

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR, RESIDENTE EN UN
HOSPITAL GERIÁTRICO EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI DURANTE
EL AÑO 2017

NÉSTOR BARÓN CARRILLO



UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD - ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
SANTIAGO DE CALI
2018

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR, RESIDENTE EN UN
HOSPITAL GERIÁTRICO EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI DURANTE EL
AÑO 2017

ING. NÉSTOR BARÓN CARRILLO

DIRECTOR: LUIS FERNANDO RENDÓN CAMPO
MD. MAGISTER EN SALUD PÚBLICA, ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA,
UNIVERSIDAD DEL VALLE

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO:
MAGISTER EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
SANTIAGO DE CALI
2018

III

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Santiago de Cali, enero de 2018

A Dios y la Virgen por darme una nueva oportunidad.
A todos mis seres queridos que desde el cielo nos guían y protegen siempre.
A mis padres Luis Alfonso y María Eucaris.
A mis hijos Natalia y Cristhian David.
A mis hermanos Reinel, Luis Raúl (q.e.p.d.), Luis Alfonso y Adriana Ximena.
A toda mi familia y amigos por su respaldo permanente.

Néstor Barón Carrillo

AGRADECIMIENTOS

Expreso mis más sinceros agradecimientos:

Al profesor Luis Fernando Rendón Campo, por sus valiosos aportes, acompañamiento y experiencia que me brindó durante todo el desarrollo del proyecto de investigación.

A los profesores Fernando Arteaga Suárez y Harold Aldana Granobles, por su guía y orientación.

A Claudia Lorena Varela Pérez, Héctor Fabio Cortés, Álvaro Martínez Payán, Carlos Alberto García Ramírez, Alba Liliana Loba Liñán, Mauricio Ocampo, directivos del Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, empresa social del estado, por su apoyo permanente para llevar a cabo la investigación.

A mis compañeros y amigos Clara Inés, Edwin, Pawell y Eduard por su apoyo constante.

A los adultos mayores, con quienes compartí momentos en los que me expusieron su vida, su experiencia y sus enseñanzas de vida.

A todas las demás personas que apoyaron la realización de este proyecto de investigación.

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS	9
LISTA DE GRÁFICOS	11
LISTA DE ANEXOS	12
RESUMEN	13
SUMMARY	15
1. INTRODUCCIÓN	17
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
3. MARCO REFERENCIAL	28
3.1 Marco Contextual	28
3.2 Marco Teórico	41
3.2.1 Calidad de vida.	41
3.2.2 Pertinencia y validación científica de la escala FUMAT	42
3.2.3 Consistencia Interna de las dimensiones de la escala FUMAT	44
3.2.4 El error típico de la medida	45
3.2.5 Factores que afectan la calidad de vida.	47
3.2.6 Dimensiones de integración de la Calidad de Vida.	47
3.2.7 Modelo geriátrico de atención centrada en la persona.	48
3.2.8 Modelo Biopsicosocial	49
3.2.9 Envejecimiento Activo.	51
3.2.10 Escala de Likert.	52
3.2.11 Personas dependientes e independientes.	52
3.3 Marco Legal	53
4. OBJETIVOS	62

4.1 OBJETIVO GENERAL	62
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	62
5. METODOLOGÍA	63
5.1 Diseño de Estudio	63
5.2 Área de Estudio	63
5.3 Población Objetivo	64
5.4 Población de Estudio	64
5.5 Definición de variables y operacionalización	65
5.5.1 Definición de variable dependiente	66
5.5.2 Definición de Variables Independientes	66
5.6 Procedimiento para la recolección de información	75
5.6.1 Capacitación	75
5.6.2 Recolección de información según la escala FUMAT	76
5.6.3 Uso de Fuentes de Información.	77
5.7 Plan de Análisis	78
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	85
7. RESULTADOS	88
7.1 Características demográficas, biológicas, económicas y sociales	88
7.1.1 Características Sociodemográficas.	88
7.1.2 Características Económicas.	91
7.1.3. Características Biológicas.	94
7.2 Determinación del Perfil de Calidad de Vida de los Adultos Mayores	100
7.2.1 Análisis de las dimensiones de la escala FUMAT	100
Análisis de la dimensión Bienestar Emocional	102

Análisis de la dimensión Relaciones Interpersonales	104
Análisis de la dimensión Bienestar Material	106
Análisis de la dimensión Desarrollo Personal	108
Análisis de la dimensión Bienestar Físico	109
Análisis de la dimensión Autodeterminación	111
Análisis de la dimensión Inclusión Social	112
Análisis de la dimensión Derechos	114
7.2.2 Índice de Calidad de Vida (ICV)	115
7.2.3 Perfil de Calidad de Vida	121
7.2.4 Pruebas de Significancia	125
7.3 Identificación de Brechas	125
7.3.1 Unidad de negocio de venta de servicios de salud.	127
7.3.2 Unidad de negocio de Albergue	128
7.3.3 Unidad de Negocio de Centro Vida	130
7.3.4 Ofertas de Servicios de Salud	131
7.3.5 Capacidad Instalada	132
7.3.6. Recurso humano.	134
7.3.7. Modelo de Atención centrado en la persona.	135
8. DISCUSIÓN	136
8.1 Fortalezas	142
8.2 Debilidades	144
8.3 Implicaciones para la salud pública	144
8.4 -Impacto	145
9. CONCLUSIONES	147
10. RECOMENDACIONES	153
11. BIBLIOGRAFÍA	154
12. ANEXOS	163

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Porcentaje de la población adulta por departamentos en Colombia	22
Tabla 2. Población adulta por municipios en Colombia	23
Tabla 3. Dimensiones e Indicadores de la Calidad de Vida	41
Tabla 4. Correlación entre las Dimensiones de la Escala FUMAT	82
Tabla 5. Características sociodemográficas del AM según el lugar de nacimiento	89
Tabla 6. Características sociodemográficas del AM	90
Tabla 7. Características sociodemográficas del AM según el género y la sala que ocupa	91
Tabla 8. Características Económicas del AM	92
Tabla 9. Características Económicas del AM según el tipo de afiliación al Sistema	92
Tabla 10. Características económicas del AM según la estancia y género.	93
Tabla 11. Características económicas del AM según la estancia por sala de ocupación.	94
Tabla 12. Características biológicas del AM según la situación de discapacidad	95
Tabla 13. Características biológicas del AM según la situación de discapacidad.	95
Tabla 14. Características biológicas del AM según el índice de masa corporal por género.	98
Tabla 15. Características biológicas del AM según el índice de masa corporal	98
Tabla 16. Características biológicas del AM según el índice de masa corporal y edad.	99
Tabla 17. Características biológicas del AM	99
Tabla 18. Frecuencias de respuesta a cada pregunta	100
Tabla 19. Índice de calidad de vida del AM	116
Tabla 20 Comparativo de los puntajes directo y estándar máximos	122
Tabla 21 . Escala FUMAT	124
Tabla 22. Habilitación de servicios de baja complejidad	127
Tabla 23. Servicios ofertados por la E.S.E	131
Tabla 24. Capacidad instalada de la E.S.E.	132
Tabla 25. Recurso humano de la E.S.E.	134
Tabla 26 Recomendaciones de la investigación	163
Tabla 27 Cálculo de la puntuación directa total de la dimensión Bienestar emocional	171
Tabla 28 Anotación de las puntuaciones directas totales	172
Tabla 29 Cálculo de puntuaciones estándar y percentiles de la escala FUMAT	173

Tabla 30 Cálculo del Índice de Calidad de Vida de la Escala FUMAT

174

Tabla 31 Escala FUMAT

176

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Tasas de Crecimiento por Grupos de Edad 1950-2050	20
Gráfico 2. Pirámide Poblacional en Colombia 1975-2050	21
Gráfico 3 Características socio-demográficas del AM según su edad y género	90
Gráfico 4 Características sociodemográficas del AM según su género y sala de ocupación.	91
Gráfico 5 Características Económicas del AM según el género y ocupación	92
Gráfico 6 Características económicas del AM según la estancia por sala de ocupación.	94
Gráfico 7 Características biológicas del AM según la sala de ocupación	96
Gráfico 8 Características biológicas del AM según el rango de edad	97
Gráfico 9 Características biológicas del AM según la funcionalidad	97
Gráfico 10 Características biológicas del AM según el índice de masa corporal	98
Gráfico 11 . Frecuencia resultados a preguntas de la Dimensión Bienestar Emocional	104
Gráfico 12 Frecuencia de resultados a preguntas de Dimensión Relaciones Interpersonales	105
Gráfico 13 Frecuencia de los resultados a las preguntas de la Dimensión Bienestar Material	107
Gráfico 14 Frecuencia de los resultados a las preguntas de la Dimensión Desarrollo Personal	109
Gráfico 15 Frecuencia de los resultados a las preguntas de la Dimensión Bienestar Físico	110
Gráfico 16. Frecuencia de resultados a preguntas de Dimensión Autodeterminación	112
Gráfico 17. Frecuencia de los resultados a las preguntas de la Dimensión Inclusión Social	114
Gráfico 18. Frecuencia de los resultados a las preguntas de la Dimensión Derechos.	115
Gráfico 19 Comparativo entre el puntaje directo máximo	123
Gráfico 20 Porcentaje de cumplimiento de las dimensiones de la escala FUMAT	123
Gráfico 21 Perfil de Calidad de Vida de la Escala GENCAT	175

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Otras recomendaciones de la Investigación	163
Anexo B. Normas de aplicación de la Escala FUMAT	167
Anexo C. Normas de corrección e interpretación	171
Anexo D. Escala FUMAT	176
Anexo E. Perfil de Calidad de Vida	179
Anexo F. Consentimiento Informado	180
Anexo G. Carta de Aprobación por el Comité de Posgrado	182
Anexo H. Carta de Aprobación por el Comité	184
Anexo I. Frases de Experiencia de Vida	186

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento de la población, la reducción de las tasas de mortalidad y el aumento de la esperanza de vida al nacer, son los rasgos más característicos de las sociedades actuales y han sido responsables de que haya un mayor número de personas con más de 60 años, haciendo necesario mejorar la calidad de vida de la población. La escala FUMAT permite realizar la evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores a través de sus dimensiones de bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, integración social y derechos.

Objetivo: Determinar el perfil de la calidad de vida del adulto mayor y las brechas existentes con la actual oferta de servicios del Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E. del municipio de Santiago de Cali durante el año 2017.

Metodología: Estudio de prevalencia de tipo descriptivo transversal. La población del estudio correspondió a la totalidad de los adultos mayores. Se realizó el cruce de estas variables para conocer su aplicabilidad entre la actual oferta de servicios y las dimensiones de la escala FUMAT (bienestar físico, bienestar emocional, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, bienestar material, autodeterminación y derechos). Las variables de género, lugar de nacimiento, edad, escolaridad, etnia, religión, estado civil, sala ocupa, afiliación al sistema general de seguridad social en salud, estancia, ocupación anterior, discapacidad, índice de masa corporal, estado emocional y funcionalidad permitieron evaluar el índice de calidad de vida y sus variables asociadas. Se realizaron cruces entre las variables incluyendo las sociodemográficas, económicas y biológicas con el fin de caracterizar la población evaluada y según el caso se aplicaron pruebas Chi², Fisher, U. de Mann Whitney dependiendo del tipo de variables para verificar si existen diferencias estadísticamente significativas en los valores obtenidos para el índice de calidad de

vida y sus variables asociadas. Se estimaron las asociaciones bi-variadas de las afirmaciones y sus dimensiones con la variable independiente. Se realizó la recolección y análisis de la información de la actual oferta de servicios que permitió medir la producción de servicios asistenciales, la capacidad instalada, talento humano y servicios actuales.

Resultados: Se analizaron 133 adultos mayores, sus edades oscilaron entre los 57 y 105 años, con una media de 81,4 años y predominando las mujeres con el 52,6%. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas del índice de calidad de vida con las variables género, sala de ocupación, estado civil, edad de las mujeres, ocupación que ejercían antes de ingresar a la entidad, discapacidad, nivel de escolaridad, funcionalidad y el tiempo de estancia. No se encontraron estas diferencias con las variables: tipo de afiliación a la seguridad social, edad de los hombres, estado emocional, índice de masa corporal o religión. Se estableció el índice y el perfil de calidad de vida individualizado y promedio institucional. Se lograron identificar las brechas actuales entre la actual oferta de servicios y la calidad de vida del adulto mayor.

Conclusión: La aplicación de la escala FUMAT para la evaluación de la calidad de vida permite identificar brechas con la oferta de servicios institucionales y poder establecer planes que permitan mejorarlos, fortalecerlos o crear nuevos en el corto, mediano y largo plazo, además de lograr identificar otros factores asociados a la calidad de vida.

Palabras clave: Evaluación de la calidad de vida, índice de calidad de vida, escala FUMAT, perfil de calidad de vida, adulto mayor.

SUMMARY

Introduction: The aging of the population, the reduction of mortality rates, and the increase of life expectancy at birth, are the most important features of societies nowadays. These characteristics have been responsible to find people living more than 60 years creating them the necessity to improve their quality of life. The FUMAT scale allows to analyze the quality of life of older adults through some dimensions. Among the most crucial dimension, we can find the emotional, well-being, interpersonal relationships, personal development, physical well-being, self-determination, social integration, and rights.

Objective: Determining the profile of the quality of life of the older adult. Besides of the existing gaps with the current offer of services from the Geriatric Hospital and Ancianato San Miguel E.S.E. in the municipality of Santiago de Cali at 2017.

Methodology: Prevalence study of transversal descriptive type. The study population corresponded to the totality of the elderly. The crossing of these variables was performed to know their applicability not only the current service offer but also the dimensions of the FUMAT scale (physical well-being, emotional well-being, interpersonal relationships, social inclusion, personal development, material well-being, self-determination and rights). In order to evaluate the quality of life index, the following variables were taken: gender, place of birth, age, schooling, ethnicity, religion, marital status, room occupied, social security affiliation, previous occupations, disability, body mass index, emotional state, and functionality. Crossings were made between variables including sociodemographic, economic, and biological to characterize the population evaluated. According to the case Chi², Fisher, U. of Mann Whitney tests were applied depending on the type of variables. These variables allow verifying if there were statistically significant differences in the values obtained for the quality of life index and the associated variables. The bi-varied

affirmations were estimated based on the associations and dimensions with the independent variable. The collection and analysis of the information of the current service offer was made. This allowed measuring the production of assistance services, installed capacity, human talent, and current services.

Results: 133 elderly adults were analyzed, their ages range was between 57 and 105 years old, with an average of 81.4 years and women predominating with 52.6%. Some significant differences were found in Study. The most notable differences were found in aspects such as: gender, occupation room, marital status, age of the women, previous occupation before entering the entity, disability, level of schooling, functionality, and length of permanency. Some of these differences were not found in the variables: type of social security affiliation, age of men, emotional state, body mass index, or religion. The index was established as well as the individualized quality of life profile and institutional average. In addition to this, some gaps were identified between the current offer of services and the quality of life

Conclusion: The application of the FUMAT scale for the evaluation of quality of life allows to identify gaps with the offer of institutional services. This also allows establishing plans to improve them, strengthen them, or create new ones in the short, medium and long term, as well as to identify other factors associated with the quality of life.

Key words: Quality of life evaluation, quality of life index, FUMAT scale, quality of life profile, older adult.

1. INTRODUCCIÓN

Independientemente de las características de la persona y del medio social en el que se desarrolla, el paso del tiempo trae consigo situaciones que son inevitables, el envejecimiento. Es decir, que se experimenta como un proceso natural de los seres vivos. Este proceso no sólo ha supuesto un cambio demográfico, sino que también está impulsando, en las sociedades desarrolladas, un cambio social de gran magnitud.

El envejecimiento de la población, la reducción de las tasas de mortalidad y el aumento de la esperanza de vida al nacer, son los rasgos más característicos de las sociedades actuales y han sido responsables de que haya un mayor número de personas con más de 60 años de edad (1). Este hecho, junto con la progresiva caída de la tasa de natalidad, que se ha venido produciendo en los llamados países desarrollados, han originado que el número creciente de longevos tenga cada día mayor peso en la estructura poblacional de cada país. La longevidad como capacidad de expansión de la vida se ha incrementado en nuestro país y en el mundo. Según datos de la Organización de Naciones Unidas en el año 1950 habían 200 millones de personas mayores de 60 años en el mundo, en 1975 aumentó a 350 millones, en el 2000 a 590 millones y se estima que para el 2025 haya 1.100 millones de personas de edad avanzada en el planeta representando el 13.7% de la población mundial (2).

Este anteproyecto ha sido la oportunidad para profundizar conocimientos alrededor del tema de adulto mayor, envejecimiento y calidad de vida, en el contexto colombiano específicamente en la ciudad de Santiago de Cali. La metodología de investigación propuesta es una visión nueva e integral que dimensiona y promueve el desarrollo del adulto mayor en su bienestar emocional, material, físico, relaciones interpersonales, desarrollo personal, autodeterminación, integración social, derechos; además oportuna dada la actual coyuntura política de la Alcaldía del Municipio

de Santiago de Cali (Secretaría de Salud Pública y Secretaría de Desarrollo Territorial y Bienestar Social), la cual promueve espacios y mecanismos de reconocimiento al adulto mayor, en procura del mejoramiento de su calidad de vida, bajo la Política Nacional de Envejecimiento Humano y Vejez, formulados en la política pública del adulto mayor para Santiago de Cali, integrados en el Programa Vejez con Dignidad.

Se reconocen las exigencias que implican la medición objetiva y subjetiva de la Escala FUMAT, instrumento utilizado en la evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores, pero sin duda, su implementación científica debe estar con el apoyo de expertos de la Geriátrica y la Gerontología en el Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, Empresa Social de Estado.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

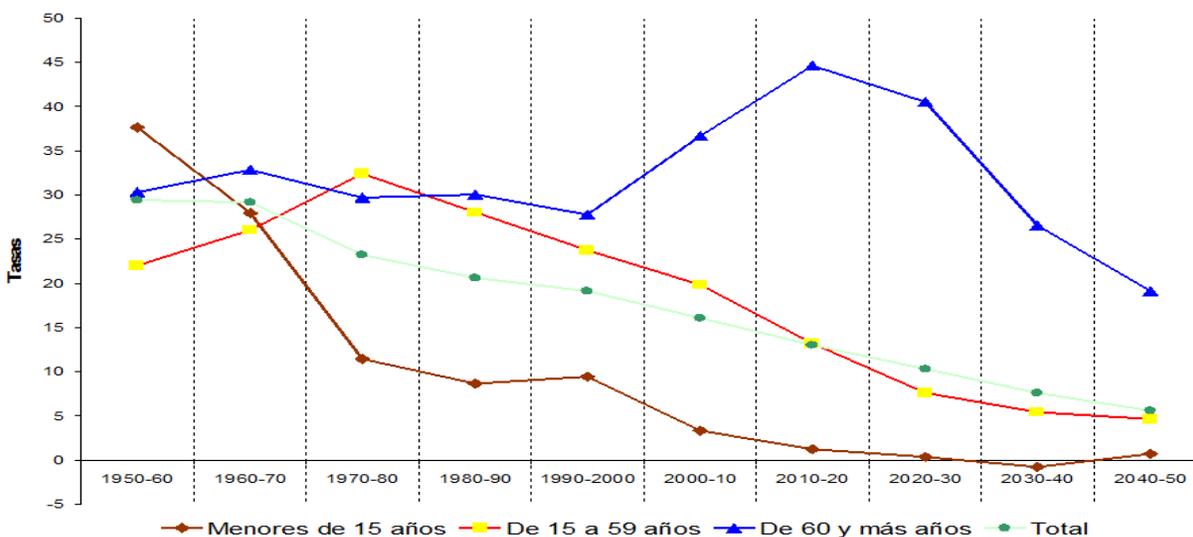
El aumento de la longevidad y la caída de la fecundidad y natalidad que han conllevado a la inversión de la pirámide poblacional, ha devuelto la atención a la población adulta mayor (3). Dada esa transición demográfica, el incremento de ancianos requiere de atenciones cada vez mayores, situación que hace comenzar a dudar sobre la calidad de vida relacionada con el aumento de las personas en edad avanzada.

Para esta investigación se entiende como el segmento de población la que tiene 60 años o más, aunque se reconoce la discusión dada en la Asamblea Mundial de Envejecimiento, celebrada en Viena en 1982, donde, se considera que no todas las personas envejecen de la misma manera, así como la edad para la vejez es una construcción social parcialmente definida por lo biológico o psicológico (3). Por tanto, el proceso de envejecimiento no sucede de manera uniforme y cualquier periodización, puede dar lugar a grupos heterogéneos de acuerdo a una experiencia de vida dada en el entorno, y variabilidad biológica de los organismos.

Latinoamérica(4) tiene varios niveles de envejecimiento, fue lo dicho en la conferencia Primera Regional Intergubernamental sobre envejecimiento celebrada en Chile (2003). Un porcentaje de población mayor de 60 años superior al 13% reúne Argentina, Uruguay, Puerto Rico y Cuba. Siguen los de un "envejecimiento moderado avanzado", donde está agrupado Brasil, Chile, Jamaica, Bahamas, Surinam y Trinidad Tobago, con un porcentaje mayor del 8%. Con un "envejecimiento moderado" se ubican Belice, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Panamá, Perú, Venezuela y República Dominicana, con una tasa de adultos mayores de 6,9%. Y al final, con un "envejecimiento incipiente" aparecen Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay, que tienen en la actualidad 5,5% de su población en este rango de edad(3)(5).

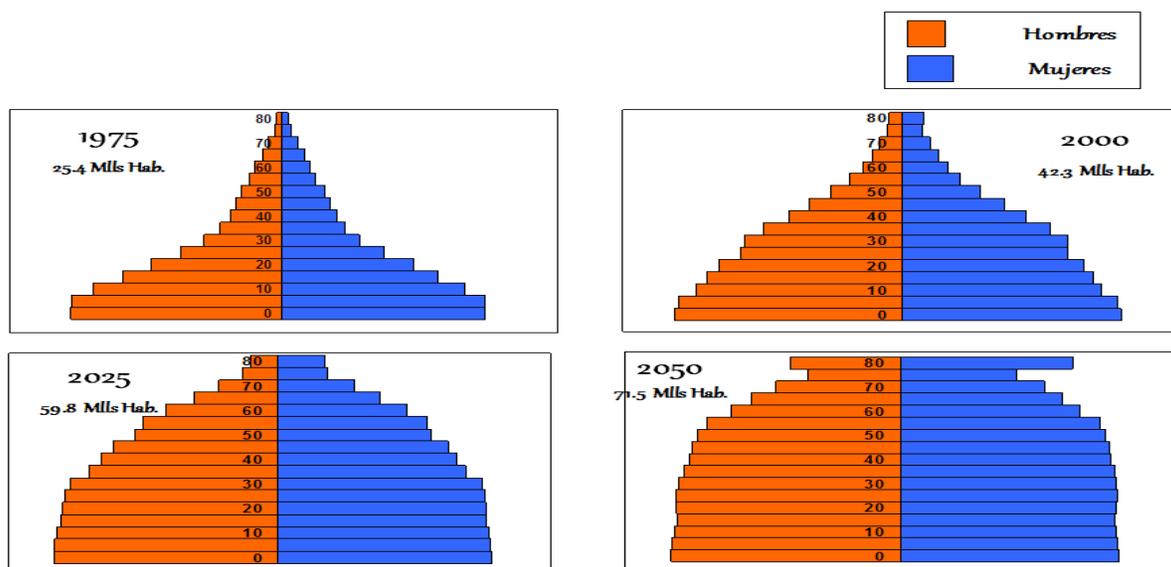
En consecuencia la pregunta de ¿Cómo alcanzar una longevidad satisfactoria? toma vigencia e importancia para la realización de este estudio, más aún en Colombia, puesto que, en otro estudio hecho de la organización Help Age International, financiado por el Fondo de las Naciones Unidas para la población y el Desarrollo (UNFPA)(6), donde se da a conocer el Índice Global de Envejecimiento Age Watch, (el primero en medir la calidad de vida y bienestar de las personas mayores en todo el mundo), demuestra que de 91 países incluidos, Colombia ocupa el puesto 54 y en Latinoamérica el décimo puesto de 18 naciones, así mismo, está en el 18 lugar de los 20 países que más rápido envejecen. De otro lado, entre otros datos demográficos relevantes, se cita el Censo General del DANE 2005, donde muestra que el 2,4% de la población colombiana es mayor de 75 años y para el 2025 Colombia tendrá cerca de 6.274.000 personas adultas, equivalente al 10,5% de la población, lo que indica que la población evoluciona hacia una edad más adulta(7) (Véase Figura 01 y 02)

Gráfico 1. Tasas de Crecimiento por Grupos de Edad 1950-2050



Fuente: DANE. Colombia. "Proyecciones quinquenales de población por sexo y edad, 1950 – 2050"

Gráfico 2. Pirámide Poblacional en Colombia 1975-2050



Fuente: Proyecciones del DANE FEB-2000

Resulta interesante agregar, para dimensionar la problemática de esta investigación, que en un informe de la OMS (1998) se aseguró que los países del tercer mundo difícilmente podrían responder a esta transición demográfica del creciente número de personas de edad avanzada, especialmente en materia social y de salud, puesto que, habría problemas emergentes que desviarán la atención, como el desempleo, un crecimiento demográfico, la mortalidad infantil, las enfermedades, y el éxodo rural, producto de deficientes sistemas de seguridad social.

La relevancia de abordar este estudio, se prueba en las tablas 01 y 02, en el cual el 63,12% de la población adulta mayor se concentra en Bogotá D.C. y en los departamentos de Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Santander, Atlántico, Bolívar y Tolima, y el 28,8% en el resto de departamentos.

Tabla 1. Porcentaje de la población adulta por departamentos en Colombia

DEPARTAMENTO	PROPORCIÓN EN % ¹ HOMBRES	PROPORCIÓN EN % MUJERES	TOTAL
Bogotá D.C.	5,91	8,48	14,39
Antioquia	6,1	7,79	13,89
Valle del Cauca	4,77	6,06	10,83
Cundinamarca	2,85	3,24	6,09
Santander	2,26	2,78	5,04
Atlántico	2,09	2,74	4,83
Bolívar	1,89	2,17	4,06
Tolima	1,94	2,05	3,99
Boyacá	1,80	2,10	3,90
Nariño	1,76	2,06	3,82
Córdoba	1,62	1,64	3,26
Cauca	1,42	1,58	3,00
Norte de Santander	1,29	1,55	2,84
Caldas	1,27	1,49	2,76
Risaralda	1,07	1,26	2,33
Huila	1,14	1,18	2,32
Magdalena	1,13	1,19	2,32
Sucre	0,87	0,92	1,79
Cesar	0,79	0,78	1,57
Quindío	0,71	0,80	1,51
Meta	0,73	0,70	1,43
La Guajira	0,52	0,62	1,14
Chocó	0,35	0,42	0,77
Caquetá	0,32	0,29	0,61
Casanare	0,21	0,21	0,42
Putumayo	0,21	0,20	0,41
Arauca	0,13	0,13	0,26
Archipiélago de San Andrés	0,05	0,06	0,11
Guaviare	0,05	0,04	0,09
Vichada	0,04	0,03	0,07
Amazonas	0,03	0,03	0,06

Fuente: Dane, 2005

Y el 5,9% de la población adulta mayor se concentra en Cali y Palmira, ocupando, el segundo lugar a nivel nacional, después de Bogotá D.C. (Véase Tabla 2)

Tabla 2. Población adulta por municipios en Colombia

MUNICIPIO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL GENERAL
Bogotá D.C.	5,9	8,5	14,4
Medellín	2,5	3,7	6,2
Cali	2,20	3,20	5,40
Barranquilla	1,20	1,70	2,90
Cartagena	0,80	1,10	1,90
Bucaramanga	0,60	0,80	1,40
Ibagué	0,60	0,80	1,40
Cúcuta	0,60	0,80	1,40
Pereira	0,50	0,70	1,20
Manizales	0,50	0,60	1,10
Pasto	0,40	0,50	0,90
Palmira	0,40	0,50	0,90
Armenia	0,40	0,50	0,90
Bello	0,30	0,50	0,80
Santa Marta	0,30	0,50	0,80
Montería	0,40	0,40	0,80
Villavicencio	0,30	0,40	0,70
Soledad	0,30	0,40	0,70
Neiva	0,30	0,40	0,70
Popayán	0,30	0,40	0,70
Floridablanca	0,20	0,30	0,50
Valledupar	0,30	0,30	0,60
RESTO	26,20	27,80	54,00

Fuente: Dane, 2005

De ahí la pertinencia que se haya escogido a Santiago de Cali como lugar donde se realizó la investigación.

Según(8) el perfil de la ciudad 2011-2014, indica que el porcentaje de población que son adultos es del 47.2, 47.4, 47.6 y 47.8 respectivamente. La proyección para el 2017 es de 4.420.114 habitantes, en donde el 47,8% son hombres 52,2% son mujeres, y de los cuales 126.913 (5,2%) son personas mayores de 60 años.

La red primaria de atención en salud del municipio de Santiago de Cali, según el Departamento Administrativo de Planeación Municipal(8) está conformada por el Hospital San Juan de Dios,

Hospital Geriátrico Ancianato San Miguel, Hospital Mario Correa Rengifo, Hospital Psiquiátrico San Isidro y Hospital Universitario del Valle. Así, la ciudad para atender la problemática de Salud, posee cinco empresas sociales del estado, distribuidas así: Red de Salud del Oriente, Red de Salud de Ladera, Red de Salud del Suroriente, Red de Salud del Norte, Red de Salud del Centro, brindando atención en las comunas, con sus Puestos de Salud (P.S.) y Centros de Salud (C.S.)(8) Según datos de la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, el departamento del Valle del Cauca tiene 1.750.285 afiliados al régimen subsidiado y el municipio de Santiago de Cali 677.151 (9). El municipio cuenta con 143 centros de promoción y protección para el adulto mayor, 54 (37,8%) se encuentran en la comuna 19, 18 (12,6%) en la comuna 18, 17 (11,9%) en la comuna 22, 11 (7,7%) en la comuna 11, 12 instituciones no disponen de información para localizar su ubicación geográfica y el 13 (21,7%) se encuentran en las demás comunas del municipio.

De este grupo de instituciones fue escogida la Empresa Social del Estado Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, creado mediante Acuerdo del Concejo Municipal No. 08 de 16 de agosto de 1995, debido a que es la única institución pública del municipio y el Departamento del Valle de Cauca que atiende a la población adulto mayor en condiciones de vulnerabilidad.

El Hospital dispone de un lote de 45.000 m², un área construida de aproximadamente 12.000 m², Tiene un presupuesto inicial anual de \$3.211`000.000 y sus principales fuentes de financiación son la Secretaría de Salud Pública y Secretaria de Desarrollo Territorial, Bienestar Social, recursos propios. Actualmente cuenta con cien servidores públicos, treinta contratistas. Tiene una capacidad instalada de 245 camas, con una ocupación del 89,3%, que albergan a 219 adultos mayores residentes, de los cuales, el 73% pertenecen al régimen subsidiado y 17% son particulares. Adicionalmente posee un Centro Día que atiende a 45 adultos mayores diariamente.

El Hospital presta servicios de: Consulta médica general, gerontológica, terapia física, respiratoria, ocupacional, odontología general, prótesis dental, procedimientos básicos de enfermería, albergue, laboratorio clínico, electrocardiograma y hospitalización. El hospital cuenta con un área de prevención y promoción de la salud, en la cual realizan valoración mensual a los residentes adultos mayores, donde detectan las deficiencias de salud mediante examen físico, talla, peso, presión arterial, exámenes de laboratorio como parcial de orina, HDL, creatinina, hemograma, TSH, cuyos resultados son registrados en la historia clínica, en los registros del programa, en las estadísticas institucionales y de ahí son remitidos a optometría, oftalmología, odontología, geriatría, podología, medicina alternativa, trabajo social u otra especialidad de acuerdo a lo detectado. También tiene *Programas institucionales* como: residencia permanente, Centro Día, programas a la comunidad, programa intergeneracional y escuela de gerontología.

Actualmente, las principales patologías que presentan los adultos mayores en el hospital son: hipertensión arterial, diabetes mellitus, EPOC, hipotiroidismo, demencia, enfermedad ácido péptica, alguna dislipidemia, Secuelas de ACV, retardo mental, trastorno depresivo, enfermedad arterial oclusiva periférica.

El hospital es una institución creada hace 100 años, y desde los años 80, no ha tenido grandes inversiones en el tema de su infraestructura física y dotación tecnológica, sólo hasta el 2015, en donde a través de la secretaría de salud pública municipal se realizó la modernización física de la sala San José y hospitalización. Ahora, su infraestructura está deficiente en su mantenimiento locativo y la tecnología de salud debe iniciar su proceso de reposición para no quedar obsoleta, y perder competitividad

En algunos sitios, al interior de la institución, se pueden encontrar barreras físicas, lo que impide que los adultos mayores caminen o realicen sus terapias. Es indispensable fortalecer el programa

de inducción y re-inducción del personal en temas del mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores, sus componentes, las formas de mejorar el bienestar emocional, físico y moral, así como también en técnicas de manejo en las labores asistenciales, así como ayudarlos a mantener buenas relaciones con sus amigos y semejantes; impulso a realizar sus terapias de forma permanente y agradable; uso del tiempo libre.

De igual manera, la convivencia es otro de los problemas que actualmente se presenta en la institución hospitalaria, dado que las personas habitan en salas generales, con capacidad desde 6 hasta 20 y 25 personas y los hábitos de descanso, sueño, rutinas nocturnas, medicación, hábitos de aseo personal, el haber vivido en diferentes lugares antes de ingresar a la institución, su estado socio-económico y costumbres no son iguales entre los AM y esto hace que hayan dificultades entre ellos para lograr adaptarse a esa cultura institucional.

El ambiente es otro de los factores que afecta, al tener un terreno de más de tres hectáreas se requiere limpieza permanente de las zonas verdes y sitios en donde se desechan los elementos inservibles, lugares estos que pueden ocasionar focos de infección y generación de mosquitos, moscas, entre otros, son factores determinantes que afecta la salud de las personas.

También hace falta adoptar administrativamente políticas institucionales, en temas de gestión de calidad ambiental, salud ocupacional, talento humano, suministros, entre otras, que le permitan a la institución formalizar su función como institución hospitalaria. Y para aquellas que ya se encuentran institucionalizadas, se inició un proceso de socialización e implementación, con su debido control y seguimiento a su cumplimiento.

Los factores anteriormente expuestos, pueden afectar el bienestar físico, el emocional, el material, las relaciones interpersonales y la inclusión social de los individuos, lo que repercute en su nivel de calidad de vida. Actualmente el hospital no dispone de un instrumento que le permita medir la

calidad de vida de las personas, por lo que la investigación abordada en este trabajo, fue evaluar la calidad de vida con respecto a la oferta de servicios institucional en la atención de salud que recibe la población residente adulta mayor del Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E.; en un marco legal de una Política Nacional de la Vejez y las leyes constitucionales como el deber ser de una institución geriátrica(9).

3. MARCO REFERENCIAL

3.1 Marco Contextual

Para contextualizar el presente estudio, se debe conocer el desarrollo del concepto académico de Calidad de Vida ligado a la salud. Inicialmente este empezó combinado a las nociones de *modo* y *estilo de vida* los cuales comienzan a ser objeto de estudio en la segunda mitad del Siglo XX a partir del redimensionamiento del concepto de salud y por tanto de los determinantes sociales que lo influían. La salud llegó a considerarse de manera tradicional, como “la ausencia de enfermedad”, limitación que llevó a que la OMS en 1967, a ampliar la definición como el estado de completo bienestar físico, mental y social.

El camino que arribó a esta nueva conceptualización comenzó por un proceso complejo, multifactorial y dinámico en el que actuaron diversos factores y/o elementos no biológicos, conocidos como determinantes sociales que debían ser considerados dentro del concepto. En esta labor no sólo el personal médico tiene una vital participación, se requiere de la acción comunitaria y de otros sectores dentro y fuera del sector salud.

En la década de los setenta por el entonces Ministro de Salud Pública de Canadá (10), publicó un antológico informe que proporcionó un moderno marco conceptual para analizar los problemas y determinar las necesidades de salud, así como elegir los medios para satisfacerlas. Entre sus hallazgos hubo factores de distinta índole los cuales afectaban la salud, pudieran ser, *biológicos* y *hereditarios*, refiriéndose a la herencia genética de nuestros padres y a la constitución personal. *Los personales* haciendo referencia al estilo de vida que cada cual configura teniendo en cuenta las condiciones y el contexto económico, social, laboral, cultural, familiar. Los factores *familiares* acerca del número de componentes, clima, ingresos económicos, educación, valores, lugar de residencia. *El sexo y la edad* también constituyen factores determinantes. Componentes *sociales*

como la clase social a la que pertenece, *los estilos de vida* de la sociedad provenientes de unos determinados valores que, a su vez, se plasman en normas y conductas. Los *ambientales* como el cuidado y respeto o no de la naturaleza, del medio ambiente tanto próximo como lejano. Los *alimenticios*, manifestados en las costumbres y hábitos de alimentación tanto personal, familiar como social. Los *económicos* reflejados en la capacidad adquisitiva de bienes materiales e inmuebles que satisfagan las necesidades tanto primarias de la persona, alimentación, vestido, vivienda, educación y como secundarias: *Los laborales*, el trabajo constituye la primera fuente de ingresos, sin los cuales es imposible, en la sociedad actual, desarrollarse como persona. *El sistema de salud*. cobertura en salud, vacunación. *Los valores*, los que sirven para orientar la vida de la persona y adquieren importancia al convertirse en normas y estilos de vida saludables o nocivos. *Los educativos*, para fomentar la salud es uno de los temas transversales integrados al sistema educativo que ha de asumir la comunidad escolar con el objetivo de conseguir la formación integral del alumno. Los *religiosos*, también ocupa un lugar importante en los factores que influyen en la salud. Así como un *sistema legislativo* de un país también puede condicionar la salud, por ejemplo, la legislación en materia de drogas, higiene, salud ambiental, laboral. (11)

El análisis de esos componentes sociales y de equidad en salud acogidos por la OMS/OPS y diversos sistemas de salud del orden internacional pretendió comprender la génesis bio-psicosocial del proceso salud enfermedad, entendiendo los determinantes en las cuales una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece (OMS, 2005) esto incluye aspectos económicos, políticos, culturales entre otros. Por lo tanto, conceptualizarlos y medirlos en un contexto particular es la razón de ser de este trabajo investigativo.

Obedeciendo no solo a los estudios que muestran la necesidad de atención diferenciada para el manejo del adulto mayor, sino a los mandatos constitucionales y a los lineamientos y políticas

impartidas a nivel nacional e internacional, entre las cuales podemos mencionar que Colombia como miembro de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL)(12)(13) ha reconocido, al igual que los países miembros, que el envejecimiento es uno de los logros que ha tenido la humanidad, que en América Latina y el Caribe la población ha ido envejeciendo de manera heterogénea y que en algunos países el proceso está más avanzado que en otros y en consecuencia los desafíos en términos de adecuación de las respuestas del Estado a los cambios de la estructura por edades de la población son diferenciados. Con fundamento en lo anterior, se firmó durante la celebración de la Segunda Conferencia Regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe (4-6 diciembre de 2007), la Declaración de Brasilia, donde los países miembros recomendaron que “se brinden cuidados paliativos a las personas de edad que padecen enfermedades en fase terminal y que se preste apoyo a sus familiares y que los profesionales sean lo suficientemente sensibles y competentes para percibir el sufrimiento y aliviarlo mediante intervenciones de control de síntomas físicos y psicosociales, en consonancia con la asistencia espiritual requerida por la persona de edad”(13).

Posteriormente se firmó La Declaración de San José donde los representantes de los gobiernos reunidos en la tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe, celebrada en San José de Costa Rica, (8 - 11 de mayo de 2012), en ella acordaron “mejorar los sistemas de protección social para que respondan efectivamente a las necesidades de las personas mayores, por medio de la universalización del derecho a la seguridad social y a la salud, así como la creación de los servicios sociales necesarios para brindarles cuidado, promoviendo a la vez su independencia, autonomía y dignidad”.

El Municipio de Santiago de Cali en cumplimiento de su misión de articular esfuerzos para garantizar el bienestar integral de la población mediante la rectoría, el direccionamiento de dichas

políticas en un marco de humanización, buenas prácticas, garantías de los derechos y armonización de las relaciones en los actores del sistema en una perspectiva de ciudad/región, ha venido desarrollando proyectos de mejoramiento de los servicios sociales que se brindan a este sector de la población. Teniendo en cuenta la diversidad de conocimientos que requiere el abordaje del adulto mayor, la vejez y el envejecimiento, lo cual nos lleva como hemos mencionado a la interdisciplinariedad y como consecuencia a una atención biopsicosocial donde la formación gerontológica marca una diferencia amplia, dando el espacio necesario y requerido para la implementación de programas y proyectos que atiendan al adulto mayor muy bien en los aspectos relacionados con su entorno social, tendientes a dar solución a los problemas biopsicosociales que necesitan soluciones interdisciplinarias y el trabajo, o no, en equipo; dependiendo de la naturaleza del problema, no descartando la intervención asistencial en caso necesario.

En cumplimiento de la misión que tiene y de las políticas del gobierno nacional, el Municipio de Santiago de Cali debe garantizar la prestación de servicios de manera integral a los adultos mayores carentes de recursos y en estado de total indefensión y hacerlo de manera oportuna, eficiente y con calidad.

Desde mediados de los años 50, el concepto de calidad de vida ha vivido varias modificaciones. Inicialmente se refería al cuidado de la salud personal, luego pasó a ser la preocupación por la salud e higiene pública. Posteriormente, hizo alusión a los derechos humanos, laborales y ciudadanos; después, a la capacidad de acceso a los bienes económicos y finalmente, se convirtió en la preocupación por la experiencia del sujeto de su vida social, su actividad cotidiana y su propia salud. El concepto de calidad de vida es polivalente, multidimensional y se usa con significados muy diferentes(14).

A medida que las enfermedades crónicas han aumentado su prevalencia, de forma lenta pero progresiva, se ha aumentado el interés por la calidad de vida del enfermo y por los múltiples factores biopsicosociales que inciden sobre ella. Tradicionalmente, se ha medido el nivel de salud de una población a través de las tasas de mortalidad y morbilidad; sin embargo, desde hace algunos años el concepto de calidad de vida, a pesar de que se trata todavía de “un concepto vago, definido y medido de diferentes maneras”, se ha ido introduciendo en la literatura, con lo cual se ha hecho necesario el desarrollo de indicadores subjetivos y psicosociales así como la generación y uso de instrumentos de evaluación de carácter general (15);(16). En psico-oncología, por ejemplo, el creciente interés existente por la calidad de vida del paciente neoplásico ha tomado cada vez más fuerza, inicialmente por los múltiples parámetros que cobija cada vez más el término y por los grandes resultados observados a partir de la puesta en práctica de evaluar para luego mejorar las condiciones de los pacientes con cáncer.

Según Bayes (17) evaluar la calidad de vida del paciente crónico es importante porque permite conocer el impacto de la enfermedad y/o del tratamiento, a un nivel relevante, diferente y complementario al del organismo; conocer mejor al enfermo, su evolución y su adaptación a la enfermedad; conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos; evaluar mejor las terapias paliativas; eliminar resultados nulos de determinados ensayos clínicos; ampliar los conocimientos sobre el desarrollo de la enfermedad; ayudar en la toma de decisiones médicas; potenciar la comunicación médico - paciente y facilitar la rehabilitación de los pacientes.

(Schwartzmann, 2003) (18) definió la calidad de vida como un complejo compuesto por diversos dominios y dimensiones. La calidad de vida se ha definido como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción o como un sentimiento de bienestar personal, pero también este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con indicadores

objetivos biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales. Por lo tanto, la calidad de vida puede traducirse en términos de nivel de bienestar subjetivo, por un lado, y por otro, en términos de indicadores objetivos. El primer aspecto recoge lo que se denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo; el segundo alude a la noción de “estado de bienestar”.

(Schwartzmann, 2003) (18) nos habla de calidad de vida y una de las características que más emplea es la capacidad del ser humano para satisfacer sus necesidades y para sobrevivir. Puede decirse sin temor a equivocación, que estas necesidades sólo se satisfacen por medio de la interacción con las demás personas y con el medio ambiente. De acuerdo con esta afirmación, los problemas humanos pueden contextualizarse en términos de falta de correspondencia entre las necesidades del individuo y el ambiente físico y social.

Otro punto relacionado a investigarse fue su medición, algunas investigaciones realizadas al respecto con adultos mayores están contenidas a continuación

- “Estudio de la Calidad de vida en pacientes adultos con inmunodeficiencia común variable el Cuestionario SF-36 (19). En este estudio la Calidad de Vida es un concepto multidimensional que incluye componentes físicos, emocionales y sociales asociados a la enfermedad. El uso de instrumentos para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud ha aumentado en las últimas décadas, en este estudio la inmunodeficiencia común es la variable a evaluar. Como resultados de la investigación, en la población se halló un deterioro en la calidad de su vida en conceptos de salud general, deterioro físico y vitalidad.
- “Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36”. En este se presentan resultados de la aplicación del formato (SF-36) en los estados de México (Sonora y Oaxaca), donde se comparan con los niveles de calidad de vida relacionada con la salud en las provincias de Canadá y en Estados

Unidos. A partir de las dimensiones del formato, se estima un componente físico y otro mental.

- “Calidad de vida relacionada con la salud en artritis reumatoide, osteoartritis, diabetes mellitus, insuficiencia renal terminal y población geriátrica (20). Experiencia de un Hospital General en México las enfermedades crónicas impactan en la morbimortalidad y en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes a nivel mundial. A partir de esa aseveración, el impacto de las enfermedades reumáticas no ha sido totalmente reconocido para determinar la calidad de vida, al ser esta evaluada en enfermedades descritas.
- “Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHO QoL - BREF” (21) (22) (23). Este estudio realiza un comparativo para conocer la percepción de la calidad de vida en dos grupos de adultos mayores que han sido beneficiarios de un programa estatal de vivienda básica en edificio y de vivienda en condominio utilizando como instrumento la encuesta del WHO QoL BREF, la cual mide la percepción. En la que se tiene por resultado que la calidad de vida es mejor en los adultos mayores de condominio, percibido como un sitio más seguro en comparación al edificio. Como hallazgo, la edad influyó en la calidad de vida, por lo que se hacen cada vez más vulnerables.
- “Instrumento de evaluación económica para la medición de años de vida ajustados a la calidad en adultos mayores (24). En Santiago de Cuba se realiza un estudio con un instrumento de análisis costo-utilidad que mide los años de vida, en los adultos mayores, específicamente la satisfacción, cantidad y calidad de vida, resultado de las insuficiencias en el Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor.

- “Sin olvidar que Charcot en 1881 escribió sobre, "la importancia de un estudio especial de la vejez y sus enfermedades", y como se señaló antes Nascher introduce el término Geriatria en 1909, para muchos el comienzo de la Geriatria moderna se inició con los trabajos de la doctora Marjory Warren a partir de 1935 en un hospital para crónicos en Londres. De su trabajo entonces y sus ideas, nacieron, para la Medicina geriátrica, muchos de los principios que mantienen la más plena vigencia; entre otros: la vejez no es una enfermedad, un diagnóstico exacto es esencial hacerlo, muchas enfermedades de la vejez son curables, el reposo injustificado puede ser peligroso, la geriatria atiende los problemas de salud de la tercera edad. Las raíces de esta disciplina se encuentran en la atención primaria. La geriatria es una alternativa a las especialidades que sólo están centradas en los problemas de los sistemas de órganos. La definición de geriatria suele ir acompañada de la de gerontología, el estudio de los fenómenos asociados al envejecimiento. Sin embargo, hay momentos en los que la diferencia entre Geriatria y Gerontología desaparece, como ocurre con los términos Gerontología clínica y Geriatria, ya que ambos podrían ser intercambiables. Las personas comienzan a envejecer en el momento en que dejan de crecer. Sin embargo, acorde a lo que muchos investigadores han dicho una persona comienza a envejecer a partir de los 30 años. La geriatria se diferencia de la medicina para adultos en muchos aspectos, el cuerpo es fisiológicamente muy diferente al de un adulto. La vejez es el período de manifestación de la disminución de los diversos órganos y sistemas en el cuerpo. Esto varía según los órganos de reserva (por ejemplo, los fumadores consumen su sistema respiratorio temprano y rápidamente). Mucha gente no puede distinguir entre la enfermedad y los efectos del envejecimiento (por ejemplo, la insuficiencia renal puede ser una parte del envejecimiento, pero no es la insuficiencia

renal). Asimismo, la incontinencia urinaria no es parte del envejecimiento normal, pero es una enfermedad que puede ocurrir a cualquier edad y es frecuentemente tratable. Años de formación y experiencia, por encima y más allá de la formación básica del médico, va a reconocer la diferencia entre el envejecimiento normal y patológico.

La disminución de la reserva fisiológica de órganos que tienen enfermedades en personas mayores (por ejemplo, una leve deshidratación de la gastroenteritis) y sujeto a las complicaciones de los problemas leves (fiebre en las personas de edad avanzada puede causar contusión y conduce a caída, fractura de cuello y de fémur). La capacidad funcional del individuo, la dependencia para la realización de las actividades de la vida diaria y la calidad de vida son factores que afectan a durante la etapa de envejecimiento y demás ser prioritarios por los médicos geriatras. La respuesta en el proceso quirúrgico se ve afectada también y la administración de anestesia considerándose ya una subespecialidad la neuroanestesia. El tratamiento de una persona mayor es diferente al de un adulto. Una diferencia importante es que a veces no pueden tomar decisiones por sí mismos. Las cuestiones de poder, la intimidad, la responsabilidad legal, las directivas anticipadas y el consentimiento informado debe ser siempre considerado geriátricamente. El maltrato a personas mayores es también una de las principales preocupaciones de este grupo. En cierto sentido, los geriatras a menudo tienen que "tratar" a los cuidadores y, a veces, a la familia. Las personas de edad avanzada tienen problemas específicos en lo que respecta a los medicamentos en particular son sometidos a la polifarmacia, debido a muchas causas, tienen múltiples problemas médicos, unos usan otras alternativas. Los médicos de adultos sólo prescriben medicamentos específicos para su especialidad, sin la revisión de otros medicamentos utilizados por el paciente anciano. La polifarmacia puede dar lugar a muchas interacciones entre medicamentos y dar reacciones adversas. Hay medicamentos que se excretan principalmente por los riñones o el hígado y pueden

afectar a los ancianos necesitando un ajuste (renal o hepática). También las presentaciones de las enfermedades pueden ser vagas y no específicas, algunos mayores pueden encontrar dificultades para describir verbalmente sus síntomas, especialmente si la enfermedad está activa y causa confusión, o si tienen deterioro cognitivo. El delirio en los ancianos puede ser causado por un problema menor como el estreñimiento a un grave problema de vida o muerte como el infarto de miocardio. En resumen, la geriatría es la rama médica dedicada al cuidado de los adultos mayores que toca aspectos preventivos, terapéuticos, de rehabilitación y paliativos integrando los aspectos sociales y familiares. Proporciona herramientas para la atención del adulto mayor enfermo en etapas agudas, subagudas y crónicas. Su objetivo fundamental es la conservación de la autonomía y la autovalía del adulto mayor utilizando abordajes que integren las enfermedades de mayor prevalencia, las más discapacitantes y aquellas que condicionan dependencia.

Con un horizonte dominado por la patología crónica, la geriatría propone mejores formas de gestionar la enfermedad diseñando modelos de cuidados progresivos en donde participe tanto el equipo interdisciplinario de salud, el adulto mayor, la familia y la sociedad. A partir de reconocer y entender las diversas formas que la especie humana tiene de envejecer y relacionando los factores genéticos, ambientales, los hábitos de vida, morbilidades y así como el capital biológico podemos tipificar varios tipos de envejecimiento: ideal, activo, habitual y patológico. El cuidado del adulto mayor supone la participación de toda la sociedad (25).

Los instrumentos pueden utilizarse con otras formas de evaluación, proporcionando información valiosa que indique las áreas en las que una persona es más afectada y lograr ayudar al médico a tomar las mejores decisiones en la atención al paciente. Además, sirven para medir el cambio en la calidad de vida durante el curso del tratamiento.

Avanza la relación médico-paciente al aumentar la comprensión del médico en la forma cómo la enfermedad afecta la calidad de vida del paciente, la interacción entre ellos cambia y mejora. Esto da más sentido y cumplimiento al trabajo del médico y proporciona al paciente la atención de salud más completa y significativa, ya que se está llevando a cabo una evaluación que abarca diferentes aspectos del funcionamiento.

La División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias de la OMS (26), indica que cuando los proveedores de salud implementan nuevas políticas, es importante evaluar el efecto de los cambios sobre la calidad de vida de las personas que están en contacto con los servicios de salud. Los instrumentos del WHO-QOL permiten ese monitoreo en los cambios de las políticas. La estructura del WHO-QOL-100 (27) refleja las cuestiones que un grupo de expertos científicos y laicos de cada uno de los centros de campo consideraban importantes para la calidad de vida. Los seis grandes ámbitos de la calidad de vida y las veinticuatro facetas cubiertas dentro de cada dominio se muestran a continuación, se incluyen cuatro ítems para cada faceta, así como cuatro generales que cubren la calidad de vida global subjetiva y la salud, produciendo un total de 100 ítems en la evaluación. Todos los artículos están clasificados en una escala de cinco puntos (1-5). Estas son:

1. Salud física: energía y fatiga, dolor y malestar, duerme y descansa.
2. Psicológico: imagen corporal y apariencia, sentimientos negativos, sentimientos positivos, autoestima, pensar, aprender, recordar y concentración.
3. Nivel de independencia: movilidad actividades de la vida diaria, dependencia de sustancias medicinales, ayudas médicas y capacidad de trabajo.
4. Actividades sociales: relaciones personales, apoyo social y actividad sexual.

5. Ambiente: recursos financieros, libertad, seguridad, salud y asistencia social: accesibilidad y calidad, ambiente en el hogar, oportunidades para adquirir nueva información, habilidades, participación y oportunidades para recreación, ocio, entorno físico (contaminación, ruido, tráfico, clima), transporte.
6. Espiritualidad / Religión / Creencias Personales.

La Política Pública Colombiana de envejecimiento humano y vejez, creada con la ley 789 de 2002, está orientada especialmente a personas mayores de 60 años residentes en Colombia, haciendo énfasis en aquellas en condiciones de desigualdad social, económica, cultural o de género, teniendo presente la referencia permanente al curso de vida. Está concertada, con el objetivo de visibilizar, movilizar e intervenir la situación del envejecimiento humano y la vejez de los colombianos desde el 2014 al 2024.

Para ello, es necesario la promoción y garantía de los derechos humanos en los adultos mayores. El primer eje estratégico de la política se concentra en la construcción de condiciones, en la realización y el restablecimiento de derechos que garanticen la superación de desigualdades sociales en la vejez en términos de seguridad de ingresos, servicios de salud adecuados, servicios sociales, educación y género, entre otros. El segundo eje estratégico es la protección social integral, en donde el sistema de protección social en Colombia ha migrado de un enfoque de asistencia social, entendida como caridad, a un enfoque de asistencia y previsión social como derecho, en el cual se enfatiza la igualdad de derechos y el reconocimiento de diversidades sociales y culturales. El tercer eje estratégico es el envejecimiento activo, el cual se basa en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, que busca garantizar autonomía, desarrollo de capacidades y potencialidades de las personas como promover espacios y entornos saludables para la población, crear ambientes seguros para todos, construir una cultura que provea espacios reales

de participación de las personas adultas mayores, sin discriminación, superar los estereotipos de la vejez y recrear imaginarios positivos de la vejez. El cuarto eje estratégico es la formación del talento humano e investigación, que busca desarrollar dos temas fundamentales la investigación y la formación de talento humano especializado, con capacidad de gestionar individual, y colectivamente, el proceso de envejecimiento humano y vejez (28).

El Régimen Subsidiado (28)(29) es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado. Para lograr la afiliación de la población pobre y vulnerable de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Estado colombiano ha definido al Régimen Subsidiado en Salud como su vía de acceso efectiva al ejercicio del derecho fundamental de la salud. Es responsabilidad de los Entes Territoriales la operación adecuada de sus procesos, en virtud de su competencia descentralizada frente al bienestar de la población de su jurisdicción. De esa forma, los municipios, distritos y departamentos tienen funciones específicas frente a la identificación, afiliación de la población objeto, la inversión, contratación y seguimiento de la ejecución de los recursos que financian el régimen (recursos de esfuerzo propio, de la nación (Sistema General de Participaciones –SGP-) y del Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA-). Así mismo, es su deber el seguimiento y vigilancia al acceso efectivo a los servicios contratados por las EPS-S, por parte de la población beneficiaria, es decir, sobre la ejecución misma de los contratos suscritos con las EPS-S. (28)

El régimen contributivo tiene un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. Dicha vinculación se realiza a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo pagado por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador. A este régimen se deben afiliar

las personas con vinculación laboral, es decir, con capacidad de pago, como los trabajadores formales e independientes, los pensionados y sus familias (28) (30)

3.2 Marco Teórico

3.2.1 Calidad de vida. Para la OMS(27) indica que este término es un estado de completo bienestar físico, mental y social y para ello, lo define como: "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 con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones".

Esta investigación se basó en el modelo heurístico planteado por Shalock y Verdugo (2002/2003, 2007, 2008). Donde se reconoce que el concepto de calidad de vida va más allá de la existencia física para volverse a un entorno contextual (31); y en efecto se miden 24 indicadores ¹ y ocho dimensiones, tal como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3. Dimensiones e Indicadores de la Calidad de Vida

Dimensiones	Indicadores
Autodeterminación	Autonomía, Decisiones, Elecciones, Metas y preferencias personales.
Derechos	Humanos, Legales.
Bienestar Emocional	Ausencia de estrés/ansiedad/sentimientos negativos; Autoconcepto, Relaciones sociales, Satisfacción de personal / Satisfacción con la vida.
Inclusión Social	Integración de la comunidad; Participación social; Apoyos sociales.
Desarrollo Personal	Trabajo; Investigación; Actividades de la vida diaria
Relaciones Interpersonales	Relaciones familiares, Relaciones de amistad; Relaciones sociales.
Bienestar Material	Relaciones con la Comunidad; Ingresos, economía; Posesiones, pertenencias; Servicios comunitarios; Vivienda (confortabilidad)
Bienestar Físico	Salud (Consecuencias); Salud (energía, vitalidad); Salud general; Servicios sanitarios; Sueño.

Fuente: (32)

¹ “Los criterios para la selección de un indicador se basan en si éste se relaciona funcionalmente con la consiguiente dimensión de calidad de vida, si mide lo que supuestamente mide (validez), si es consistente entre personas o evaluadores (fiabilidad), si mide el cambio (sensibilidad), si refleja únicamente los cambios en la situación concerniente (especificidad) y si es abordable, oportuno, centrado en la persona, puede ser evaluado longitudinalmente y es sensible a la” (VERDUGO, SÁNCHEZ, & MARTINEZ, 2009, pág. 14)

La consideración de estos factores multidimensionales y la naturaleza subjetiva de la noción que se está definiendo, desafía la capacidad de los profesionales de la salud para medir su propia efectividad. Por consiguiente, la calidad de vida se entiende mejor como lo que el individuo dice que ésta es; por lo tanto, no existe un estándar dorado para medirla, cada situación supone inquietudes únicas.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) surge como un concepto que hace valoraciones a la percepción de la salud por parte de la persona, como el estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado. Se considera la calidad como una valoración: una respuesta cognoscitiva del individuo a la que sigue una reacción emocional. Estos dos elementos reflejan el grado de satisfacción con una situación personal concreta en función del logro de las expectativas iniciales. (33)

La valoración se realiza sobre un amplio conjunto de factores circunstanciales de la propia persona, lo que la hace un proceso individual influido y moderado por otras personas, pero indiscutiblemente personal, y de acuerdo con su propia jerarquía de valores.

3.2.2 Pertinencia y validación científica de la escala FUMAT En el año 2002 Schalock y Verdugo hicieron una revisión exhausta en literatura para validar las dimensiones e indicadores al modelo de calidad de vida propuesto por Schalock (1996, 1997). Con prueba de estudios transculturales (2005) en varios países ratificaron la importancia y aplicación actual de los indicadores de calidad de vida ya extraídos (32). En el 2009 se fue más allá y se trató de profundizar más en el modelo y, tras dos consultas a juces expertos, se encontraron otros indicadores importantes no contemplados hasta entonces (32) (Tabla 03), versión definitiva, la cual fue tomada en este estudio.

Esta investigación resaltó la importancia de utilizar la escala FUMAT, debido a que el concepto de calidad de vida, el cual históricamente ha estado asociado a la medida de la satisfacción personal, ha evolucionado en las últimas décadas y los investigadores coinciden en señalar la necesidad de valorar factores contextuales y de entorno en los que se desenvuelve el ser humano (34) razón por la que el SF36, el cual es un instrumento de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) más utilizados y evaluados fue descartado, puesto que su envergadura se limita para el cumplimiento del objetivo de la investigación, pues su función es la de detectar tanto estados positivos de salud como negativos, explorar la salud física y la salud mental; dejando de lado la evaluación del medio, clave para entender la salud del ser humano. Y también es el motivo por el cual se descartó el APES (Autopercepción de Salud), un autoinforme de salud (34).

La Escala FUMAT, es resultado de los actuales avances de los estudios de calidad de vida, la cual, tiene por virtud ofrecer aristas para examinar los servicios prestados y el apoyo social recibido, reunido alrededor del concepto de calidad de vida. (32).

En la validación de la Escala FUMAT participaron 100 usuarios de los 5 centros de Matia Fundazioa en el País Vasco: Centro de Atención Residencial Especializada IZA (20%), Julián Rezola (20%), Lamourous (20%), Fraisoro (20%) y Txara 1 (20%). De estos, los cuatro últimos son centros residenciales para personas mayores, mientras que el primero es un centro para personas en situación de discapacidad. De este modo, el 80% de la población evaluada fueron personas mayores, mientras el 20% restante fueron personas en situación de discapacidad. (32).

En la presente investigación no se realizó la validación de la escala FUMAT, se realizó la aplicación a los 215 adultos mayores del Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E. de la ciudad de Santiago de Cali.

3.2.3 Consistencia Interna de las dimensiones de la escala FUMAT El índice de fiabilidad de una escala puede obtenerse de distintas formas, siendo las más frecuentes los coeficientes de consistencia interna, los coeficientes de estabilidad temporal y los coeficientes de equivalencia. El coeficiente de consistencia interna puede determinarse a partir de una sola aplicación de una única forma de un test, por lo que constituye el método más adecuado para demostrar la fiabilidad en nuestro caso. Los procedimientos que hemos utilizado para su cálculo han sido el método de correlación entre dos mitades de Spearman-Brown (r) y el coeficiente alfa de Cronbach (α). (32).

Tabla 4. Confiabilidad de la fiabilidad de la versión piloto y la versión final.

	Escala Fumat piloto	Escala Fumat Final
Alfa	0,954	0,962
Spearman-Brown	0,905	0,894
N ítems	80	57
N casos	100	100

Fuente: (32)

Los resultados indicaron que los coeficientes de consistencia interna fueron bastante elevados (Tabla 5) en todos los casos, con la excepción de la dimensión Bienestar Material, en la que se alcanzó una fiabilidad adecuada según el coeficiente alfa de Cronbach pero muy baja en el caso del coeficiente de Spearman Brown ($\alpha=,694$; $r=,308$). El resto de las dimensiones mostraron fiabilidades superiores a ,700; la dimensión que presentó mayor consistencia interna fue Desarrollo Personal, seguida de la dimensión Autodeterminación, ambas con coeficientes superiores a ,900. (32).

Tabla 5. Consistencia interna de las subescalas

ESCALA FUMAT	Alfa de Cronbach	Dos mitades	N Items
Bienestar Emocional	0,860	0,901	8
Relaciones Interpersonales	0,807	0,753	6
Bienestar Material	0,604	0,308	7
Desarrollo Personal	0,918	0,928	8
Bienestar Físico	0,732	0,781	6
Autodeterminación	0,908	0,845	8
Inclusión Social	0,862	0,870	9

ESCALA FUMAT	Alfa de Cronbach	Dos mitades	N Items
Derechos	0,774	0,823	5
Escala Total	0,962	0,894	57

Fuente: (32)

3.2.4 El error típico de la medida. Tanto el coeficiente de fiabilidad –medida relativa– como el error típico de medida (ETM) –medida absoluta– permiten estimar la precisión de un test. El primero indica la coherencia del test consigo mismo y la relativa constancia de la información que proporciona, mientras que el segundo expresa directamente la cuantía del error de la medida. Así, el segundo nos indica la precisión absoluta del instrumento, dado que permite estimar la diferencia entre la medida obtenida y la que se obtendría si no hubiera ningún error. Los errores típicos de medida para la escala total y las ocho subescalas se presentan en la Tabla 6. (32).

Tabla 6. Errores típicos de medida de las subescalas y la escala total

ESCALA FUMAT	DT	r	ETM
Bienestar Emocional	6,533	0,807	2,87
Relaciones Interpersonales	5,193	0,604	3,268
Bienestar Material	3,555	0,918	1,018
Desarrollo Personal	7,511	0,732	3,888
Bienestar Físico	4,57	0,908	1,386
Autodeterminación	7,887	0,862	2,93
Inclusión Social	7,229	0,774	3,437
Derechos	4,787	0,962	0,933
Escala Total	37,662	0,86	14,092

Para interpretar el valor e importancia del coeficiente de fiabilidad en un grupo determinado, se suele comparar la desviación típica (DT) del grupo con el ETM. Si la DT es considerablemente mayor que el ETM, tenemos muchas garantías de la precisión del instrumento. En cambio, si la DT es del mismo orden de magnitud que el ETM, los errores serán tan grandes respecto a la variabilidad de las puntuaciones que se corre el riesgo de que gran parte de las diferencias individuales que se aprecien con la escala se deban únicamente a errores de medida. En gráfico 3,

se ilustra cómo las DTs (representadas con cuadrados) son considerablemente mayores que los correspondientes ETMs (representados con un círculo). (32).

Gráfico 3. Distancias entre el error típico de medida y la desviación típica

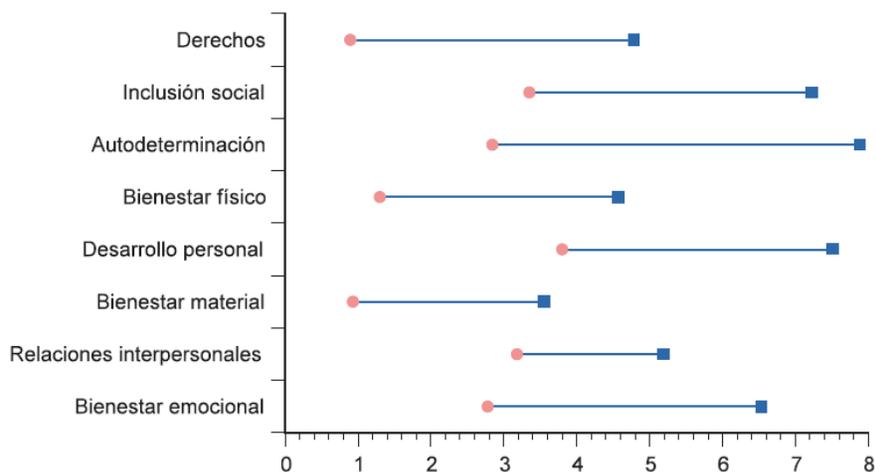
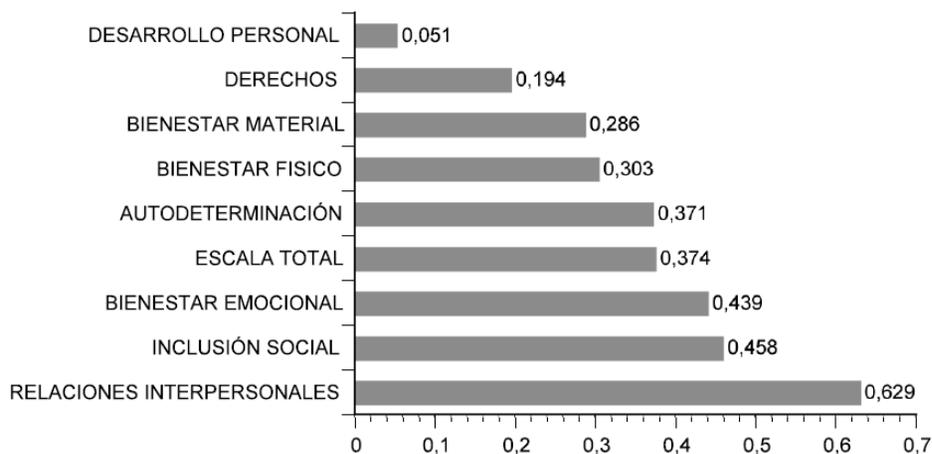


Gráfico 4. Magnitud del error típico de medida con respecto a la desviación típica.



El gráfico 4 muestra la comparación de la magnitud del ETM con respecto a las DTs. Gracias a estas representaciones gráficas podemos concluir de una forma intuitiva que las puntuaciones de la Escala FUMAT no tienen un elevado error típico de medida. Por lo tanto, que son fiables. Los ETMs de menor magnitud se encuentran en las dimensiones Desarrollo Personal y Derechos. Si bien, el ETM es más perjudicial en la dimensión Relaciones Interpersonales. (32).

3.2.5 Factores que afectan la calidad de vida. La inactividad física (35) constituye el cuarto factor de riesgo más importante de mortalidad en todo el mundo (6% de defunciones a nivel mundial). Sólo la superan la hipertensión (13%), el consumo de tabaco (9%) y el exceso de glucosa en la sangre (6%). El sobrepeso y la obesidad representan un 5% de la mortalidad mundial.

3.2.6 Dimensiones de integración de la Calidad de Vida. La evaluación de la Calidad de Vida con la Escala FUMAT, presenta las siguientes dimensiones (36)

- **Bienestar Emocional.** Es conceptualizado como la figura central de la salud mental, una característica de madurez, realización personal y funcionamiento óptimo.
- **Relaciones Interpersonales.** La importancia de la calidez y confianza en las relaciones interpersonales, así como la capacidad de amar, son vistas como uno de los principales componentes de la salud mental, siendo a la vez un criterio de madurez.
- **Autodeterminación.** Enfatiza la independencia y la regulación de la conducta.
- **Desarrollo Personal.** “Destaca la comprensión de un propósito o significado de la vida, un sentido de dirección o intencionalidad. Quién funciona positivamente tiene objetivos, intenciones y un sentido de dirección”(37).
- **Inclusión Social.** “La habilidad de elegir o crear ambientes acordes a las propias condiciones físicas es definida como una característica de la salud mental. Implica la capacidad de manipular y controlar los entornos o ambientes complejos contando con la participación del medio”.
- **Derechos.** Sistema normativo regulador de la conducta humana dentro de la sociedad y tiene como base los principios de justicia y en un plano más complejo, el de igualdad.

- **Bienestar Material.** Las relaciones entre bienestar material y calidad de vida se han investigado ante todo en el contexto de la felicidad. Es claro que el ingreso y la felicidad no se correlacionan directamente, y que esta relación varía con el nivel de ingreso, la satisfacción o insatisfacción de las necesidades básicas y otros factores. (38).
- **Bienestar Físico.** El bienestar físico se refiere al nivel de susceptibilidad a una enfermedad, peso corporal, cuidado, agudeza visual, fortaleza, potencia, coordinación, nivel de tolerancia y rapidez de recuperación (39). Se caracteriza por el funcionamiento eficiente del cuerpo, resistencia a enfermedades, la capacidad física de responder apropiadamente a una diversidad de eventos y un nivel adecuado de aptitud física(40). Así mismo, la OMS, realiza la siguiente definición «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

3.2.7 Modelo geriátrico de atención centrada en la persona. Consiste en la propuesta para una buena vida desde la atención profesional, cuidar bien y ganar en calidad de vida de las personas y se enfoca en: respeto a la dignidad, apoyar los proyectos de vida, un modelo profesionalizado que busca calidad de vida, lo que aporta a otros enfoques y sus principales apuestas, los diferentes profesionales y el rol de los equipos de trabajo, unidades de convivencia para las personas que necesitan ayuda, el plan de atención y de vida, como conocer a la persona y apoyar su autodeterminación, actividades de la vida cotidiana, las relaciones con los demás y los cuidados personales(41). Toda persona, independientemente de sus características individuales (sexo, edad, raza, condiciones físicas y psicológicas), situación económica, social y cultural, así como de sus creencias o formas de pensar es merecedora de respeto. La atención Gerontológica centrada en la persona es un modelo de atención que asume, como punto de partida, que las personas mayores merecen ser tratadas con igual consideración y respeto que cualquier otra, desde el reconocimiento

de que todas las personas tenemos igual dignidad (42). La principal característica que define a los modelos de atención orientados en la persona, frente a otros modelos tradicionalmente diseñados desde la óptica de los servicios, es que se reconoce el papel central de la persona usuaria en su atención y, en consecuencia, se proponen estrategias para que sea ella misma quien realmente ejerza el control sobre los asuntos que le afectan. Este es el principal aporte y lo realmente innovador de estos modelos frente a los que se orientan a los servicios, en los que aun estando entre sus objetivos la atención individualizada, el sujeto tiene un papel más pasivo y se sitúa como receptor de servicios, siendo los profesionales desde su rol de expertos quienes prescriben lo más adecuado a sus necesidades individuales.

Carl Rogers (1902-1987) fue uno de los autores principales de modelo. La primordial contribución fue su método terapéutico centrado en el cliente. El individuo posee en sí mismo medios para la autocomprensión y para el cambio del concepto de sí mismo, de las actitudes y del comportamiento autodirigido. Rogers insiste en la importancia que tienen las actitudes y cualidades del terapeuta para el buen resultado de la terapia, y destaca las tres principales actitudes y cualidades: la empatía, la autenticidad y la congruencia (42).

3.2.8 Modelo Biopsicosocial. Este enfoque participativo de salud y enfermedad que postula que el factor biológico (químico-biológicos), el psicológico (pensamientos, emociones y conductas) y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad o discapacidad (43). Este modelo contrasta con el modelo reduccionista tradicional, únicamente biológico el cual sugiere que cada proceso de la enfermedad puede ser explicado en términos de una desviación de la función normal subyacente, como un agente patógeno, genético o anormalidad del desarrollo o lesión (44).

El modelo Biopsicosocial fue considerado el indicado para usarse en esta investigación, ya que, la valoración que se hace al estado de salud en el adulto mayor, es integral y va más allá de un historial clínico, es decir, se abordaron dimensiones subjetivas como condiciones físicas, emocionales, sociales, personales, razón por la que el estado de salud no sólo se entiende en términos biomédicos sino que se hace holísticamente a las esferas en que se desarrolla un ser humano (34).

Además, la credibilidad que ha generado este modelo hace que haya sido empezado a utilizarse en campos como la medicina, enfermería, psicología clínica, psicopedagogía, sociología y en particular en ámbitos más especializados como la psiquiatría, la fisioterapia, la terapia ocupacional y el trabajo social clínico. En el ámbito de la atención a las personas en situación de discapacidad y enfermedad crónica es básico este enfoque dentro del equipo de rehabilitación.

Por otro lado, no solo la legislación colombiana sino múltiples investigaciones de organizaciones a nivel nacional e internacional, incluida la Organización Mundial de la Salud, coinciden en legitimar la atención biopsicosocial como un modelo que asume como punto de partida que los adultos mayores merecen ser tratadas con igual consideración y respeto que cualquier otra y éstas en situación de fragilidad, dependencia o desprotección son especialmente vulnerables a recibir un trato que no respete su dignidad.

En este nuevo criterio de salud, los conceptos se encuentran íntimamente relacionados. Los factores relacionados con el bienestar son aquellos íntimamente conectados con la calidad de vida y esto es conocido como bienestar individual que en lo colectivo pasa a ser bienestar social y es allí donde se deben incluir criterios como promover la autoestima, el acompañamiento en la vejez, el fomento de una rutina con base en el autocuidado, la alimentación, la recreación, la buena utilización del tiempo libre, el fomento de relaciones interpersonales sanas. El reconocimiento de

la determinación social de salud, ha significado la comprensión del proceso salud – enfermedad en el marco de condiciones concretas que sobrepasan la biología humana y que abarcan desde la sociedad como un todo hasta el individuo, de forma que la determinación social de salud se produce en diferentes escenarios, niveles y profesiones. Donde se hace importante el aporte de diversas disciplinas sociales como la psicología, la nutrición, la gerontología, el trabajo social, la terapia ocupacional, la rehabilitación física y mental, entre otras.

3.2.9 Envejecimiento Activo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 2002 el envejecimiento activo como el proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. Posteriormente, se añadió el aprendizaje a lo largo de la vida como el cuarto componente (2015). Estos conceptos de salud, aprendizaje, participación y seguridad son los denominados pilares, o áreas clave para la acción estratégica. La promoción del envejecimiento activo se ha convertido en el centro de atención de organismos con la OMS, el Banco Mundial, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y la Comisión Europea. El concepto se ha convertido también en el objeto de numerosos proyectos y estudios, tales como el Programa sobre envejecimiento activo, calidad de vida y género financiado por la Comunidad de Madrid, el Fondo Social Europeo (ENCAGE-CM) y otras publicaciones científicas.

En general, las medidas de envejecimiento activo se pueden agrupar en tres grandes categorías: indicadores objetivos, evaluación subjetiva mediante resultados informados por los pacientes e índices sintéticos, en donde la categoría de indicadores objetivos agrupa a aquellas técnicas que recogen los aspectos fisiológicos y biológicos del proceso de envejecer: capacidad pulmonar, fuerza, velocidad de la marcha, comorbilidad, estado cognitivo, estado funcional, actividad física y estilos de vida, etc. (45)

La OMS (46) reconoce cuatro tipos determinantes clave del envejecimiento activo: a) Prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura, b) Reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumentar los factores que protegen la salud durante el curso de la vida, c) Desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud que sean asequibles, accesibles, de gran calidad y respetuosos con la edad y d) Proporcionar formación y educación a los cuidadores.

3.2.10 Escala de Likert. La escala de Likert (47) tiene el honor de ser uno de los ítems más populares y utilizados en las encuestas. A diferencia de las preguntas dicotómicas con respuesta sí/no, la escala de Likert nos permite **medir actitudes y conocer el grado de conformidad** del encuestado con cualquier afirmación que le propongamos. Resulta especialmente útil emplearla en situaciones en las que queremos que la persona matice su opinión. En este sentido, las categorías de respuesta sirven para capturar la intensidad de los sentimientos del encuestado hacia dicha afirmación. Sería un ejemplo de Likert la afirmación “*Estoy satisfecho con los productos de la empresa LexCorp*” y la escala de valoración: (1) Totalmente en desacuerdo; (2) En desacuerdo; (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo; (4) De acuerdo; (5) Totalmente de acuerdo.

3.2.11 Personas dependientes e independientes. Los adultos mayores están clasificados según su género y su funcionalidad y agrupados en cuatro salas, dependiendo de su grado de dependencia, teniendo en cuenta el índice de Barthel o la escala de Barthel, que se usa para valorar la discapacidad física (48): 0-20: Dependencia total; 21-60: Dependencia severa (Sala Santa Catalina); 61-90: Dependencia moderada (Salas San Camilo y Villa Sabiduría), 91-99: Dependencia escasa (Salas San José y Santa Luisa), 100: Independencia (Villa de la Sabiduría). El Índice de Barthel (IB), es una medida de la discapacidad física con demostrada validez y fiabilidad, fácil de aplicar y de interpretar y cuyo uso rutinario es recomendable. El IB es útil para

valorar la discapacidad funcional en las actividades de la vida diaria. Para una valoración más amplia hace falta la utilización de otros instrumentos. Como indican Guralnik et al *«no existe una batería de actividades de la vida diaria, de actividades instrumentales de la vida diaria o de actividades de orden superior o alguna combinación de las mismas que sea más adecuada para definir discapacidad. La selección de instrumentos debe depender de la población estudiada y del objetivo de la valoración»*. El IB ayuda a orientar los esfuerzos del personal encargado de atender al paciente en el progreso de la capacidad funcional del mismo. Aunque tenga algunas limitaciones, otros índices alternativos no han demostrado ser más ventajosos (48).

3.3 Marco Legal

Esta investigación siguió como principio básico legal la Política Nacional De Envejecimiento y Vejez, la cual orienta el deber ser en la prestación de sus servicios del Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E. Teniendo presente el lineamiento por ciclo de vida. Es una política pública, de Estado, concertada, que articula a todos los estamentos del gobierno y la sociedad civil en un propósito común: “visibilizar e intervenir la situación del envejecimiento y la vejez en el periodo 2007-2019.

Entre sus más importantes reconocimientos los hace a:

- Las necesidades de promover la garantía, realización, restitución y la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales para todos; promover el ejercicio efectivo de los derechos y el cumplimiento de las obligaciones en todos los niveles de la sociedad; promover la igualdad y la equidad entre hombres y mujeres y proteger los derechos de los adultos mayores.

- La necesidad de crear entornos económicos, políticos, sociales, culturales, espirituales y jurídicos, favorables para mejorar las condiciones de vida y lograr un mayor grado de bienestar de la población, garantizando un envejecimiento activo.
- Las limitaciones del sistema integral de información del país para evidenciar la situación de envejecimiento y vejez y la necesidad de desarrollar un sistema de información sobre envejecimiento de la población integrado al SIISPRO (Sistema Integral de Información de la Protección Social) reconoce la necesidad de generar indicadores sobre la situación de la vejez y el envejecimiento en el país para apoyar la gestión de políticas públicas.

A continuación, se relacionan a partir de 1991 las normas nacionales que respaldan la atención integral de la calidad de vida del adulto mayor en la institución.

En 1991 la Constitución Política Nacional (49) en su Artículo 13 párrafo 3 indica: *“El estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta y sancionará los abusos que contra ellas se cometan”*, y consagró como una obligación constitucional del Estado Social de Derecho la concurrencia en el cuidado de la vejez al señalar lo siguiente: Artículo 46. *El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia.* Conforme a la norma transcrita la Corte Constitucional ha considerado, de manera reiterada, que la población de la tercera edad, se encuentra comprendida dentro de la categoría de los sujetos de especial protección constitucional, precisando que con respecto a las obligaciones que debe asumir el Estado éste debe propender por el cuidado de la vejez como parte del cumplimiento de sus obligaciones constitucionales. Ello por cuanto a pesar de existir un especial deber de solidaridad

en cabeza de la familia, refiere a una responsabilidad concurrente. Por lo tanto, el Estado no sólo puede sino que debe contar con una política pública de cuidado, protección e integración del adulto mayor, y adoptar las respectivas medidas para implementarlas.

Como desarrollo del artículo 46, el Congreso expidió la **Ley 1251 del 17 de noviembre de 2008** “por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores”, cuyo objeto es: “proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez”. Dentro del contenido de la precitada Ley se establecieron los deberes del Estado, en asocio con la familia y la sociedad civil, entre otros, los siguientes: En el Artículo 366 indica que “el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del estado, será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud...”, en el Artículo 342 indica que “la ley orgánica reglamentará todo lo relacionado con los procedimientos de elaboración, aprobación, y ejecución de los planes de desarrollo y dispondrá los mecanismos apropiados para su armonización y para la sujeción a ellos de los presupuestos oficiales”, y en el Artículo 344 define que “los organismos departamentales de planeación harán la evaluación de gestión y resultados sobre los planes y programas de desarrollo e inversión de los departamentos y municipios”.

Así mismo, en la Constitución Política, en los Artículos 2, 103 inciso 1 y 270, determina como un fin del Estado, facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación, estableciendo los mecanismos de participación social: el voto, el plebiscito, el referendo, la consulta popular, el cabildo abierto, la

iniciativa legislativa y la revocatoria del mandato. Así como la obligatoriedad de organizar formas y sistemas de participación ciudadana que permitan vigilar la gestión pública que se cumpla en los diversos niveles administrativos y sus resultados. También en el Decreto 2591 del 19 de noviembre, reglamenta la acción de tutela consagrada en el Artículo 86 de la Constitución Política. De igual manera, mediante la Resolución 13347 se constituyen los Comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el decálogo de los derechos de los pacientes

En 1993, la Ley 100 crea el sistema general de seguridad social en salud, se adoptan otras disposiciones y establece los regímenes jurídicos para los afiliados y no afiliados a dicho sistema. La **Ley 152 de 1994** establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo que tiene como propósito establecer procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo, mediante el Decreto 1298 se crea el estatuto orgánico del sistema general de seguridad social en salud y con el Decreto 1876 se desarrolla la plataforma jurídica de las Empresas Sociales del Estado, cuyo objeto es la prestación de servicio de salud, entendidos como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud. Así mismo, la Ley 134 del 31 de mayo, dicta normas sobre mecanismos de participación ciudadana, y mediante el Decreto 1757 del 3 de agosto, organiza y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud.

En 1999, mediante la Resolución 1995, se definen las normas para el manejo de la Historia Clínica, específicamente en los capítulos I, II y III, se establecen las definiciones y disposiciones generales, diligenciamiento, organización y manejo del archivo de historias clínicas.

En el 2000, mediante la Resolución 3374 del 30 de diciembre, se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.

En el 2001, mediante la Ley 715 del 21 de diciembre, se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros; y específicamente en el Título III, se definen las competencias del sector salud en el orden nacional, departamental y municipal.

En el 2002, el Acuerdo 225 fija las condiciones para la operación del régimen subsidiado y se dictan otras disposiciones, el Acuerdo 229 define la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) para la financiación de acciones de promoción y prevención para el régimen subsidiado a cargo de las entidades territoriales y las administradoras del régimen subsidiado. También, el Acuerdo 001 del 28 de agosto fija el régimen de prestaciones sociales para los empleados públicos y reguló el régimen prestacional mínimo de los trabajadores oficiales del nivel territorial. Es así, como la **Ley 789** estableció el Sistema de Protección Social en Colombia y lo define como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente los más desprotegidos, para obtener como mínimo el derecho a la salud, la pensión y al trabajo. Este ha migrado de un enfoque de asistencia social, entendida como caridad, a un enfoque de asistencia y previsión social como derecho, en el cual se enfatiza la igualdad de derechos y el reconocimiento de diversidades sociales y culturales.

En el 2003, la **Ley 850** del 18 de noviembre reglamenta las veedurías ciudadanas.

En el 2004, la Ley 909 expide normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones; la Ley 715 del 21 de diciembre define las

competencias y recursos para los entes territoriales del orden municipal y departamental, destinados para la salud y educación con cargo al sistema de participaciones. De igual manera, el Decreto 2193 del 08 de julio, establece las condiciones y procedimientos para la prestación de la información periódica y sistemática de la gestión desarrollada por cada una de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas.

En el 2005, el servicio de terapia se reglamenta mediante la Ley 949 del 17 de marzo, dictando normas para el ejercicio de la profesión de terapia ocupacional en Colombia, y se establece el código de ética profesional y el régimen disciplinario correspondiente, específicamente en los Título I, II, III, que indican las disposiciones generales, práctica profesional, del colegio nacional de terapia ocupacional, el consejo nacional de terapia ocupacional y el régimen disciplinario.

En el 2006 el Decreto 1011 establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, mediante la Resolución 1043 establece el Sistema Único de Habilitación en Salud y mediante la Resolución 0256 del 5 de febrero, se dictan disposiciones en relación con el sistema de información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de calidad en salud.

En el 2007 la Ley 1122 modifica parcialmente la Ley 100 de 1993 y se dictan otras disposiciones, estableciendo ajustes para el mejoramiento del sistema y respecto de las Empresas Sociales del Estado (ESE), señaló que los indicadores tienen en cuenta la rentabilidad social, las condiciones de atención y hospitalización, cobertura, aplicación de estándares internacionales sobre contratación de profesionales en las áreas de la salud para la atención de pacientes, niveles de especialización, estabilidad laboral de sus servidores y acatamiento a las normas de trabajo. De igual manera, entra en vigencia la Ley 1164 que dicta disposiciones en materia del Talento Humano en Salud, y reglamenta en su artículo 19 el ejercicio de las medicinas y las terapias alternativas y complementarias. También entra en vigencia el Decreto 4747 del 7 de diciembre,

que regula algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.

En el 2008 el Decreto 357 reglamenta la evaluación y reelección de gerentes y directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Así mismo, la Ley 1276 establece nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida y la Ley 1251 del 27 de noviembre normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.

En el 2009, en busca de garantizar la atención y prestación de servicios integrales con calidad al adulto mayor en las instituciones en temas de hospedaje, cuidado, bienestar y asistencia social se promulga la Ley 1315 que establece las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención, y con el fin de brindar protección a las personas de la tercera edad (o adultos mayores) de los niveles I y II de Sisbén, a través de los Centros Vida, como instituciones que contribuyen a brindarles una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida entra en vigencia la Ley 1276 del 5 de enero, que modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida.

En el 2011, la Ley 1438 reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud orientándolo hacia el bienestar del usuario como el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. De igual forma, se realiza el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permite la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinda

servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

En el 2012, la Resolución 710 define la metodología para el diseño, elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones. Así mismo, mediante la Resolución 4505 del 28 de diciembre, se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las guías de atención integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.

En el 2013, la Ley 1618, establece las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas en situación de discapacidad y particularmente en su Artículo 9 indica sobre el derecho a la habilitación y rehabilitación integral.

En el 2014 la Ley 1733 del 8 de septiembre realiza la adopción de cuidados paliativos a las personas mayores.

En el 2015 El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan, lo cual, mediante la Ley 1751 el 16 de febrero, regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, lo que se evidencia en lo definido en el capítulo II. Garantía y mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud, Artículo 12. Participación en las decisiones del sistema de salud.

En el 2016, la Resolución 256 del 5 de febrero, dicta disposiciones en relación con el sistema de información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad de la salud.

En el 2017, la resolución 24 del 11 de enero, del Ministerio de Salud y Protección Social establece los requisitos mínimos esenciales que deben acreditar los Centros Vida para la atención integral de las personas adultas mayores, se determinan las directrices para adelantar el seguimiento, vigilancia y control de éstos y se establecen las condiciones para la suscripción de convenios docente-asistenciales.

En el 2018, la resolución 55 del 12 de enero, modificó la resolución 024 de 2017 y estableció los requisitos mínimos esenciales que deben acreditar los Centros Vida y las condiciones para la suscripción de convenios docente-asistenciales.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar el perfil de la calidad de vida del adulto mayor y las brechas existentes con la actual oferta de servicios del Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E. del municipio de Santiago de Cali durante el año 2017.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características demográficas, biológicas, económicas y sociales de los adultos mayores.
- Evaluar las dimensiones de autodeterminación, derechos, bienestar emocional, inclusión social, desarrollo personal, relaciones interpersonales, bienestar material, y bienestar físico de los adultos mayores según la escala FUMAT.
- Identificar brechas entre el perfil de la calidad de vida del adulto mayor y la actual oferta de servicios institucionales.

5. METODOLOGÍA

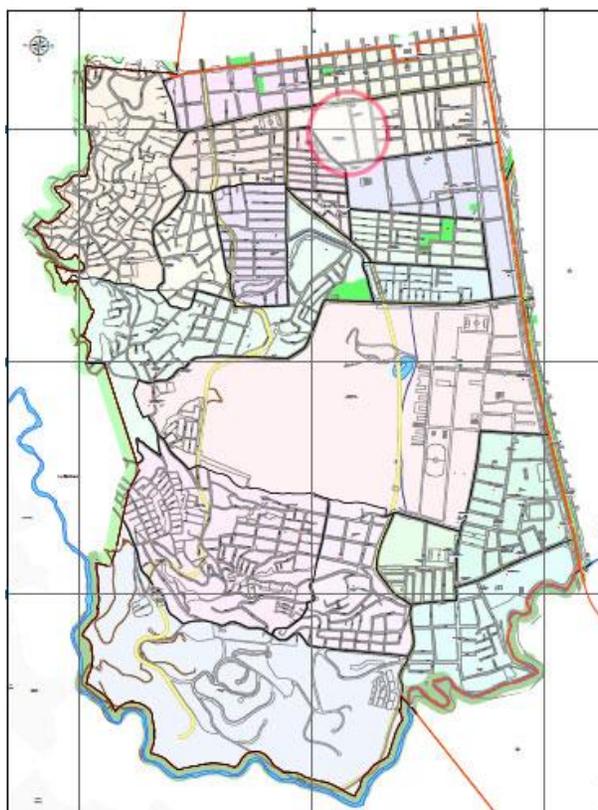
5.1 Diseño de Estudio

En el Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E. se realizó un **Estudio de Prevalencia**, de tipo *Descriptivo Transversal*, entre octubre y diciembre de 2017.

5.2 Área de Estudio

El estudio de investigación se aplicó en el Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, Empresa Social del Estado, localizado en la carrera 70 No. 2A-04, barrio Caldas, Comuna 18 al sur de la ciudad de Santiago de Cali, en el piedemonte de la cordillera Occidental entre las cuencas de los ríos Meléndez y Cañaveralejo.

Figura 1. Mapa de Ubicación del Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel ESE, en la Comuna 18 de la ciudad de Santiago de Cali.



5.3 Población Objetivo

Corresponde a los Adultos Mayores (AM) residentes, pensionados, particulares y los que asisten al Centro Día del Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel – Empresa Social del Estado, del Municipio de Santiago de Cali. Para el año 2017, la población del hospital es de 215 adultos mayores.

Criterios de Inclusión.

- Adultos mayores residentes pertenecientes al régimen subsidiado, contributivo y particulares.
- Personas que sean menores de 60 años en situación de discapacidad y residan en la institución.
- Adultos mayores pertenecientes al Centro Día de la Institución.
- Que haya aceptado participar en la investigación
- Que haya firmado el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión.

- Adultos mayores residentes pertenecientes al régimen subsidiado, contributivo, particulares o pertenecientes al centro día con enfermedad mental o dificultad para comunicarse.
- Que no haya participado de la investigación o sus familiares o acudientes no autorizaron su participación
- Que no haya firmado el consentimiento informado.

5.4 Población de Estudio

La población objeto de estudio es de 215 adultos mayores. Sin embargo, al aplicar los criterios de inclusión y exclusión, son incluidos en el estudio 133 personas, representadas por 70 mujeres y 63 hombres.

Tabla 7. Distribución de los adultos mayores incluidos y excluidos del estudio por género y sala de ocupación.

Sala	Total			Incluidos			Excluidos		
	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total
Santa Luisa	-	54	54		41	41	-	13	13
San José	45	-	45	40	-	40	5	-	5
Pensionado	15	21	36	11	15	26	4	6	10
Centro Día	6	20	26	5	10	15	1	10	11
San Camilo	16	-	16	6	-	6	10	-	10
Villa de la Sabiduría	3	8	11	1	2	3	2	6	8
Santa Catalina	-	27	27	-	2	2	-	25	25
Total	85	130	215	63	70	133	22	60	82

Fuente: HGASM

5.5 Definición de variables y operacionalización

Con el propósito de realizar la relación entre la actual oferta de servicios institucional y las ocho dimensiones que componen la escala FUMAT (bienestar físico, bienestar emocional, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, bienestar material, autodeterminación y derechos), se realizó el cruce de estas variables para poder visibilizar su aplicabilidad.

Las variables consideradas en esta investigación permitieron la evaluación del índice de calidad de vida (ICV) y sus variables asociadas.

5.5.1 Definición de variable dependiente

Tabla 8. Definición operacional de la variable dependiente

Variable	Tipo de variable / Escala de medición	Definición operacional	Unidad de medida	Valores posibles
Índice de Calidad de Vida (ICV)	Cuantitativa Continua	Índice de Calidad de Vida que presenta el adulto mayor al momento de la aplicación del instrumento.	N/A	71,72...122

5.5.2 Definición de Variables Independientes

Tabla 9. Definición operacional de variables sociodemográficas

Variable	Tipo de variable / Escala de medición	Definición operacional	Unidad de medida	Valores posibles
Lugar de Nacimiento	Cualitativa Nominal	Departamento de nacimiento	N/A	1: Valle del Cauca 2: Caldas 3: Cauca 4: Antioquia 5: Nariño 6: Tolima 7: Sin información 8: Otros departamentos
Edad	Cuantitativa Razón	Corresponde a los años cumplidos a partir de la fecha de nacimiento hasta la fecha de aplicación del instrumento	Años	60,61, ...n años
Género	Categorica Nominal	Características fenotípicas ya sea femenino o masculino	Mutuamente excluyentes	1 Hombre 2 Mujer
Escolaridad	Cualitativa Ordinal	Años aprobados según sistema educativo colombiano	Años	0: Sin escolaridad 1: Primaria 2: Secundaria 3: Técnico 4: Universitario
Etnia	Cualitativa Nominal	Etnia del adulto mayor	N/A	1: Mestiza 2: Blanca 3: Afrodescendiente
Religión	Cualitativa Nominal	Religión que profesa a la fecha de aplicación del instrumento	N/A	1: Católica 2: Cristiana

Variable	Tipo de variable / Escala de medición	Definición operacional	Unidad de medida	Valores posibles
Estado Civil	Cualitativa Nominal	Estado civil a la fecha de aplicación del instrumento	N/A	3: Testigo de jehová 4: Evangélica 1: Soltero(a) 2: Viudo(a) 3: Separado(a) 4: Casado(a) 5: Unión Libre

Tabla 10. Definición operacional de variables económicas

Variable	Tipo de variable / Escala de medición	Definición operacional	Unidad de medida	Valores posibles
Ocupación principal anterior	Cualitativa Nominal	Ocupación principal (Cargo u oficio) del adulto mayor antes de ingresar al hospital	N/A	1: Ama de casa 2: Independiente 3: Operario 4: Empleado 5: Labores del campo 6: Oficios varios/Doméstica
Distribución por EPS de afiliación y Régimen	Cualitativa Nominal	Afiliación a EPS del régimen subsidiado o contributivo.	N/A	1: Emssanar EPSs 2: Coosalud EPSs 3: Nueva EPS 4: Coomeva EPS 5: Asmet salud EPSs 6: Cafesalud EPS 7: Sanitas EPS 8: Comfenalco EPS 9: Población Pobre No Asegurada - PPNA 10: S.O.S. Comfandi 11: Suramericana EPS 12: Salud total EPS
Estancia	Cualitativa Ordinal	Años de estancia del adulto mayor desde el momento de ingreso al hospital hasta el momento de aplicación del instrumento	N/A	1: Hasta 5 años 2: 6 a 10 años 3: 11 a 15 años 4: más de 15 años

Tabla 11. Definición operacional de variables biológicas.

Variable	Tipo de variable / Escala de medición	Definición operacional	Unidad de medida	Valores posibles
Situación de discapacidad	Cualitativa Nominal	Situación de discapacidad a la fecha de aplicación del instrumento	N/A	1: Si 2: No
Peso	Cuantitativa Razón	Fuerza con la que los cuerpos son atraídos hacia el centro de la Tierra por acción de la gravedad. Peso del adulto mayor al momento de la aplicación del instrumento	Kilogramos (Kg)	1,2, ...n kilogramos
Talla	Cuantitativa Razón	Altura del adulto mayor	Centímetros	1,2,...n centímetros
Índice de Masa Corporal	Cualitativa Ordinal	Índice de masa corporal (IMC) que posee el adulto mayor al momento de la aplicación del instrumento. Se calcula dividiendo los kilogramos de peso por el cuadrado de la estatura en metros (IMC = peso [kg]/ estatura [m ²]).	N/A	1: Bajo peso 2: Normal 3: Sobrepeso
Estado Emocional	Cualitativa Nominal	Estado emocional del adulto mayor al momento de aplicación del instrumento	N/A	1: Angustiado 2: Deprimido 3: Estable 4: Eufórico 5: Ninguno
Funcionalidad	Cualitativa Nominal	Funcionalidad del adulto mayor al momento de aplicación del instrumento	N/A	1: Independiente 2: Semi-independiente 3: Dependiente
Morbilidad	Cualitativa Nominal	Morbilidad del adulto mayor al momento de la aplicación del instrumento	N/A	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas Trastornos mentales y del comportamiento Enfermedades del sistema nervioso Enfermedades del ojo y sus anexos Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides Enfermedades del sistema circulatorio Enfermedades del sistema respiratorio Enfermedades del aparato digestivo Limitación a la movilidad Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo Enfermedades del aparato genitourinario Ninguna Secuelas de ACV Sin Información

Tabla 12. Definición operacional de las variables de los servicios institucionales del Hospital

Variable	Tipo de variable / Escala de medición	Operacionalización	Unidad de medida	Valores posibles
Servicios	Cualitativa Nominal	Corresponde a los servicios prestados por el Hospital y cantidad de eventos realizados	Cantidad	<p>MEDICINA. Consulta médica externa y a residentes Programa de prevención y promoción de enfermedades crónicas Intervención en el programa de seguridad del paciente Procedimientos nivel I Indicadores de gestión de manejo del programa Evolución de hospitalización.</p> <hr/> <p>ENFERMERÍA. Programa promoción y prevención Control y seguimiento al cumplimiento de las órdenes médicas Capacitaciones educativas, procedimientos Soporte en hospitalización.</p> <hr/> <p>TERAPIA. Terapia ocupacional Terapia física Terapia respiratoria Programa de promoción y prevención Intervención en el programa Seguridad del paciente Actividades lúdicas.</p> <hr/> <p>PODOLOGÍA GERIATRÍA MEDICINA ALTERNATIVA GERONTOLOGÍA Programa de promoción y prevención con charlas educativas Intervención en el programa de seguridad del paciente Consulta externa y a residentes.</p> <hr/> <p>TRABAJO SOCIAL Atención a usuarios Consulta externa y a residentes Apoyo al programa de promoción y prevención según necesidad</p>

Tabla 13. Definición operacional de las variables de las dimensiones de la escala FUMAT. La escala FUMAT tiene las siguientes dimensiones: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, integración social y derechos. La escala de medición es: 1. Siempre o casi siempre. 2. Frecuentemente. 3. Algunas veces. 4. Nunca o casi nunca.

Indicador	Ítem	Tipo de variable	Escala de medición	Operacionalización
Dimensión Bienestar Emocional				
Estabilidad Emocional (Salud Mental)	El contexto en el que vive le produce estrés	Cualitativa	Ordinal	Estabilidad emocional según el contexto donde vive y la atención psicológica recibida
	En el servicio al que acude le proporcionan atención psicológica cuando la necesita			
Satisfacción	Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe	Cualitativa	Ordinal	Satisfacción con los servicios de apoyo recibidos, consigo mismo y su vida
	Se muestra satisfecho consigo mismo			
	En general, se muestra satisfecho con su vida			
Auto concepto	Dice que es un inútil	Cualitativa	Ordinal	Auto concepto respecto a si es inútil o tiene sentimiento de incapacidad e inseguridad
	Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad			
Ausencia de estrés, sentimientos negativos	Dice sentirse triste o deprimido	Cualitativa	Ordinal	Ausencia de estrés, sentimientos negativos, triste, deprimido, problemas de comportamiento, intranquilo o nervioso
	Tiene problemas de comportamiento			
	Se muestra intranquilo o nervioso			
Relaciones de pareja	El servicio al que acude dificulta el establecimiento de relaciones de pareja	Cualitativa	Ordinal	Dificultad para establecer o tener pareja en el establecimiento donde es atendido.
	Tiene pareja o tiene posibilidades de tenerla si quisiera			
Dimensión Relaciones Interpersonales				
Tiene amigos claramente identificados	Recibe visitas de sus amigos	Cualitativa	Ordinal	Realización de actividades con otras personas y amigos
	Realiza actividades que le gustan con otras personas			

Indicador	Ítem	Tipo de variable	Escala de medición	Operacionalización
Relaciones Sociales	Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude	Cualitativa	Ordinal	Relaciones interpersonales con sus compañeros y profesionales del servicio donde acude
	Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude			
Relaciones familiares	Mantiene una buena relación con su familia	Cualitativa	Ordinal	Relaciones interpersonales con sus familiares
	No tiene ningún familiar cercano			
Contactos sociales positivos y gratificantes	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él	Cualitativa	Ordinal	Valoración de sus relaciones de amistad
	Valora positivamente sus relaciones de amistad			
Dimensión Bienestar Material				
Vivienda	El lugar donde vive es confortable	Cualitativa	Ordinal	Condiciones locativas de la vivienda que facilitan su diario vivir
	El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades			
	El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades			
Condiciones del servicio	El servicio al que acude cumple con las normas de seguridad	Cualitativa	Ordinal	Cumplimiento de normas de seguridad, higiene y de infraestructura física del servicio al que acude
	El servicio al que acude cumple con las normas de higiene			
	El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades			
Jubilación	Dice no estar satisfecho con su jubilación (por haber dejado de realizar la actividad que desempeñaba)	Cualitativa	Ordinal	Satisfacción con la jubilación
Posesiones	Dispone de las cosas materiales que necesita	Cualitativa	Ordinal	Posesiones materiales que necesita
Ingresos	Se queja de su salario (o pensión)	Cualitativa	Ordinal	Satisfacción de sus ingresos que permitan cubrir sus necesidades básicas
	Sus ingresos le permiten cubrir sus necesidades básicas			

Indicador	Ítem	Tipo de variable	Escala de medición	Operacionalización
Dimensión Desarrollo Personal				
Oportunidades de aprendizaje	En el servicio al que acude realiza actividades que le permiten aprender cosas nuevas	Cualitativa	Ordinal	Oportunidades para aprender cosas nuevas, cuestiones que le interesen y nuevas habilidades, en el servicio al que acude
	En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan			
	El servicio al que acude le proporciona la oportunidad de adquirir nuevas habilidades			
Habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, comunicación)	Es responsable de la toma de su medicación	Cualitativa	Ordinal	Habilidades funcionales, para toma de medicamentos, resolver problemas, habilidad mental y comprensión de información que le brindan
	Resuelve con eficacia los problemas que se le plantean			
	Muestra escasa flexibilidad mental			
	Comprende la información que recibe			
Habilidades académicas	Expresa información	Cualitativa	Ordinal	Habilidades académicas en la expresión, cálculo, lectura y comprensión
	Maneja conceptos matemáticos básicos útiles para la vida cotidiana (sumar, restar...)			
	Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódico...)			
Dimensión Bienestar Físico				
Atención Sanitaria	Tiene acceso a la asistencia sanitaria que necesita	Cualitativa	Ordinal	Acceso a la atención en Salud
Memoria	Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, etc.)	Cualitativa	Ordinal	Memoria
Movilidad	Tiene problemas de movilidad	Cualitativa	Ordinal	Movilidad

Indicador	Ítem	Tipo de variable	Escala de medición	Operacionalización
Visión	Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales	Cualitativa	Ordinal	Visión
Sueño	Tiene problemas de sueño	Cualitativa	Ordinal	Sueño
Acceso a ayudas técnicas	Dispone de ayudas técnicas si las necesita	Cualitativa	Ordinal	Acceso a ayudas técnicas
Actividades de la vida diaria. Continencia	Tiene problemas de continencia Se muestra limpio y aseado	Cualitativa	Ordinal	Higiene en la vida diaria
Audición	Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal	Cualitativa	Ordinal	Capacidad auditiva
Salud General	Su salud le impide salir a la calle	Cualitativa	Ordinal	Independencia para salir a la calle
Dimensión Autodeterminación				
Metas y Preferencias Personales	El servicio al que acude organiza actividades sin contar con sus preferencias Hace planes sobre su futuro	Cualitativa	Ordinal	Metas y preferencias personales
Autonomía	Maneja el dinero independientemente (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc.) Organiza su propia vida	Cualitativa	Ordinal	Independencia en sus finanzas y organización de su vida
Elecciones	Elige cómo pasar su tiempo libre Los servicios y los apoyos que requiere cambian a medida que cambian sus deseos, necesidades y preferencias Ha elegido el lugar donde actualmente vive	Cualitativa	Ordinal	
Decisiones	Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas Toma decisiones importantes para su vida Su familia respeta sus decisiones	Cualitativa	Ordinal	Toma de decisiones de su cotidianidad, de su vida, y respeto de éstas por su familia

Indicador	Ítem	Tipo de variable	Escala de medición	Operacionalización
Dimensión Integración social				
Participación	Tiene dificultades para participar en su comunidad	Cualitativa	Ordinal	Participación voluntaria en actividades de ocio, comunidad y temas de interés.
	Participa en diversas actividades de ocio que le interesan			
	Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude			
Integración	No se relaciona con otras personas del centro Integración	Cualitativa	Ordinal	Integración con personas de la institución, redes de apoyo y la comunidad
	Su red de apoyos no satisface sus necesidades			
	Está integrado en su comunidad			
Apoyos	Está integrado con sus compañeros del servicio al que acude	Cualitativa	Ordinal	Apoyo de sus compañeros, profesionales y familia
	En el servicio al que acude encuentra apoyos cuando lo necesita			
	Su familia le da apoyo cuando lo necesita			
	Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita General			
General	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos	Cualitativa	Ordinal	Cumplimiento de sus derechos
Dimensión Derechos				
Ejerce derechos	Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)	Cualitativa	Ordinal	Disfrute de sus derechos
Responsabilidades	Cumple con las normas establecidas en el servicio al que acude	Cualitativa	Ordinal	Cumplimiento de las normas donde le prestan los servicios
Dignidad	Sufre malos tratos	Cualitativa	Ordinal	Maltrato y abandono
	Sufre abandono			

Indicador	Ítem	Tipo de variable	Escala de medición	Operacionalización
Derechos legales	Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal	Cualitativa	Ordinal	Derecho a
Información	Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	Cualitativa	Ordinal	Información recibida sobre sus tratamientos e intervenciones recibidas
Respeto	En su entorno es tratado con respeto	Cualitativa	Ordinal	respeto con el que es tratado en su entorno
Defensa de derechos	Defiende sus derechos cuando no son respetados	Cualitativa	Ordinal	Respeto a los derechos
Intimidad	En el servicio al que acude se respeta su intimidad	Cualitativa	Ordinal	Respeto a la intimidad

5.6 Procedimiento para la recolección de información

La etapa de recolección de información para esta investigación inició en el mismo mes de la aprobación del anteproyecto por parte del Comité Institucional de Revisión de Ética Humana de la Universidad del Valle. La recolección de la información estuvo a cargo del investigador principal y del equipo de trabajo designado por el hospital.

5.6.1 Capacitación El hospital conformó y designó un equipo de trabajo para apoyar el proceso de recolección de información de medición de la calidad de vida del adulto mayor, conformado por un geriatra, un gerontólogo, un trabajador social, un psicólogo, una enfermera y una auxiliar de enfermería, quienes están familiarizados con el concepto de calidad de vida y adoptaron el rol de observador externo o informadores. Se realizó un proceso de capacitación al equipo de trabajo del hospital en coordinación con el investigador principal, donde se detallan los objetivos del estudio, su metodología, los instrumentos para la recolección de información y demás ítems vitales que deben conocer para cumplir con los objetivos de la presente investigación.

Así mismo, se les informó sobre las normas de aplicación de la escala FUMAT (Ver anexo A), las normas de corrección e interpretación de la escala FUMAT (Ver anexo B) y sobre la escala FUMAT (Ver anexo C).

Los recursos logísticos como computador, impresora, fotocopias, papelería, manual y cuaderno de anotación, fueron suministrados por el hospital para la realización del estudio.

5.6.2 Recolección de información según la escala FUMAT. Se usó la Escala FUMAT para la evaluación de la calidad de vida de adultos mayores creada por Miguel A. Verdugo Alonso, Laura E. Gómez Sánchez, Benito Arias Martínez del Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) de la Universidad de Salamanca 2009.

El investigador principal realizó la recolección de la información de la presente investigación. Los funcionarios del hospital que cumplen el rol de observadores externos o informadores, tuvieron como objetivo brindar información para el diligenciamiento de los instrumentos de la investigación cuando el adulto mayor lo desconociera o se requirió verificar la información suministrada; cuyo requisito indispensable fue conocer los adultos mayores al menos desde hace tres meses.

La supervisión se hizo durante todo el tiempo que duró esta investigación. El investigador principal con ayuda del gerontólogo, una vez fue aprobada la investigación por el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana de la Universidad del Valle revisaron las agendas del personal del hospital y se programó la aplicación de los instrumentos de medición de la calidad de vida de la escala FUMAT (Ver anexos A, B y C).

Para la aplicación de estos instrumentos de medición de calidad de vida, el investigador principal se dirigió al espacio establecido por el gerontólogo dentro de las instalaciones del hospital. El equipo de trabajo del hospital realizó la organización de los adultos mayores en grupos de máximo cinco personas, programando el día y hora de aplicación del estudio y fue el encargado de llevar

desde las salas hasta el sitio definido para la aplicación del estudio. Una vez finalizado el estudio, fueron llevadas nuevamente a sus habitaciones. Luego se trajo otro grupo de cinco personas para continuar con el estudio, y así sucesivamente, hasta terminar la programación de la jornada de trabajo. Dicho estudio se realizó de forma individual.

El Investigador principal leyó el consentimiento informado y preguntó al adulto mayor sobre su aprobación. Una vez aprobado, procedió a diligenciarlo completamente y solicitó la firma o huella digital en caso de no saber firmar (Ver anexo E).

Posteriormente, realizó la aplicación de los instrumentos para la medición de la calidad de vida según la escala FUMAT (Ver anexo C) y resolvió todas las dudas e inquietudes de los participantes en cualquier momento de la investigación. Con esta modalidad de recolección de información, se implementaron mecanismos de supervisión y control como:

- **Revisión diaria de instrumentos diligenciados.** Se verificó que el completo diligenciamiento, con letra legible, sin hojas faltantes, ni tachones, entre otras; de esta manera se pudo ubicar al participante y organizar la información.
- **Ratificación de la información.** Se tomaron algunos instrumentos de forma aleatoria ya diligenciados, para ratificar la información, con esto se pudo controlar la validez y confiabilidad de la información contenida en los instrumentos diligenciados y se tomaron las medidas correctivas que fueron necesarias.

5.6.3 Uso de Fuentes de Información. Como fuente de **información primaria**, se utilizaron los instrumentos de la escala FUMAT. Dichos instrumentos fueron socializados al personal del equipo interdisciplinario de la institución, conformado por: geriatra, gerontólogo, médico general, terapeuta, psicólogo, nutricionista y trabajador social, previa capacitación por parte del investigador principal. Como fuente de **información secundaria**, se usó el Plan de Desarrollo

Municipal y Plan de Desarrollo del Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E, así como todos los documentos institucionales oficiales que contengan en temas relacionados con el adulto mayor. Los resultados de la presente investigación contribuyen a fortalecer sus acciones en pro del mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor y se propusieron temas para que pueden ser incluidos en los planes de desarrollo Institucional y Municipal. Se utilizaron los registros de las historias clínicas para complementar la información necesaria para la caracterización de la población.

5.7 Plan de Análisis

La información se recolectó mediante el instrumento establecido en la escala FUMAT, se digitó y guardó en un archivo en formato Excel V2013, posteriormente dicha información se exportó al paquete estadístico SPSS V22 (Statistics Package for Social Science) donde en cada una de las variables del estudio se realizó un análisis exploratorio para determinar su comportamiento y detectar fallas en la recolección y errores de digitación. Las variables cuantitativas se presentaron con sus correspondientes medidas de tendencia central (media, moda y mediana) y medidas de dispersión (varianza y desviación estándar) de acuerdo a la distribución normal o no normal y las variables categóricas se expresaron con frecuencias por categoría y sus proporciones correspondientes.

Se realizaron cruces entre las variables incluyendo las sociodemográficas, económicas y biológicas con el fin de caracterizar la población evaluada y según el caso se aplicaron pruebas Chi², Fisher, U. de Mann Whitney dependiendo del tipo de variables para verificar si existen diferencias estadísticamente significativas en los valores obtenidos para el índice de calidad de vida y sus variables asociadas. Un valor de $p < 0,05$ se consideró como estadísticamente significativo y

confirmó la hipótesis de normalidad. El comportamiento de la distribución de cada variable continua se evaluó mediante de pruebas de normalidad, indicadores de curtosis y asimetría.

Para el análisis de la Calidad de Vida se presentaron 57 afirmaciones relativas a la calidad de vida del adulto mayor distribuidas en ocho dimensiones: bienestar emocional (8), relaciones interpersonales (6), bienestar material (7), desarrollo personal (8) bienestar físico (6), autodeterminación (8), inclusión social (9) y derechos (5). Todos los ítems fueron enunciados en tercera persona, con formato declarativo y se responden utilizando una escala de frecuencia de cuatro opciones ('nunca o casi nunca', 'a veces', 'frecuentemente' y 'siempre o casi siempre'). Al presentarse dificultad para contestar alguno de los ítems con la escala de frecuencia, el informador respondió pensando en una escala Likert de cuatro puntos ('totalmente en desacuerdo', 'en desacuerdo', 'acuerdo' y 'totalmente de acuerdo').

Luego se estimaron las asociaciones bi-variadas de las afirmaciones y sus dimensiones con la variable independiente. La escala asignó una puntuación directa a cada una de las respuestas de las afirmaciones de cada dimensión. Luego, en la tabla de baremos definida en la escala FUMAT (Ver anexo C) de acuerdo con la puntuación directa obtenida se asignó una puntuación estándar y el percentil correspondiente a la puntuación directa total de cada una de las dimensiones. El Índice de Calidad de Vida o puntuación estándar compuesta tiene una distribución con media de 100 y una desviación típica de 15 por lo que la mayoría de los evaluadores están familiarizados con ella y las puntuaciones que generó permitió una interpretación muy intuitiva.

Para obtener el Índice de Calidad de Vida primero se sumaron las puntuaciones estándar de las ocho dimensiones y se registró el resultado en la casilla 'Puntuación Estándar Total (suma)' del cuadernillo de anotación (Ver anexo C). Este valor se convierte en el 'Índice de Calidad de Vida' (o puntuación estándar compuesta) mediante la tabla que se incluye en este mismo anexo. En

dicha tabla se localizó la puntuación estándar total; en la misma fila, en las dos columnas de la derecha, se encuentra el Índice de Calidad de Vida y su percentil. Los valores obtenidos a evaluar las dimensiones varían con el transcurso del tiempo, es decir, los valores obtenidos hoy varían a los obtenidos posteriormente y esto puede ser debido a los diferentes acontecimientos que pueden suceder en la vida del adulto mayor.

Por esto, es recomendable mantener actualizada la información sobre la calidad de vida de las personas que hicieron parte de este estudio, mediante la evaluación periódica de cada una de las dimensiones, con el fin poseer un plan de intervención acorde a sus necesidades.

Si el plan de apoyo llevado a cabo para mejorar una determinada dimensión es eficaz, la persona obtiene una puntuación más alta en dicha dimensión. En caso contrario, la puntuación permanece o disminuye, por lo tanto, es recomendable revisar el plan de apoyo brindado por la institución para este adulto mayor.

Para el análisis de la actual oferta de servicios institucional se realizó la recolección y análisis de la información que permitió medir la producción de servicios asistenciales durante el último año, la capacidad instalada institucional, el total de horas del talento humano contratado en la prestación de los servicios, los servicios actuales ofrecidos en el portafolio institucional y que se encuentran habilitados por la secretaría de salud departamental. El resultado de este análisis se comparó con la puntuación obtenida en la medición de la calidad de vida en cada una de las dimensiones de la escala FUMAT (Bienestar Emocional, Relaciones Interpersonales, Autodeterminación, Desarrollo Personal, Inclusión Social, Bienestar Material, Bienestar Físico y Derechos) (Ver tabla 14) que identificó las brechas entre el perfil de la calidad de vida y la oferta de servicios del hospital, los cuales sirven como insumos para: fortalecer o crear nuevos servicios; realizar los respectivos ajustes a los programas de promoción y prevención; mejorar y fortalecer los programas

asistenciales del hospital; identificar necesidades de mejoramiento en la infraestructura física, dotación, mobiliario, alimentación, estancia, zonas de descanso, recreación, fortalecer los convenios docente asistenciales, mejorar la inclusión social, fortalecer los proyectos de desarrollo administrativo, asistencial y de inversión; crear programas de alfabetización ajustar, mejorar y actualizar el Plan de Desarrollo Institucional y construir planes de mejoramiento en pro de mejorar del índice de calidad de vida del adulto mayor.

Tabla 4. Correlación entre las Dimensiones de la Escala FUMAT y la Oferta de Servicios del Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN - EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL GERIÁTRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL E.S.E.								
MATRIZ DE CORRELACIÓN ENTRE LAS DIMENSIONES DE LA ESCALA FUMAT (PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES) Y LA OFERTA DE SERVICIOS ACTUAL DEL HOSPITAL GERIÁTRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL E.S.E.								
La letra "X" indica que el servicio prestado por el HGASM actualmente, influye en la dimensión de la Escala FUMAT								
MODELO BIOPSIOSOCIAL	BIOLÓGICO	PSICOLÓGICO	SOCIAL	SOCIAL	B.P.S.	SOCIAL	SOCIAL	SOCIAL
	1	2	3	4	5	6	7	8
DIMENSIONES DE LA ESCALA FUMAT E INDICADOR POR CADA DIMENSIÓN	Bienestar físico	Bienestar emocional	Relaciones interpersonales	Inclusión social	Desarrollo personal	Bienestar material	Autodeterminación	Derechos
	INDICADORES							
OFERTA DE SERVICIOS DEL HOSPITAL GERIÁTRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL E.S.E.	Salud (consecuencias); Salud (energía, vitalidad); Salud general; Servicios Sanitarios; Sueño	Ausencia de estrés/ansiedad/sentimientos negativos; Autoconcepto; Relaciones sociales; Satisfacción personal/Satisfacción con la vida	Relaciones familiares; Relaciones de amistad; Relaciones Sociales	Integración en la comunidad; Participación social; Apoyos sociales	Trabajo; Educación, Actividades de la vida diaria	Relaciones con la comunidad; Ingresos, economía; Posesiones, pertenencias; Servicios comunitarios; Vivienda / confortabilidad	Autonomía; Decisiones; Elecciones; Metas y preferencias personales	Derechos humanos, derechos legales
	MEDICINA.							
Consulta médica externa y a residentes	X	X					X	
Programa de prevención y promoción de enfermedades crónicas	X	X					X	
Intervención en el programa de seguridad del paciente	X							
Procedimientos nivel I	X							
Indicadores de gestión de manejo del programa								
Evolución de hospitalización.	X	X						
ENFERMERÍA.								
Programa promoción y prevención	X	X						

MODELO BIOPICOSOCIAL	BIOLÓGICO	PSICOLÓGICO	SOCIAL	SOCIAL	B.P.S.	SOCIAL	SOCIAL	SOCIAL
	1	2	3	4	5	6	7	8
DIMENSIONES DE LA ESCALA FUMAT E INDICADOR POR CADA DIMENSIÓN	Bienestar físico	Bienestar emocional	Relaciones interpersonales	Inclusión social	Desarrollo personal	Bienestar material	Autodeterminación	Derechos
	INDICADORES							
OFERTA DE SERVICIOS DEL HOSPITAL GERIÁTRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL E.S.E.	Salud (consecuencias); Salud (energía, vitalidad); Salud general; Servicios Sanitarios; Sueño	Ausencia de estrés/ansiedad/sentimientos negativos; Autoconcepto; Relaciones sociales; Satisfacción personal/Satisfacción con la vida	Relaciones familiares; Relaciones de amistad; Relaciones Sociales	Integración en la comunidad; Participación social; Apoyos sociales	Trabajo; Educación, Actividades de la vida diaria	Relaciones con la comunidad; Ingresos, economía; Posesiones, pertenencias; Servicios comunitarios; Vivienda / confortabilidad	Autonomía; Decisiones; Elecciones; Metas y preferencias personales	Derechos humanos, derechos legales
Control y seguimiento al cumplimiento de las órdenes médicas	X	X						
Capacitaciones educativas, procedimientos (curaciones, toma de muestras con sonda, electrocardiogramas, retiro de suturas)	X							
Soporte en hospitalización.	X	X						
TERAPIA.								
Terapia ocupacional	X	X	X	X			X	
Terapia física	X						X	
Terapia respiratoria	X						X	
Programa de promoción y prevención (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Insuficiencia Venosa Periférica (IVP)	X							
Intervención en el programa Seguridad del paciente	X	X			X			
Actividades lúdicas.	X		X	X	X	X	X	
PODOLOGÍA	X							
GERIATRÍA	X							

MODELO BIOPICOSOCIAL	BIOLÓGICO	PSICOLÓGICO	SOCIAL	SOCIAL	B.P.S.	SOCIAL	SOCIAL	SOCIAL
	1	2	3	4	5	6	7	8
DIMENSIONES DE LA ESCALA FUMAT E INDICADOR POR CADA DIMENSIÓN	Bienestar físico	Bienestar emocional	Relaciones interpersonales	Inclusión social	Desarrollo personal	Bienestar material	Autodeterminación	Derechos
	INDICADORES							
OFERTA DE SERVICIOS DEL HOSPITAL GERIÁTRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL E.S.E.	Salud (consecuencias); Salud (energía, vitalidad); Salud general; Servicios Sanitarios; Sueño	Ausencia de estrés/ansiedad/sentimientos negativos; Autoconcepto; Relaciones sociales; Satisfacción personal/Satisfacción con la vida	Relaciones familiares; Relaciones de amistad; Relaciones Sociales	Integración en la comunidad; Participación social; Apoyos sociales	Trabajo; Educación, Actividades de la vida diaria	Relaciones con la comunidad; Ingresos, economía; Posesiones, pertenencias; Servicios comunitarios; Vivienda / confortabilidad	Autonomía; Decisiones; Elección; Metas y preferencias personales	Derechos humanos, derechos legales
MEDICINA ALTERNATIVA	X							
GERONTOLOGÍA								
Programa de promoción y prevención con charlas educativas	X		X	X	X	X	X	
Intervención en el programa de seguridad del paciente	X		X	X	X	X	X	X
Consulta externa y a residentes.	X		X	X	X	X	X	
TRABAJO SOCIAL								
Atención a usuarios			X	X	X			
Consulta externa y a residentes			X	X	X			
Apoyo al programa de promoción y prevención según necesidad	X		X	X	X	X	X	X

Fuente: Investigador Principal

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Cuando las investigaciones involucran o se realizan en seres humanos o animales se deben tener en cuenta todas las normas éticas que resguardan sus derechos.

Para la presente investigación, corresponde al análisis de la información recolectada por el Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E., por lo tanto, se tuvo la autorización de la Gerencia para el uso, levantamiento, procesamiento y análisis de toda la información requerida y necesaria para llevar a cabo la investigación como documentos, bases de datos, historias clínicas, estadísticas y demás.

De conformidad con el artículo 8 de la Ley 10 de 1990, por la cual se organiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones, determina que corresponde al Ministerio de Salud formular las políticas y dictar todas las normas científico - administrativas de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el Sistema, por lo cual, este Ministerio emite la Resolución número 008430 del 4 de octubre de 1993, en donde se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Esta investigación cumple con todos los requisitos exigidos en la mencionada resolución y por lo tanto, se considera de **riesgo mínimo** para el participante, dado que no se hace intervención sobre variables físicas o fisiológicas, sobre la población o muestra de estudio. Así mismo, ésta se aplicó a todos los residentes que cumplieron con los requisitos de inclusión en la institución. Se informó previamente a las personas sobre la justificación y objetivos del estudio y el tiempo requerido de su voluntaria atención para realizar el cuestionario.

Esta información fue comunicada por el investigador principal y funcionarios delegados por la gerencia de la institución, quienes se capacitaron con anterioridad sobre el estudio y el

diligenciamiento del consentimiento informado. Hubo el compromiso de proporcionar información actualizada obtenida durante el estudio.

El consentimiento informado fue explicado por el investigador principal a cada uno de los adultos mayores o a su acudiente, con un lenguaje sencillo al nivel sociocultural de cada participante, aclarando las dudas relacionadas sobre el estudio, respetando la negativa de no colaborar con el estudio como decisión autónoma del participante. Además, se indicó que este estudio tiene riesgo mínimo y que toda la información obtenida es confidencial. El consentimiento informado, fue firmada por cada participante de forma voluntaria, se entregó una copia al participante y se guardó otra en el archivo; si el AM no sabía firmar, se registró su huella dactilar. Además, todos los consentimientos están firmados por el gerontólogo y trabajadora social de la institución hospitalaria.

La investigación garantizó la confiabilidad de los resultados que arroja el estudio. Las encuestas son totalmente anónimas y confidenciales, pues no se tuvo en cuenta el nombre y documento de identidad, sólo un código que fue utilizado para referenciar a cada persona y es conocido únicamente por el investigador principal. También se garantizó la voluntariedad en la participación de la investigación, se resguardó el anonimato y la confidencialidad de los datos y solicitó el consentimiento informado las autorizaciones pertinentes a quien corresponda. (Ver anexo E).

Los resultados de la investigación estuvieron a disposición de las personas que participaron, los funcionarios y directivas de la institución, teniendo en cuenta la confidencialidad de los participantes.

Este proyecto fue aprobado por el comité de posgrados de la escuela de salud pública de la Universidad del Valle el 4 de julio de 2017 (Anexo F) y por el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana de la Universidad del Valle mediante acta de aprobación N° 016-017 del 17 de

octubre de 2017 (Anexo G). De igual manera, también fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E.

7. RESULTADOS

En este estudio se encuestaron 133 adultos mayores del Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E., dado que 82 (38,1%) de los AM presentaron los criterios de exclusión definidos en la investigación. Para la interpretación de los resultados de esta investigación se tuvo en cuenta que su diseño es transversal.

7.1 Características demográficas, biológicas, económicas y sociales de los adultos mayores.

Las características sociodemográficas, económicas y biológicas de los 133 adultos mayores incluidos en el estudio se han categorizado según su género y la sala que ocupan al momento del estudio.

Las salas San José y San Camilo pertenecen al régimen subsidiado y son ocupadas por hombres; y las salas Santa Luisa y Santa Catalina son ocupadas por mujeres. Adicionalmente, los AM que participan del Centro Día, son de ambos géneros, quienes no residen en la institución, sino que únicamente están durante el día realizando actividades acordes al programa institucional.

Pensionados, es una sala ocupada por AM del régimen contributivo y particulares, en habitaciones unipersonales o bipersonales y la Villa de la Sabiduría es ocupada únicamente por personas particulares.

7.1.1 Características Sociodemográficas. En la población estudiada se encuentra que la edad promedio es de 81,9 años, con un mínimo de 56 años y un máximo de 106 años. Los departamentos del Valle del Cauca, Caldas y Cauca, representan los lugares en donde nacieron la mayoría de los adultos, así: 36,1% (48), 12,8 (17) y 9,8% (13) respectivamente.

Respecto a la edad, se observa que el 88,0% (117) tienen más de 71 años, entre los cuales hay 63 mujeres. De estos AM tres tienen más de 100 años y dos de ellos son hombres. Del total de los

AM incluidos en el estudio, el 47,4% (63) corresponde a la edad entre 81 y 90 años, representados por 36 mujeres y 27 hombres. Respecto a la escolaridad se observa que el 78,9% (105) no tienen o tienen baja escolaridad, representados en un 23,3% (31) como analfabetas y un 55,6% (74) con estudios de primaria, 21 con estudios secundarios, 3 con estudios universitarios y 4 estudios técnicos.

El 86,5% (115) son de etnia mestiza y blanca, de éstos 62 son mujeres. La etnia afro descendiente tiene el 13,5% (18) de los AM estudiados y de ellos 10 corresponden a hombres.

Predomina la religión católica con el 89,5% (119), seguida de la cristiana con 6,8% (9), testigos de jehová y evangélica. Así mismo, se observa que el 58,6% (78) de los AM informan estar soltero(a), siendo 39 hombres. El 24,8% (33) son viudos(as) de los cuales 21 son mujeres. Es de resaltar que dos parejas han contraído matrimonio en la institución en el 2017 y actualmente se evidencian cinco parejas de novios, quienes hacen grandes planes para el futuro, como casarse, tener casa propia, comprarse un vehículo y viajar por el mundo.

Tabla 5. Características sociodemográficas del AM según el lugar de nacimiento

Lugar de Nacimiento	N	%
Valle del Cauca	48	36,1%
Caldas	17	12,8%
Cauca	13	9,8%
Sin información	11	8,3%
Antioquia	10	7,5%
Nariño	8	6,0%
Tolima	7	5,3%
Otros departamentos	19	14,3%
Total	133	100,0%

Fuente: HGASM

Tabla 6. Características sociodemográficas del AM según la edad, escolaridad, etnia, religión y estado civil por género.

Variable		Total		Masculino		Femenino		Chi ²	Valor *p
		N	%	n	%	n	%		
Edad	50 a 70 años	16	12,0%	9	14,3%	7	10,0%	1,263	0,738
	71 a 80 años	39	29,3%	20	31,7%	19	27,1%		
	81 a 90 años	63	47,4%	27	42,9%	36	51,4%		
	Más de 90 años	15	11,3%	7	11,1%	8	11,4%		
Escolaridad	Primaria	74	55,6%	34	54,0%	40	57,1%	6,750	0,080
	Analfabeta	31	23,3%	11	17,5%	20	28,6%		
	Secundaria	21	15,8%	12	19,0%	9	12,9%		
	Técnico y Universitario	7	5,3%	6	9,5%	1	1,4%		
Etnia	Mestiza	72	54,1%	37	58,7%	35	50,0%	2,731	0,255
	Blanca	43	32,3%	16	25,4%	27	38,6%		
	Afro-descendiente	18	13,5%	10	15,9%	8	11,4%		
Religión	Católica	119	89,5%	59	93,7%	60	85,7%	2,647	0,449
	Cristiana	9	6,8%	3	4,8%	6	8,6%		
	Otra religión	5	3,8%	1	1,6%	5	5,7%		
Estado Civil	Soltero(a)	78	58,6%	39	61,9%	39	55,7%	2,493	0,477
	Viudo(a)	33	24,8%	12	19,0%	21	30,0%		
	Separado(a)	12	9,0%	6	9,5%	6	8,6%		
	Unión libre o Casado	10	7,6%	6	9,5%	4	5,8%		

n=133

Fuente: HGASM

Gráfico 3 Características socio-demográficas del AM según su edad y género

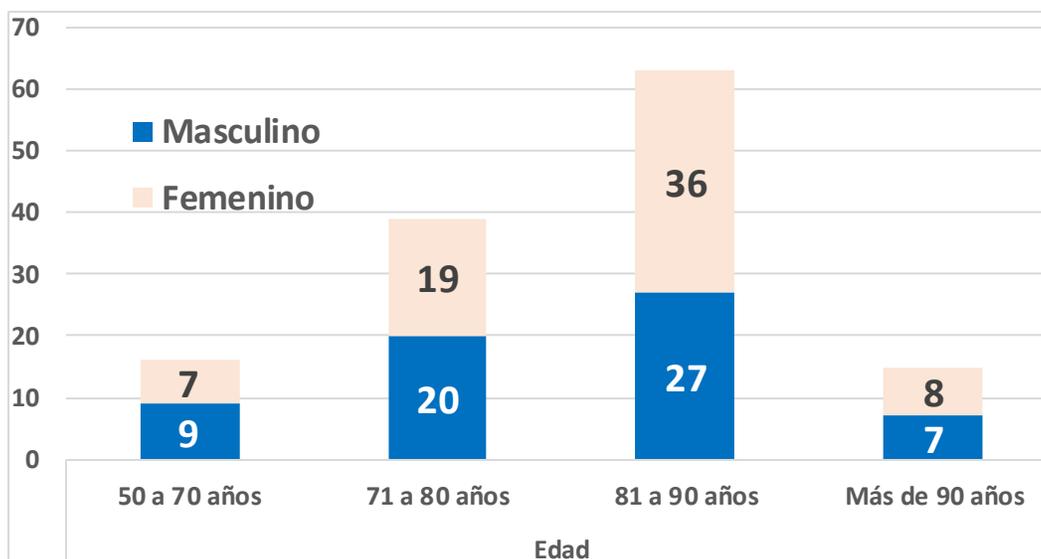
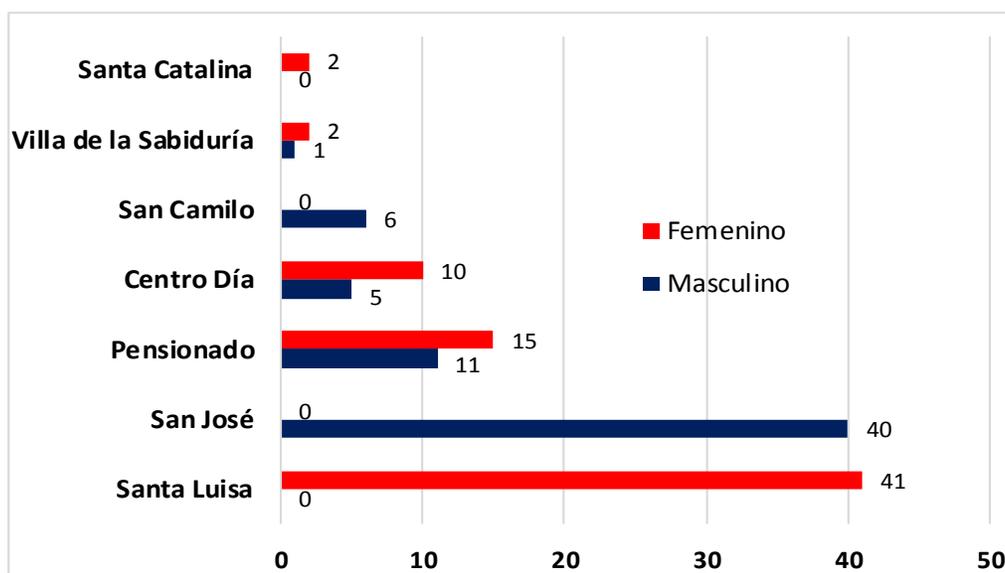


Tabla 7. Características sociodemográficas del AM según el género y la sala que ocupa

Sala	Género		Total	Fisher	Valor *p
	Masculino	Femenino			
Santa Luisa	-	41	41	113,979	0.0
San José	40	-	40		
Pensionado	11	15	26		
Centro Día	5	10	15		
San Camilo	6	-	6		
Villa de la Sabiduría	1	2	3		
Santa Catalina	-	2	2		
Total	63	70	133		

Fuente: HGASM

Gráfico 4 Características sociodemográficas del AM según su género y sala de ocupación.



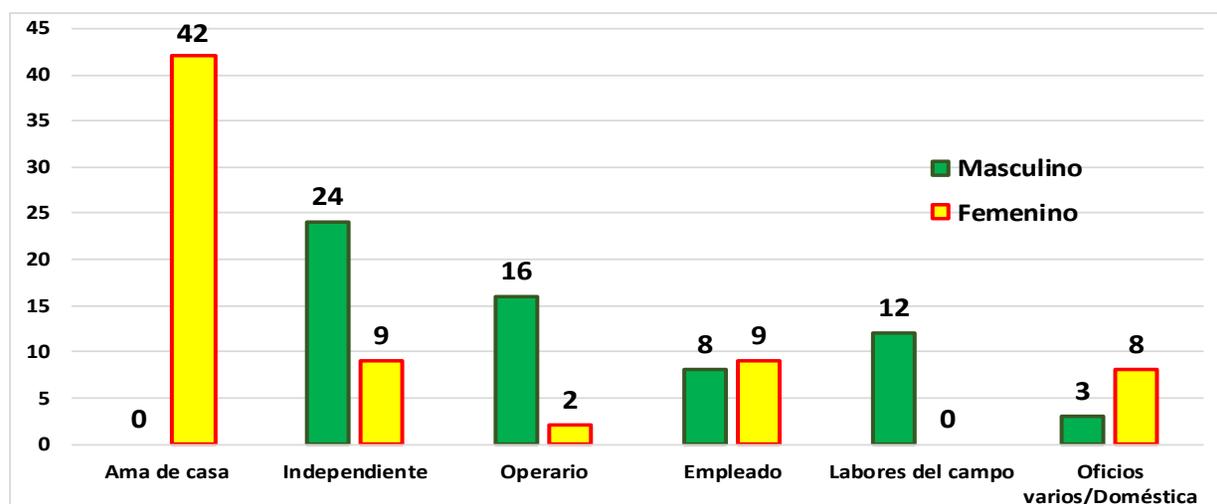
7.1.2 Características Económicas. Con respecto a las características económicas se encontró que la ocupación que ejercían los adultos mayores antes de ingresar al hospital, 42 (31,6%) corresponden a amas de casa; independientes 33 (24,8%) de los cuales 24 son hombres; seguido de operarios con 18 (13,5%) en donde únicamente dos son mujeres. Es importante resaltar que 12 (9%) hombres se dedicaban a labores del campo, algunos de los cuales aún contribuyen voluntariamente a labores de cuidado de las aves de corral que actualmente tiene la entidad.

Tabla 8. Características Económicas del AM según el género y ocupación antes de ingresar del hospital.

Ocupación	Total		Masculino		Femenino		Chi ²	Valor *p
	n	%	Masc.	%	Fem.	%		
Ama de casa	42	31,6%	-	-	42	60,0%	73.875	0.0
Independiente	33	24,8%	24	38,1%	9	12,9%		
Operario	18	13,5%	16	25,4%	2	2,9%		
Empleado	17	12,8%	8	12,7%	9	12,9%		
Labores del campo	12	9,0%	12	19,0%	-	-		
Oficios varios/Doméstica	11	8,3%	3	4,8%	8	11,4%		
Total	133	100,0%	63	100,0%	70	100,0%		

Fuente: HGASM

Gráfico 5 Características Económicas del AM según el género y ocupación antes de ingresar del hospital.



El 75,1% (100) de los AM se encuentran afiliados al régimen subsidiado en Emsanar, Coosalud, Asmet Salud. El régimen contributivo representa el 31% (31) de los AM, afiliados principalmente en la Nueva EPS y Coomeva EPS.

Tabla 9. Características Económicas del AM según el tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Afiliación EPS	Total	
	n	%
Emsanar EPSs	71	53,4%
Coosalud EPSs	20	15,0%
Nueva EPS	13	9,8%
Coomeva EPS	7	5,3%
Asmet salud EPSs	5	3,8%

Afiliación EPS	Total	
	n	%
Otras	17	12,8%
Total	133	100,0%

Fuente: HGASM

De acuerdo con la información de la estancia de los AM en la institución se observó que el 85% (113) AM tienen hasta 10 años, de los cuales 34 se encontraron en la sala Santa Luisa y 36 en la sala San José. El 59,4% (79) tienen permanencia inferior a los 5 años con 42 mujeres en este grupo. El 15,1% (20) presentaron permanencia mayor a 10 años de los cuales el 6,8% (9) tienen más de 15 años en la institución hospitalaria. Es de anotar, que existe una persona con más de 50 años de permanencia en la institución, pero ésta fue excluida del estudio por presentar enfermedad mental.

Tabla 10. Características económicas del AM según la estancia y género.

Estancia	Total		Masculino		Femenino		Chi ²	Valor *p
	N	%	n	%	n	%		
Hasta 5 años	79	59,4%	37	58,7%	42	60,0%	1,160	0,763
6 a 10 años	34	25,6%	18	28,6%	16	22,9%		
11 a 15 años	11	8,3%	5	7,9%	6	8,6%		
Más de 15 años	9	6,8%	3	4,8%	6	8,6%		
Total	133	100,0%	63	100,0%	70	100,0%		

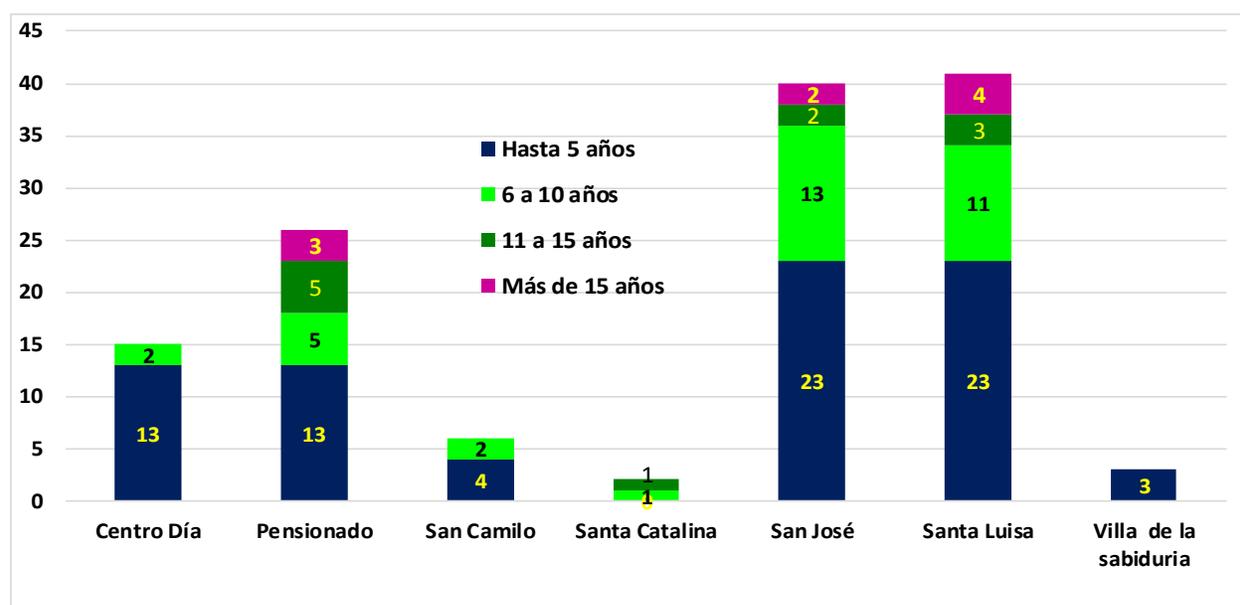
Fuente: HGASM

Tabla 11. Características económicas del AM según la estancia por sala de ocupación.

Estancia	Total	Centro Día	Pensionado	San Camilo	Santa Catalina	San José	Santa Luisa	Villa de la Sabiduría	(Chi ²).	Valor *p
Hasta 5 años	79	13	13	4	-	23	23	3	21,772	0,242
	59,4%	86,7%	50,0%	66,7%	-	57,5%	56,1%	100,0%		
6 a 10 años	34	2	5	2	1	13	11	-		
	25,6%	13,3%	19,2%	33,3%	50,0%	32,5%	26,8%	-		
11 a 15 años	11	-	5	-	1	2	3	-		
	8,3%	-	19,2%	-	50,0%	5,0%	7,3%	-		
Más de 15 años	9	-	3	-	-	2	4	-		
	6,8%	-	11,5%	-	-	5,0%	9,8%	-		
Total	133	15	26	6	2	40	41	3		

Fuente: HGASM

Gráfico 6 Características económicas del AM según la estancia por sala de ocupación.



7.1.3. Características Biológicas. Con respecto a las características biológicas del AM se realizó un cruce bivariado en donde se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la variable situación de discapacidad con las variables: género, ocupación anterior, índice de masa corporal y el estado emocional, pero si existen estas diferencias estadísticamente significativas entre la variable situación de discapacidad y las variables: sala que ocupa, edad, estado civil, afiliación al régimen de seguridad social en salud y funcionalidad. Se observó que de los 133 evaluados, 52 (39,1%) presentaron situación de discapacidad. Las salas en donde se

encontró el mayor número de AM en situación de discapacidad son Santa Luisa, San José y Pensionados con 29, 25 y 14 respectivamente. Según la edad del AM, el rango entre 81-90 años es donde más se encontraron AM en situación de discapacidad con 43, seguido del rango entre 71-80 años con 21. De los 78 AM solteros, 43 presentaron situación de discapacidad al igual que 23 de los 33 que son viudos. De acuerdo a su funcionalidad, de los 106 independientes 75 se encontraron en situación de discapacidad y de los 21 semiindependientes 6 se encuentra en esta misma situación.

Tabla 12. Características biológicas del AM según la situación de discapacidad

Personas en situación de discapacidad	Total		Masculino		Femenino		Chi ² .	Valor *p
	N	%	n	%		%		
No	81	60,9%	37	58,7%	41	58,6%	0.237	0.626
Si	52	39,1%	26	41,3%	26	37,1%		
Total	133	100,0%	63	100%	70	100%		

Fuente: HGASM

Tabla 13. Características biológicas del AM según la situación de discapacidad.

Variable		Total		Personas en condición en discapacidad				Chi ²	Valor *p
		n	%	Si	%	No	%		
Sala que ocupa el AM	Santa Luisa	41	30,8%	12	23,1%	29	35,8%	8.016 (*)	0.207 (*)
	San José	40	30,1%	15	28,8%	25	30,9%		
	Pensionado	26	19,5%	12	23,1%	14	17,3%		
	Centro Día	15	11,3%	5	9,6%	10	12,3%		
	San Camilo	6	4,5%	4	7,7%	2	2,5%		
	Villa de la Sabiduría	3	2,3%	2	3,8%	1	1,2%		
	Santa Catalina	2	1,5%	2	3,8%	-	-		
Edad	81 a 90 años	63	47,4%	20	38,5%	43	53,1%	5.412	0.144
	71 a 80 años	39	29,3%	18	34,6%	21	25,9%		
	50 a 70 años	16	12,0%	5	9,6%	11	13,6%		
	Más de 90 años	15	11,3%	9	17,3%	6	7,4%		
Estado Civil	Soltero(a)	78	58,6%	35	67,3%	43	53,1%	2,679	0,444
	Viudo(a)	33	24,8%	10	19,2%	23	28,4%		
	Separado(a)	12	9,0%	4	7,7%	8	9,9%		
	Unión Libre o Casado	10	7,6%	3	5,7%	7	8,7%		
Ocupación anterior del AM	Ama de casa	42	31,6%	14	26,9%	28	34,6%	3,400	0,639
	Independiente	33	24,8%	15	28,8%	18	22,2%		

Variable		Total		Personas en condición en discapacidad				Chi ²	Valor *p
		n	%	Si	%	No	%		
	Operario	18	13,5%	6	11,5%	12	14,8%		
	Empleado	17	12,8%	6	11,5%	11	13,6%		
	Labores del campo	12	9,0%	7	13,5%	5	6,2%		
	Oficios varios/Doméstica	11	8,3%	4	7,7%	7	8,6%		
Índice de Masa Corporal (IMC)	Normal	75	56,4%	31	59,6%	44	54,3%	0,850	0,654
	Sobrepeso	50	37,6%	19	36,6%	31	38,3%		
	Bajo peso	8	6,0%	2	3,8%	6	7,4%		
Afiliación al régimen de seguridad social	Emssanar EPSs	71	53,4%	32	61,5%	39	48,1%	4,578	0,470
	Coosalud EPSs	20	15,0%	5	9,6%	15	18,5%		
	Nueva EPS	13	9,8%	5	9,6%	8	9,9%		
	Coomeva EPS	7	5,3%	1	1,9%	6	7,4%		
	Otras EPS	22	16,5%	9	17,3%	13	16,0%		
Estado emocional	Estable	126	94,7%	50	96,2%	76	93,8%	0,344	0,558
	No estable	7	5,3%	2	3,8%	5	6,2%		
Funcionalidad	Independiente	106	79,7%	31	59,6%	75	92,6%	22,886	0
	Semi-independiente	21	15,8%	15	28,8%	6	7,4%		
	Dependiente	6	4,5%	6	11,5%	-	-		
	Total	133	100,0%	52	100,0%	81	100,0%		

(*): Cálculo con prueba F de Fisher n = 133
Fuente: HGASM

Gráfico 7 Características biológicas del AM según la sala de ocupación y la situación de discapacidad.

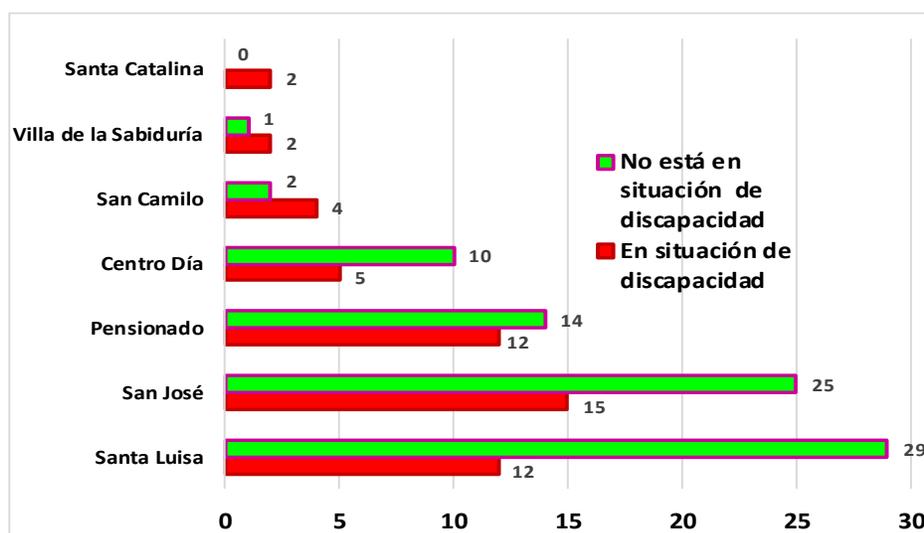


Gráfico 8 Características biológicas del AM según el rango de edad y la situación de discapacidad.

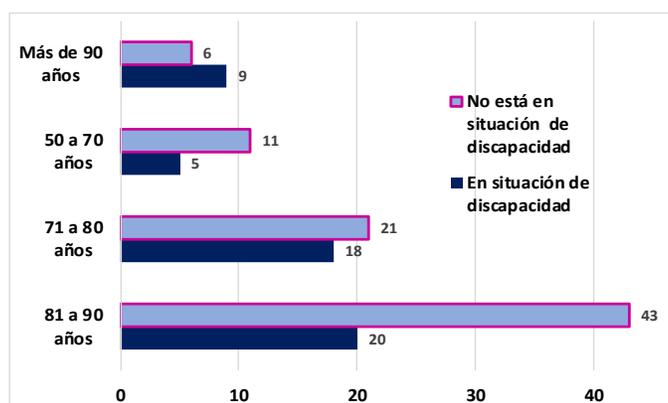
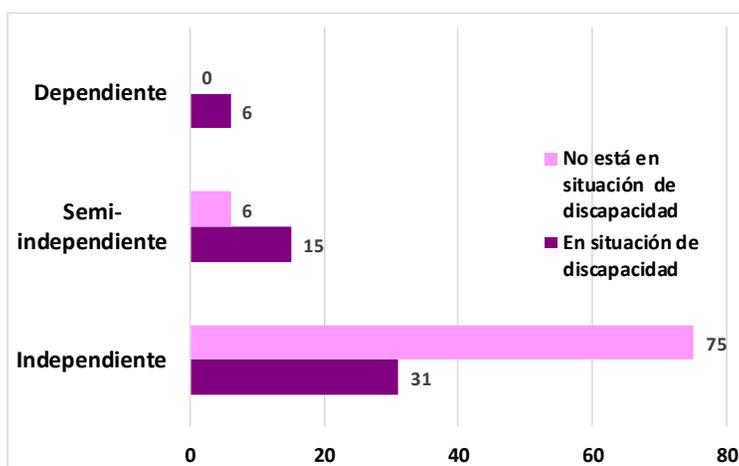


Gráfico 9 Características biológicas del AM según la funcionalidad y la situación de discapacidad.



En la evaluación del índice de masa corporal, se observó que 75 (56,4%) hombres y 44 (54,3%) de las mujeres están con peso normal; dos mujeres de la sala Santa Luisa presentan una delgadez severa; dos hombres y cuatro mujeres un bajo peso, ubicados en las salas de Santa Luisa y Pensionados. También 9 (6,8%) presentan obesidad, quienes se encuentran en las salas de Pensionado, San Camilo, Santa Luisa y San José, siendo ésta última la que más tuvo con cinco personas. Las salas que presentaron peso por debajo de lo normal son Santa Luisa y Pensionados. Se aprecia que la sala Villa de la Sabiduría tiene todos los adultos mayores con peso normal.

Tabla 14. Características biológicas del AM según el índice de masa corporal por género.

Índice de Masa Corporal (IMC)	Total		Género				Chi ² .	Valor *p
	n	%	Masculino	%	Femenino	%		
Bajo peso	8	6,0%	2	3,2%	6	8,6%	3.254	0.197
Normal	75	56,4%	40	63,5%	35	50,0%		
Sobrepeso	50	37,6%	21	33,3%	29	41,4%		
Total	133	100,0%	63	100,0%	70	100,0%		

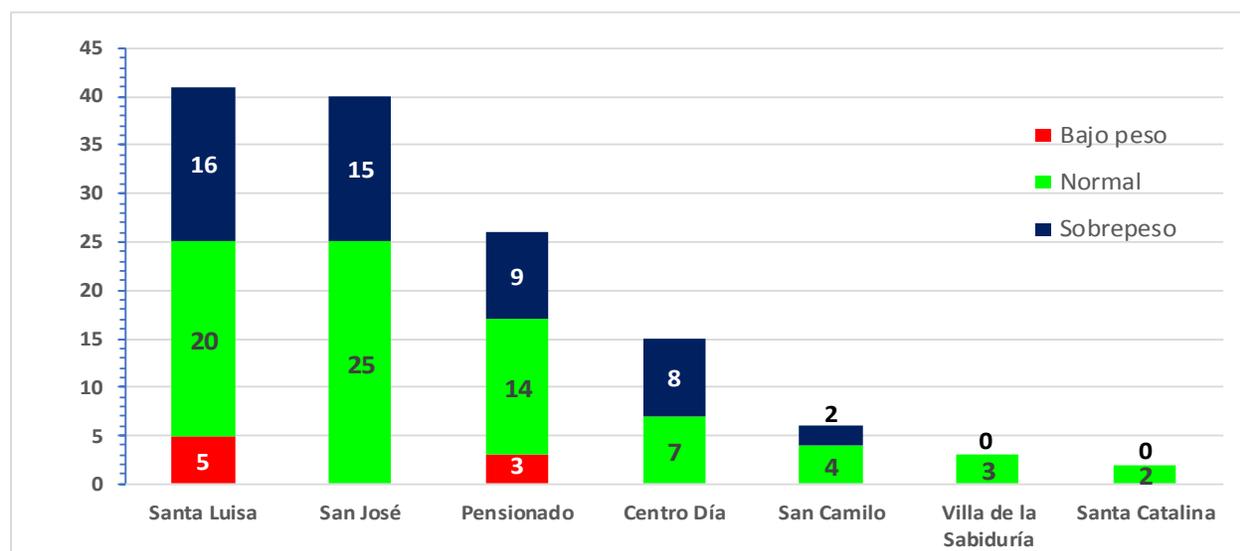
Fuente: HGASM

Tabla 15. Características biológicas del AM según el índice de masa corporal y la sala que Ocupa.

Índice de Masa Corporal (IMC)	Total	Centro Día	Pensionado	San Camilo	Santa Catalina	San José	Santa Luisa	Villa de la Sabiduría	Fisher	Valor *p
Bajo peso	8	-	3	-	-	-	5	-	12,388	0,360
	6,0%	-	11,5%	-	-	-	12,2%	-		
Normal	75	7	14	4	2	25	20	3		
	56,4%	46,7%	53,8%	66,7%	100,0%	62,5%	48,8%	100,0%		
Sobrepeso	50	8	9	2	-	15	16	-		
	37,6%	53,3%	34,6%	33,3%	-	27,5%	39,0%	-		
Total	133	15	26	6	2	40	41	3		

Fuente: HGASM

Gráfico 10 Características biológicas del AM según el índice de masa corporal y la sala que ocupa.



El bajo peso se presentó en 8 AM, 7 de ellos con edad superior a los 81 años. De los 50 AM con sobrepeso, más del 80% se encontraron en los rangos de edad de 81-90 años y 71-80 años con 28 y 16 AM respectivamente.

Tabla 16. Características biológicas del AM según el índice de masa corporal y edad.

Índice de Masa Corporal (IMC)	Total	Edad en rangos				Fisher	Valor *p
		50 a 70 años	71 a 80 años	81 a 90 años	Más de 90 años		
Normal	75	10	23	32	10	9,548	0,109
	56,4%	71,4%	57,5%	50,8%	62,5%		
Sobrepeso	50	4	16	28	2		
	37,6%	28,6%	40,0%	44,4%	12,5%		
Bajo peso	8	-	1	3	4		
	6,0%	-	2,5%	4,8%	25,0%		
Total	133	14	40	63	16		

Fuente: HGASM

Respecto al estado emocional se observó que 126 (94,7%) AM se encontraron estable y los demás se encuentran en estado de depresión y angustia, de ellos, el 50% en la sala San José.

El 79,7% (106) AM son independientes ubicados principalmente en las salas San José, Santa Luisa, Pensionado y Centro Día con 35, 29, 22 y 15 AM respectivamente. El 15,8% (21) son semiindependientes residentes en Santa Luisa, San José y Pensionado con 10, 5 y 4 AM respectivamente. El 4,5% (6) AM son dependientes residentes en igual número en las salas de Santa Luisa, Santa Catalina y San Camilo.

Tabla 17. Características biológicas del AM según el estado emocional y funcionalidad de acuerdo a la sala que ocupa.

Variable	Total	Centro Día	Pensionado	San Camilo	Santa Catalina	San José	Santa Luisa	Villa de la Sabiduría	Fisher	Valor *p	
Estado Emocional	Estable	126	14	26	6	2	36	39	3	4,315	
		94,7%	93,3%	100,0%	100,0%	100,0%	90,0%	95,1%	100,0%		
	No estable	7	1	-	-	-	4	2	-		0,627
	5,3%	6,7%				10,0%	4,9%				
Funcionalidad	Independiente.	106	15	22	3	-	35	29	2	28,977	0,001
		79,7%	100,0%	84,6%	50,0%	-	87,5%	70,7%	66,6%		
	Semi-dependiente	21	-	4	1	-	5	10	1		
		15,8%	-	15,4%	16,7%	-	12,5%	24,4%	33,3%		
	Dependiente.	6	-	-	2	2	-	2	-		
	4,5%	-	-	33,3%	100,0%	-	4,9%	-			

n=133

Fuente: HGASM

7.2 Determinación del Perfil de Calidad de Vida de los Adultos Mayores Según la Escala FUMAT.

7.2.1 Análisis de las dimensiones de la escala FUMAT

Tabla 18. Frecuencias de respuesta a cada pregunta de las dimensiones de la Escala Fumat.

Ítems y Dimensiones	Siempre o casi siempre		Frecuentemente		Algunas veces		Nunca o casi nunca	
	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
BIENESTAR EMOCIONAL								
En general, se muestra satisfecho con su vida presente	111	83,5%	8	6,0%	7	5,3%	7	5,3%
Manifiesta sentirse inútil	13	9,8%	5	3,8%	24	18,0%	91	68,4%
Se muestra intranquilo o nervioso	8	6,0%	13	9,8%	35	26,3%	77	57,9%
Se muestra satisfecho consigo mismo	121	91,0%	4	3,0%	3	2,3%	5	3,8%
Tiene problemas de comportamiento	4	3,0%	4	3,0%	27	20,3%	98	73,7%
Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe	121	91,0%	4	3,0%	7	5,3%	1	0,8%
Manifiesta sentirse triste o deprimido	9	6,8%	8	6,0%	40	30,1%	76	57,1%
Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad	10	7,5%	6	4,5%	33	24,8%	84	63,2%
RELACIONES INTERPERSONALES								
Realiza actividades que le gustan con otras personas	84	63,2%	9	6,8%	14	10,5%	26	19,5%
Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude	115	86,5%	8	6,0%	8	6,0%	2	1,5%
Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude	107	80,5%	13	9,8%	10	7,5%	3	2,3%
Carece de familiares cercanos	46	34,6%	11	8,3%	12	9,0%	64	48,1%
Valora negativamente sus relaciones de amistad	3	2,3%	6	4,5%	22	16,5%	102	76,7%
Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él	110	82,7%	12	9,0%	8	6,0%	3	2,3%
BIENESTAR MATERIAL								
El lugar donde vive es confortable	111	83,5%	7	5,3%	9	6,8%	6	4,5%
Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual)	97	72,9%	-	-	3	2,3%	33	24,8%
Se queja de su salario (o pensión)	85	63,9%	2	1,5%	3	2,3%	43	32,3%
El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	5	3,8%	8	6,0%	17	12,8%	103	77,4%
El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas	5	3,8%	9	6,8%	17	12,8%	102	76,7%
Dispone de las cosas materiales que necesita	109	82,0%	17	12,8%	5	3,8%	2	1,5%
El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades	17	12,8%	12	9,0%	25	18,8%	79	59,4%
DESARROLLO PERSONAL								
Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódico, etc.)	78	58,6%	2	1,5%	10	7,5%	43	32,3%

Ítems y Dimensiones	Siempre o casi siempre		Frecuentemente		Algunas veces		Nunca o casi nunca	
	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean	7	5,3%	14	10,5%	39	29,3%	73	54,9%
Tiene dificultades para expresar información	9	6,8%	11	8,3%	22	16,5%	91	68,4%
En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan	115	86,5%	10	7,5%	5	3,8%	3	2,3%
Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumar, restar, etc.)	45	33,8%	10	7,5%	9	6,8%	69	51,9%
Tiene dificultades para comprender la información que recibe	5	3,8%	14	10,5%	32	24,1%	82	61,7%
Es responsable de la toma de su medicación	66	49,6%	18	13,5%	22	16,5%	27	20,3%
Muestra escasa flexibilidad mental	3	2,3%	8	6,0%	20	15,0%	102	76,7%
BIENESTAR FÍSICO								
Tiene problemas de movilidad	69	51,9%	4	3,0%	12	9,0%	48	36,1%
Tiene problemas de continencia	24	18,0%	4	3,0%	5	3,8%	100	75,2%
Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal	26	19,5%	11	8,3%	25	18,8%	71	53,4%
Su estado de salud le permite salir a la calle	54	40,6%	8	6,0%	8	6,0%	63	47,4%
Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, etc.)	23	17,3%	26	19,5%	30	22,6%	54	40,6%
Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales	77	57,9%	17	12,8%	15	11,3%	24	18,0%
AUTODETERMINACIÓN								
Hace planes sobre su futuro	37	27,8%	16	12,0%	5	3,8%	75	56,4%
Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc.)	21	15,8%	8	6,0%	11	8,3%	93	69,9%
Otras personas organizan su vida	9	6,8%	8	6,0%	25	18,8%	91	68,4%
Elige cómo pasar su tiempo libre	111	83,5%	5	3,8%	8	6,0%	9	6,8%
Ha elegido el lugar donde vive actualmente	118	88,7%	6	4,5%	3	2,3%	6	4,5%
Su familia respeta sus decisiones	120	90,2%	4	3,0%	3	2,3%	6	4,5%
Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas	118	88,7%	8	6,0%	3	2,3%	4	3,0%
Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida	10	7,5%	10	7,5%	30	22,6%	83	62,4%
INCLUSIÓN SOCIAL								
Participa en diversas actividades de ocio que le interesan	78	58,6%	7	5,3%	15	11,3%	33	24,8%
Está excluido en su comunidad	6	4,5%	1	0,8%	10	7,5%	116	87,2%
En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita	-	-	1	0,8%	10	7,5%	122	91,7%
Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita	76	57,1%	15	11,3%	15	11,3%	27	20,3%

Ítems y Dimensiones	Siempre o casi siempre		Frecuentemente		Algunas veces		Nunca o casi nunca	
	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude	8	6,0%	8	6,0%	15	11,3%	102	76,7%
Está integrado con los compañeros del servicio al que acude	106	79,7%	10	7,5%	9	6,8%	8	6,0%
Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude	107	80,5%	7	5,3%	12	9,0%	7	5,3%
Su red de apoyos no satisface sus necesidades	-	-	1	0,8%	11	8,3%	121	91,0%
Tiene dificultades para participar en su comunidad	13	9,8%	2	1,5%	7	5,3%	111	83,5%
DERECHOS								
En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos	128	96,2%	2	1,5%	2	1,5%	1	0,8%
Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	124	93,2%	5	3,8%	3	2,3%	1	0,8%
Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados	6	4,5%	2	1,5%	8	6,0%	117	88,0%
Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal	15	11,3%	-	-	-	-	118	88,7%
Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)	128	96,2%	2	1,5%	-	-	3	2,3%

Fuente: Investigador Principal

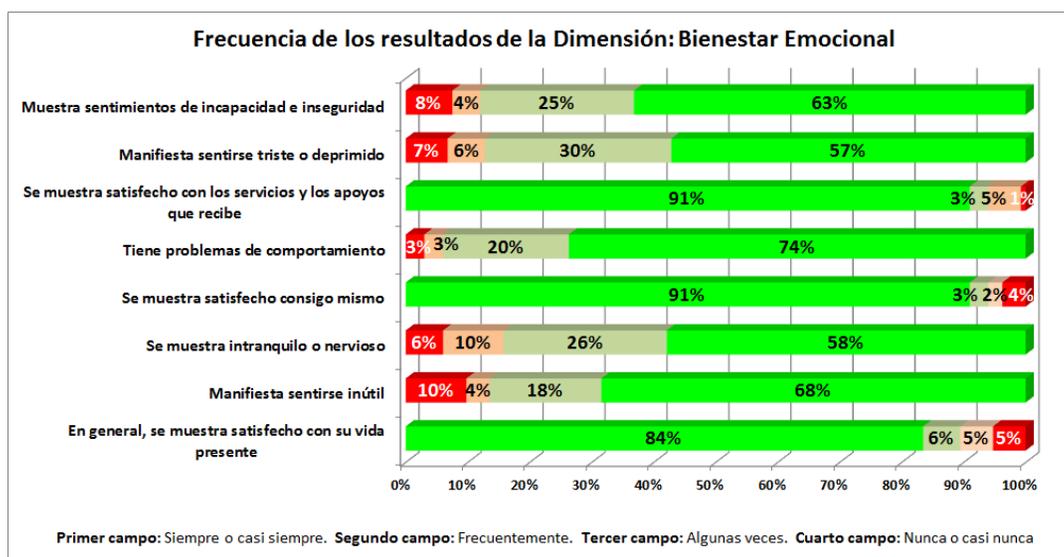
Análisis de la dimensión Bienestar Emocional: Al realizar la evaluación de la Dimensión de Bienestar Emocional en los 133 AM se encontró que:

- El 88% “nunca o casi nunca” o “algunas veces” mostraron sentimientos de incapacidad e inseguridad y el 12% “siempre o casi siempre” o “frecuentemente” por no tener las mismas capacidades físicas de antes, no poder desarrollar algunas actividades que los hicieron sentirse bien; por la pérdida de su visión o por haber estado en sillas de ruedas.
- El 87% “nunca o casi nunca” o “algunas veces” se sintieron tristes o deprimidos y el 13% si lo estuvieron debido a: problemas de salud, no poder movilizarse por sí solos, tener problemas de visión, no contar con el suficiente dinero para comprar las cosas que desean,

pérdida de su capacidad intelectual, pérdida de sus seres queridos, por no saber o tener información acerca de donde se encuentran sus familiares, por los malos comportamientos de sus compañeros de sala o por haber tenido que compartir los baños con personas ajenas a su familia.

- El 91% se mostraron satisfecho con los servicios y los apoyos que recibieron.
- El 6% tuvieron problemas de comportamiento “siempre o casi siempre” o “frecuentemente” por cambios en su salud o por sus dolencias y el 94% “nunca o casi nunca” o “algunas veces”.
- El 6% “nunca o casi nunca” o “algunas veces” se encontraron satisfechos consigo mismo, por cosas que no pudo realizar en su vida o por la situación de pobreza que siempre vivió.
- El 16% se mostraron intranquilos o nerviosos “siempre o casi siempre” o “frecuentemente”, manifestaron que le temen a la muerte, algunos compañeros son de mal genio y les gusta discutir permanentemente o por no saber que les trae el futuro.
- El 14% manifestaron sentirse inútil “siempre o casi siempre” o “frecuentemente” y el 18% algunas veces, esto dado al deterioro de su salud por el paso de los años; por no haber estudiado, por no saber leer ni escribir; por no escuchar bien o por los sentimientos de frustración de no poder trabajar como lo hacían antes.
- El 90% se mostraron satisfechos con su vida presente y el 10% “nunca o casi nunca” o “algunas veces”, algunos por su condición de no ser productivos, por pérdida de su actividad económica o porque sus familiares los abandonaron para siempre. Es de resaltar, que las tres personas mayores de 100 años, respondieron que se encuentran muy satisfechas.

Gráfico 11 . Frecuencia resultados a preguntas de la Dimensión Bienestar Emocional



Fuente: Investigador Principal.

Análisis de la dimensión Relaciones Interpersonales: Al realizar la evaluación de la Dimensión de Relaciones Interpersonales en los 133 AM se encontró que:

El 30% “nunca o casi nunca” o “algunas veces” realizaron actividades que le gustan con otras personas porque presentaron problemas de escucha, movilidad, dolencias u otro tipo de enfermedad que se lo impidieron.

El 92% “siempre o casi siempre” o “frecuentemente”, mantuvieron buena relación con los profesionales del servicio al que acude. Los restantes manifestaron no tener la suficiente confianza con las demás personas.

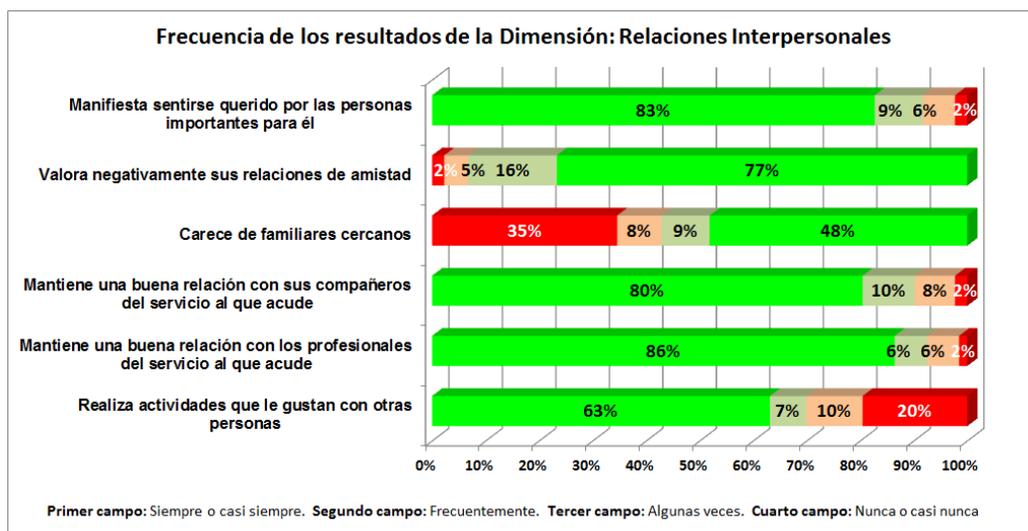
El 90% “siempre o casi siempre” o “frecuentemente” mantuvieron buena relación con sus compañeros del servicio al que acude. Los que no la tuvieron es por falta de destrezas y habilidades de comunicación, en cuyos casos es por la poca educación que tuvieron durante su vida y otros porque manifestaron que algunos compañeros tuvieron comportamientos inadecuados para mantener una buena relación interpersonal.

El 43% “siempre o casi siempre” carecieron de familiares cercanos y el 8% “frecuentemente” porque sus familiares ya fallecieron, se fueron de sus casas antes de los 12 años de edad, siempre vivieron solos, sus familiares están lejos de la ciudad de Cali y por sus condiciones socioeconómicas no los visitaron, sus familiares están fuera del país y no tienen contacto desde hace muchos años o sus familiares desconocen que son residentes en la institución.

El 7% “siempre o casi siempre” o “frecuentemente” valoraron negativamente sus relaciones de amistad debido a que hubo personas con diferentes estados de ánimo y diferentes enfermedades que les dificultaron tener una buena amistad.

El 8% “nunca o casi nunca” o “algunas veces” manifestaron sentirse queridos por las personas que son importantes para ellos dado que no tuvieron familiares cercanos o los que tuvieron no los visitaron frecuentemente.

Gráfico 12 Frecuencia de resultados a preguntas de Dimensión Relaciones Interpersonales



Fuente: Investigador Principal.

Análisis de la dimensión Bienestar Material: Al realizar la evaluación de la Dimensión de Bienestar Material en los 133 AM se encontró que:

El 78% “nunca o casi nunca” o “algunas veces” manifestaron que el lugar donde vivió necesita reformas para adaptarse a sus necesidades y el 22% manifestaron que se requieren adecuaciones físicas en las ventanas, paredes, pisos, baños, pasamanos y senderos de la zona verde de la institución.

El 5% “nunca o casi nunca” o “algunas veces” manifestaron tener las cosas que necesitaron, quienes indicaron que les hace falta dinero para comprar los elementos que requirieron.

El 11% “siempre o casi siempre” o “frecuentemente” indicaron que el servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas, principalmente para las personas en situación de discapacidad visual, quienes deben caminar por los diferentes sitios del hospital en donde informaron sobre el deterioro de los caminos y desniveles del piso en diferentes sitios. Adicionalmente, no existe un sistema de pisos especiales para personas en situación de discapacidad visual que les permita mejorar su calidad de vida. Esto dado que el hospital tiene 100 años de construcción y en esa época no existían las regulaciones que existen actualmente para las construcciones y los pocos recursos económicos que recibe para la inversión en modernización física, dotación y mobiliario. En algunos sitios de los senderos de las zonas verdes las raíces de los árboles han levantado los caminos y eso ocasiona que no puedan transitar con confianza o eviten caminar por esas zonas.

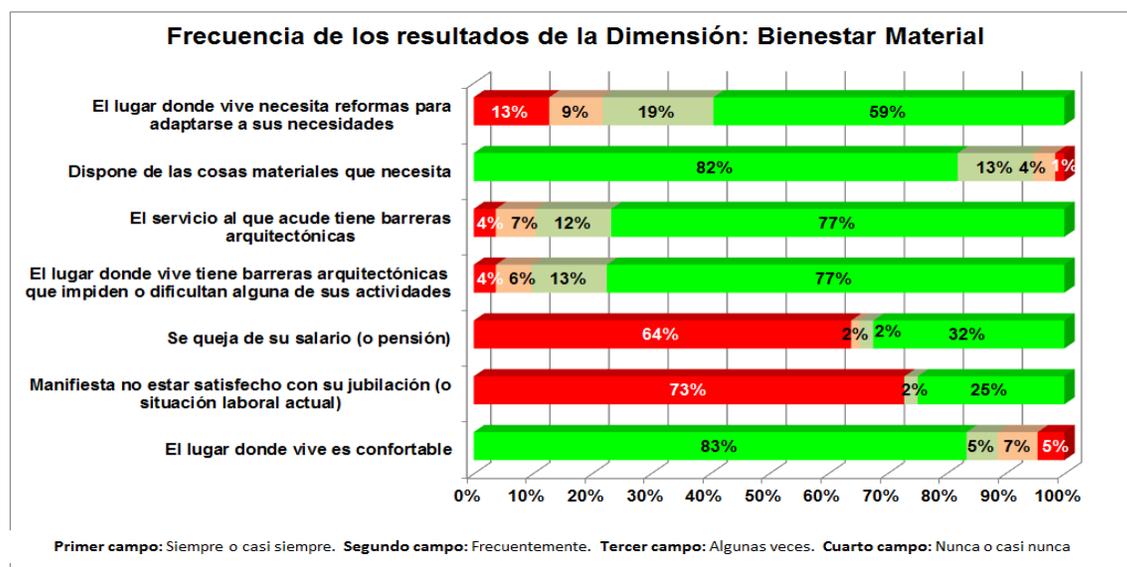
El 10% “siempre o casi siempre” o “frecuentemente” indicaron que el lugar donde viven tiene barreras arquitectónicas. Igual que la respuesta a la pregunta anterior dado que los AM residen en la institución hospitalaria excepto los de Centro Día quienes manifestaron no tener los recursos económicos necesarios para poder realizar las adecuaciones físicas en sus viviendas.

El 66% “siempre o casi siempre” o “frecuentemente” se quejó de su salario porque ninguno de los pertenecientes al régimen subsidiado posee un recurso del sistema general de pensiones. Además, algunos recibieron el subsidio del gobierno equivalente a \$150.000 bimensual y otros ningún tipo de ayuda económica.

El 73% “siempre o casi siempre” o “frecuentemente” manifestaron no estar satisfechos con su jubilación (o situación laboral actual) dado que el 100% de los pertenecientes al régimen subsidiado no poseen una pensión del sistema general de pensiones y algunos de los residentes de Pensionados recibieron este tipo de ingreso o de sus familiares y no les alcanza para cubrir sus necesidades básicas.

El 88% “siempre o casi siempre” o “frecuentemente” manifestaron que el lugar donde vivieron es confortable, especialmente quienes se encontraron en las salas de San José, la cual fue remodelada en el 2015. Adicionalmente, algunos de los AM de las otras salas solicitaron las adecuaciones físicas necesarias para baños, paredes, ventanas, entre otros, incluyendo dotación.

Gráfico 13 Frecuencia de los resultados a las preguntas de la Dimensión Bienestar Material

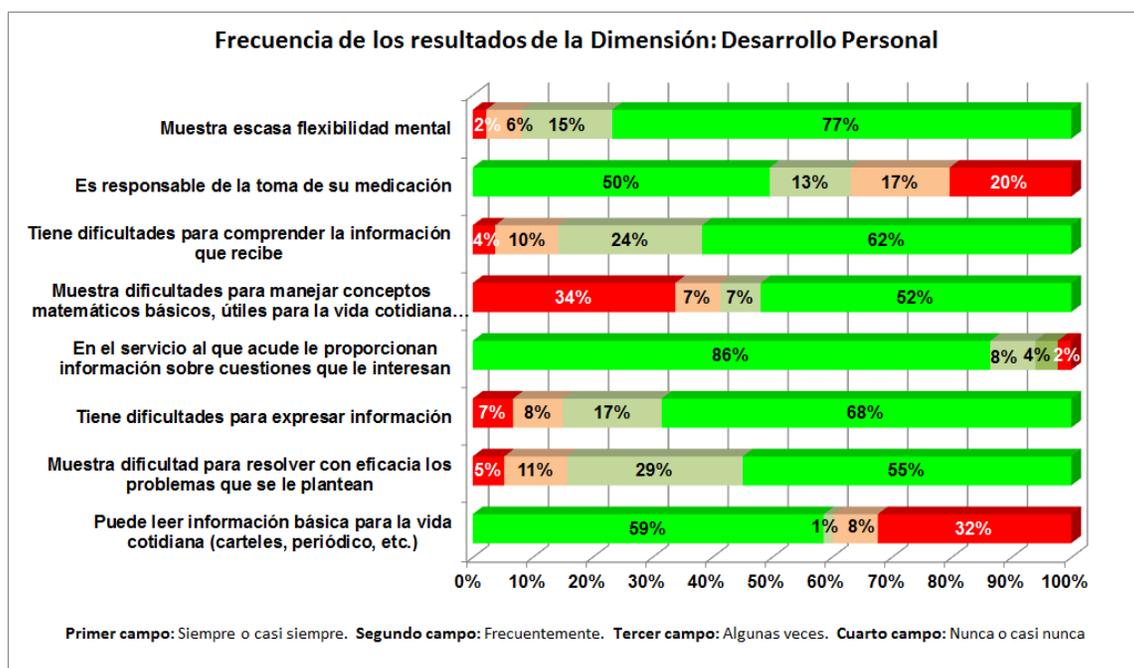


Fuente: Investigador Principal.

Análisis de la dimensión Desarrollo Personal Al realizar la evaluación de la Dimensión de Desarrollo Personal en los 133 AM se encontró que:

- El 8% “siempre o casi siempre” o “frecuentemente” manifestaron tener escasa flexibilidad mental debido a su edad y a sus enfermedades.
- El 63% “siempre o casi siempre” o “frecuentemente” manifestaron ser responsables de la toma de la medicación conociendo los horarios de la posología y a los demás los profesionales de la salud debieron suministrárselas.
- El 14% “siempre o casi siempre” o “frecuentemente” manifestaron tener dificultades para comprender la información que recibe, algunos indicaron que tuvieron pérdida de su memoria o por su edad avanzada.
- El 41% “siempre o casi siempre” o “frecuentemente” mostraron dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana
- El 94% “siempre o casi siempre” o “frecuentemente” manifestaron que en el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan.
- El 15% “siempre o casi siempre” o “frecuentemente” manifestaron tener dificultades para expresar información por tener problemas del habla, por su escasa educación y por su limitación para tener nuevas relaciones interpersonales.
- El 16% “siempre o casi siempre” o “frecuentemente” manifestaron tener dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantearon y el 40% “nunca o casi nunca” manifestaron tener dificultades para leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódico, etc.).

Gráfico 14 Frecuencia de los resultados a las preguntas de la Dimensión Desarrollo Personal



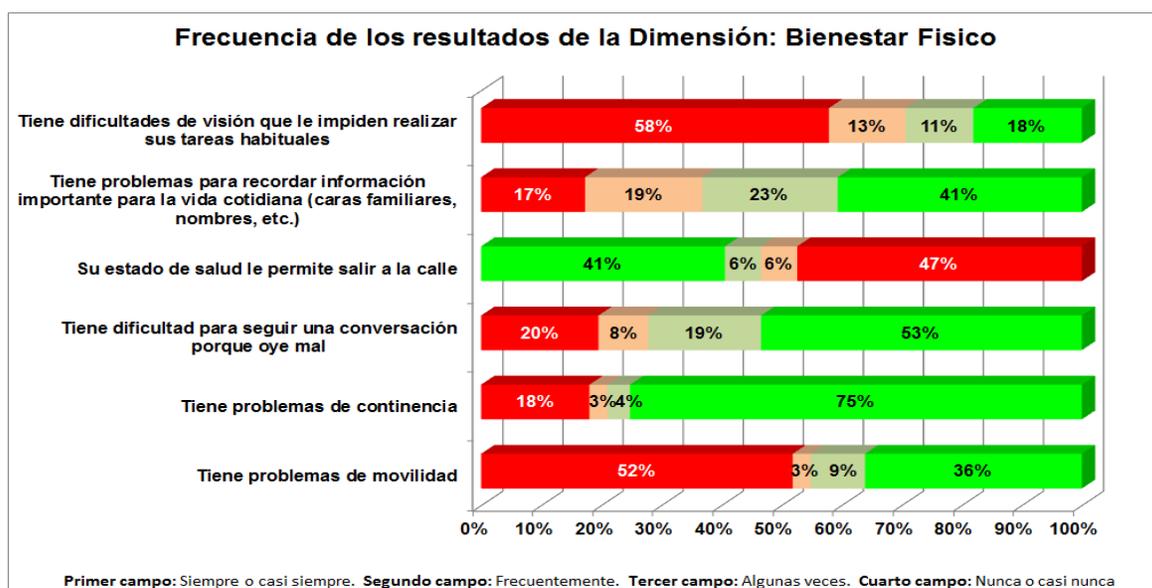
Fuente: Investigador Principal.

Análisis de la dimensión Bienestar Físico Al realizar la evaluación de la Dimensión de Bienestar Físico en los 133 AM se encontró que:

- El 71% “siempre o casi siempre” o “frecuentemente” manifestaron tener dificultades de visión que le impidieron realizar sus tareas habituales indicando que las gafas que poseen actualmente no les sirven, ven borroso y algunos de ellos indicaron no tenerlas. El sentir la pérdida de la visión es un factor que les ocasionó sentimientos de tristeza y depresión.
- El 36% “siempre o casi siempre” o “frecuentemente” manifestaron tener problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, etc.). Es de destacar que el 59% de los AM incluidos en el estudio presentaron edades superiores a los 81 años.

- El 47% “nunca o casi nunca” su estado de salud les permitió salir a la calle y el 6% algunas veces ocasionado por el diagnóstico clínico, la pérdida de memoria, la dificultad para movilizarse o no desear salir de la institución por miedo a perderse.
- El 27% “siempre o casi siempre” o “frecuentemente” mostraron dificultad para seguir una conversación, algunos por su dificultad clínica para comunicarse, no les interesa, no escuchan bien o porque su léxico es poco.
- El 21% “siempre o casi siempre” o “frecuentemente” manifestaron tener problemas de continencia, indicando que la institución les suministró el pañal desechable para su salud. Algunos han manifestado que se orinan al toser y no lo indicaron a los médicos o enfermeras debido a que lo consideraron normal a su edad.
- El 55% “siempre o casi siempre” o “frecuentemente” manifestaron tener problemas de movilidad, utilizaron bastones, muletas, sillas de ruedas y caminadores a pesar que en la caracterización el 20,3% son dependientes o semi-independientes.

Gráfico 15 Frecuencia de los resultados a las preguntas de la Dimensión Bienestar Físico



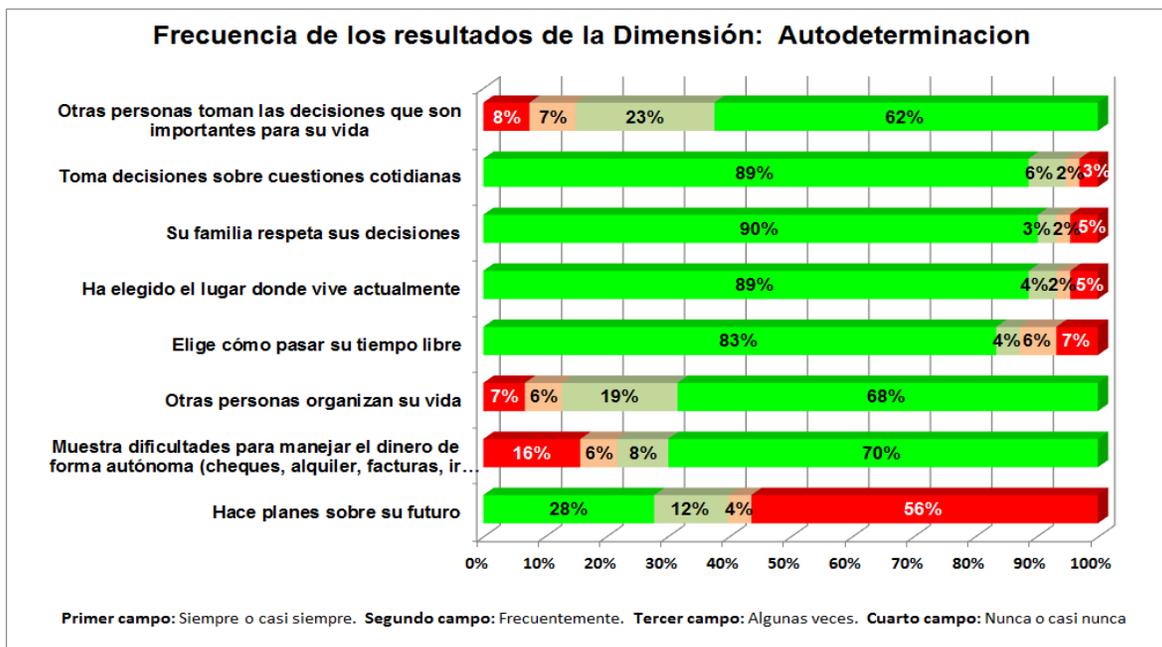
Fuente: Investigador Principal.

Análisis de la dimensión Autodeterminación: Al realizar la evaluación de la Dimensión de Autodeterminación en los 133 AM se encontró que:

- El 15% “siempre o casi siempre” o “frecuentemente” manifestaron que otras personas tomaron las decisiones que son importantes para su vida, ejemplo de ello, son los familiares cercanos que poseen, sus hermanos, hijos o amigos que los han cuidado algún tiempo.
- El 5% “nunca o casi nunca” o “algunas veces” tomaron decisiones sobre sus cuestiones cotidianas dado su avanzada edad o porque sus familiares toman las decisiones por ellos.
- El 90% “siempre o casi siempre” o “frecuentemente” manifestaron que su familia respetó sus decisiones.
- El 93% “siempre o casi siempre” o “frecuentemente” eligieron el lugar donde viven actualmente. Los AM pertenecientes al régimen subsidiado fueron remitidos por la Secretaría de Salud Pública y la Secretaría de Bienestar Social del municipio de Santiago de Cali y algunos de los cuales no tienen familiares o fueron abandonados.
- El 13% “siempre o casi siempre” o “frecuentemente” manifestaron que otras personas organizaron su vida siendo principalmente sus familiares cercanos o amigos que se hicieron cargo de ellos.
- El 13% “nunca o casi nunca” o “algunas veces” eligieron como pasar el tiempo libre, debido a su agotamiento físico prefirieron quedarse en las salas o habitaciones leyendo, viendo televisión o escuchando música.
- El 22% “siempre o casi siempre” o “frecuentemente” mostraron dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc.), algunos porque no lo requirieron y otros porque no lo tuvieron.

- El 56% “nunca o casi nunca” hicieron planes para el futuro mientras que el 28,0% si hicieron planes “siempre o casi siempre”. Es de resaltar que las personas mayores de 100 años desearon construir su vivienda propia, tener su taller de ebanistería y algunos mayores de 90 años manifestaron querer casarse con sus compañeros y rehacer su vida.

Gráfico 16. Frecuencia de resultados a preguntas de Dimensión Autodeterminación



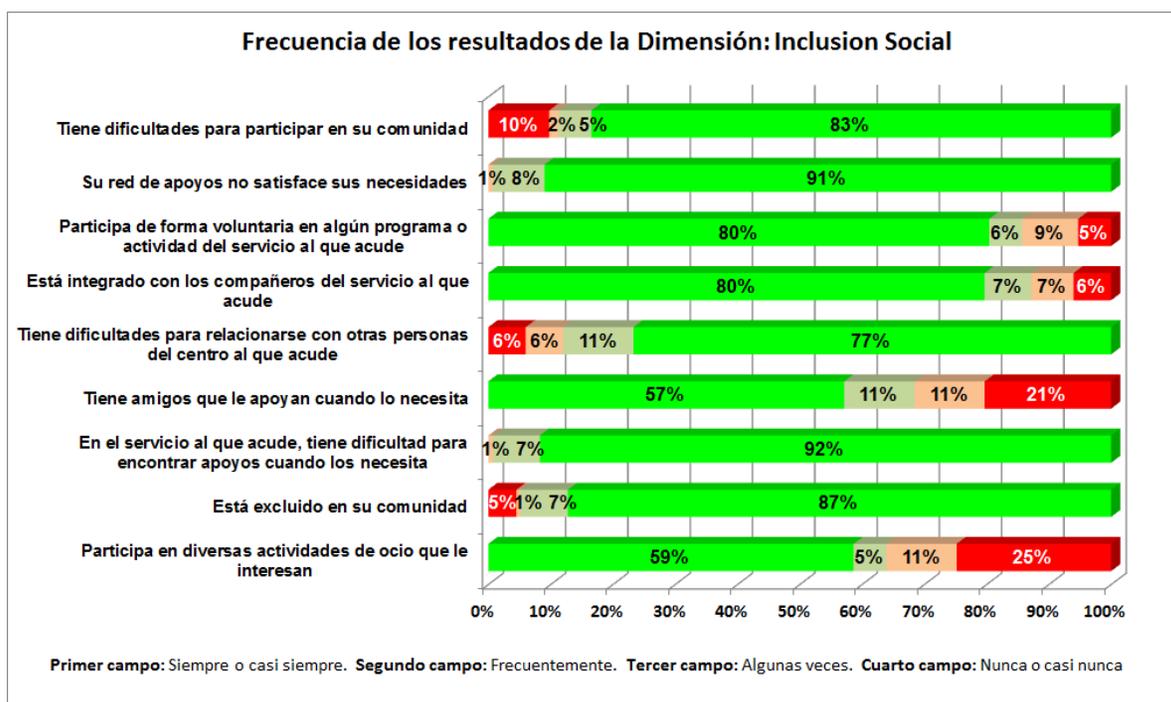
Fuente: Investigador Principal.

Análisis de la dimensión Inclusión Social Al realizar la evaluación de la Dimensión de Inclusión Social en los 133 AM se encontró que:

- El 12% “siempre o casi siempre” o “frecuentemente” manifestaron tener dificultades para participar en su comunidad por sus problemas de salud, dificultades en la movilidad o porque ya no les gusta ese tipo de actividad y prefirieron estar en sus habitaciones realizando otra actividad.
- El 99% manifestaron que “siempre o casi siempre” su red de apoyo satisface sus necesidades.

- El 5% “nunca o casi nunca” participaron de algún programa o actividad del servicio debido a su enfermedad, problemas de movilidad o dificultad para socializar.
- El 6% “nunca o casi nunca” se integraron con sus compañeros del servicio y el 7% lo realizaron “algunas veces” debido a las dificultades para moverse, a sus problemas de salud o por no aceptar las actitudes de algunos compañeros.
- El 6% “siempre o casi siempre” tuvieron dificultades para relacionarse con otras personas y otro 6% “frecuentemente” debido a su enfermedad o simplemente no lo desearon.
- El 21% “nunca o casi nunca” tuvieron amigos que los apoyaron dado que manifestaron no tener familiares cercanos o simplemente no confiaron en sus compañeros.
- El 92% “nunca o casi nunca” tuvieron dificultad para encontrar apoyos cuando los necesitaron.
- El 5% “siempre o casi siempre” se sintieron excluidos de la comunidad por su estado de salud o por tener problemas de movilidad para desplazarse hasta los lugares donde se desarrollaron las actividades programadas por la institución.
- El 59% “siempre o casi siempre” participaron de diversas actividades de ocio que les interesaron mientras que el 25% “nunca o casi nunca” lo hicieron debido a su situación de discapacidad física, visual, auditiva u otras enfermedades que les impidieron estar en ellas.

Gráfico 17. Frecuencia de los resultados a las preguntas de la Dimensión Inclusión Social

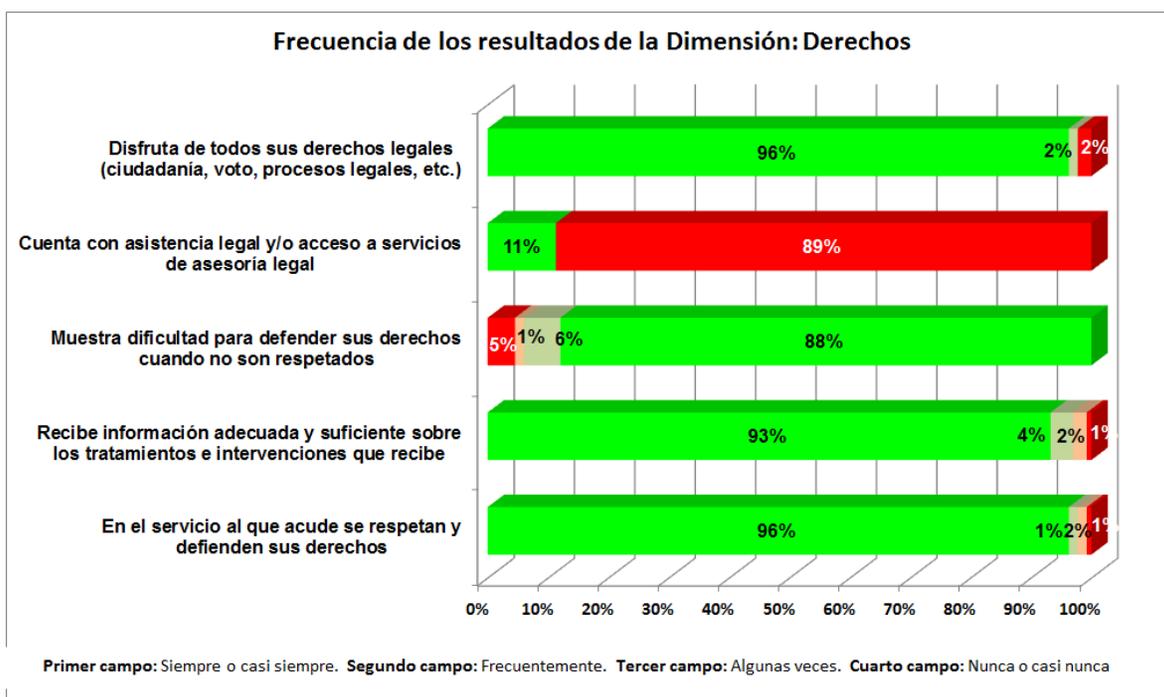


Fuente: Investigador Principal.

Análisis de la dimensión Derechos Al realizar la evaluación de la Dimensión de Derechos en los 133 AM se encontró que:

- El 96% “siempre o casi siempre” manifestaron que en el servicio al que acudió se respetaron y defendieron sus derechos, el 93% recibieron información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibieron y el 96% disfrutaron de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)
- El 88% “nunca o casi nunca” mostraron dificultad para defender sus derechos cuando no fueron respetados y el 89% no contaron con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal.

Gráfico 18. Frecuencia de los resultados a las preguntas de la Dimensión Derechos.



Fuente: Investigador Principal.

7.2.2 Índice de Calidad de Vida (ICV) Se observó que Centro Día y las salas de Villa de la Sabiduría, San José y Pensionados, presentan un ICV promedio de 112.7, 111.7, 110.0, 107.0 con percentiles de 80, 75, 75 y 70 respectivamente. Así mismo, el género masculino presentó un ICV promedio de 109.3, superando al género femenino en 2,9, los cuales se ubican en el percentil 70 y 65 respectivamente.

La sala San José ocupada por AM pertenecientes al régimen subsidiado tienen un ICV promedio de 110.0 (percentil 75) superado únicamente por las personas particulares que se encontraron en Villa de la Sabiduría con ICV promedio de 111,7 (percentil 75), seguido de la sala de Pensionados, la cual se encontraron personas del régimen contributivo con un ICV promedio de 107.0 (percentil 70).

Tabla 19. Índice de calidad de vida del AM según su género y régimen de afiliación a la seguridad social.

Índice de Calidad de Vida (ICV)	Total	Desviación Estándar	Promedio	Mediana	Q ₁	Q ₃	Q ₃ -Q ₁	
Género	Total	133	7,12	107,7	108,0	103,0	113,0	10,0
	Masculino	63	6,73	109,3	110,0	105,0	114,0	9,0
	Femenino	70	7,22	106,4	107,0	102,0	111,0	9,0
	U de Mann-Whitney	2,256						
	Valor *p	0,240						
Afiliación al régimen de seguridad social	Total	133	7,12	107,7	108,0	103,0	113,0	10,0
	Subsidiado	104	7,18	107,8	108,0	102,0	112,0	10,0
	Contributivo	29	7,04	107,5	110,0	105,0	114,0	9,0
	U de Mann-Whitney	1448						
	Valor *p	0,743						
Sala que ocupa (Hombres y Mujeres)	Total	133	7,12	107,7	108,0	103,0	113,0	10,0
	Centro Día	15	4,76	112,7	114,0	107,0	117,0	3,0
	Pensionado	26	6,59	107,0	107,0	102,0	112,0	5,0
	San Camilo	6	4,18	104,3	104,5	103,0	105,0	0,5
	Santa Catalina	2	2,12	103,5	103,5	102,0	105,0	1,5
	San José	40	6,72	110,0	110,0	107,0	115,0	5,0
	Santa Luisa	41	7,13	104,6	105,0	100,0	110,0	5,0
	Villa de la Sabiduría	3	11,06	111,7	113,0	100,0	122,0	9,0
	Kruskal-Wallis	24,228						
	Valor *p	0						
Sala que ocupa (Hombres)	Total	63	6,73	109,3	110,0	105,0	114,0	4,0
	Centro Día	5	5,81	111,8	112,0	107,0	117,0	5,0
	Pensionado	11	6,37	107,0	106,0	102,0	114,0	8,0
	San Camilo	6	4,18	104,3	104,5	103,0	105,0	0,5
	San José	40	6,72	110,0	110,0	107,0	115,0	5,0
	Villa de la Sabiduría	1	0	122,0	122,0	122,0	122,0	0,0
	Kruskal-Wallis	12,913						
	Valor *p	0,012						
Sala que ocupa (Mujeres)	Total	70	7,22	106,4	107,0	102,0	111,0	4,0
	Centro Día	10	4,42	113,2	114,5	110,0	117,0	2,5
	Pensionado	15	6,97	107,0	108,0	102,0	112,0	4,0
	Santa Catalina	2	2,12	103,5	104,0	102,0	105,0	1,0
	Santa Luisa	41	7,13	104,5	105,0	100,0	110,0	5,0
	Villa de la Sabiduría	2	9,19	106,5	107,0	100,0	113,0	6,0
	Kruskal-Wallis	10,220						
	Valor *p	0,037						
Total	133	7,12	107,7	108,0	103,0	113,0	10,0	

Índice de Calidad de Vida (ICV)		Total	Desviación Estándar	Promedio	Mediana	Q ₁	Q ₃	Q ₃ -Q ₁
Rango de edad (Hombres y Mujeres)	50 a 70 años	16	8,76	110,8	108,0	105,0	114,0	6,0
	71 a 80 años	39	5,58	108,9	107,0	102,0	112,0	5,0
	81 a 90 años	63	6,26	109,5	110,0	105,0	113,0	3,0
	Más de 90 años	15	9,55	107,9	102,0	96,0	112,0	10,0
	Kruskal-Wallis	5,736						
	Valor p*	0,125						
Rango de edad (Hombres)	Total	63	6,73	109,3	110,0	105,0	114,0	4,0
	50 a 70 años	9	8,21	109,4	112,0	107,0	116,0	4,0
	71 a 80 años	20	6,15	109,5	109,5	105,0	112,0	2,5
	81 a 90 años	27	6,26	109,5	110,0	105,0	114,0	4,0
	Más de 90 años	7	10,01	107,6	112,0	99,0	117,0	5,0
	Kruskal-Wallis	1,131						
Valor p*	0,769							
Rango de edad (Mujeres)	Total	70	7,22	106,4	107,0	102,0	111,0	4,0
	50 a 70 años	7	4,12	106,4	105,0	102,0	110,0	5,0
	71 a 80 años	19	8,76	105,6	105,0	99,0	115,0	10,0
	81 a 90 años	36	6,11	108,3	110,0	105,5	112,0	2,0
	Más de 90 años	8	6,61	99,6	101,5	95,0	102,0	0,5
	Kruskal-Wallis	9,005						
Valor p*	0,029							
Ocupación anterior	Total	133	7,12	107,7	108,0	103,0	113,0	10,0
	Ama de casa	42,0	7,13	104,6	105,0	101,0	110,0	5,0
	Empleado	17,0	6,73	110,3	112,0	107,0	114,0	2,0
	Independiente	33,0	6,79	107,5	108,0	103,0	111,0	3,0
	Labor del campo	12,0	5,12	110,4	111,0	107,0	113,0	2,0
	Operario	18,0	7,01	111,1	113,5	106,0	117,0	3,5
	Oficios varios / Doméstica	11,0	6,93	108	107,0	102,0	114,0	7,0
	Kruskal-Wallis	16,562						
Valor p*	0,002							
Estado Civil	Total	133	7,12	107,7	108,0	103,0	113,0	10,0
	Viudo(a)	33	6,57	108,7	110,0	105,0	113,0	3,0
	Unión Libre o casado	10	4,50	115,6	117,5	117,5	111,0	0,5
	Separado(a)	12	6,56	109,6	110,0	110,0	103,5	5,5
	Soltero(a)	78	6,97	106,0	106,0	106,0	102,0	0,5
	Kruskal-Wallis	18,440						
Valor p*	0							
	Total	133	7,12	107,7				
	Si	52	6,43	105,0	105,0	100,5	110,0	5,0

Índice de Calidad de Vida (ICV)		Total	Desviación Estándar	Promedio	Mediana	Q ₁	Q ₃	Q ₃ -Q ₁
Personas en situación de discapacidad	No	81	7,02	109,5	110,0	106,0	115,0	5,0
	U de Mann-Whitney	1312						
	Valor p*	0,0						
Escolaridad	Total	133	7,12	107,7	108,0	103,0	113,0	10,0
	Primaria	74	7,58	107,9	108,0	102,0	114,0	6,0
	Secundaria	21	6,34	109,1	110,0	105,0	112,0	2,0
	Analfabeta	31	6,16	105,7	107,0	102,0	110,0	3,0
	Técnico o Universitario	7	7,39	110,7	103,0	106,0	106,0	1,0
	Kruskal-Wallis	4,526						
	Valor p*	0,210						
Estado Emocional	Total	133	7,12	107,7	108,0	103,0	113,0	10,0
	Estable	126	7,16	107,7	110,0	100,0	115,0	5,0
	No estable	7	6,92	108,7	108,0	103,0	113,0	5,0
	U de Mann-Whitney	413,0						
	Valor p*	0,778						
Funcionalidad	Total	133	7,12	107,7	108,0	103,0	113,0	10,0
	Independiente	106	6,52	109,0	110,0	105,0	114,0	4,0
	Semiindependiente	21	7,68	103,4	103,0	101,0	107,0	4,0
	Dependiente	6	4,49	99,8	100,0	96,0	104,0	4,0
	Kruskal-Wallis	17,005						
	Valor p*	0						
Estancia	Total	133	7,12	107,7	108,0	103,0	113,0	10,0
	Hasta 5 años	79	6,77	109,2	110,0	105,0	114,0	4,0
	6 a 10 años	34	7,04	107,7	107,5	102,0	114,0	6,5
	11 a 15 años	11	5,39	104,7	103,0	102,0	107,0	4,0
	Más de 15 años	9	5,25	98,9	100,0	95,0	102,0	2,0
	Kruskal-Wallis	18,859						
	Valor p*	0						
Índice de Masa Corporal (IMC)	Total	133	7,12	107,7	108,0	103,0	113,0	10,0
	Bajo peso	8	7,54	105,3	106,0	99,5	111,0	5,0
	Peso normal	75	7,19	107,4	107,0	102,0	113,0	6,0
	Sobrepeso	50	6,95	108,7	109,5	105,0	114,0	4,5
	Kruskal-Wallis	0,421						
	Valor p*	0,516						

Fuente: Investigador principal

La media del ICV para toda la institución es de 107,7 ubicado en el percentil 70. Al analizar el ICV en hombres se observó que las salas de Villa de la Sabiduría, Centro Día y San José presentaron un ICV promedio de 122.0, 111.8, 110.0 y percentiles de 90, 75 y 75 respectivamente. Los AM del régimen subsidiado del Centro Día y la sala San José presentaron un ICV promedio de 111.8 y 110.0 (percentil 75) superando el ICV del AM del régimen contributivo, quienes se encontraron en la sala de Pensionados con 107.0 (percentil 70). Al analizar el ICV en mujeres, se observó que Centro Día y las salas de Pensionados y Villa de la Sabiduría presentaron un promedio de 113.2, 107.0, 106.5 y percentiles de 80, 70, 65 respectivamente. Las mujeres AM del régimen subsidiado que se encontraron en las salas Santa Catalina y Santa Luisa obtienen un ICV promedio de 103.5 y 104.5 (percentil 60), por debajo del ICV de las pertenecientes al régimen contributivo que se encontraron en Centro Día, sala de Pensionados y Villa de la Sabiduría con valores de 113.2, 107.0, 106.5, con percentiles de 80, 70 y 65 respectivamente. Así mismo, la prueba muestra que existen diferencias estadísticamente significativas en la sala de ocupación del AM en donde se encontró valores diferentes en sus rangos promedios y medianas en las salas de hombres entre las salas San Camilo y Villa de la sabiduría con Pensionados y en las salas de mujeres entre las salas Santa Catalina y Centro Día con Villa de la Sabiduría y para todas las salas de la institución entre San Camilo y Santa Catalina con Villa de la Sabiduría. Las salas Santa Luisa, San Camilo y Santa Catalina presentaron las menores medias del IVC de 104.6, 104.3 y 103.5, mientras que la sala San José se ubicó en el tercer puesto de mejor media del ICV con 110, superada por Centro Día y Villa de la Sabiduría con medias de ICV de 112.7 y 111.7 respectivamente. Esta diferencia estuvo marcada en que San Camilo y Santa Catalina son salas destinadas a personas en situación de discapacidad, son poco visitados por sus familiares, sus camas se encontraron deterioradas por el paso del tiempo al igual que el mobiliario, la infraestructura física y por no disponen de dinero

personal, mientras que Villa de la Sabiduría es una sala con infraestructura confortable, sus habitaciones y baños permiten independencia y privacidad, sus residentes tienen capacidad de pago lo que les permite cubrir todas sus necesidades básicas, las personas en condiciones de discapacidad poseen atención de enfermería particular, son visitados permanente por familiares y amigos, entre otras.

De acuerdo a los rangos de edad de los AM se observó que tienen un ICV promedio de 109,5 (81 a 90 años), 110.8 (50 a 70 años), 108.9 (71 a 80años) y 107,9 (más de 100 años), con percentiles de 70 para los tres primeros rangos y 65 para el último. Es de resaltar que el ICV promedio de las personas de más de 100 años supera a aquellos con edades entre 50-70 años y 91-100 años. Las personas con edades entre 81-90 años y más de 90 años presentaron medianas de 110 y 102 respectivamente. Los hombres con edades entre 71-80 años y 81-90 años obtuvieron un ICV promedio de 109.5, seguido de un ICV promedio de 109.4 para las edades entre 50-70 años, todos en el percentil 70. Es de resaltar que el promedio del ICV para los hombres mayores de 100 años es de 108.5 (percentil 70). Las mujeres con edades entre 81-90 años tienen un ICV promedio de 108.3, seguido de un ICV de 106.4 para las edades entre 50-70 años, localizados en el percentil 70 y 65 respectivamente. Es de resaltar que el ICV para la mujer mayor de 100 años es de 101.0 (percentil 50).

Los AM que cuya ocupación antes de ingresar a la institución fue operario, labores del campo y empleado presentaron los mayores ICV promedio con 111.1, 110.4 y 110.3 (percentil 74). Las mujeres que se desempeñaron como amas de casa tienen el menor ICV promedio con 104,6 (percentil 60). La prueba muestra que existen diferencias estadísticamente significativas entre la ocupación que desempeñaron los AM antes de ingresar al hospital encontrándose valores

diferentes en sus rangos promedios y medianas en los que desarrollaron labores del campo y fueron empleados con los que realizaron oficios varios/doméstica y amas de casa.

Se observa que de acuerdo a su estado civil el mayor ICV promedio se presentó en los casados(as) o en unión libre con 115,6 (percentil 85) y en el último lugar se encontraron los solteros con un ICV promedio de 106,0 (percentil 65). Así, existen diferencias estadísticamente significativas entre estos dos estados civiles, encontrándose valores diferentes en sus rangos promedios y medianas. Los AM que no estuvieron en situación de discapacidad tienen un ICV promedio de 109.5 superando en 4.5 a los que si lo estuvieron. De acuerdo al nivel de escolaridad se observó que quienes eran técnicos o universitarios tienen un ICV promedio de 110.7 (percentil 75) mientras que las analfabetas presentaron el menor ICV promedio con 105,7 (percentil 65). De acuerdo a la funcionalidad del AM y su grado de independencia favorece de forma positiva el ICV, es decir, a mayor independencia es mayor el ICV. Se observó que el ICV promedio es de 109.0, 103,4 y 99.8; y percentiles 70, 60 y 50 para los independientes, semiindependientes y dependientes respectivamente. El ICV decrece con el tiempo de estancia en la institución, aquellos que presentaron menos de 5 años tuvieron un ICV promedio de 109.2 (percentil 70) y los de más de 15 años presentaron un ICV promedio de 98.9 (percentil 45).

7.2.3 Perfil de Calidad de Vida Para cada uno de los 133 AM incluidos en la investigación se definió el Perfil de Calidad de Vida (Ver anexo D), el cual se complementó con una representación gráfica de las puntuaciones estándar obtenidas por el AM en las ocho dimensiones de la escala FUMAT con su correspondiente percentil y también permite conocer el Índice de Calidad de Vida del AM con su respectivo percentil.

Para la obtención del Perfil de Calidad de vida se marcó en la gráfica la puntuación estándar obtenida en cada dimensión de calidad de vida y se unieron mediante una línea para brindar una

visualización del comportamiento de las dimensiones. Esto permitió conocer fácilmente cuales son las dimensiones en las que el AM obtiene una puntuación más baja y realizar los planes de apoyo para la mejora de su calidad de vida por parte de la institución. Igualmente, se detallan fácilmente las dimensiones de calidad de vida en las que la persona obtiene mejores puntuaciones. La información de los 133 AM se recolectó y consolidó para obtener el perfil de calidad de vida institucional. En el gráfico 19 se realizó la comparación entre las puntuaciones directas máximas de cada dimensión y la puntuación directa obtenida de acuerdo con la escala FUMAT, el cual se complementa con el gráfico 20 en donde se muestra el porcentaje de cumplimiento de cada una de las ocho dimensiones. Las dimensiones con un cumplimiento igual o superior al 85% son: 90,6% derechos, 88,9% relaciones interpersonales, 87,5% inclusión social y 85% bienestar emocional. Las dimensiones con un cumplimiento inferior al 85% son: 84,4% autodeterminación, 81,3% desarrollo personal, 78,6% bienestar material y 66,7% bienestar físico.

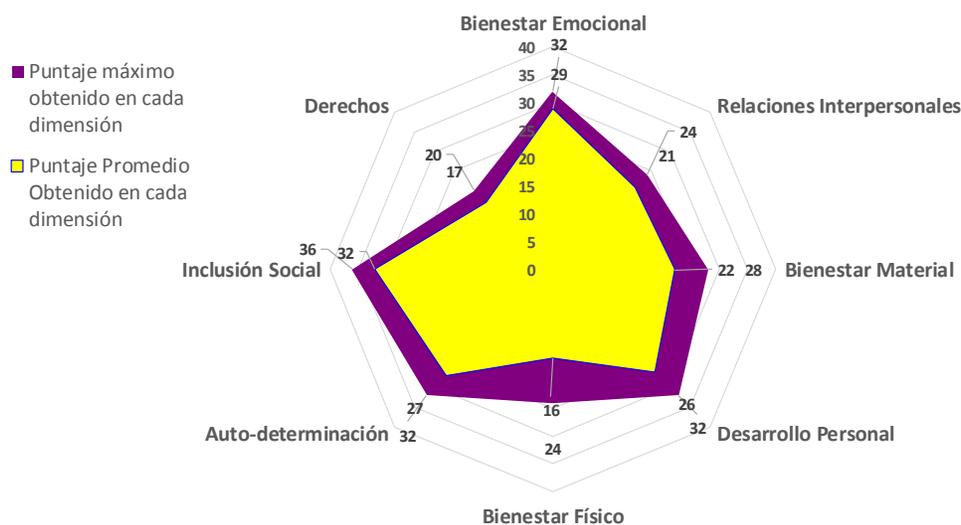
Tabla 20 Comparativo de los puntajes directo y estándar máximos y el puntaje obtenido en cada una de las dimensiones de la escala FUMAT

Puntaje	Dimensión de la escala FUMAT							
	Bienestar Emocional	Relaciones Interpersonales	Bienestar Material	Desarrollo Personal	Bienestar Físico	Auto-determinación	Inclusión Social	Derechos
Puntaje directo máximo en cada dimensión	32	24	28	32	24	32	36	20
Puntaje directo promedio obtenido en cada dimensión	29	21	22	26	16	27	32	17
Porcentaje de cumplimiento del puntaje directo = Puntaje promedio obtenido / Puntaje directo máximo	90,6%	87,5%	78,6%	81,3%	66,7%	84,4%	88,9%	85,0%
Puntaje estándar máximo de la dimensión	20	20	20	20	20	20	20	20
Puntaje estándar promedio obtenido en cada dimensión	12	7	13	13	12	9	12	12

Puntaje	Dimensión de la escala FUMAT							
	Bienestar Emocional	Relaciones Interpersonales	Bienestar Material	Desarrollo Personal	Bienestar Físico	Auto-determinación	Inclusión Social	Derechos
Porcentaje de cumplimiento del puntaje estándar = Puntaje promedio obtenido / Puntaje directo máximo	60,0%	35,0%	65,0%	65,0%	60,0%	45,0%	60,0%	60,0%

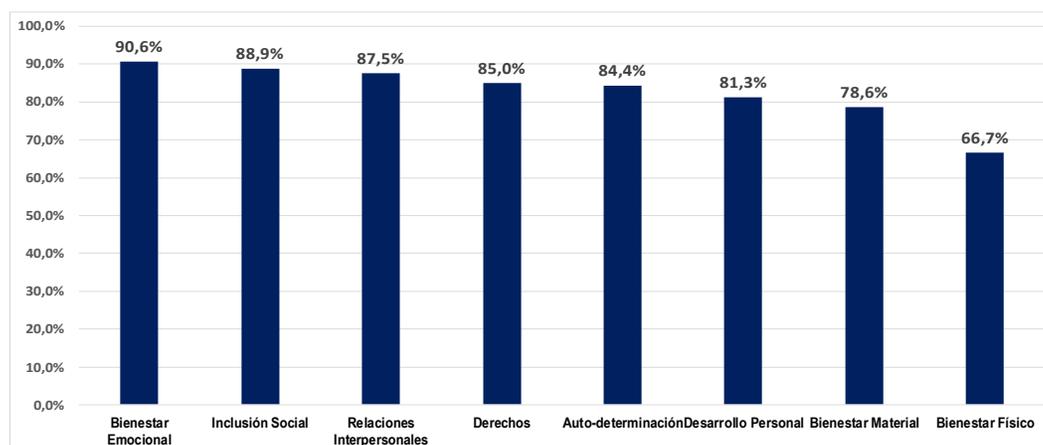
Fuente: Investigador Principal

Gráfico 19 Comparativo entre el puntaje directo máximo y el puntaje directo obtenido en cada dimensión de la escala FUMAT



Fuente: Fuente: Investigador Principal

Gráfico 20 Porcentaje de cumplimiento de las dimensiones de la escala FUMAT (Puntaje directo obtenido / Puntaje directo máximo*100)



Fuente: Investigador Principal

Con las puntuaciones directas obtenidas en cada dimensión se realizó el cálculo de las puntuaciones estándar para cada una de ellas, utilizando como herramienta la escala FUMAT (Ver

anexo C). El Índice de Calidad de Vida institucional es 108 ubicado en el percentil 70. Al analizar el Perfil de Calidad de Vida de acuerdo a los puntajes de cada dimensión, se observó que las dimensiones de autodeterminación e inclusión social se ubicaron en el percentil 85, las dimensiones de bienestar emocional, relaciones interpersonales, desarrollo personal y derechos se ubicaron en el percentil 70 y las dos dimensiones críticas son bienestar físico y bienestar material en los percentiles 35 y 15 respectivamente (Ver figura 2).

Tabla 21 . Escala FUMAT y Perfil de Calidad de Vida para el Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E.

Dimensiones de Calidad de Vida	Puntuaciones Directas Totales	Puntuaciones Estándar	Percentiles de las Dimensiones
Bienestar Emocional	29	12	91
Relaciones Interpersonales	21	12	75
Bienestar Material	22	7	75
Desarrollo Personal	26	12	91
Bienestar Físico	16	9	37
Autodeterminación	27	13	91
Inclusión Social	32	13	91
Derechos	17	12	37
PUNTUACION ESTÁNDAR (TOTAL SUMA)		90	
INDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación Estándar Compuesta)		108	
Percentil del Índice de Calidad de Vida			70

Sección 1b. Perfil de Calidad de Vida										
Rodea la Puntuación Estándar de cada dimensión y del Índice de Calidad de Vida Después una los círculos de las Dimensiones con una línea para obtener el PERFIL										
PER-CENTIL	Bienestar Emocional BE	Relaciones Interpersonales RI	Bienestar Material BM	Desarrollo Personal DP	Bienestar Físico BF	Autodeterminación AU	Inclusión Social IS	Derechos DE	INDICE DE CALIDAD DE VIDA	PERCENTIL
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20		99
95	15	15	15	15	15	15	15	15	>122	95
90	14	14	14	14	14	14	14	14	118-122	90
85	13	13	13	13	13	13	13	13	115-117	85
80									112-114	80
75	12	12	12	12	12	12	12	12	110-111	75
70									107-109	70
65	11	11	11	11	11	11	11	11	105-106	65
60									103-104	60
55									102	55
50	10	10	10	10	10	10	10	10	99-101	50
45									98	45
40									95-97	40
35	9	9	9	9	9	9	9	9	94	35
30									92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	8	8	90-91	25
20									87-89	20
15	7	7	7	7	7	7	7	7	83-86	15
10	6	6	6	6	6	6	6	6	78-82	10
5	5	5	5	5	5	5	5	5	71-77	5
1	.1-4	.1-4	.1-4	.1-4	.1-4	.1-4	.1-4	.1-4	<71	1

Fuente: (32). Gráfico: Investigador Principal

7.2.4 Pruebas de Significancia Para el Índice de Calidad de Vida (ICV) por variables asociadas.

Al realizar el análisis de las variables asociadas al Índice de Calidad de Vida, se observa que NO existen diferencias estadísticamente significativas para las variables: rango de edad, escolaridad, índice de masa corporal, estado emocional y etnia.

Así, al realizar este análisis con las otras variables, se observa que si existen diferencias estadísticamente significativas entre las salas San José y sala Santa Luisa, con ICV promedio de 110.0 y 104.6. Se comprueba además que también existen diferencias estadísticamente significativas entre el género masculino y femenino, con un ICV promedio de 109.3 y 106.4 respectivamente.

También existe esta diferencia, si la persona presenta o no una situación de discapacidad con IVC promedio de 105.0 y 109.5. Así mismo, en el estado de funcionalidad de los adultos mayores, Independiente – Semiindependiente, con ICV promedio de 109.0 y 103.4 y en el estado de Independiente-Dependiente, con ICV 109.0 y 99.8.

Otras de las variables en donde se evidencian diferencias estadísticamente significativas son: respecto a la ocupación del AM antes de ingresar a la institución, como es el caso de ama de casa – operario con IVC promedio de 104.6 y 110.4; así como en su estado civil, soltero-casado, con ICV promedio de 117.0-106.0. Así mismo, en la variable Tiempo de estancia, entre los AM que tienen permanencia menor a 5 años – más de 15 años, con ICV promedio de 109.2 y 98.8, y entre quienes tienen de 6 a 10 años de permanencia – más de 15 años, con ICV promedio de 107.7 y 98.8.

7.3 Identificación de Brechas entre el Índice de Calidad de Vida y la Oferta de Servicios Institucionales.

La E.S.E Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel cumple con el marco normativo legal vigente, como la Constitución Política de Colombia de 1991, la Ley 100 de 1993 y sus decretos

reglamentarios, Decreto Ley 1042 de 1978, Ley 734 de 2002, la Ley 344 de 1996, la Ley 489 de 1998, Ley 10 de 1990 y decretos reglamentarios o que lo modifiquen, con el fin de llevar a cabo el objeto de la misma, el cual es el la prestación de servicios públicos de salud y como parte del servicio público de seguridad social, siendo este un ente que no pueden confundirse y que se diferencia claramente de los establecimientos públicos, ya que la Ley 489 de 1998, al definir en el artículo 38 la integración de la rama ejecutiva del poder público, incluyó dentro de ésta a las Empresas Sociales del Estado, reconociéndoles una categoría diferente a la de los establecimientos públicos; estas empresas como nueva categoría de entidades descentralizadas y concebidas con un objeto específico definido por la propia ley, de conformidad con los propósitos constitucionales que mediante su existencia persigue el Legislador, se rigen por unas reglas y una normatividad especial; ya que la ley señala que estas entidades descentralizadas son creadas por la Nación o por las entidades territoriales que tiene como objeto de acuerdo al Acuerdo 008 del 16 de agosto de 1995 del Honorable Concejo Municipal de Santiago de Cali, la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención como servicio público a cargo del Estado y como parte del servicio público de seguridad social y demás servicios complementarios tendientes a garantizar el bienestar integral de la población de la tercera edad del Municipio de Santiago de Cali.

El Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel actualmente tiene tres unidades de negocio, la primera es la venta de servicios de salud, el cual se genera por medio de la institución prestadora de servicios de salud (IPS), la segunda es la venta de servicios conexos a la Salud - Albergue - Ancianato y la tercera es el Centro Vida.

7.3.1 Unidad de negocio de venta de servicios de salud. En esta unidad de negocio se encuentran habilitados los siguientes servicios:

Tabla 22. Habilitación de servicios de baja complejidad del Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E. durante el 2017

Grupo del servicio	Código servicio	Nombre del servicio
Internación	101	General Adultos
Cónsula Externa	312	Enfermería
Consulta Externa	318	Geriatría
Consulta Externa	328	Medicina General
Consulta Externa	333	Nutrición y Dietética
Consulta Externa	344	Psicología
Apoyo Diagnóstico y complementación terapéutica	714	Servicio Farmacéutico
Apoyo Diagnóstico y complementación terapéutica	728	Terapia Ocupacional
Apoyo Diagnostico y complementación terapéutica	729	terapia respiratoria
Apoyo Diagnóstico y complementación terapéutica	739	Fisioterapia
Apoyo Diagnóstico y terapéutica	740	Fonoaudiología y/o terapia de lenguaje
Protección específica y detención temprana	912	Detención Temprana - Alteraciones en el Adulto (Mayor a 45 años)

Fuente: HGASM

La valoración geriátrica multidimensional se realiza mediante un proceso diagnóstico multidimensional usualmente interdisciplinario, dirigido a cuantificar los problemas y capacidades médicas, funcionales, psíquicas y sociales del mayor con el objeto de trazar un plan para el tratamiento y el seguimiento a largo plazo, se incluye actividades como: valoración médica enfocada en conocer la situación basal del paciente para mejorar la precisión diagnóstica; evaluación de la repercusión funcional de la enfermedad; diseño de planes de cuidados y tratamiento; seguimiento de la respuesta al tratamiento; ofrecer la ubicación más adecuada al interior de la institución; optimizar el uso de recursos sanitarios y sociales; la detección de ancianos frágiles o de alto riesgo; el tratamiento interdisciplinar (que debe diferenciarse del abordaje multidisciplinar como una profundización, conexión y coordinación más intensa entre diversas disciplinas y sus profesionales); desarrollo de programas de valoración geriátrica en los diversos niveles de atención; disponibilidad de niveles asistenciales para la atención de la enfermedad en las distintas fases de la enfermedad (aguda, de convalecencia, recuperación funcional, tratamiento

a largo plazo y cuidados paliativos); coordinación entre los niveles de atención (Atención Primaria y Atención Especializada) y niveles asistenciales (agudos, media estancia o convalecencia, hospital de día, consulta externa, etc.) y potenciación de la asistencia ambulatoria, evitando la hospitalización e institucionalización de los pacientes y sus inconvenientes.

Posterior a esto se clasifican teniendo en cuenta el grado de pérdida de la capacidad funcional y el tipo de compromiso que tiene el paciente, lo que permite establecer si requiere atención en hospitalización, media estancia, larga estancia o manejo ambulatorio. En cada uno de estos tipos de pacientes interviene todo el equipo multidisciplinario, el cual es dinámico, adaptándose a las necesidades de cada paciente. El médico geriatra y el médico general permiten coordinar las acciones de todo este equipo, clasificando a los pacientes según el compromiso agudo o crónico de la capacidad funcional del adulto mayor.

Al realizar el análisis de los servicios que actualmente presta la institución con los resultados obtenidos de la evaluación de las ocho dimensiones de la escala FUMAT se logra evidenciar que deben ser fortalecidos los servicios de medicina familiar, enfermería, nutrición y dietética, psicología, fisioterapia, fonoaudiología, optometría y fisioterapia para permitir mejorar el índice de calidad de vida. Así mismo, debe mejorarse la oferta de servicios, con la creación de nuevos servicios o la contratación de los mismos con entidades externas, que permitan prestar los servicios requeridos por los adultos mayores, tales como: oftalmología, otorrinolaringología, urología, dermatología, medicina física y rehabilitación, psiquiatría, rehabilitación oral y laboratorio clínico.

7.3.2 Unidad de negocio de Albergue Se dispone de 250 camas para el albergue de la población adulta mayor. Los 215 adultos mayores que hay actualmente están clasificados según su género y su funcionalidad agrupándolos en seis salas: San Camilo, San José, Santa Catalina, Santa Luisa, Villa de la Sabiduría y Pensionados. Teniendo en cuenta la escala de Barthel (Índice y grado de

dependencia: >20: Total; 20-35: Severa, 40-55: Moderada; \geq 60: Leve, 100: Independencia), los ancianos se encuentran distribuidos así: En la sala Villa de la Sabiduría los adultos mayores particulares tienen una dependencia moderada; en la sala San José y Santa Luisa los que tienen una dependencia leve; en las salas Santa Catalina y San Camilo con una dependencia severa y los independientes particulares en la sala de Pensionados.

A la población adulta mayor institucionalizada se le realiza valoración geriátrica integral en un modelo de atención centrado en la persona, se garantiza la alimentación en cinco raciones al día, aseo y lavandería, garantizando los determinantes sociales de la salud.

En las salas de pacientes con dependencia severa (cuidado crónico) que se encuentran en la sala Santa Catalina y San Camilo se garantiza auxiliar de enfermería 24 horas, médico general diario, valoración y cuidado de medicina interna - geriatría, terapia física y respiratoria, fonoaudiología, pañales, asistencia en el baño diario, asistencia en la alimentación diaria, cambio de posturas cada dos horas y suministro de medicamentos.

En el año 2015, el servicio de Hospitalización y la sala San José fueron remodelada en su estructura física incluyendo pisos, paredes, techos, pasillos, pasamanos, rampas, dotación de camas, closets, estación de enfermería, baños para la población en situación de discapacidad, sala de entretenimiento, instalación de agua caliente, entre otros, con el fin de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Este resultado fue corroborado con los resultados obtenidos en el índice de calidad de vida, en el cual los hombres tienen mayor ICV que las mujeres, en donde uno de los factores principales de esta diferencia está dada en las mejores condiciones habitacionales, lo cual repercute en mejor bienestar físico y material, mejores relaciones interpersonales y mejora en los procesos de inclusión social. El lugar en donde se desenvuelve nuestra vida diaria es un factor fundamental en el bienestar de las personas. Sin embargo, la Institución en este momento se

encuentra en proceso de habilitación de nuevos servicios de cuidado crónico y cuidado paliativo con el objetivo de incrementar sus ingresos y brindar un mejor servicio a los pacientes que requieren estos cuidados especiales, es por ello, que los adultos mayores que actualmente ocupan la sala San José fueron reubicados en otras salas.

7.3.3 Unidad de Negocio de Centro Vida Es un programa de modalidad de intervención ambulatoria diurna y tiene una capacidad para 200 adultos mayores que todavía tienen la posibilidad de convivir con sus familias pero que requieren de un nivel de atención especializado por la pérdida de algunas de sus capacidades ya sean físicas o cognitivas. El objetivo del programa es mejorar la calidad de sus usuarios promoviendo la socialización, relaciones interpersonales, integración social, rehabilitación y la estimulación de su aspecto sensorial, físico y cognitivo; favoreciendo la autonomía personal y la permanencia en su entorno.

Para esto, se desarrollan actividades espirituales, recreativas, manuales, físicas y cognitivas diseñadas de acuerdo a sus capacidades y le permiten el mantenimiento o el mejoramiento de sus habilidades. Incluye el servicio de transporte a cualquier punto de la ciudad, alimentación balanceada y acorde a las diferentes patologías propias del adulto mayor. Se dispone de un terapeuta ocupacional y auxiliar en salud para garantizar la atención y el acompañamiento de los adultos mayores usuarios del programa de 8:00 am a 4:00 pm de lunes a viernes.

Actualmente el Centro Día presenta una ocupación cercana al 25%. Tiene una demanda de 20 AM particulares y entre 20 y 30 AM residentes que participan diariamente de forma voluntaria a las actividades que allí se realizan. De conformidad con los resultados obtenidos de la evaluación de la calidad de vida en el capítulo de recomendaciones se presentan propuestas para lograr fortalecerlo.

Así mismo, el hospital debe mejorar las condiciones actuales del centro vida para dar cumplimiento a lo definido por el Ministerio de Salud en la circular 024 de 2017 respecto a talento humano, infraestructura, dotación, gestión, valoración integral y plan personalizado de atención y calidad de vida. Para ello, debe establecer un plan de trabajo que garantice su cumplimiento, entre las principales tareas a desarrollar se encuentran:

7.3.4 Ofertas de Servicios de Salud. En la red de prestación de servicios de salud del departamento del Valle del Cauca la E.S.E.se encontró categorizada como un hospital de complejidad baja (CB) especializado en el cuidado del adulto mayor con servicios complementarios de nivel II como servicio de medicina interna geriátrica.

Al realizar la evaluación de la calidad de vida de acuerdo con las ocho dimensiones de la escala FUMAT, objeto de la presente investigación, se encontraron brechas entre las necesidades de los adultos mayores y la actual oferta de servicios de salud. Con los resultados del estudio en coordinación con los profesionales y la gerencia de la institución hospitalaria se priorizó la necesidad de cerrar estas brechas y se definieron los servicios de baja y media complejidad que deben fortalecerse actualmente en el hospital y se proyectó la habilitación de nuestros servicios para la vigencia del 2018 tal como se describen en la tabla 23.

Tabla 23. Servicios ofertados por la E.S.E según la habilitación de la red de servicios de salud durante el 2017 y proyectos para el 2018.

Código	Detalle	Servicio	Amb	Hosp	CB	CM	2017	2018
121	Internación	Atención institucional de paciente crónico		X	X		X	
124	Internación	Internación parcial en hospital				X		X
308	Consulta externa	Dermatología	X			X		X
309	Consulta externa	Dolor y cuidados paliativos	X		X		X	
327	Consulta externa	Medicina física y rehabilitación	X			X		X
329	Consulta externa	Medicina familiar	X			X		X
334	Consulta externa	Odontología general	X		X		X	
335	Consulta externa	Oftalmología	X			X		X
337	Consulta externa	Optometría	X		X		X	

Código	Detalle	Servicio	Amb	Hosp	CB	CM	2017	2018
340	Consulta externa	Otorrinolaringología	X			X		X
343	Consulta externa	Periodoncia	X			X		X
345	Consulta externa	Psiquiatría	X			X		X
347	Consulta externa	Rehabilitación oral	X		X			X
355	Consulta externa	Urología	X			X		X
398	Consulta externa	Medicinas alternativas – homeopatía	X		X		X	
405	Consulta externa	Medicinas alternativas – neuralterapia.	X		X		X	
706	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	Laboratorio clínico	X	X	X			X
710	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	Radiología e imágenes diagnósticas	X	X	X			X
712	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	Toma de muestras de laboratorio clínico	X	X	X		X	
915	Protección específica y detección temprana	Detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	X			X	X	X
917	Protección específica y detección temprana	Protección específica - atención preventiva en salud bucal	X			X	X	

Amb: Ambulatorio, **Hosp:** Hospitalización, **CB:** complejidad baja, **CM:** Complejidad media.

7.3.5 Capacidad Instalada El Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E. contó con capacidad para 250 camas distribuidas en cinco salas generales (San José, San Camilo, Santa Luisa y Santa Clara y Santa Susana) ocupadas permanentemente por pacientes adultos mayores institucionalizados con patologías crónica. De estas, 52 camas fueron para pacientes en la sala de Pensionados y seis para hospitalización general.

Tabla 24. Capacidad instalada de la E.S.E.

Recurso	Cantidad
Camas Albergue	250
Centro Vida	200
Unidad para rehabilitación	9
Sala de rehabilitación física	8
Camas de hospitalización	6
Unidad para terapia respiratoria	5
Consultorios de consulta externa	2
Consultorio otras consultas	2
Consultorio especializado	1
Consultorio de terapia respiratoria	1

Recurso	Cantidad
Sala de procedimientos ambulatorios	1
Unidades de odontología	1

Fuente: HGASM

Actualmente el hospital dispone de diseños arquitectónicos y técnicos, pero se hace necesario iniciar la búsqueda de recursos económicos que financien los proyectos de modernización física, dotación y mobiliario de las salas de Santa Catalina, Santa Clara, Santa Susana y San Camilo, toda vez que es una necesidad sentida y revelada en los resultados de la presente investigación.

De igual forma la adquisición y asignación de lockers o closets personalizados para los hombres adultos mayores contribuyó a la mejora del índice de calidad de vida en las dimensiones de bienestar material, bienestar físico, relaciones interpersonales e inclusión social. Esto brindó mejores condiciones en la clasificación, organización, salubridad y seguridad de sus pertenencias; disminuyó las discusiones con sus compañeros por pérdida de objetos personales; mejorar las relaciones interpersonales; motivar la participación en las actividades que la institución realizó diariamente al saber que sus pertenencias están protegidas.

Con el propósito de garantizar una ocupación del 100% de las habitaciones destinadas a particulares de la Sala de Pensionados y Villa de la Sabiduría, el hospital debe invertir en: mantenimiento de habitaciones y planta física, adecuación de baños de la sala de Pensionados, como también la reparación del techo de las habitaciones y pasillos de Villa de la Sabiduría, incluyendo reposición de tejas, reparación de baños sanitarios y apertura de dos o más pasillos adicionales que permitan integrar la Sala con la zona verde que posee el hospital. También sugieren la adecuación de esta zona verde como una zona de descanso, lectura o para compartir con los demás compañeros de la entidad. Esto permite mejorar los índices obtenidos en la evaluación de las dimensiones de bienestar material y bienestar físico de los adultos mayores.

Esto contribuye al mejoramiento de la imagen institucional y el fortalecimiento del portafolio de servicios que redundan en mejorar los niveles de ocupación y de ingresos para la institución hospitalaria.

7.3.6. Recurso humano. El Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel ESE dispone de un equipo multidisciplinario para la prestación de los servicios de salud conformado de la siguiente manera:

Tabla 25. Recurso humano de la E.S.E.

Profesional	Total Horas	Consulta Externa	Hospitalización	Albergue	Centro Vida	Administrativa
Médico especialista en medicina interna – geriatría	140	20	20	80		
Médico - medicina alternativa	36			36		
Médico general	144	22		85	85	
Médico general	144	22				122
Médico general	36			36		
Odontólogo	36			36		
Psicólogo	120	12		108		
Nutricionista	36	6		15	15	
Terapeuta ocupacional	192			48	48	96
Fisioterapeuta	192	22		170		
Enfermera	204	22				182
Trabajadora social	192			22		170
Gerontólogo	192	22		75	75	30
Fonoaudiólogo	36			36		

Fuente: HGASM

Nota: Las 33 auxiliares de enfermería están distribuidas así: cuatro en hospitalización, una en fisioterapia, dos en farmacia y 24 en el área del Albergue y Centro Día. Para los fines de semana igualmente se cuenta con la disponibilidad del médico general del servicio social obligatorio para prestar apoyo.

Los resultados obtenidos en la dimensión de relaciones interpersonales referente a si los adultos mayores tienen buena relación con los profesionales del servicio es satisfactoria en un 92%. El talento humano requiere una actitud de revisión individual, abierta al cambio y a la mejora, al trabajo en equipo, a la innovación y a la creatividad. Para ello, y de conformidad a lo observado durante la evaluación de la calidad de vida existen algunas consideraciones a tener en cuenta para lograr plena satisfacción de los AM que son indicadas en el capítulo de recomendaciones.

7.3.7. Modelo de Atención centrado en la persona. El Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E. elaboró el plan de apoyo de forma coordinada, participativa y democrática del AM, favoreciendo su independencia, preservando y estimulando su autonomía moral para tomar sus propias decisiones y teniendo control de su propia vida. Este modelo parte del hecho que nadie tiene más conocimiento sobre uno mismo que la propia persona y que también es esta quien puede comprenderse y autodirigirse estableciendo los cambios a que haya lugar. Por lo tanto, el rol del profesional de la salud proporciona un clima favorable y realiza un acompañamiento a la persona en la toma de conciencia en los aspectos que quiere modificar en su vida, apoyándolo y orientándolo en la adopción de las estrategias más convenientes para lograrlo.

Al realizar la planificación centrada en la persona, se debe integrar la atención y apoyos en los procesos de orientación, respeto a la persona, la autodeterminación y el control de la propia vida de las personas con necesidades especiales, de acuerdo a su experiencia de vida, sus capacidades y deseos de mejorar su vida.

Los resultados de la investigación en la dimensión de autodeterminación refuerzan el modelo de atención aplicado en la institución hospitalaria, dado que algunos AM poseen un grupo de apoyo que toma decisiones que estiman hubiese tomado la persona en caso de haber tenido esa capacidad. Así mismo, en la dimensión de inclusión social se debe fortalecer los procesos de participación en diversas actividades, mejorar los procesos de comunicación, las relaciones interpersonales e integración con sus compañeros y la comunidad hospitalaria. Entre las principales actividades que se deben fortalecer en el modelo se detallan en el capítulo de recomendaciones.

8. DISCUSIÓN

Al realizar la revisión sobre estudios para la evaluación de la calidad de vida en adultos se encuentra la escala que fue descartada por no ser específica para la población objetivo de la presente investigación, ya que está dirigida a usuarios de servicios sociales en general.

Dada la inexistencia de una escala objetiva de calidad de vida específica y adaptada a las particularidades de las personas mayores -con discapacidad o sin ella- y útil también para personas con discapacidad -mayores o no-, se planteó el desarrollo de la Escala FUMAT y su aplicación en el Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E. de la ciudad de Santiago de Cali. Se observó que la actual oferta de servicios no favorece la calidad de vida del adulto mayor. Las dimensiones que presentaron puntajes de menor a mayor son: bienestar físico, bienestar material, desarrollo personal, autodeterminación, derechos, relaciones interpersonales, inclusión social y bienestar emocional. El Índice de Calidad de Vida (ICV) tuvo diferencias estadísticamente significativas entre géneros, el tipo de sala donde reside el AM, el estado civil, la edad de las mujeres, la ocupación o profesión que ejercieron antes de ingresar a la institución, la discapacidad, el nivel de escolaridad, su funcionalidad y el tiempo de estancia o permanencia en la entidad. De acuerdo con su nivel de escolaridad, quien es analfabeta tiene el menor ICV seguido de los que tienen formación universitaria manifestando que no pueden desempeñarse más en las labores que ejercieron antes de entrar a la institución. La edad del AM es un factor importante en el ICV, dado que éste decrece a medida que aumenta. Así mismo, quienes se desempeñaron como técnicos son quienes presentaron el más alto ICV dado que aún realizan actividades acordes a lo que hacían. Los solteros son quienes presentan un menor ICV debido a su soledad y al no tener a nadie con quien compartir. Las mujeres son quienes residen en las salas donde aún no se ha realizado remodelación física ni dotación acorde a sus necesidades, por lo tanto, presentan un ICV inferior a quienes están

en las salas remodeladas como San José en donde se encontraron los hombres. Quienes residen en Villa de la Sabiduría presentaron el más alto ICV dado que son personas pensionadas, jubiladas o sus familiares tuvieron solvencia económica para pagar una habitación completa con todos los servicios, personal asistencial diferente al de la institución y se encontraron afiliados a EPS. Importante resaltar que al analizar toda la población objeto de la presente investigación, se concluye que no hay diferencias estadísticamente significativas en el ICV entre las personas del régimen subsidiado y contributivo, lo cual es de vital importancia para la institución hospitalaria porque indicó que la prestación de servicios de salud es igual para todos, sin distinción alguna y tampoco se encontraron estas diferentes entre el grupo de los hombres, el estado emocional y el índice de masa corporal (IMC) de los adultos mayores. Factores como el bajo nivel educativo, estilo de vida sedentaria, la obesidad o delgadez, el fortalecimiento de la oferta de servicios asistenciales y administrativos de la institución son potencialmente modificables por la institución en pro de mejorar la calidad de vida de los adultos. Se estableció un perfil de calidad de vida individualizado de todos los adultos mayores estudiados y un plan de intervención a corto, mediano y largo plazo que permita reorientar y mejorar la prestación de servicios de salud y el fortalecimiento de acciones asistenciales y administrativas de la institución.

En el estudio realizado por los autores de la escala FUMAT (32) para la validación de la misma, participaron 100 usuarios de los 5 centros de Matia Fundazioa en el País Vasco: Centro de Atención Residencial Especializada IZA (20%), Julián Rezola (20%), Lamourous (20%), Fraisoro (20%) y Txara 1 (20%). De estos, los cuatro últimos son centros residenciales para personas mayores, mientras que el primero es un centro para personas con discapacidad. De este modo, el 80% de la población evaluada fueron personas mayores, mientras el 20% restante fueron personas con discapacidad. La mayoría de los participantes fueron mujeres (56%). El rango de edades osciló

entre 24 y 99 años, siendo la media 74,67 y la mediana 78,50. La edad más frecuente fue 87 años (11%) de la muestra. El grupo de edad minoritario fue el de personas menores de 65 años, que suponía un 24% de la muestra total. Más del 50% de la muestra tenía una edad superior a 78 años. Con respecto al estado civil, casi todos los participantes (80%) eran solteros sin pareja (41%), o viudos (39%), el 10% tenía pareja o estaban casadas, el resto estaban separados o divorciados. La mayoría de las personas evaluadas (83%) nunca habían estado escolarizadas o sólo tenían estudios de Primaria, solo el 2% alcanzó la Educación Secundaria y el 7% había llegado a estudiar Bachillerato o Formación profesional, el 4% tenían estudios universitarios y el 2% tenían estudios de doctorado (32). Los resultados de este estudio que contemplan la medición de la calidad de vida con la escala FUMAT y el detalle de la medición de cada una de las dimensiones no se encontraron publicadas en los principales motores de búsqueda y base de datos como: PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar, Biblioteca Virtual en Salud y SciELO, entre otras. Sin embargo, se realizó la discusión de la presente investigación con los resultados de estudios de calidad de vida de diferentes autores.

El estudio realizado en la ciudad de Medellín sobre calidad de vida de los adultos mayores (50) se encontró una asociación negativa con la calidad de vida el ser mujer, presentar diabetes, altos puntajes en las escalas de capacidad funcional, depresión, ansiedad y estrés; el ir voluntariamente a la institución y no sentirse maltratado por sus familiares mostró una asociación positiva.

El concepto de calidad de vida en la tercera edad involucra muchas variables (51), como pueden ser la satisfacción, la felicidad, la autoestima, además de la capacidad adquisitiva, el disfrutar de buena salud física-psíquica, una relación social y familiar satisfactoria, entre otras muy diversas. Muchos autores están de acuerdo en que la salud es la que mayor peso tiene en la percepción de calidad de vida por parte de los ancianos y que los déficits de salud constituyen el primer problema

para ellos, La calidad de vida se describe a menudo con dimensiones objetivas y subjetivas. La mayoría de las personas mayores evalúa positivamente su calidad de vida sobre la base de los contactos sociales, la dependencia, la salud, las circunstancias materiales y las comparaciones sociales. La adaptación y la capacidad de recuperación pueden contribuir a mantener una buena calidad de vida. Aunque no existen diferencias culturales en la dimensión subjetiva de la calidad de vida, en la dimensión objetiva existen tales diferencias. Dos factores principales a considerar con respecto a la calidad de vida en la vejez son la demencia y la depresión (52) (53).

Vivir en una institución geriátrica puede llevar a reducir la calidad de vida de los adultos mayores, dado que éste reduce de forma consistente el contacto con la familia y los amigos, reduce su autonomía; aspectos similares fueron manifestados por los adultos mayores en el estudio de Castellanos (54) en donde considera la posibilidad de brindar apoyo psíquico o emocional, de relación social, de soporte físico o apoyo adicional para aquellas personas en situación de discapacidad más cuando tienen una edad avanzada para enfrentar una vida en solitario.

Pero en este asunto no se tiene un consenso entre los autores, pues algunos plantean que las personas que viven en instituciones tienen mejores cuidados de enfermería y modifican hábitos y modos de vida (factores de riesgo para discapacidad), lo cual mejora su calidad de vida; por el contrario, otros autores observan que existe una mayor dependencia funcional en los ancianos allí residenciados que en aquellos que viven en sus domicilios y que la dependencia aumenta por diversos factores como la edad, el sexo, un mayor tiempo de institucionalización y una mala percepción del propio estado de salud (52).

Entre los factores que se hallaron más asociados con la calidad de vida de los adultos de centros geriátricos, e encontró importantes diferencias entre varones y mujeres, percibiendo las mujeres su estado de salud y su calidad de vida de forma menos favorable que los varones; también se

encontró que el grado de soledad, de incapacidad funcional y de trastornos afectivos disminuye la calidad de vida y diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud entre los sexos fue menor en los grupos de mayor edad (55) (56)(57); incluso con diferentes instrumentos de calidad de vida, otros no han hallado diferencias en los puntajes por sexo (58). Estos diferentes resultados en los estudios pueden deberse a aspectos relacionados a calidad de vida a través de las dimensiones de funcionamiento físico, social, emocional y percepción general de salud en una población de adultos mayores en donde hubo significancia en todos los factores asociados con la dimensión física fueron: género, enfermedad en el último año, edad, tabaquismo y nivel de actividad, en funcionamiento social sólo la variable de chequeo médico fue significativa, actuando como factor favorecedor, en la dimensión emocional: género, enfermedad y chequeo médico en el último año y para la percepción de salud los factores fueron: género, morbilidad, hospitalización en el último año y actividad. Los factores asociados con calidad de vida varían de acuerdo con cada dimensión. Sin embargo, género, morbilidad, contacto con el médico y actividad son comunes para la mayoría de las dimensiones estudiadas (59). El hecho que ellas presenten mayor deterioro en su calidad de vida tanto a nivel global como de las distintas dimensiones, lleva a pensar la existencia de otros factores intrínsecos o extrínsecos que empeoran la percepción y la puntuación de su calidad de vida, y se encuentran situaciones como que ellas tienen mayor exposición a problemas emocionales, menores oportunidades de mejoramiento de su calidad de vida y mejor aceptación social de la expresión de sus quejas (60).

Se encontró que en diversos estudios los adultos mayores que presentaron una disminución en su calidad de vida se asociaron con mayores prevalencias de depresión, ansiedad y déficit funcional (61)(62) (63). En este estudio, esto fue un hallazgo constante, pues las personas que tuvieron altos puntajes en las escalas de síntomas depresivos, de riesgo de ansiedad y déficit en la capacidad

funcional, presentaron bajos puntajes de calidad de vida. En las personas adultas mayores hay una gran probabilidad para que la calidad de vida decline frente a desarreglos sociales, discapacidades físicas, declive cognitivo y deterioro funcional, los cuales contribuyen a procesos depresivos y de ansiedad.(54).

Otro de los aspectos relacionados de forma negativa con la valoración de la calidad de vida fue el sentirse maltratado por sus familiares, situación que pudo desencadenar sentimientos de infelicidad y frustración en el adulto mayor. En cuanto a las condiciones de salud evaluadas referente a la diabetes se observó que esta enfermedad reduce sus puntajes de calidad de vida. Esto tiene relación con lo reportado por varios autores, los cuales han evidenciado que los adultos mayores con problemas de salud presentan menores puntajes de calidad de vida (53), incluso cuando se estudia a los adultos mayores de la población no recluida en hogares geriátricos (64).

Un aspecto que mostró una asociación positiva es el ingreso voluntario por parte del adulto mayor a la institución geriátrica, lo que trae beneficios para su vida, pues en muchas ocasiones son personas que viven solas, han perdido su rol en el núcleo familiar o se consideran una carga para su familia, por problemas visión, la ausencia o edad avanzada del cuidador informal y el uso de la sala de emergencias (65) (66) (67). De igual manera, las personas que ingresan voluntariamente son casi siempre más autónomas e independientes en las actividades de la vida diaria, lo que les permite adaptarse mejor a la vida institucional, Los hallazgos del estudio reflejan la importancia de la adaptación de la autodeterminación, la autonomía y la preparación previa a la institucionalización de los residentes, y están destinados a proporcionar orientación para la intervención de enfermería y la formulación de políticas de bienestar social (66).

En estudios referente a la diabetes y la calidad de vida, se encontró que ser mujer presentó una asociación positiva debido que en los hombres es menos probable el reportar síntomas de depresión

o ansiedad que concuerde con la presencia de esta enfermedad o una alteración clínica. En otros estudios realizados se encontró que los hombres con diabetes reportan menos impacto por la enfermedad y más satisfacción con el tratamiento, en comparación con las personas sin diabetes, la mayoría de los estudios informaron una peor calidad de vida para las personas con diabetes, especialmente con respecto al funcionamiento físico y el bienestar y algunos factores psicosociales, incluidas las creencias relacionadas con la salud, el apoyo social, el estilo de afrontamiento y el tipo de personalidad, pueden afectar poderosamente la calidad de vida, ya sea directamente o por su capacidad de amortiguar los efectos negativos de la diabetes o su tratamiento (68). Al igual que el estudio realizado por (Schwartzmann, 2003) (18), en la presente investigación se halla un deterioro en la calidad de vida del AM relacionado con la salud general, el bienestar físico, bienestar personal, relaciones interpersonales y la inclusión.

8.1 Fortalezas

- La presente investigación no utilizó técnicas de muestreo para el estudio, dado que fue aplicado a toda la población de la institución, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.
- De los 133 adultos mayores que fueron incluidos en el estudio aceptaron y firmaron el consentimiento informado para participar de la investigación.
- La metodología del estudio para la evaluación de la calidad de vida del adulto mayor fue cuidadosamente aplicada.
- Permitió analizar las dimensiones de bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos establecidas en la escala FUMAT para la evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores.

- Permitió evaluar y realizar un análisis multidimensional del índice de calidad de vida de los adultos mayores.
- Permitió identificar el perfil de la calidad de vida de los adultos mayores.
- Los instrumentos utilizados para la evaluación de la calidad de vida de la escala FUMAT fueron diligenciados completamente por el investigador principal para cada uno los adultos mayores, lo que permitió recolectar información adicional directamente del individuo, lo que contribuyó en gran parte a la sustentación de los resultados obtenidos en la investigación.
- Esta investigación es uno de los primeros estudios realizados en la región sobre evaluación de calidad en adultos mayores con la escala FUMAT.
- Permitió establecer recomendaciones de corto, mediano y largo plazo para la institución donde se desarrolló la investigación, las cuales pueden ser utilizadas para mejorar el plan de acción, los planes de mejora y además sirve como derrotero para actualizar el plan de desarrollo institucional en pro de mejorar la calidad de vida del adulto mayor.
- La escala FUMAT para evaluar la calidad de vida aplicables a personas mayores y a personas con discapacidad sirve como una estrategia mejorar la calidad de sus servicios, programas y apoyos, condiciones que se cumplieron en la institución donde se desarrolló la investigación.
- La escala FUMAT y los resultados obtenidos en esta investigación permiten ser utilizados para dar cumplimiento al criterio “el centro vida dispone y aplica un procedimiento de evaluación de la calidad de vida de cada persona adulta mayor usuaria” de acuerdo con el estándar “calidad de vida” de los adultos mayores estipulado en la resolución 024 del 11 de enero de 2017 y resolución 055 del 18 de enero de 2018 del Ministerio de Salud.

8.2 Debilidades

- No hay estudios similares para hacer comparaciones sobre calidad de vida en adultos mayores con otras instituciones
- La escasa representatividad de la población de estudio (133) respecto a la población objetivo (215) debido a la exclusión de adultos mayores que no cumplieron con los criterios establecidos en la investigación.
- Es posible que algunos de los adultos mayores hayan dado respuestas no válidas a las preguntas realizadas por no ser socialmente aceptadas o no querer mostrar la realidad en la que viven. Este sesgo pudo haber llevado a una subestimación de las asociaciones encontradas.
- Es posible que el investigador principal haya registrado respuestas diferentes a la realidad cuando el adulto mayor no tuvo completa claridad para dar una respuesta única a la pregunta realizada a pesar de la explicación detallada que le fue dada. Este sesgo pudo haber llevado a una subestimación de las asociaciones encontradas.
- No es posible hacer extrapolación de los resultados obtenidos en este estudio a otras instituciones hospitalarias geriátricas porque no se involucró población de otras instituciones dada su gran distancia geográfica y los altos costos en que incurriría el estudio.

8.3 Implicaciones para la salud pública

Con relación a la presente investigación se espera:

- Conocer el índice de calidad de vida y el perfil de calidad de vida de la población objeto de estudio y sus posibles variables correlacionadas.
- La evaluación de la calidad de vida del adulto mayor mediante la aplicación de la escala FUMAT y obtener el índice y perfil de calidad de vida del adulto mayor del Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E. de la ciudad de Santiago de Cali.

- Que la evaluación de la calidad de vida se convierta en una herramienta para lograr identificar las brechas que existen entre las actuales ofertas de servicios de las instituciones de salud y el índice de calidad de vida con el fin de reorientar la prestación de servicios acorde a las necesidades de los adultos mayores. Además de permitir individualizar los resultados obtenidos en cada una de las dimensiones de la escala de calidad de vida y en consecuencia crear el respectivo plan de intervención para cada adulto mayor por parte del equipo multidisciplinario.

8.4 -Impacto

- **Impacto en el departamento y municipio.** Esta investigación genera una línea de base para fortalecer la política pública orientada al adulto mayor con el fin de desarrollar estrategias que permitan mejorar la calidad de vida e identificar los rubros en donde debe realizar la apropiación de los recursos necesarios y suficientes a la institución para mejorar el índice y perfil de calidad de vida. Además, la escala FUMAT para la evaluación de la calidad de vida en adultos mayores podrá aplicarse en otras instituciones para lograr identificar falencias y poder establecer futuros planes de mejora.
- **Impacto en la institución.** Esta investigación da a conocer el índice y el perfil de calidad de vida de cada uno de los adultos mayores evaluados, lo que permitirá establecer planes individualizados para mejorar las debilidades detectadas. Además, establece una línea de base del perfil de calidad de vida de los adultos mayores que podrá compararse con otro estudio similar en un tiempo futuro para determinar los mejoramientos obtenidos. Así mismo, la institución se beneficiará al tener claramente definidas las recomendaciones que deberá implementar en el corto, mediano y largo plazo para lograr mejorar el índice de calidad de vida de los adultos mayores.

- **Impacto en el adulto mayor.** Los adultos mayores se beneficiarían porque tienen establecidos individualmente el perfil de calidad de vida en las dimensiones de bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos definidas en la escala FUMAT y permitiría la intervención de los profesionales de la institución relacionados con las debilidades detectadas. Así mismo, se beneficiaría con la implementación de las recomendaciones dadas por el estudio las cuales conllevan a fortalecer y mejorar el índice de calidad de vida.

9. CONCLUSIONES

Las conclusiones se describen de acuerdo a cada uno de los objetivos desarrollados en la investigación:

Los adultos mayores evaluados del Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E. casi en su totalidad son mayores de 70 años, con edad promedio de 81,4 años, algunos superan los cien años y la mayoría son mujeres. Los AM que se ubicaron en el rango de edad de 81-90 años fueron los más representativos, nacieron principalmente en el departamento del Valle del Cauca, Caldas y Cauca. Se observó un bajo nivel escolaridad con analfabetismo y educación primaria completa o incompleta, en donde predominaron las mujeres. La etnia mestiza y blanca predomina en la población estudiada. La mayoría son católicos. Predominan los solteros y viudos, seguidos de los separados y casados o los que viven en unión libre.

Las salas con mayor representatividad en el estudio son Santa Luisa, San José y Pensionado y Centro Día. La mayoría pertenecen al régimen subsidiado y residen principalmente en las salas Santa Catalina, San Camilo, Santa Luisa y San José, las dos primeras son utilizadas principalmente para personas dependientes y en condiciones de discapacidad. Las salas Sala de Pensionados, Villa de la Sabiduría y Centro Día son mixtas y pertenecen el régimen contributivo.

Se observó que las mujeres se desempeñaron principalmente en trabajos de ama de casa, empleado y oficios varios, mientras que los hombres se desempeñaron como independientes, operarios y labores del campo. La mayoría se encuentran afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud principalmente en Emsanar EPSs, Coosalud EPSs y la Nueva EPS.

Se observó que un poco más de la tercera parte tienen estancia en el hospital mayor a once años y se encuentran principalmente en las salas Santa Luisa, Pensionados y San José.

Se desarrolló un análisis bivariado entre la situación de discapacidad del AM y las variables: sala que ocupa, edad, estado civil, afiliación al régimen de seguridad social en salud y funcionalidad encontrándose diferencias estadísticamente significativas y no encontró estas diferencias con las variables de: ocupación anterior, índice de masa corporal y estado emocional. Se encontró que un poco menos de la mitad presentaron situación de discapacidad en igual proporción para ambos géneros. Las salas con mayor número de personas en esta situación de discapacidad son: San José, Santa Luisa, Pensionados, Centro Dia y San Camilo. Se observó que los AM que se encuentran entre 71 y 90 años se encontraron en situación de discapacidad, en donde más de las dos terceras partes de los solteros presentaron situación de discapacidad. Se encontraron algunos AM con bajo peso un poco menos de la mitad con sobrepeso, en donde la mayoría son hombres.

Los AM en situación de discapacidad un poco menos de la mitad presentaron funcionalidad dependiente, semiindependiente.

Al realizar el comparativo entre el puntaje directo promedio obtenido y el puntaje directo máximo a obtener de cada dimensión de la escala FUMAT, se observó que las más críticas son: bienestar físico, bienestar material, desarrollo personal y autodeterminación, seguidas de las dimensiones de derechos y relaciones interpersonales. Las que presentan un mejor cumplimiento son inclusión social y bienestar emocional. Se concluye para cada dimensión lo siguiente:

En la dimensión de Bienestar Emocional los AM presentaron sentimientos de intranquilidad e inseguridad, tristeza, depresión, incapacidad e inseguridad debido a la pérdida de sus seres queridos, su independencia, visión, movilidad, capacidad intelectual, deterioro de la salud, por no haber estudiado, no saber leer ni escribir, no poder hacer lo que hacía antes, insatisfacción con su vida presente, no tener dinero para satisfacer sus necesidades, temor a la muerte, desconocer el futuro, mal comportamiento de sus compañeros de sala, tener que compartir los baños.

En la dimensión de Relaciones Interpersonales menos de la mitad carecieron de familiares cercanos y menos de la tercera parte no realizan actividades que le gustan con otras personas debido principalmente a su estado de salud, visión, escucha, movilidad, dolencias, falta de destrezas y habilidades comunicativas, poca confianza y comportamientos inadecuados de sus compañeros y algunos manifiestan sentirse queridos por las personas que son importantes para ellos.

En la dimensión de Bienestar Material una cuarta parte de los AM manifestaron que el lugar donde viven requiere reformas para hacerlo confortable e indicaron que se deben corregir las barreras arquitectónicas especialmente para beneficiar a las personas en situación de discapacidad física, auditiva y visual. Alrededor de las tres cuartas partes se quejaron o no estuvieron satisfechos por el dinero que recibieron del subsidio o jubilación manifestando que no les alcanza para comprar los elementos que ellos desean y algunos completamente insatisfechos porque no reciben ningún recurso económico.

En la dimensión de Desarrollo Personal menos de la mitad de los AM mostraron dificultad para manejar conceptos matemáticos, leer y escribir. La tercera parte no son responsable de su medicación y algunos presentaron dificultades para expresarse. Así mismo, presentaron escasa flexibilidad mental.

En la dimensión de Bienestar Físico los AM presentaron problemas de visión, escucha, memoria, incontinencia y movilidad relacionado a sus condiciones de salud, situación de discapacidad, funcionalidad, dependencia, dificultad para seguir una conversación y a la falta de elementos como gafas, audífonos, sillas de ruedas u otros aparatos de movilidad en buenas condiciones que les permitan mejorar estas deficiencias y les permita superar la tristeza y depresión que actualmente

manifestaron. Es la dimensión más crítica dado que más de las dos terceras partes de los AM presentaron estas dificultades

En la dimensión de Autodeterminación, la mayoría de los AM han elegido el lugar donde viven actualmente, menos de la tercera parte mostraron dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc.), algunos tomaron decisiones sobre sus cuestiones cotidianas o eligen como pasar el tiempo libre y la tercera parte hacen planes para el futuro. Algunos de los AM presentaron dificultad para tomar decisiones que son importantes para su vida, presentaron dificultad para elegir cómo pasar su tiempo libre debido a su agotamiento físico. Cerca de la cuarta parte desconocieron las operaciones matemáticas básicas y un poco menos de la mitad realizaron planes para el futuro.

En la dimensión de Inclusión Social algunos presentaron dificultades para integrarse o participar en la comunidad, tener relaciones de amistad, solicitar apoyos cuando lo necesitaron y la tercera parte presentaron dificultades para participar en diferentes actividades de ocio que le interesan o actividades que desarrolló la institución debido a falta de destrezas y habilidades para integrarse, su estado de salud, agotamiento físico, movilidad, visión y escucha por lo que prefirieron estar solos o en sus habitaciones.

En la dimensión de Derechos manifestaron que el servicio al que acudieron respetó y defendió sus derechos, recibieron información suficiente de sus tratamientos e intervenciones que requieren, disponen de cédulas de ciudadanía y algunos han participado de la democracia del país. Algunos mostraron dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados y cerca casi la totalidad manifestaron no tener asistencia legal o servicios de asesoría legal.

Se concluye que en el Índice de Calidad de Vida (ICV) existen diferencias estadísticamente significativas en la sala de ocupación del AM en donde se encontraron valores diferentes en sus

rangos promedios y medianas para las salas de la institución entre San Camilo y Santa Catalina con Villa de la Sabiduría, en las salas de hombres entre San Camilo y Villa de la sabiduría con Pensionados y en las salas de mujeres entre Santa Catalina y Centro Día con Villa de la Sabiduría. El ICV promedio de las mujeres disminuyó a medida que aumentó la edad, encontrando diferencias en sus rangos promedios y medianas entre el rango de edad entre 71-80 años con los que tienen entre 81-90 años y más de 90 años.

Los AM que se desempeñaron en labores del campo o fueron empleados presentan mejor ICV que aquellos que realizaron oficios varios/doméstica o fueron amas de casa, dado principalmente porque los primeros aún siguen con deseos de aprovechar su tiempo libre y son voluntarios en actividades de la vida diaria al interior de la institución, permitiéndoles ser independientes, colaborativos y relacionarse con personas diferentes a los residentes, además que se sienten útiles y mejoran su bienestar físico. Los AM casados o en unión libre presentaron el mayor ICV y los solteros el menor ICV. Los AM cuyo nivel de escolaridad es técnico o universitario presentaron un ICV más alto que aquellos que son analfabetas o tienen estudio de primaria, principalmente porque encontraron actividades de la vida diaria que les permite pasar su tiempo libre, como leer, escribir o realizar operaciones matemáticas básicas. El ICV decrece a medida que el tiempo de estancia en la institución aumenta, en donde se encontraron valores diferentes en sus rangos promedios y medianas para los rangos entre 6-10 años y más de 15 años.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el ICV promedio obtenido entre las personas que pertenecen al régimen subsidiado y contributivo o particulares. Tampoco entre el ICV promedio entre el grupo de los hombres, el estado emocional de los adultos mayores ni con el índice de masa corporal (IMC).

Las brechas identificadas entre el perfil de calidad de vida y la actual oferta de servicios del Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E. no favorece el nivel de la calidad de vida de su población adulta mayor residente perteneciente al régimen subsidiado, contributivo y particulares y por lo tanto se debe fortalecer en las siguientes áreas, así: En hospitalización permitir la internación parcial; en consulta externa, prestar los servicios de medicina familiar, dermatología, medicina física y rehabilitación, oftalmología, otorrinolaringología, periodoncia, rehabilitación oral, psiquiatría y urología y en apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, los servicios de laboratorio clínico, radiología e imágenes diagnósticas y detección temprana - alteraciones de la agudeza visual.

10. RECOMENDACIONES

A continuación, se presentan las recomendaciones del estudio, las cuales se identificaron a partir de la problemática, las características sociodemográficas, biológicas y económicas de la población objeto de estudio, el análisis de las dimensiones de la escala FUMAT para la evaluación de la calidad de vida, el índice de calidad de vida y la identificación de las brechas entre la actual oferta de servicios institucional y el perfil de calidad de vida.

Fortalecer el talento humano con la actualización de los procesos de inducción y reinducción, encuestas de satisfacción del AM, mejoramiento de la evaluación del desempeño de los funcionarios, certificación del personal en atención integral del adulto mayor.

Fortalecer la institución mediante la actualización del plan de desarrollo institucional, la promoción de los servicios, mejoramiento de la infraestructura física, dotación y mobiliario, los programas de mantenimiento preventivo y correctivo, creación del banco de proyectos y el fortalecimiento del programa de donaciones.

Fortalecer los servicios institucionales, mediante los convenios docente-asistenciales, convenios con entidades técnicas y tecnológicas, valoración integral y plan personalizado de atención, mejorar el programa de nutrición y dietética, promover la independencia del AM.

Fortalecimiento del Centro Vida mediante su promoción a la comunidad, entes públicos y privados, actividades acordes a la edad, gustos y preferencias que promuevan la participación, las relaciones interpersonales, el bienestar físico, bienestar material y el desarrollo personal.

Fortalecer la inclusión social mediante la creación del programa de alfabetización, programa intergeneracional, programa braille y lenguaje de señas, generación de ingresos y actividades que promuevan la participación del AM.

En el anexo I se relacionan las recomendaciones detalladas en el corto, mediano y largo plazo.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Díaz, Raquel. Centro de Investigaciones sobre Envejecimiento L y S (CITED). Estrés y Longevidad, Reflexiones acerca del tema desde una perspectiva psicológica. Vol. 1 No.3. 2011.
2. Bibliomed sobre calidad de vida. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2010.
3. Julián A, Fuentes M, Elena I, Díaz F. TRABAJOS DE REVISIÓN Ancianos y salud Elderlies and health. :1–7.
4. Viveros Madariaga A. Envejecimiento y Vejez: Propuestas para la formulación de Políticas Públicas y Fomento de Acciones desde la Sociedad Civil en America Latina y el Caribe. 2001;
5. Alonso R de, Ana. Políticas Hacia las Familias, Proteccion e Inclusión Sociales .Reunión de expertos. Políticas sociales y necesidades familiares en Colombia. CEPAL. 2005;20.
6. International H. Estado Mundial de las Personas Mayores. HELPAGE INTERNATIONAL [Internet]. 2002; Available from: www.helpage.org
7. Javeriana U. Envejecer en Colombia, Aportes para una Política en Vejez y Envejecimiento. Universidad Javeriana. Bogotá; 2006 Jun;
8. Alcaldia de Santiago de Cali. Cali En Cifras 2015. 2015;1–175. Available from: <http://planeacion.cali.gov.co/dapweb/index.asp?ID=587>
9. Colombia M de SR de. Política Nacional de Envejecimiento [Internet]. 2002. Available from: <http://www.ilo.org/public/spanish/employment/skills/older/publ/spaage.pdf>
10. M L. Guest editorial: A more positive approach to health promotion. Journal Article [Internet]. 2016; Available from: <http://bd.univalle.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&d>

b=cmedm&AN=4809383&lang=es&site=eds-live

11. Pérez, Julio. Envejecimiento Poblacional y dependencia. Una perspectiva desde la necesidad de Cuidados. In: II Jornada Gerontológica Recursos Asistenciales” Calidad de vida y Calidad de Servicio en la atención a personas mayores” [Internet]. 2008. Available from: <http://www.ced.uab.es/jperez>
12. CEPAL. Las personas mayores en América Latina y el Caribe: Diagnostico sobre la situación y las políticas. Síntesis, Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del . CEPAL. Santiago de Chile; 2003;49.
13. Lahera P EP. Serie de Políticas Sociales. Política y políticas públicas,. CEPAL. Santiago de Chile; 2004 Aug;
14. Mira, J., Aranaz, J., Rodríguez-Marín, J., Buil, J., M, C., & Vitaller J. un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención. 1998. IV;12-18.
15. Pomerleau. Behavioral medicine: The contribution of the experimental analysis of behavior to medical care. Association: AP, editor. 1979.
16. Calderón B, Manuel. La moderna Salud Publica. Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social. 2002;
17. Bayes R. Psiconeuroinmunología, salud y enfermedad.Cuadernos de Medicina Psicosomática. 1994. 30, 28-34 p.
18. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud. [Internet]. Enfermería U de CF de MD de, editor. Uruguay; 2003. Available from: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=4&sid=88110172-6a15-4f77-9662-f1ea97ecd251%40sessionmgr4008&hid=4105&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtb>

G12ZQ%3D%3D#AN=edssci.S0717.955320030002000

19. López, P., Hernández, G., Segura, N., Chávez, A. G. &, River LD. Estudio de la calidad de vida en pacientes adultos con inmunodeficiencia común variable usando el Cuestionario SF-36. *Revista Alergia México*. 2014;52–8.
20. Ambriz Murillo Y, Menor Almagro R, Campos-González ID, Cardiel MH. Calidad de vida relacionada con la salud en artritis reumatoide, osteoartritis, diabetes mellitus, insuficiencia renal terminal y población geriátrica. Experiencia de un Hospital General en México. *Reumatol Clínica*. 2015;11(2):68–72.
21. Torres Hidalgo M, Quezada V. M, Rioseco H. R, Ducci V. ME. Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF. *Rev Med Chil*. 2008;136(3):325–33.
22. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. *J Chem Inf Model*. 2015;53(9):1689–99.
23. WHO WHO. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva; 2009.
24. Novo E. Instrumento de evaluación económica para la medición de años de vida ajustados a la calidad en adultos mayores. *Medisan*. 2013;17(8):1–12.
25. Fematt, Avila FM. Definición y Objetivos de la Geriátrica. *El Residente - Revisión - Punto de Vistale*. 2010. 49-54 p.
26. 69ª Asamblea Mundial de la Salud. Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020 : hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana. Oms [Internet]. 2016;9(2011):1–5. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_ACONF8-sp.pdf

27. Organização Mundial da Saúde. Planificación y Organización de los Servicios Geriátricos [Internet]. 1974. p. 52. Available from: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_548_spa.pdf
28. Ministerio de Salud y Protección Social. Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud. 2014;61. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/ASL/cartilla__movilidad.pdf
29. Ministerio de Salud R de C. El Régimen Subsidiado. [Internet]. 2017. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/RégimenSubsidiado.aspx>
30. Ministerio de Salud R de C. Comportamiento del Aseguramiento. Ficha de Indicadores del Aseguramiento en Salud. [Internet]. Ministerio de Salud. 2017. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsidiado.aspx>
31. Gómez, L. E.; Verdugo, M. A.; Arias, B.; Navas P. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad : la Escala Fumat Evaluation of the quality of life in older persons. *Psychosoc Interv.* 2008;17(2):189–99.
32. Gómez LE., Verdugo M a. ., Arias B., Navas P. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores La Escala FUMAT [Internet]. Vols. 17, 2, Intervención Psicosocial. 2008. 189-199 p. Available from: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/in2008v17n2a7.pdf>
33. Murilloa, Y. A., Almagrob, R., Campos, I., & Cardiela MH. Calidad de vida relacionada con la salud en artritis reumatoide, osteoartritis, diabetes mellitus, insuficiencia renal terminal y población geriátrica. Experiencia de un Hospital General en México. México;

- 2015;66–78.
34. Ocampo Chaparro JM. Autopercepción de salud en adultos mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali durante el año 2009. Universidad del Valle; 2009.
 35. WHO Quality of Life Assessment Group. Que calidad de vida?: Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. Foro Mund Salud [Internet]. 1996;17 (4):385–7. Available from: https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/55264/1/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf
 36. Rafael Mella, L., González, J. D., Maldonado, I., Fuenzalida, A., & Díaz A. Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. Psykhe (Santiago).; 2004;
 37. Asamblea DELA, Salud DELA. Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida. 2014;1–8.
 38. Ardila R. Revista Latinoamericana de Psicología. Calidad de Vida, una definición integradora. 2003;161–4.
 39. Personas . Envejecimiento Saludable: Ejercicio físico para. Envejecimiento Saludable: Ejercicio físico para personas mayores. Colección documentos técnicos Serie Mayores, número 1 [Internet]. 2009; Available from: www.munimadrid.es/.../SSociales/Publicaciones/
 40. Lopategui E. SaludMed: Un portal para todos [Internet]. 2015. Available from: <http://www.saludmed.com/>
 41. Martínez Rodríguez T. La Atención Gerontológica Centrada En La Persona. Zerbitzuan. 2011. 214 p.
 42. Martínez Rodriguez T. La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en

- situación de fragilidad o dependencia. MARTINEZ RODRIGUEZ, T [Internet]. Gizartea Hobetuz: Eusko Jaurlaritza, Gobierno Vasco, Vitoria – Gasteiz; 2011; Available from: <http://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/4502/1/guiatenciongerontologiacentradaenapersona.pdf>
43. Maya MA, Antonio Cardona-Arias J, Giraldo E. Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de un municipio colombiano, 2013. Rev Médicas UIS [Internet]. Universidad Industrial de Santander; 2016 Jan;29(1):17–27. Available from: <http://bd.univalle.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=115427356&lang=es&site=eds-live>
 44. Urzúa M A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Rev Med Chil. 2010;138(3):358–65.
 45. Competitividad. G de EM de E y. Envejecimiento [Internet]. 2017. Available from: <http://envejecimientoenred.wordexpress.com>
 46. WHO. WHOQOL: measuring quality of life. Psychol Med [Internet]. 1998;28(3):551–8. Available from: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
 47. Hernández-Herrera, D. a, Aguilera-Elizarraraz, N. b, Vega-Argote, M. b, González-Quirarte, N. c, Castañeda-Hidalgo, H. c, Isasi-Hernández L d. Aplicación de las actividades de la intervención de enfermería. Prevención de caídas en adultos hospitalizados. [Internet]. México; 2017. Available from: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=14&sid=006de754-f266-46a5-99ca-11fad6b9200f%40sessionmgr101&hid=108&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT11ZHMtbGl2ZQ%3D%3D#AN=S1665706317300222&db=edselp>.

48. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Publica*. 1997;71(1):127–37.
49. Resmi N, Negara I, Resmi B, Negara B, Pemerintahan S, Pemerintahan B, et al. *Profil*.
50. Estrada A, Cardona D, Segura ÁM, Chavarriaga LM, Ordóñez J, Osorio JJ. Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*. 2011;31(4):492–502.
51. Cardona DA, Byron Agudelo HG. Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2005;23(1):79–90. Available from: http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/3c569269-fd71-4c59-9e19-0e241ef0b1e3/2005_Construcción+cultural+del+concepto+calidad+de+vida.pdf?MOD=AJPERES
52. De La Fuente Sanz MM, Marzo IB, De Santiago FJF, León MM, Carama FJN. La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel. *Gerokomos*. 2012;23(1):19–22.
53. Netuveli G, Blane D. Quality of life in older ages. *Br Med Bull*. England; 2008;85:113–26.
54. Castellanos J. Concepto de Calidad de Vida para el adulto mayor institucionalizado en el Hospital Geriátrico San Isidro de Manizales. Vol. 24, *Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría*. 2010. 1441-1451 p.
55. Azpiazu Garrido M, Cruz Jentoft A, Villagrasa Ferrer JR, Abanades Herranz JC, García Marín N, Álvarez de Mon Rego C. Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. *Aten Primaria* [Internet]. Elsevier; 2003;31(5):285–92. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)79180-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(03)79180-X)
56. Guallar-Castillón P, Redondo Sendino Á, Banegas JR, López-García E, Rodríguez-Artalejo F. Differences in quality of life between women and men in the older population of Spain.

- Soc Sci Med [Internet]. 2005;60(6):1229–40. Available from:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953604003478>
57. Kirchengast S, Haslinger B. Gender differences in health-related quality of life among healthy aged and old-aged austrians: Cross-sectional analysis. *Gend Med* [Internet]. 2008;5(3):270–8. Available from:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1550857908000685>
58. Blanca-Gutiérrez JJ, Linares-Abad M, Grande-Gascón ML, Jiménez-Díaz M del C, Hidalgo-Pedraza L. Relación del cuidado que demandan las personas mayores en hogares para ancianos: metaestudio cualitativo. *Aquichan* [Internet]. Universidad de la Sabana; 2012 Dec;12(3):213–27. Available from:
<http://bd.univalle.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=86232837&lang=es&site=eds-live>
59. Katia Gallegos Carrillo, J.L. Durán Arenas Gerardo, Lizbeth López-Carrillo MLC. Factores asociados con las dimensiones de calidad de vida del adulto mayor en Morelos. *Rev Investig Clínica*. 2003;Vol. 55, N:260–9.
60. Molina Linde JM, Sánchez Hernández M del P, Rubio R, Uribe Rodríguez AF. Diferencias en la calidad de vida y estado anímico de pacientes mayores hospitalizados según el género. *Pensam psicológico* [Internet]. 2005;(5):17–26. Available from: <https://0-dialnet-unirioja-es.ubucatu.ubu.es/servlet/articulo?codigo=2792947&info=resumen&idioma=SPA>
61. Xavier FMF, Ferraz MPT, Marc N, Escosteguy NU, Moriguchi EH. Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25(1):31–9.
62. Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. *Soc Sci Med* [Internet]. 1995;41(10):1439–46. Available from:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027795369500117P>

63. Howland R, H, Schettler P, J, Rapaport M, H, Mischoulon D, Schneider T, Fasiczka A, Delrahim K, Maddux R, Lightfoot M, Nierenberg A A. Clinical Features and Functioning of Patients with Minor Depression. *Psychother Psychosom.* 2008;77:384-389.
64. Lima MG, Barros MB de A, Goldbaum CLGCM, Carandina L, Ciconelli RM. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. *Rev Panam Salud Publica.* 2009;25(4):314–21.
65. Almeida AJ, Rodrigues VM. La Calidad de Vida de la Persona de Edad Avanzada Institucionalizada en Hogares de Ancianos. *Rev Latino-am Enferm [Internet].* 2008;16(6):1025–31. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/es_14.pdf
66. Chao S-Y, Lan Y-H, Tso H-C, Chung C-M, Neim Y-M, Clark MJ. Predictors of psychosocial adaptation among elderly residents in long-term care settings. *J Nurs Res.* 2008;16(2):149–59.
67. Dubois M, -F, Dubuc N, Raïche M, Caron C, D HR. Correlates of the Perceived Need for Institutionalisation among Older Adults without Cognitive Impairment. *Gerontology.* 2008;54:244-251.
68. Rubin RR, Peyrot M. Quality of life and diabetes. *Diabetes Metab Res Rev.* 1999;15(3):205–18.

12. ANEXOS

Anexo A. Otras recomendaciones de la Investigación

A continuación, se presentan otras recomendaciones de la investigación detalladas en el corto, mediano y largo plazo.

Tabla 26 Recomendaciones de la investigación para ser desarrolladas en el corto, mediano y largo plazo.

Recomendación	cp	mp	lp
Fortalecimiento del Talento Humano			
Fortalecer los procesos de inducción y reinducción en temas relacionados con el modelo de atención centrado en la persona, enfoque de derechos, atención al adulto mayor y centrada en la persona.	X	X	X
Diseñar e implementar la encuesta de satisfacción del adulto mayor referente a la atención recibida por el personal de la institución.	X		
Establecer los resultados de la evaluación de la encuesta de satisfacción del adulto mayor para que se incluyan como un ítem en la evaluación de desempeño de los funcionarios de la institución o una obligación de los contratistas que tengan relación directa con los adultos mayores.	X	X	
Fortalecer el proceso de selección de personal que va a ingresar al hospital, para que incluyan en su hoja de vida el certificado de formación en atención integral al adulto mayor.	X	X	X
Crear e implementar el programa “el funcionario más querido” con el fin de incentivar la mejora en la atención del adulto mayor, fortalecer las relaciones asistencial-adulto y mejorar el clima laboral.			X
Crear espacios para fortalecer y mejorar la relación: profesional – adulto mayor , sus familias, los profesionales de la salud, facilitando las relaciones y un buen clima laboral.			X
Certificar la formación del talento humano en atención integral de personas adultas mayores ; como también en temas relacionados con la atención de emergencias, primer respondiente y manejo de elementos para emergencias; procesos de inducción y reinducción del talento humano, orientación con enfoque de derechos, modelo de atención centrado en la persona; responsables de actividades de estimulación cognitiva e interacción social, actividades físicas y productivas, recreativas y culturales.	X	X	
Fortalecimiento Institucional			
Gestión. Actualizar el Plan de Desarrollo Institucional, la plataforma estratégica, actualizar los procesos, procedimientos, formatos, guías e instructivos; reglamento interno y manual de buen trato; evaluación del clima laboral.	X	X	
Fortalecer la actual oferta de serviciogs en las siguientes especialidades hospitalización, dermatología, medicina física y rehabilitación, medicina familiar, oftalmología, otorrinolaringología, periodoncia, psiquiatría, rehabilitación oral, urología y apoyo diagnóstico y terapéutico.	X	X	
Mejorar la promoción de los servicios institucionales en los medios de comunicación para ampliar la cobertura a la información a los centros de salud, juntas de acción comunal (JAC), juntas de acción local (JAL), grupos de adultos	X	X	

Recomendación	cp	mp	lp
mayores, entre otros, con el propósito de ofrecer los servicios a la comunidad, optimizar los recursos que actualmente posee y generar nuevos ingresos para la institución.			
Infraestructura. Estudio de vulnerabilidad estructural, reforzamiento sísmico estructural, plan de emergencias y desastres, planes de mantenimiento de equipos fijos, instalaciones eléctricas cumplimiento con el reglamento técnico de instalaciones eléctricas (RETIE), cumplimiento de condiciones de accesibilidad, higiénico sanitarias, permisos de vertimientos líquidos y emisiones atmosféricas.		X	X
Dotación. Equipamiento para personas con dificultades de movilidad, estimulación cognitiva, interacción social, lúdicas, recreativas, culturales, físicas y productivas, elementos del plan de gestión de residuos sólidos, dotación de mobiliario del centro.		X	X
Fortalecer el programa de mantenimiento preventivo y correctivo de la dotación, equipamiento biomédico, mobiliario y elementos de movilidad como: caminadores, sillas de ruedas y bastones.	X	X	X
Fortalecer el programa de mantenimiento preventivo y correctivo de la planta física y zonas verdes de la institución.	X	X	X
Fortalecer el Banco de Proyectos institucional con el propósito de disponer con diferentes alternativas de inversión en el corto, mediano y largo plazo que incluya componentes de modernización, adecuación, mantenimiento o construcción nueva de la planta física, reposición o adquisición de dotación tecnológica, mobiliario para habitaciones y salas de espera, equipamiento de equipos biomédicos, terapéuticos, industriales, equipamiento para el almacén, cocina y comedor.	X	X	X
Crear un banco de entes financiadores de proyectos. Identificar los países e instituciones a nivel internacional y nacional que patrocinan o financian proyectos que beneficien al adulto mayor.		X	
Fortalecer el programa de donaciones, encaminado a promover el apoyo al hospital por parte de las entidades públicas, privadas, naturales y jurídicas, promocionando los servicios que ofrece la institución y difundiendo los beneficios tributarios que trae para quienes donan dinero o especie.	X	X	X
Identificar diferentes fuentes de financiación de orden internacional, nacional, departamental, municipal que apoyen la financiación de los proyectos de desarrollo administrativo y de inversión institucionales.	X	X	X
Diseño e implementación de la gerencia de la rutina diaria.		X	
Fortalecimiento de los servicios institucionales			
Fortalecer los convenios docentes-asistenciales con instituciones de educación superior en los programas de: dermatología, medicina física y rehabilitación, medicina familiar, oftalmología, otorrinolaringología, periodoncia, psiquiatría, rehabilitación oral y urología.	X	X	X
Desarrollar o fortalecer los convenios docentes con instituciones de educación superior que ofrezcan las carreras de: comunicación social, sociología, antropología, trabajo social, terapia física, terapia del lenguaje, terapia ocupacional y recreación para fortalecer y mejorar los programas que actualmente se desarrollan en la institución.		X	
Valoración integral y plan personalizado de atención. Registros socioeconómicos; valoración integral de ingreso de cada persona; identificación de preferencias, intereses, capacidades e historia de vida de cada persona.		X	

Recomendación	cp	mp	lp
Utilizar los medios de comunicación que brindan espacios gratuitos en radio, prensa, televisión e internet en donde el hospital puede hacer uso de ellos para promocionar los servicios que presta, invitar a donar a personas naturales y jurídicas públicas y privadas, buscar los familiares de los adultos mayores que no saben que se encuentran en la institución, entre otros.		X	
Crear o fortalecer los convenios con entidades de educación tecnológica, técnica y de educación secundaria , para la creación, mejoramiento y fortalecimiento de programas de alfabetización, labor social, entre otros.		X	
Fortalecer el programa nutrición y dietética institucional.	X		
Promover la independencia funcional para favorecer el desenvolvimiento en las actividades de la vida diaria y estimulándola permanentemente y así evitar que inicie la etapa de dependencia.		X	
Promover el desarrollo de autonomía moral, respetando su religión y propiciando que tome sus propias decisiones de la vida diaria de manera directa o indirectamente.		X	
Determinar las necesidades de apoyo que requiere el AM para fomentar su mayor independencia y su autonomía.		X	
Brindar capacitación y entrenamiento a los profesionales y demás personal asistencial encargado de la atención de los AM, con el fin de poner en el centro de su atención a la persona, su dignidad, su autonomía y la garantía del ejercicio de sus derechos.		X	
Garantizar la confidencialidad del AM, dado que durante su atención se accedió a información de su vida, historia clínica, costumbres, sus prendas personales, sus enseres o acceder a su intimidad durante su atención en salud.		X	
Fortalecimiento del Centro Vida			
Fortalecer las actividades lúdicas que actualmente se desarrollan creando y mejorándolas acorde a los rangos de edad, al género, a las condiciones de funcionalidad y situación de discapacidad de los adultos mayores, para mejorar el bienestar emocional, físico, las relaciones interpersonales, el desarrollo personal y la autodeterminación.	X	X	X
Dar cumplimiento de la resolución 024 de 2017 del Ministerio de Salud referente a los centros vida en los componentes de: talento humano, modelo de atención centrado en la persona, infraestructura, dotación, gestión, valoración integral, plan personalizado de atención y calidad de vida.	X		
Formular el proyecto de modernización física, dotación y mobiliario del centro vida que ofrezca, comodidad, confort y mejore las condiciones locativas y el ambiente en donde desarrollan actividades los adultos mayores.		X	
Fortalecer el programa de capacitación en manualidades , creando y mejorando las diferentes actividades que se desarrollan actualmente por otras acordes con la edad del adulto mayor e incluyendo juegos para la memoria y aprender a leer o escribir.	X		
Crear e implementar el programa “Banco de lectura” que busca crear un banco o inventario de libros de lectura institucional para promoverla e incentivar ocupar el uso del tiempo libre, mejorar las habilidades y destrezas comunicativas y fomentar el aprendizaje en el adulto mayor. Así mismo, realizar convenios con la Biblioteca Departamental y otras instituciones públicas que tengan bibliotecas.		X	

Recomendación	cp	mp	lp
Diseñar e implementar el programa de “descubre talentos” para incentivar a quienes son cantantes, poetas, ebanistas, escultores, bailarines y pintores, entre otros, promoviendo las relaciones interpersonales, la integración, la inclusión social y el bienestar emocional. Este programa formaría parte de las actividades propias de la entidad como también para fortalecer los convenios con las facultades de comunicación social de las diferentes universidades.		X	
Diseñar e implementar el programa “Nuestros abuelos buscan su familia”, “Descubriendo el pasado con nuestros abuelos” , con el fin de promover vínculos familiares para que vengan a visitarlos al hospital.		X	
Crear e implementar el programa “educando a mi abuelo” , cuyo objetivo es brindar a la comunidad las herramientas necesarias para el cuidado de los adultos mayores en casa.		X	
Fortalecimiento del Programa de Inclusión Social			
Crear e implementar el programa de alfabetización incluyendo matemática básica , con el fin de mejorar la lecto-escritura, la realización de operaciones matemáticas básicas, contribuir a ocupar el tiempo de ocio, mejorar la comunicación, establecer nuevas relaciones sociales.		X	
Crear e implementar el programa intergeneracional , que permitirá establecer relaciones entre los jóvenes y adultos mayores, adquirir y mejorar habilidades y destrezas comunicativas, mejorar las relaciones interpersonales, realizar actividades diferentes a las que se realizan en la institución y promover en los jóvenes la importancia de los adultos mayores en la vida familiar.		X	
Crear e implementar el programa “cuidemos nuestro hogar” con el fin de mejorar el sentido de pertenencia por la institución, las relaciones interpersonales, ocupar el tiempo libre, diversas las actividades desarrolladas por la entidad, promover actividades en las cuales se ocupaba el adulto mayor antes de ingresar a la institución.	X		
Crear e implementar el programa “volviendo a mi profesión” cuyo objetivo es recuperar el “ser útil” de los adultos mayores, creando actividades en donde voluntariamente quieran participar para realizar las labores que desempeñaban antes de ingresar a la institución para mejorar su autoestima, relaciones interpersonales, bienestar emocional y su autodeterminación.	X		
Crear e implementar el programa “aprendamos brayle y lenguaje de señas” para mejorar la calidad de vida de las personas en situación de discapacidad visual y auditiva.	X		
Crear e implementar el programa de generación de ingresos para el adulto mayor. Promover la realización de productos en el centro día que desarrollen los adultos mayores y puedan ser vendidos a la comunidad o a las personas que llegan a la institución.	X		

cp: corto plazo. **mp:** mediano plazo. **lp:** largo plazo

Fuente: Investigador Principal

Anexo B. Normas de aplicación de la Escala FUMAT

Tomado de: Evaluación de la calidad de Vida personas mayores. La Escala FUMAT, Miguel A. Verdugo Alonso Laura e. Gómez Sánchez Benito Arias Martínez, 2009. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO)(32).

1. Requisitos del informador

La Escala FUMAT debe ser completada por un profesional que haya completado al menos tres años de estudios universitarios y que esté trabajando en el campo de los servicios sociales (un psicólogo, un trabajador social, un orientador, un gestor de casos, etc.), que esté familiarizado con el concepto de calidad de vida y pueda adoptar el rol de observador externo.

El informador además debe trabajar directamente con la persona cuya calidad de vida va a evaluar y debe conocerla al menos desde hace tres meses. Debe tener posibilidad de observar a la persona en distintos contextos y durante amplios períodos de tiempo (al menos varias horas en cada contexto), puesto que responde a preguntas de diversa índole sobre su vida. Es decir, conoce aspectos de la persona como, por ejemplo, cómo se desenvuelve en su trabajo, cómo se relaciona con otras personas o cómo se desenvuelve en su vida diaria.

Si el informador necesita solicitar información de otras personas, no debe hacerlo nunca al individuo sobre el cual está informando. Puede consultar a otros profesionales y en último caso, a familiares, padres o tutores. Es responsabilidad del informador contrastar e integrar la información recibida de los distintos informadores para llegar a la calificación final.

2. El rol del informador

El trabajo que lleva a cabo el informador en la aplicación de la Escala FUMAT es de vital importancia, puesto que de él depende la calidad de la información proporcionada. El informador debe adoptar el rol de observador externo para completar el cuestionario. Es en él en quien recae la responsabilidad, objetividad, veracidad y exactitud de los datos proporcionados, así como de sus implicaciones. La función principal es proporcionar información sobre la calidad de vida de la persona que evalúa, la cual debe radicar fundamentalmente en su habilidad para completar de forma precisa la información de calidad requerida.

De este modo, el informador es la persona fundamental en el proceso de la evaluación objetiva de la calidad de vida con la Escala FUMAT y debe realizar de forma responsable la evaluación, aportando sus conocimientos y experiencia acerca de la persona que evalúa. Su máxima responsabilidad es asegurar la objetividad. El informador debe evitar que influyan sus ideas y sentimientos en el proceso de evaluación. Para ello, debe ser imparcial, objetivo y preciso, garantizando que la información que proporciona esté libre de opiniones y prejuicios.

3. Aplicación de la escala FUMAT

La Escala FUMAT es aplicable a personas mayores (más de 50 años) y personas en situación de discapacidad (con una edad mínima de 18 años), que sean usuarias de servicios sociales. Se trata de un cuestionario auto administrado, en el que un informador responde a cuestiones observables de la calidad de vida del usuario. El tiempo de cumplimentación es aproximadamente de 10 minutos, pero el tiempo se incrementa si sumamos el tiempo de lectura de este manual en que se facilita al profesional toda la información necesaria para poder responder de forma autónoma. Cuando la tarea de complementar la escala exija más de 30 minutos, es probable que el informador

tenga un problema para asumir el papel de observador externo, para proporcionar información de modo objetivo o que no conozca suficientemente a la persona que está evaluando.

La calidad de vida es evaluada a través de 57 ítems distribuidos en ocho sub-escalas que se corresponden con las dimensiones del modelo de calidad de vida de Schallock y Verdugo (2002/2003): Bienestar emocional, Relaciones interpersonales, Bienestar material, Desarrollo personal, Bienestar físico, Autodeterminación, Inclusión social y Derechos. Todos los ítems están enunciados en tercera persona, con formato declarativo, y se responden utilizando una escala de frecuencia de cuatro opciones (*'nunca o casi nunca'*, *'a veces'*, *'frecuentemente'* y *'siempre o casi siempre'*). Si tiene dificultad para contestar alguno de los ítems con la escala de frecuencia, el informador puede responder pensando en una escala Likert de cuatro puntos (*'totalmente en desacuerdo'*, *'en desacuerdo'*, *'acuerdo'* y *'totalmente de acuerdo'*).

El informador debe completar todos los ítems. Puede que le resulte difícil contestar algunos ítems si la persona tiene un alto deterioro cognitivo o si piensa que no son aplicables a un individuo en concreto. Si esto ocurre, el informador debe tener siempre en cuenta que la información que se le requiere consiste en determinar si la persona lleva a cabo o no una determinada actividad, si tiene o no oportunidades para hacer una determinada actividad, o si tiene o no una capacidad concreta. El informador no debe tener en cuenta los motivos por los que la persona no realiza una determinada actividad. Si en el momento de la evaluación, la persona no realiza alguna de las actividades que se recogen en el cuestionario, debe contestar pensando en cómo haría dicha actividad si la persona que está siendo evaluada fuera a realizar la actividad en cuestión. En el caso de evaluar la calidad de vida de una persona con un grave deterioro cognitivo, el informador encuentra varios ítems que puede considerar no aplicables a la persona. El informador debe responder a todos los ítems, aunque lo haga siempre de forma negativa, o contestar de forma

positiva si la persona no lo hace por sí misma, pero cuenta con los apoyos necesarios para poder realizar la actividad en cuestión.

Una vez terminada la aplicación de la escala y comprobado que no se ha dejado ninguna cuestión en blanco, el informador debe puntuar e interpretar los resultados como se describe en el anexo D.

Anexo C. Normas de corrección e interpretación

Tomado de: Evaluación de la calidad de Vida personas mayores. La Escala FUMAT. Miguel A. Verdugo Alonso Laura e. Gómez Sánchez Benito Arias Martínez, 2009. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) (32).

Datos Demográficos

En la primera página del cuadernillo el informador debe indicar la fecha en la que se completa la escala. Además, es preciso recoger la información demográfica de la persona evaluada (nombre y apellidos, sexo, edad, dirección, número de teléfono y lengua hablada en casa) y del informador (nombre, puesto de trabajo, agencia o afiliación, dirección, correo electrónico y teléfono). En el caso de que el informador necesite consultar a otras personas para completar el cuestionario, también registra el nombre, relación que mantiene con la persona evaluada y lengua que normalmente utilizan todos ellos.

2. La Escala FUMAT

2.1. Puntuaciones Directas

Para obtener la puntuación directa total en cada dimensión se han de sumar las respuestas (1-2-3-4) de cada uno de los ítems que las componen, tal y como se muestra en la Figura 3

Tabla 27 Cálculo de la puntuación directa total de la dimensión Bienestar emocional

BIENESTAR EMOCIONAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente - mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
1	En general, se muestra satisfecho con su vida presente	4	3	2	1
2	Manifiesta sentirse inútil	1	2	3	4
3	Se muestra intranquilo o nervioso	1	2	3	4
4	Se muestra satisfecho consigo mismo	4	3	2	1
5	Tiene problemas de comportamiento	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe	4	3	2	1
7	Manifiesta sentirse triste o deprimido	1	2	3	4
8	Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL				21	

Siguiendo el ejemplo, como la puntuación directa de la dimensión Bienestar emocional es ‘21’, anotamos este valor en la casilla correspondiente (puntuaciones directas totales) del cuadro ‘Sección 1a. Escala de Calidad de Vida FUMAT’ del resumen de puntuaciones. Se procede de modo similar con el resto de las dimensiones hasta completar la primera columna de dicho cuadro (Figura 4).

Tabla 28 Anotación de las puntuaciones directas totales en el cuadro de resumen de puntuaciones

Sección 1a. Escala de Calidad de Vida Fumat			
1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones			
2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles			
3. Introducir el Índice de Calidad de Vida			
Dimensiones de calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar Emocional	21		
Relaciones Interpersonales	17		
Bienestar Material	26		
Desarrollo Personal	12		
Bienestar Físico	12		
Autodeterminación	8		
Inclusión Social	23		
Derechos	10		
Puntuación Estándar TOTAL (suma)			
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación estándar compuesta)			
Percentil del Índice de Calidad de Vida			

2.2. Puntuaciones Estándar y Percentiles de cada dimensión

En el anexo C se incluye la tabla de baremos, en ella se ha de localizar la puntuación estándar y el percentil correspondiente a la puntuación directa total de cada una de las dimensiones. Las puntuaciones estándar, como ya se ha señalado, establecen la posición relativa de una persona dentro de su muestra de tipificación, teniendo en cuenta que su media es 10 y su desviación típica es 3. Los percentiles, por su parte, indican el porcentaje de personas que tienen una puntuación superior o inferior. Una vez localizada en la tabla, la puntuación directa total, en la misma fila de la primera columna se encuentra la puntuación estándar normalizada y en la última columna el percentil correspondiente a esa puntuación directa. Es necesario anotar todos esos valores en las columnas correspondientes del cuadro ‘sección 1a. Escala de calidad de vida FUMAT (Figura 5)

tanto en el caso de las puntuaciones estándar como en el de los percentiles, las puntuaciones altas denotan una mayor calidad de vida.

Tabla 29 Cálculo de puntuaciones estándar y percentiles de la escala FUMAT

Sección 1a. Escala de Calidad de Vida Fumat			
1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones			
2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles			
3. Introducir el Índice de Calidad de Vida			
Dimensiones de calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar Emocional	21	9	37
Relaciones Interpersonales	17	9	37
Bienestar Material	26	10	50
Desarrollo Personal	12	7	16
Bienestar Físico	12	6	9
Autodeterminación	8	6	9
Inclusión Social	23	9	37
Derechos	10	8	25
Puntuación Estándar TOTAL (suma)			
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación estándar compuesta)			
Percentil del Índice de Calidad de Vida			

2.3. Índice de Calidad de Vida y Percentil del Índice de Calidad de Vida

El Índice de Calidad de Vida o puntuación estándar compuesta tiene una distribución con media de 100 y una desviación típica de 15, por lo que la mayoría de los evaluadores están familiarizados con ella y las puntuaciones que genera, y permite una interpretación muy intuitiva.

Para obtener el Índice de Calidad de Vida primero se han de sumar las puntuaciones estándar de las ocho dimensiones y anotar el resultado en la casilla ‘Puntuación Estándar TOTAL (suma)’ del cuadernillo de anotación (Figura 6). Este valor se convierte en el ‘Índice de Calidad de Vida’ (o puntuación estándar compuesta) mediante la tabla que se incluye en el anexo C. En dicha tabla se localiza la puntuación estándar total; en la misma fila, en las dos columnas de la derecha, se encuentra el Índice de Calidad de Vida y su percentil.

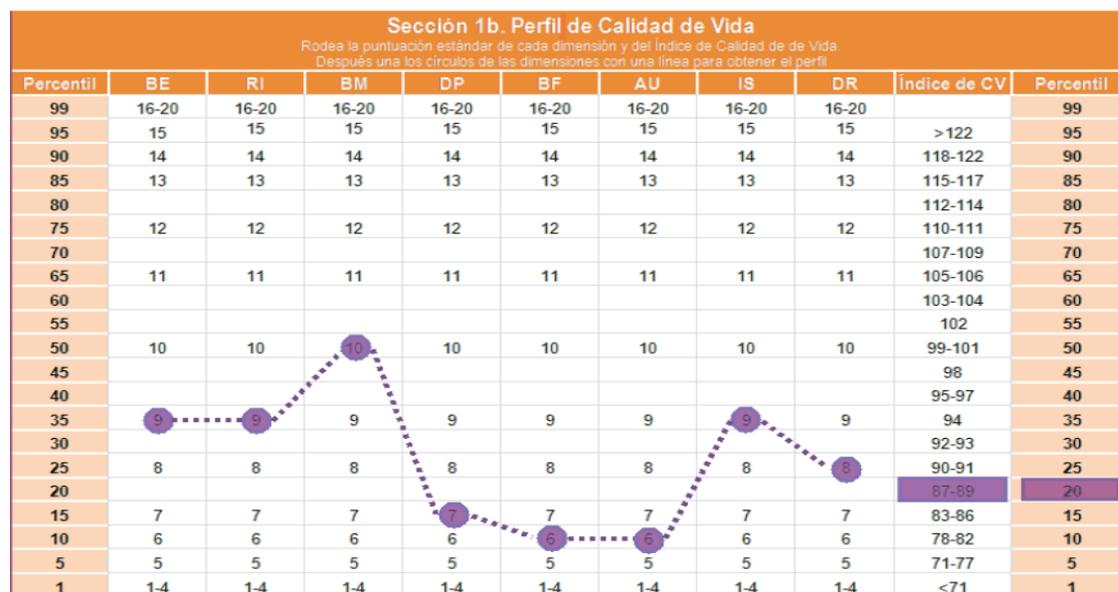
Tabla 30 Cálculo del Índice de Calidad de Vida de la Escala FUMAT

Sección 1a. Escala de Calidad de Vida Fumat			
1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones			
2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles			
3. Introducir el Índice de Calidad de Vida			
Dimensiones de calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar Emocional	21	9	37
Relaciones Interpersonales	17	9	37
Bienestar Material	26	10	50
Desarrollo Personal	12	7	16
Bienestar Físico	12	6	9
Autodeterminación	8	6	9
Inclusión Social	23	9	37
Derechos	10	8	25
Puntuación Estándar TOTAL (suma)		64	
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación estándar compuesta)		87	
Percentil del Índice de Calidad de Vida			20

2.4. Perfil de Calidad de Vida

El Perfil de Calidad de Vida que se encuentra en la última página del cuadernillo de anotación, proporciona una representación gráfica de las puntuaciones estándar obtenidas por el individuo en las dimensiones de calidad de vida, con su correspondiente percentil (Figura 7). Además, representa el Índice de Calidad de Vida, también con su correspondiente percentil. Para obtener el Perfil de Calidad de vida, debe rodear la puntuación estándar obtenida en cada dimensión de calidad de vida y unir las mediante una línea. A través de este perfil el evaluador pudo obtener una representación visual inmediata de las dimensiones de calidad de vida, discriminando de un modo sencillo cuáles son las áreas en las que el individuo obtiene una puntuación más baja y podrían ser, por tanto, objeto de planes de apoyo para la mejora de su calidad de vida. del mismo modo, discriminó fácilmente las dimensiones de calidad de vida en las que la persona ha obtenido mejores puntuaciones.

Gráfico 21 Perfil de Calidad de Vida de la Escala GENCAT



Se debe tener en cuenta que la evaluación de calidad de vida puede variar no sólo en cuanto a las puntuaciones obtenidas en las distintas dimensiones, sino también a lo largo del tiempo y en función de distintos acontecimientos vitales que pueden acontecer en la vida de una persona. Es por ello recomendable evaluar periódicamente a cada persona con el objetivo de obtener información actualizada sobre su calidad de vida, especialmente si se lleva a cabo algún plan de intervención con el objetivo de mejorar alguna de las dimensiones. Si el plan de apoyo llevado a cabo para mejorar una determinada dimensión es eficaz, la persona obtiene una puntuación más alta en dicha dimensión. Si por el contrario, la puntuación permanece o disminuye, se hace recomendable revisar el plan de apoyo.

Anexo D. Escala FUMAT

Tomado de: Evaluación de la calidad de Vida personas mayores. La Escala FUMAT. Miguel A. Verdugo Alonso, Laura E. Gómez Sánchez, Benito Arias Martínez, 2009. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO)(32).

Tabla 31 Escala FUMAT

Fecha de Aplicación			
Fecha de Nacimiento			
Edad Cronológica			
Número de Identificación			
Nombre			
Apellidos			
Género	() Varón	() Mujer	
Dirección			
Nombre de la persona que completa el cuestionario			
Puesto de trabajo			
Agencia / Afiliación			
Dirección			
Correo Electrónico:	Teléfono:		
Nombre de otros informantes	Relación con la persona	Idioma	

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco.

BIENESTAR EMOCIONAL		Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
1	En general, se muestra satisfecho con su vida presente	4	3	2	1
2	Manifiesta sentirse inútil	1	2	3	4
3	Se muestra intranquilo o nervioso	1	2	3	4
4	Se muestra satisfecho consigo mismo	4	3	2	1
5	Tiene problemas de comportamiento	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe	4	3	2	1
7	Manifiesta sentirse triste o deprimido	1	2	3	4
8	Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL					

RELACIONES INTERPERSONALES		Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas	4	3	2	1
10	Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude	4	3	2	1
11	Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
12	Carece de familiares cercanos	1	2	3	4
13	Valora negativamente sus relaciones de amistad	1	2	3	4
14	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL					

BIENESTAR MATERIAL		Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
15	El lugar donde vive es confortable	4	3	2	1
16	Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual)	1	2	3	4
17	Se queja de su salario (o pensión)	1	2	3	4
18	El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
19	El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas	1	2	3	4
20	Dispone de las cosas materiales que necesita	4	3	2	1
21	El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL					

BIENESTAR MATERIAL		Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
22	Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódico, etc.)	4	3	2	1
23	Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean	1	2	3	4
24	Tiene dificultades para expresar información	1	2	3	4
25	En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan	4	3	2	1
26	Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumar, restar, etc.)	1	2	3	4
27	Tiene dificultades para comprender la información que recibe	1	2	3	4
28	Es responsable de la toma de su medicación	4	3	2	1
29	Muestra escasa flexibilidad mental	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL					

BIENESTAR FISICO		Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
30	Tiene problemas de movilidad	1	2	3	4
31	Tiene problemas de continencia	1	2	3	4
32	Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal	1	2	3	4
33	Su estado de salud le permite salir a la calle	4	3	2	1
34	Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, etc.)	1	2	3	4
35	Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL					

AUTODETERMINACION		Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
36	Hace planes sobre su futuro	4	3	2	1
37	Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc.)	1	2	3	4
38	Otras personas organizan su vida	1	2	3	4
39	Elige cómo pasar su tiempo libre	4	3	2	1
40	Ha elegido el lugar donde vive actualmente	4	3	2	1
41	Su familia respeta sus decisiones	4	3	2	1
42	Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas	4	3	2	1
43	Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL					

INCLUSION SOCIAL		Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
44	Participa en diversas actividades de ocio que le interesan	4	3	2	1
45	Está excluido en su comunidad	1	2	3	4
46	En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita	1	2	3	4
47	Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita	4	3	2	1
48	Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude	1	2	3	4
49	Está integrado con los compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
50	Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude	4	3	2	1
51	Su red de apoyos no satisface sus necesidades	1	2	3	4
52	Tiene dificultades para participar en su comunidad	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL					

DERECHOS		Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
53	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos	4	3	2	1
54	Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	4	3	2	1
55	Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados	1	2	3	4
56	Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal	4	3	2	1
57	Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL					

PUNTUACIONES DIRECTAS

Puntuación Estándar	Bienestar Emocional	Relaciones Interpersonales	Bienestar Material	Desarrollo Personal	Bienestar Físico	Autodeterminación	Inclusión Social	Derechos	Percentil
	BF	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DE	
20									> 99
19									> 99
18									> 99
17									99
16									98
15				32		31-32	36		95
14	32			30-31	24	29-30	34-35	20	91
13	30-31	23-24		27-29	22-23	26-28	31-33	18-19	84
12	27-29	21-22	28	25-26	21	23-25	29-30	17	75
11	25-26	20	27	22-24	19-20	21-22	26-28	15-16	63
10	23-24	18-19	25-26	20-21	18	18-20	24-25	13-14	50
9	21-22	16-17	24	17-19	16-17	16-17	22-23	12	37
8	19-20	14-15	23	15-16	15	13-15	19-21	10a11	25
7	16-18	13	22	12a14	13-14	10a12	17-18	9	16
6	14-15	11a12	21	10a11	12	8a9	14-16	7a8	9
5	12a13	9a10	20	8a9	10a11		13	6	5
4	10a11	8	18-19		9		9a12	5	2
3	8a9	6a7	17		6a8				1
2			16						< 1
1			7a15						< 1

TABLA PARA OBTENER EL INDICE DE CALIDAD DE VIDA Y EL PERCENTIL DEL INDICE DE CALIDAD DE VIDA

Suma de las Puntuaciones Estándar (PE)	Índice Calidad de Vida (ICV)	Percentil	Suma de las Puntuaciones Estándar (PE)	Índice Calidad de Vida (ICV)	Percentil	Suma de las Puntuaciones Estándar (PE)	Índice Calidad de Vida (ICV)	Percentil
109	123	94	83	102	56	57	82	11
108	122	93	82	102	54	56	81	10
107	122	92	81	101	52	55	80	9
106	121	92	80	100	50	54	79	8
105	120	91	79	99	48	53	78	8
104	119	90	78	98	46	52	78	7
103	118	89	77	98	44	51	77	6
102	118	88	76	97	42	50	76	6
101	117	87	75	96	40	49	75	5
100	116	86	74	95	37	48	74	4
99	115	84	73	94	35	47	74	4
98	114	83	72	94	34	46	73	4
97	114	82	71	93	32	45	72	3
96	113	80	70	92	30	44	71	3
95	112	79	69	91	28	43	71	2
94	111	77	68	90	26	42	70	2
93	110	76	67	90	24	41	69	2
92	110	74	66	89	23	40	68	2
91	109	72	65	88	21	39	67	1
90	108	70	64	87	20	38	67	1
89	107	68	63	86	18	37	66	1
88	106	66	62	86	17	36	65	1
87	106	65	61	85	16	35	64	1
86	105	63	60	84	14	34	63	1
85	104	60	59	83	13	33	63	1
84	103	58	58	82	12	32	62	1

Anexo F. Consentimiento Informado



ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

INTRODUCCIÓN

Apreciado Residente

La Universidad del Valle a través de la aspirante a grado en la Maestría de Administración en Salud **NESTOR BARÓN CARRILLO** y con el aval del Comité de Ética Humana de la Facultad de Salud de la misma Universidad, está desarrollando una investigación denominada: **"EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN UN HOSPITAL GERIÁTRICO EN LA CIUDAD DE SANTIAGO DE CALI, DURANTE EL AÑO 2017"**.

Para esta investigación se calculó una población de 150 adultos mayores y usted hace parte de ésta, su participación será de carácter voluntario y consiste en el diligenciamiento de una encuesta con un tiempo máximo de duración de veinte minutos, tiempo en el cual usted estará acompañado del investigador principal y un informador cuya finalidad es resolver todas sus dudas e inquietudes.

En este estudio no se registra el nombre ni datos del residente, si desea ampliar información en los espacios dispuestos para ello podrá hacerlo, en cualquier momento podrá decidir no entregar la encuesta, la cual no tendrá efecto académico ni de ninguna otra índole. A cada participante se le entregará copia del consentimiento informado una vez sea firmado.

Después de haber recibido la información clara y precisa abajo escrita, autorizo al personal profesional de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle y al Hospital Geriátrico y Anciano San Miguel E.S.E. para realizar la encuesta que permita medir la Calidad de Vida del Adulto Mayor residentes en la institución. Así mismo, autorizo para utilizar la información recolectada en el proyecto, en estudios de investigación similares futuros, previa aprobación del Comité de Ética de la Universidad del Valle.

Soy conocedor que no recibiré ningún tipo de compensación, ni incurriré en ningún gasto. Además, se me garantiza el derecho a conocer la información nueva que se obtuviera de la investigación y a retirar voluntariamente, si lo quisiese, de la muestra de la investigación.

Beneficios:

- Permitirá al Hospital establecer planes de mejoramiento de la infraestructura física, dotación, necesidades de personal y fortalecer la oferta de servicios institucional.
- Esta investigación no tendrá costo ni bonificación alguna para las personas participantes.
- El Hospital y las personas participantes tendrán acceso a los resultados del estudio.

Riesgos:

- Investigación con riesgo mínimo

☎ +57 303 448 6

Carrera 70 No. 3A - 34 Cali - Colombia

PBX +57 (2) 339 0821

ancianosisanmiguel@gmail.com - www.ancianosisanmiguel.com

Vigilado "superintendencia nacional de salud"



Derechos

- El estudio mantendrá su identidad personal en el anonimato.
- Usted puede decidir no participar y no habrá ningún tipo de penalidad.
- Conocer los resultados del estudio.
- Usted puede comunicarse con el Comité de Ética Humana de la Universidad del Valle al teléfono: (572) 5185677.

Habiendo recibido la información relacionada en este documento y no teniendo dudas de esto, declaro que acepto participar voluntariamente en la presente investigación bajo los términos descritos aquí.

E.S.E. HOSPITAL GERIÁTRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL

Carrera 70 No 2ª-04 Barrio Caldas, Santiago de Cali

Teléfono Fijo: (2) 3390821. Número de Celular: 316-828788 de Cali

Investigador Principal: Néstor Barón Carrillo

Código: 1203960

Número de Celular: 313-7820708

Correo Electrónico: nestorbaca@gmail.com

Director de Investigación: Luis Fernando Rendón Campo

Universidad: Valle. - Escuela de Salud Pública

Número de Celular: 317 371 15 67

Correo Electrónico: lrendon@hotmail.com

Participante:

Nombres y apellidos:		
Documento de Identidad:		Expedida en:
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa):		Lugar de Nacimiento:
Tipo de residente	Subsidiado:	Particular:
Firma del Participante		
Lugar en que se diligencia la encuesta		Fecha:

Acudiente:

Nombres y apellidos:		
Documento de Identidad:		Expedida en:
Firma del Acudiente		

Testigo: Observé el proceso de consentimiento. El acudiente o responsable del Adulto Mayor leyó este formato (o le ha sido leído), tuvo oportunidad de hacer preguntas, estuvo conforme con las respuestas y firmó (o colocó su huella dactilar) para autorizar la realización de la encuesta.

Testigo 1	Testigo 2
Nombre:	Nombre:
Cédula:	Cédula:
Firma:	Firma:

☎ 886-303-448-8

Carrera 70 No. 2A - 04 Cali - Colombia

PBX +57 (2) 339 0821

ancianato.sanmiguel@gmail.com - www.ancianato.sanmiguel.com

Vigilado "supervisión de la nacional de salud"

**Anexo G. Carta de Aprobación por el Comité de Posgrado de la Escuela de Salud Pública,
Facultad de Salud, Universidad del Valle**

Facultad de Salud
Escuela de Salud Pública



Santiago de Cali, 04 de julio de 2017

Señores
COMITÉ INSTITUCIONAL DE REVISION DE ETICA HUMANA
Atn.: Doctora María Florencia Velasco
Facultad de Salud
Universidad del Valle
Cali

Cordial Saludo,

El Comité de posgrado de la Escuela de Salud Pública, informa que avala metodológicamente el proyecto de investigación "Evaluación de la calidad de vida del adulto mayor, residente en un hospital geriátrico en el municipio de Santiago de Cali durante el año 2017", que será realizado por el estudiante Néstor Barón Carrillo con código 201203960 de la Maestría de Administración en Salud y con asignación como Director al Dr. Luis Fernando Rendón.

Agradezco su valiosa colaboración.

Atentamente,

Fernando Arteaga Suárez
Dirección de posgrados en Salud Pública
Escuela de Salud Pública



**ESCUELA DE
SALUD PÚBLICA**

Anexo H. Carta de Aprobación por el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana, Facultad de Salud, Universidad del Valle

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana
Facultad de Salud



ACTA DE APROBACIÓN N° 016 - 017

Proyecto: **"EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR RESIDENTE EN UN HOSPITAL GERIÁTRICO, EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI DURANTE EL AÑO 2017"**

Sometido por: **LUIS FERNANDO RENDÓN / NÉSTOR BARÓN CARRILLO**

Código Interno: **169 - 017** Fecha en que fue sometido: **25** **09** **2017**

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2002; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto:

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Resumen del proyecto | <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo de investigación |
| <input checked="" type="checkbox"/> Formato de consentimiento informado | <input checked="" type="checkbox"/> Instrumento de recolección de datos |
| <input type="checkbox"/> Folleto del investigador (si aplica) | <input checked="" type="checkbox"/> Cartas de las instituciones participantes |
| <input type="checkbox"/> Resultados de evaluación por otros comités (si aplica) | |

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité:

3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente Clasificación de Riesgo:

SIN RIESGO RIESGO MÍNIMO RIESGO MAYOR DEL MÍNIMO

4. Que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.

5. La forma de obtener el consentimiento informado de los participantes en el estudio es adecuada.

6. Este proyecto será revisado nuevamente en la próxima reunión plenaria del Comité, sin embargo, el Comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del Comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.

7. Informará inmediatamente a las directivas institucionales:

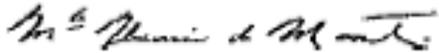
- Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
- Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.

8. Informará inmediatamente a las directivas institucionales toda información que reciba acerca de:

- Lesiones a sujetos humanos.



- Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que no haya sido revisado y aprobado por el Comité.
9. El presente proyecto ha sido aprobado por un periodo de 1 año a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.
10. El investigador principal deberá informar al Comité:
- a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
 - c. Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente (Anexo 1).
 - d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - e. cualquier decisión tomada por otros comités de ética.
 - f. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
 - g. El investigador principal deberá presentar un informe al final del año de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

Firma: 
 Nombre: MARIA FLORENCIA VELASCO DE MARTINEZ
 Capacidad representativa: PRESIDENTA
 Fecha: 17 10 2017
 Telefono: 5185677

CERTIFICACIÓN DE LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

Por medio de la presente, certifico que la Facultad de Salud de la Universidad del Valle aprueba el proyecto arriba mencionado y respeta los principios, políticas y procedimientos de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la reglamentación vigente en investigación de la Universidad del Valle.

Firma: 
 Nombre: ADALBERTO SÁNCHEZ G.
 Capacidad representativa: VICEDECANO DE LA FACULTAD DE SALUD
 Fecha: 17 10 2017
 Telefono: 5185680

Anexo I. Frases de Experiencia de Vida, dadas por los Adultos Mayores

Durante el desarrollo de la investigación algunos adultos mayores solicitaron un espacio para hablar de la vida, de sus vivencias, sus creencias, dar consejos y brindar algunas de sus experiencias para el aprendizaje de las futuras generaciones. Estas que se resumen en las siguientes frases que se registraron por parte del investigador principal:

1. “Si piensas que la aventura es peligrosa...prueba la rutina...es mortal” **Jorge Escobar**, Sala de Pensionados, 74 años.
2. “No perder la humildad, ni el deseo de servir”. “No pierdas la humildad ni el deseo de servir”, “Valora a las personas en las buenas y en las malas”, “El amigo que nunca falla, es Dios Todopoderoso”. **Bernardo Antonio Saldarriaga Salazar**, Sala de Pensionados, 76 años.
3. El bien no hace ruido y el ruido no hace bien” **Rosa Elena Botero de Serna**, Sala de Pensionados, 74 años.
4. “Amar a Dios sobre todas las cosas”, **Gilberto Serna Naranjo**, Sala de Pensionados, 77 años.
5. “La vida hay que saberla llevar. No pienso en que estoy inválido”. “El futuro no existe. El futuro lo hace el hombre siempre y cuando se porte bien hoy”. “La vida es bonita, misteriosa y muy valiosa”. “El que va a conseguir plata, la consigue sin matarse mucho la vida”. “La vida viaja, nunca se detiene en la aguja de un reloj...y los años van llegando con cada amanecer”. **Amancio Amos Trujillo Valencia**, Sala de Pensionados, 87 años.
6. “Con los años hay que aprender a manejar la soledad” **Pablo Hernando Sarria Pizarro**, Sala de Pensionados, 75 años.
7. “A los adolescentes, que sean siempre juiciosos y a sus padres, que sean amigos de sus hijos”. **Limbania Montalvo de Caicedo**, Sala de Pensionados, 92 años.

8. “El futuro viene hacia uno y hay que estar bien y tener buena salud”. **Gustavo Londoño Jaramillo**, Sala de Pensionados, 81 años.
9. “A los jóvenes, que sean buenos hijos, que sean obedientes y se porten bien con todas las personas. Que den cuando tengan hambre, así no tengan nada”. **Belarmina Hurtado**, Sala de Pensionados, 105 años.
10. “Demos ejemplo a los jóvenes, ellos son el futuro de Colombia”. “Que se prenda mucho de la mano de Dios, él todo lo sabe y todo lo puede”, **Rosa Eliza Renjifo**, Sala de Pensionados, 90 años.
11. “Apoyen a sus familiares, para que visiten sus abuelos...se siente infinita tristeza porque nos dejaron solos y no nos volvieron a visitar...pero siempre estamos de la mano de la Divina Providencia”. **Diamantina Zambrano**, Sala Santa Luisa, 84 años.
12. “Necesitamos un país con paz y tranquilidad, donde no haya matanza”. **Ana Felisa Uribe Pulgarín**, sala Santa Luisa, 90 años.
13. “Estamos en un lugar en donde todas las mentes no funcionan bien pero debemos convivir. Todo lo puedo en Cristo que me fortalece”. **Gilberto Bedoya Molina**, Sala San José, 88 años.
14. “Leer me ayuda a olvidar el lugar en el que estoy” **José Ignacio Rodríguez**, Sala San José, 79 años.
15. “Mis familiares están en la quinta porra. Y en dónde es la quinta porra?. Allá lejísimo, en donde se dió el último brinco”. **Efraín Chacón**, Sala San José, 103 años.
16. “El juego es una forma de calmar mi depresión”. **Eliseo Montoya**, Sala San José, 75 años.
17. “Hablar lo que es para encontrar la paz...con nuestro Rey de Reyes, Señor de Señores...nuestro Dios”. **Santos Porfirio Orozco**, Sala San José, 81 años.

18. “Se siente un vacío muy grande por falta de quien me visite y mucho más por falta de mi familia”. **Guillermo Hurtado Naranjo**, Sala San José, 84 años.
19. “Mi futuro es mi Salud”, **Nelly Sepúlveda Castro**, Villa de la Sabiduría, 76 años.
20. “Lo que los padres hacemos, los hijos lo disfrutan”. **Ana teresa Ortiz Suárez**, Centro Día, 86 años.
21. “Tengo una familia bien levantada. Lo que son me lo deben a mí. Me siento orgullosa de haber sacado a mis hijos y nietos adelante”. **María Inés Hurtado**, Centro Día, 89 años.
22. “El Ancianato es para mí una bendición, aquí todos parecemos familiares”. **Elcira Muñoz**, Centro Día, 84 años.
23. “La vejez, no se le rebaja a nadie”. **Alba Fanny Medina**, Centro Día, 85 años.
24. “A los jóvenes, que estudien antes de embarcarse”. **María de los Angeles Moreno**, Centro Día, 82 años.
25. “Nosotros los mayores tenemos que decirles a los jóvenes: No se dejen convencer de la droga, ahí terminan su vida”. **Olga Paulina Pardo Hurtado**, Centro Día, 83 años.