Accessed 10 marzo 2017].
34. Rumiko kakishima , A.K.A.S.H.I. Psychological Well-being among Three Age Groups of Older Americans Living in the Community. (1 ed.). [Online] United States: Columbia University; 2012. Available from: <https://academiccommons.columbia.edu/catalog/ac%3A143067> [Accessed 29 junio 2017].



35. Baker, L, Gringart, E. Body image and self-esteem in older adulthood . Age and Soc. [Online] 2009;29(6): 977-995. Available from: [http://journals.cambridge.org/abstract\\_S0144686X09008721](http://journals.cambridge.org/abstract_S0144686X09008721) [Accessed 14 septiembre 2017].
36. Borglin, G, Edberg , A, Rahm, I. The experience of quality of life among older people. Jour of agi est. [Online] 2005;19(1): 201-220. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890406504000751> [Accessed 6 septiembre 2017].
37. Casha, T, Jakatdara, T, Fleming, E. The Body Image Quality of Life Inventory: further validation with college men and wome. Bod ima. [Online] 2004;1(1): 279-287. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890406504000751> [Accessed 26 septiembre 2017].
38. Colon, R. LAS RELACIONES HUMANAS Psicología social teórica y aplicada. (2 ed.). [Online] España: Editorial Biblioteca Nueva; 2007. Available from: <https://telemedicinadetampico.files.wordpress.com/2012/07/83834274-las-relaciones-humanas.pdf> [Accessed 12 julio 2017].
39. Robles silva, L. La vejez: nuevos actores, reacciones sociales y demandas políticas. Relac Est de hist y soc. [Online] 2006;27(105): 141-175. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13710505> [Accessed 19 septiembre 2017].
40. Pinazo , S, Sanchez, M. Gerontología: actualización, innovación y propuestas. (1st ed.). [Online] España: Pearson educacion; 2005. Available from: <https://www.casadellibro.com/libro-gerontologia-actualizacion-innovacion-y-propuestas/9788420543581/1046234> [Accessed 10 agosto 2017].
41. Lopez garcia, E, Banegas, J, Garciani, A, Herruzo cabrera , R, Rodriguez, F. Social network and health-related quality of life in older adults: A population-based study in Spain. Qual Life Res. [Online] 2005;14(1): 511-520. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15892440> [Accessed 19 agosto 2017].

42. Perez martines, V. Sexualidad humana: una mirada desde el adulto mayor. [Online] 2007;11(1): 1-8. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/1804/180414043011.pdf> [Accessed 16 agosto 2017].
43. Llanes betancourt, C. La sexualidad en el adulto mayor. Rev Cubana Enfermer. [Online] 2013;29(3): 223-232. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v29n3/enf08313.pdf> [Accessed 11 septiembre 2017].
44. Darnaud, T, Sirvain, S, Igier, V, Taitond, M. A study of hidden sexuality in elderly people living in institutions. Sexologies. [Online] 2013;22(4): 93-99. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1158136013000443> [Accessed 11 septiembre 2017].
45. Lochlainn, M, Kenny, R. Sexual activity and aging. JAMDA. [Online] 2013;14(1): 565-572. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23540950> [Accessed 11 septiembre 2017].
46. Mahan buttaro, T, Koeniger-donohue, R, Hawkins, J. Sexuality and Quality of Life in Aging: Implications for Practice. Jour for nur pract. [Online] 2014;10(7): 480-485. Available from: [http://www.npjournal.org/article/S1555-4155\(14\)00292-X/abstract](http://www.npjournal.org/article/S1555-4155(14)00292-X/abstract) [Accessed 15 septiembre 2017].
47. Nordin, S, Mckee, K, Wallinder, M, Von koch, L, Wijik, H. The physical environment, activity and interaction in residential care facilities for older people: a comparative case study. Scand J Caring Sci. [Online] 2016;10(1): 1-12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27862156> [Accessed 18 septiembre 2017].
48. Machado cuétara, R, Bazán machado, M, Izaguirre bordelouis, M. Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos del área de salud Guanabo. Medisan. [Online] 2014;18(2): 156-161. Available from: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18\\_2\\_14/san03214.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_2_14/san03214.htm) [Accessed 18 septiembre 2017].

49. Torres, M, Quezada , M, Rioseco , R, Ducci , M. Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF. Rev med Chile. [Online] 2008;136(1): 325-333. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v136n3/art07.pdf> [Accessed 18 septiembre 2017].
50. Florez , M, Troyo , R, Cruz , M, Perez , G, Muñoz , A. Evaluacion calidad de vida mediante el WHOQOL-BREF en adultos mayores que viven en edificios multifamiliares en Guadalajara, Jalisco. Rev Arg clin psic. [Online] 2013;22(1): 180-190. Available from: <http://www.redalyc.org/html/2819/281931436010/> [Accessed 18 September 2017].
51. Hernandez sampieri , R. Metodologia de la investigacion. (5ta ed.). [Online] Mexico: McGraw Hill; 2010. Available from: [https://www.esup.edu.pe/descargas/dep\\_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci3n%205ta%20Edici3n.pdf](https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci3n%205ta%20Edici3n.pdf) [Accessed 05 agosto 2017].
52. World health organization . World Health Organization Quality of Life Instruments (WHOQOL-BREF). Seattle quality of life group. [Online] 1997;(1): . Available from: <http://depts.washington.edu/seaqol/WHOQOL-BREF> [Accessed 02 marzo 2016].
53. World health organization . World Health Organization Quality of Life Instruments (WHOQOL-BREF). Seattle quality of life group. [Online] 1997;(1): . Available from: <http://depts.washington.edu/seaqol/WHOQOL-BREF> [Accessed 02 marzo 2016].
54. Cardona-arias, J, Giraldo, E, Maya, M. Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de un municipio colombiano. Rev est med uni industrial de Santander. [Online] 2016;29(1): 17-27. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-03192016000100003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-03192016000100003&script=sci_abstract&tlng=pt) [Accessed 8 octubre 2017].

