

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES
U.D.C.A.
PROGRAMA DE MEDICINA HUMANA



EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN
ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS APLICANDO LAS VIÑETAS
COOP-WONCA EN HOGARES GERIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ
D.C AÑO 2017

JAIME ANDRÉS JURADO ACERO COD. 1018468687
LAURA SOFÍA PARRA ROJAS COD. 1018488034
ESTEPHANY ROA LEPELEY COD. 1032468372
JESSICA SANDRID SEPÚLVEDA FERNÁNDEZ COD. 1033791406

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES - UDCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA HUMANA
BOGOTÁ D.C - 2017-II



**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN
ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS APLICANDO LAS VIÑETAS
COOP/WONCA EN HOGARES GERIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ
D.C AÑO 2017**

**JAIME ANDRÉS JURADO ACERO COD. 1018468687
LAURA SOFÍA PARRA ROJAS COD. 1018488034
ESTEPHANY ROA LEPELEY COD. 1032468372
JESSICA SANDRID SEPÚLVEDA FERNÁNDEZ COD. 1033791406**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN FORMATIVA

**Esp. SILVIA JULIANA MARADEI
MÉDICO GENETISTA DOCENTE DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN IV
Mg. LUZ DARY MEJIA
ENFERMERA DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES - UDCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA HUMANA
BOGOTÁ D.C - 2017-II**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALE:
U.D.C.A.
PROGRAMA DE MEDICINA HUMANA**



Nota De Aceptación.

Mg. LUZ DARY MEJIA
Asesor Científico

Firma del presidente del jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

FECHA



DEDICATORIA

“Atrévete a soñar la vida que has soñado para ti mismo. Ve hacia adelante y haz que tus sueños se hagan realidad”

Ralph Waldo Emerson

Dedicado a mis cuatro mujeres; madre, abuela, hermana y sobrina que desde un principio me brindaron su apoyo incondicional en esta etapa de mi vida.

Jaime Andrés J.

A mi familia por apoyarme en cada momento, en especial a mis padres y abuelitas. A mis amigas por darme ánimo en este proceso y cada una de las personas que permitieron realizar este proyecto

Laura Sofia P.

A mis padres por ser mi motor y mi apoyo incondicional a lo largo de mi vida; a mi abuela materna ya que gracias a ella comenzó la motivación por este sueño y a cada una de las personas que ha estado a lo largo de este camino

Estephany R.

A mis padres y mis hermanos, por su colaboración y apoyo durante este proceso y mis compañeros y todas las personas que hicieron posible la realización de este proyecto de investigación.

Jessica Sandrid S.



AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. por brindarnos el apoyo, y aportar a nuestra formación profesional y personal, frutos de este proyecto investigativo.

Gracias a la Profesora Luz Dary Mejía, por brindarnos su tiempo, paciencia, asesoría, consejos y conocimiento en la elaboración de este proyecto.

Gracias al Doctor Fernando Quintero por brindarnos su apoyo, acompañamiento, experiencia, desde el inicio de nuestra formación académica.

Gracias a la profesora Marly Rojas y Silvia Maradei por sus conocimientos y aportes a nivel metodológico.

Gracias a los Hogares geriátricos por permitirnos realizar este proyecto y por brindarnos una calurosa bienvenida a su institución.



TABLA DE CONTENIDO

Contenido

RESUMEN	12
ABSTRACT	13
1. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	14
2. JUSTIFICACIÓN	16
3. OBJETIVOS	19
4. MARCO TEÓRICO	20
4.1 Calidad de vida	20
4.2 Calidad de vida relacionada con la salud	22
4.3 Familia	22
4.4 Adulto Mayor Institucionalizado.....	23
4.5 Normativa en Colombia que reglamenta las instituciones dedicadas al cuidado del adulto mayor.....	24
4.6 Las viñetas COOP/WONCA como instrumento y los estudios realizados ..	24
5. METODOLOGÍA	29
5.1 TIPO DE ESTUDIO	29
5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	29
5.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	29
En los tres geriátricos se encontró que 38 de 77 adultos mayores institucionalizados cumplían con los tres criterios de inclusión del estudio a los cuales se les aplicó las viñetas COOP/WONCA (ver tabla 3).	30
5.4 RECOLECCIÓN DE DATOS E INTERPREACIÓN DE LAS VIÑETAS COOP/WONCA POR MEDIO DE CUARTILES	32
5.4.1 INSTRUMENTO	32
5.5 VARIABLES	33
5.6 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE INFORMACIÓN	36
6. RESULTADOS, ANALISIS E INTERPRETACIÓN	37
6.1 ASPECTOS SOCIOAMBIENTALES DE LOS HOGARES GERIÁTRICOS	37
6.2 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS HOGARES GERIÁTRICOS ...	38
6.2 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS HOGARES GERIÁTRICOS.....	39
6.3. RESULTADOS POR GERIATRICO	42
6.3.1. HOGAR SAN FRANCISCO	42
6.3.2. HOGAR CASA CLUB PONTEVEDRA	48

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES
U.D.C.A.
PROGRAMA DE MEDICINA HUMANA



6.3.3 HOGAR GERIÁTRICO DULCE ATARDECER	53
6.4 RESULTADOS VIÑETAS COOP-WONCA DE LOS HOGARES GERIÁTRICOS GENERALES.....	58
6.5 COMPARACIÓN DE LOS HOGARES GERIÁTRICOS	59
7. DISCUSIÓN.....	61
8. CONCLUSIONES.....	64
9. RECOMENDACIONES A LOS HOGARES GERIÁTRICOS	65
9.1 RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO	67
10. CONSIDERACIONES ÉTICAS	68
CRONOGRAMA	69
PRESUPUESTO	70
BIBLIOGRAFIA.....	71
ANEXOS.....	76



LISTA DE GRAFICAS

<u>Gráfica 1:Distribución de la población total según sexo</u>	39
<u>Gráfica 2:Estado civil del Adulto Mayor institucionalizado a estudio Bogotá 2017</u>	40
<u>Gráfica 3:Distribución por edades Hogar San Francisco Bogotá 2017</u>	43
<u>Gráfica 4:: Distribución según estado civil de los adultos mayores institucionalizados Hogar San Francisco Ciudad Bogotá D.C Año 2017</u>	44
<u>Gráfica 5:Promedios de Puntuaciones de las dimensiones de las Viñetas COOP/WONCA Hogar San Francisco Ciudad Bogotá D.C Año 2017</u>	47
<u>Gráfica 6: Distribución por Edades Casa Club Pontevedra Ciudad Bogotá D.C Año 2017</u>	48
<u>Gráfica 7: Distribución según Estado Civil de Adultos Mayores Institucionalizados Casa Club Pontevedra Ciudad Bogotá D.C Año 2017</u>	49
<u>Gráfica 8:Promedio de Puntuaciones las Dimisiones de las COOP/WONCA Casa Club Pontevedra Ciudad Bogotá D.C Año 2017</u>	52
<u>Gráfica 9:Distribución por edades Hogar Dulce Atardecer Ciudad Bogotá 2017</u>	53
<u>Gráfica 10:Distribución según estado civil de adultos mayores en el Dulce Atardecer Ciudad de Bogotá 2017</u>	54
<u>Gráfica 11:Promedios de Puntuaciones de las dimensiones de las Viñetas Coop Wonca Hogar Dulce Atardecer 2017</u>	57
<u>Gráfica 12:Comparación Dimensiones Viñetas Coop-Wonca entre hogares geriátricos estudiados Bogotá 2017</u>	60



LISTADO DE TABLAS

<i>Tabla 1: Diversas definiciones para el concepto de calidad de vida. Transcrita the Quality of life: A theoretical review (38).</i>	21
<i>Tabla 2: Criterios de Inclusión y Exclusión</i>	30
<i>Tabla 3: Causas de Inclusión en los hogares geriátricos</i>	31
<i>Tabla 4: Causas de exclusión en los hogares geriátricos</i>	31
<i>Tabla 5: Interpretación de los resultados de las viñetas COOP/WONCA por medio de cuartiles</i>	32
<i>Tabla 6: Dimensiones tipo Likert de las viñetas Coop-Wonca</i>	33
<i>Tabla 7: Matriz de Variables</i>	33
<i>Tabla 8: Comorbilidades generales de los adultos Institucionalizados</i>	40
<i>Tabla 9: Presencia o no de analgesia en Adultos mayores institucionalizados</i>	42
<i>Tabla 10: Distribución por sexo en Hogar San Francisco Ciudad de Bogotá 2017</i>	43
<i>Tabla 11: Resultados Globales Viñetas Coop Wonca Hogar San Francisco 2017</i>	45
<i>Tabla 12: Distribución por variables de las viñetas COOP/WONCA en el Hogar San Francisco de la ciudad de Bogotá 2017</i>	46
<i>Tabla 13: Distribución por sexo en Hogar Casa Club Pontevedra Ciudad de Bogotá 2017</i>	49
<i>Tabla 14: Resultados Globales Viñetas Coop Wonca Hogar San Francisco 2017</i>	50
<i>Tabla 15: Distribución por variables de las viñetas COOP/WONCA en el Hogar Casa Club Pontevedra de la ciudad de Bogotá 2017</i>	51
<i>Tabla 16: Distribución por sexo en Hogar Dulce Atardecer Ciudad de Bogotá 2017</i>	54
<i>Tabla 17: Resultados Globales viñetas Coop Wonca Hogar Dulce Atardecer 2017</i>	55
<i>Tabla 18: Distribución por variables de las viñetas COOP/WONCA en el Hogar Dulce Atardecer de la ciudad de Bogotá 2017</i>	56
<i>Tabla 19: Tabla de Frecuencia Global Resultados Viñetas COOP/WONCA</i>	58
<i>Tabla 20: Recomendaciones de actividad física</i>	65
<i>Tabla 21: Recomendaciones manejo del dolor para adulto mayor</i>	66



INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. RESOLUCION 110 1995 _____	76
ANEXO 2 ACUERDO 314 DE 2008 _____	80
ANEXO 3. FORMATO VIÑETAS COOP/WONCA DE 7 DIMENSIONES _____	81
ANEXO 4 CONSENTIMIENTO INFORMADO _____	82



ABREVIATURAS

CV	Calidad de Vida
CVRS	Calidad de Vida Relacionada Con La Salud
OMS	Organización Mundial De La Salud
UDCA	Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales
MLWHF	Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire
WONCA	Organización Mundial de Médicos de Familia
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LEAS	Lugares Especiales de Alojamiento-Centros Geriátricos



EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN
ADULTOS MAYORES APLICANDO LAS VIÑETAS COOP/WONCA EN
HOGARES GERIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C AÑO 2017¹

Jaime A. Jurado²

Laura S. Parra²

Estephany Roa²

Jessica S. Sepulveda²

Silvia J. Maradei³

Luz D. Mejia⁴

2017

RESUMEN

Se hizo la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud de adultos mayores institucionalizados en 3 Hogares geriátricos de la ciudad de Bogotá en el año 2017, con un tamaño de muestra de 77 pacientes calculada, de los cuales 38 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión. Se utilizó como herramienta de evaluación las viñetas COOP/WONCA, en su formato de 7 dimensiones; la cual consta de variables como: “Forma Física, Sentimientos, Actividades Sociales, Actividades Cotidianas, Cambios en el estado de salud, Estado de Salud, Dolor”. Dando como resultado general una calidad de vida relacionada con la salud es Regular en la población encuestada.

Palabras Clave: Adulto Mayor, Institucionalizado, Calidad de vida relacionada con la salud, Viñetas COOP-WONCA.

¹Trabajo de grado en modalidad investigación.

² Estudiante de décimo semestre del programa de Medicina Humana de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A.

³Medico Genetista, Docente de trabajo de investigación IV, Asesora Metodológica.

⁴Enfermera, Magíster en Enfermería con énfasis en Salud Familiar, Docente de medicina familiar y comunitaria. Asesora Científica.



ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE RELATED TO HEALTH IN OLDER
ADULTS APPLYING THE COOP / WONCA VINEYARDS IN GERIATRIC
HOMES OF THE CITY OF BOGOTA D.C YEAR 2017

Jaime A. Jurado²

Estephany Roa²

Silvia J. Maradei³

2017

Laura S. Parra²

Jessica S. Sepulveda²

Luz D. Mejia⁴

ABSTRACT

The health-related quality of life evaluation of institutionalized older adults was carried out in 3 Geriatric Homes of the city of Bogota in 2017, with a calculated sample of 77 patients calculated, of which 38 patients met the criteria of inclusion. The COOP-WONCA vignettes, in their 7-dimensional format, was used as an evaluation tool, which includes variables of: "Physical Form, Feelings, Social Activities, Daily Activities, Changes in Health Status, Health Status, Pain". Resulting in a quality of life related to health is Regular in the population surveyed

Keywords: Adult, Institutionalized, Health-Related Quality Life, COOP-WONCA vignettes.

¹. Work Degree in research modality.

². 10th-semester students of the Human Medicine program at the Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A.

³. Doctor Geneticist, Research Work IV professor, Methodist Advisor.

⁴. Nurse, Master in Nursing with an emphasis in Family Health, Family and Community Medicine Professor. Scientific Advisor.



1. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

La Calidad de Vida (CV) es un concepto amplio según la OMS (Organización Mundial de la Salud) incluye la salud física de la persona, al igual que el estado psicológico, nivel de independencia y las relaciones sociales que este posee, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (1). Mientras que la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) hace referencia a las diferentes dimensiones que influyen en los estados de salud del individuo y a las consecuencias que se obtienen al realizar intervenciones sobre factores de riesgos y enfermedades (2). En el adulto mayor institucionalizado trascienden diversos aspectos individuales, sociales, culturales, y ambientales que tienen impacto sobre la CV y la CVRS (3) debido a la institucionalización en la que se encuentra.

La problemática a nivel Internacional ha sido investigada en unos cuantos países de Latinoamérica como por ejemplo, en Cuba - Marianao se elaboró un estudio denominado: "Factores que inciden en la calidad de vida del adulto mayor, en una población del municipio Marianao" en jubilados que aún se encontraban viviendo con su familia; en este se encontró que el 40% de la muestra (55 personas de ambos sexos) una buena CV, en las mujeres debido al grado de afectividad familiar, mientras que solo para el 1% de la muestra es totalmente independiente del grado de afecto que se tenga con la familia de cada individuo a estudio; por consiguiente, se demostró que para esta muestra influyó el grado de afectividad que se tenga en la familia de cada individuo encuestado (4).

En la Ciudad de México, también se realizó un estudio transversal, observacional y descriptivo en el cual participaron 150 adultos mayores de ambos sexos con predominio de mujeres; en este se evidenció que el 68.7% de la muestra se encontraban satisfechos con la CV que poseen debido a que su familia (hijos, nietos y bisnietos) los hacían sentir importantes al visitarlos semanalmente, así hasta llegar a concluir que la funcionalidad del paciente de la tercera edad es influenciada por su entorno familiar (5).

En Colombia, en la ciudad de Medellín se realizó un estudio poblacional descriptivo de satisfacción personal como componente principal de la CV, desarrollado en 659 hombres y 683 mujeres en edades de 20 a 64 años residentes de zonas urbanas; donde se evidenció que las relaciones interpersonales, las capacidades y habilidades que aún conservan los adultos; la economía y el entorno físico de la vivienda también son factores determinantes para la satisfacción del individuo de acuerdo al lugar en donde residen(6). Por otro lado, en Pereira, una investigación cuasi-experimental en 253 adultos mayores institucionalizados de 5 diferentes hogares gerontológicos; reveló datos en donde aproximadamente el 80% de la población evaluada tenía una CV insuficiente, de los cuales el 64% describió



problemas sociales y el 52% por limitaciones en las actividades sociales y cotidianas (7).

En Bogotá D.C, en la localidad de Engativá en el 2009, un estudio uni y multivariado elaborado por estudiantes de la UDCA (Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales) en 46 adultos mayores con insuficiencia cardiaca provenientes de geriátricos; empleando el cuestionario Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLWHF), se encontró que su CV es regular en un 34.78% debido a que refieren alguna falta de autonomía frente a decisiones y actividades físicas (8).

Dada la anterior situación, se plantea un estudio en el cual se evalúa la CVRS de adultos mayores que se encuentran institucionalizados en geriátricos debido a que algunos factores que influyen en la CV de estos individuos son dados por los centros geriátricos; que a su vez, se verán beneficiados al conocer cómo están sobrellevando la estadía de sus pacientes dentro de la institución de acuerdo a los aspectos socio-ambientales que estos poseen. En medicina es importante identificar estos factores para así modificar o generar soluciones ayudando a disminuir comorbilidades y generar una mejor CV relacionada con la salud dependiendo de las condiciones que actúan a favor en la CV de cada individuo, además de hacer una comparación de un geriátrico con respecto al otro teniendo en cuenta la caracterización previa del centro, para así mismo plantear estrategias de progreso y fortalecimiento en la institución.

PREGUNTA

¿Cómo se percibe la calidad de vida relacionada con la salud los adultos mayores institucionalizados, de acuerdo a los factores socioambientales que poseen los hogares geriátricos evaluados por medio de “Las viñetas COOP/WONCA” en Bogotá D.C en el año 2017?



2. JUSTIFICACIÓN

La calidad de vida (CV) según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como la percepción que tiene cada persona con respecto al lugar en la sociedad a la que pertenece, incluyendo los factores como la cultura y el sistema de valores que se tengan en esta, vinculándose con sus propios objetivos, expectativas, normas e inquietudes de la vida; incluyendo el aspecto bio-psicosocial asociado a la salud y el nivel de independencia concomitante a su entorno (1,9).

En los pacientes institucionalizados presentan un deterioro en su CV debido de múltiples causas, entre ellos el abandono social por su familia lo cual es necesario clarificar que la familia para unos autores es definida como un grupo de personas que viven en conjunto formando un hogar; para otros autores una familia son dos o más individuos integrantes de un mismo núcleo emparentados hasta cuarto nivel de consanguinidad (10); sin embargo el concepto de familia ha cambiado con el paso de los años y se ha convertido en uno aún más amplio, en el que también se puede definir familia como un vínculo por decisión mutua en el cual se crea una convivencia, compartiendo la vivienda, gastos y actividades domésticas (11); lo anterior siendo fundamental para el bienestar y la CV del adulto mayor en donde se inicia una nueva etapa en la que el adulto mayor se debe reintegrar y comenzar un proceso de adaptación y vinculación con su nuevo entorno, conformado por los cuidadores y los compañeros institucionalizados en los establecimientos públicos o privados dedicados a la atención en la población de la tercera edad; además de otros fenómenos relacionados con el cuidado de la salud como lo son la actividad física, manejo de comorbilidades e integración de otras redes de apoyo, es por ello que el profesional de la salud actual debe incluir en su actuar médico la integración de sus conocimientos científicos y su compromiso con los aspectos sociales, desde su papel como médico mediador entre el paciente y su familia sea esta nuclear o compuesta (12).

En Colombia, según las estadísticas del “DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) del 2005 (encuesta más reciente de distribución de población del adulto mayor en Colombia) demuestra que la población de adultos mayores con 65 años y más, es del 6,31% de la población colombiana, de los cuales el 2,86% son hombres y el restante 3,45%. También se encuentra que el 98.8% de adultos mayores se encuentra en hogares particulares y el 1.2% restante reside en LEAS (Lugares Especiales de Alojamiento-Centros Geriátricos). También se evidencia una mayor concentración de dicha población está en Bogotá D.C, Medellín, Cali y Barranquilla (13).

El estudio “Calidad de vida específica relacionada con salud del adulto mayor con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica institucionalizados en geriátricos en la localidad Engativá de Bogotá DC 2008” reporta que la CV de



los adultos mayores institucionalizados con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica se ven afectados en gran medida por la ausencia familiar (33). Por consiguiente, las personas de la tercera edad son una comunidad vulnerable según el plan decenal de Salud Pública del 2012 al 2021 (34); además se considera que el abandono familiar y deterioro de la salud en dicha población tiene una baja relevancia a nivel de salud por lo que se considera un problema de salud pública (14), poco investigado, el cual se debe empezar a ser revisado.

Por último, la importancia de la realización de este estudio es determinar cuáles son los factores que contribuyen o afectan en la CVRS del adulto mayor institucionalizado, permitiendo que en un futuro se realicen más estudios que puedan suplir los vacíos a nivel de la investigación de la medicina familiar presentados globalmente a causa de múltiples factores, tales como poca financiación y principalmente por ser estudios de largo plazo donde existe una discontinuidad y dificultad en la difusión de resultados limitando áreas de aspecto comunitario (15). Según Rubinstein A. en su estudio "Investigación en la práctica de medicina familiar ¿Una causa perdida o desafío pendiente?" establece que la investigación en la práctica general requiere múltiples abordajes que incluyan técnicas cualitativas, estudios epidemiológicos descriptivos, observacionales y experimentales, revisiones sistemáticas y metaanálisis que permitan simplificar la información e identificar los vacíos de conocimiento en la práctica clínica (16) y así poder concluir cómo el profesional de la salud debe actuar en beneficio y en busca de la mejora de la CV de dichos pacientes.

La implementación de las viñetas COOP/WONCA como principal instrumento en el presente estudio es debido a que se encuentra validada en Colombia, es de fácil interpretación y se puede realizar en 30 - 45 segundos por lámina para un total de 3.5 a 4.5 minutos (3); además las dimensiones incluidas en el instrumento, logran una valoración integral de la CVRS; considerando las definiciones y parámetros explicados previamente, dichas dimensiones cubren aspectos físicos, sentimientos, actividades cotidianas y sociales, dolor, el estado de salud y sus cambios, permitiendo así la realización de los objetivos del estudio.

La evaluación de la CVRS en el adulto mayor institucionalizado y la identificación de los aspectos influyentes a nivel socioambiental que pueden tener un efecto en la CV, permite tanto al profesional de salud como a la comunidad en general reconocer los parámetros que fortalecen las instituciones en cuestión, y así favorecer la estancia de los pacientes en dichos centros; disminuyendo las comorbilidades y las recaídas que pueden llegar a presentar esta población vulnerable; además da inicio para futuros estudios y/o de investigaciones más profundas de una temática, que en el momento tiene poca relevancia en salud, pero con grandes repercusiones a salud pública.

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES
U.D.C.A.
PROGRAMA DE MEDICINA HUMANA



Como estudiantes de Medicina de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales se promueve generar un impacto positivo a nivel de la salud comunitaria cumpliendo con los objetivos planteados en el presente trabajo.

Además, se contribuye con la investigación de medicina familiar y gerontológica y a la formación de líderes en el cuidado de la salud humana con un enfoque ecosistémico con el fin de responder a las necesidades sociales y poder desarrollar una perspectiva creativa, investigadora y humanística.



3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor institucionalizado por medio de las viñetas COOP/WONCA asociado a los aspectos socioambientales identificados en los hogares geriátricos a estudio durante el periodo 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir los aspectos socioambientales en los hogares geriátricos a estudio en la ciudad de Bogotá D.C en el año 2017.
2. Comparar las diferencias de la calidad de vida relacionada con salud entre los hogares geriátricos de acuerdo con los resultados obtenidos por medio las viñetas COOP/WONCA.
3. Recomendar a los hogares geriátricos estudiados medidas de acción generales para fortalecer los aspectos identificados que influyen en la calidad de vida relacionada con la salud.



4. MARCO TEÓRICO

Se realizó una búsqueda por medio de las bases de datos ofrecidas por la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A., principalmente ClinicalKey y Scopus. Sin embargo, se emplearon otros motores de búsqueda como fue Google académico donde se usaron términos de búsqueda tanto en español como en inglés, términos como: Adulto Mayor Institucionalizado, Calidad de vida relacionada con la salud, Viñetas COOP/WONCA. Se implementaron Tesauros (Mesh y Decs), obteniendo más de 5376 referencias bibliográficas, de los cuales, se emplearon 42 artículos para la construcción del presente trabajo.

Este marco teórico está compuesto por los siguientes tópicos temáticos:

1. Calidad de vida
 - 1.1. Calidad de vida Relacionada a la salud
2. Familia
3. Adulto Mayor Institucionalizado
4. Normatividad en Colombia que reglamente las instituciones dedicadas al cuidado del adulto mayor
5. Las viñetas COOP/WONCA como instrumento y estudios realizados.

4.1 Calidad de vida

La CV es un concepto que se debe medir, en términos de utilidad ya sea en felicidad o satisfacción de deseos o preferencias (15). La Organización mundial de la salud en el intento de lograr estudios comparativos e internacionales desarrollan un grupo de trabajo en CV (World Health Organization Quality Of Life) con el fin de plantear una definición que se pueda acoplar a los diferentes entornos y a nivel mundial, dicho concepto previamente cumplía con ciertas características del constructo, por ejemplo, que la CV es subjetiva. Bajo dicho marco es definida como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la lectura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses (1).

Sin embargo, debido a que es un concepto tan amplio, y con el pasar de los tiempos ha tenido cambios frente al concepto de CV, es importante plasmar, identificar y retroalimentar los diferentes tipos de definiciones planteadas a lo largo del tiempo. La tabla 1 descrita por Urzúa y Caqueo-Urizar en Quality of life: A theoretical review, hace un resumen de las diferentes definiciones de CV por los autores que han contribuido a la definición de CV.



Tabla 1: Diversas definiciones para el concepto de calidad de vida. Transcrita the Quality of life: A theoretical review (38).

Referencia	Definición o propuesta
Ferrans (1990)	Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.
Hornquist (1982)	Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.
Shaw (1977)	Define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual: $QL=NE \times (H+S)$, en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad. Críticas: la persona no evalúa por sí misma, segundo, no puede haber cero calidad de vida.
Lawton (2001)	Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.
Haas (1999)	Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.
Bigelow et al. (1991)	Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar
Calman (1987)	Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar... medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente
Martin & Stockler (1998)	Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida.
Opong et al., (1987)	Condiciones de vida o experiencia de vida



Tomada de Alfonso Urzúa, Alejandra Caqueo-Urizar. Calidad de Vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia psicológica, 2012; 30(1): 61-71.

4.2 Calidad de vida relacionada con la salud

La OMS en 1994 definió la CVRS como la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, teniendo en cuenta su entorno y contexto sociocultural. Realizando una definición más integral permitiendo una atención más completa por parte de los profesionales de salud (1).

4.3 Familia

En la actualidad la familia ha evolucionado por el posmodernismo observándose gran variedad de estas, a través de los tiempos se encuentra la familia tradicional que se define como el grupo de personas donde hay un parentesco consanguíneo por lejano que fuera y se pueden ayudar entre sí a los problemas sociales que el miembro atraviesa, otro concepto es el grupo de personas que viven en un mismo hogar presentando un vínculo de solidaridad entre las personas (10).

Por lo anterior, podemos decir que hay varios tipos de familia las cuales encontramos: La familia nuclear que se conforma por el padre, madre y sus hijos, siendo la más reconocida a nivel mundial; la familia extensa que incluye el tipo nuclear con los abuelos, es decir, dos o más generaciones, también se evidencia la familia mixta o ampliada que incluye la anterior con otros parientes o amigos (11).

También se encuentra la familia reconstruida que son dos adultos en donde alguno de ellos o los dos tienen hijos con otras personas las cuales ya no tienen ningún vínculo; las personas sin familia que son personas que viven solas; equivalentes familiares que son personas que conviven en un mismo hogar sin tener un parentesco consanguíneo y sin construir un núcleo familiar(17); la familia monoparental donde uno de los padres se hace a cargo de los hijos y como último encontramos la familia homosexual que son relaciones estables en parejas del mismo sexo siendo en la actualidad una de las más frecuentes (18).

En España se evidenció que el 90.6% de familias son tipo nuclear y el 9.4% son familias extensas (19), mientras a nivel nacional evidenciamos que el 43% son familias nucleares completas con un descenso de ella, siendo los departamentos con un 70% amazonas, el 66% Atlántico y el 64% Boyacá donde los hijos viven con sus dos padres; un 3% son familias extensas. Además, se evidencia un crecimiento de madres cabezas de hogar con un 34% (20).



4.4 Adulto Mayor Institucionalizado

El envejecimiento, constituye un proceso en el que participan factores psicológicos, biológicos y sociales, es por esto por lo que esta nueva etapa trae consigo nuevos retos y problemas para todos aquellos quienes llegan a este ciclo vital (21). Ahora bien, se define como adulto mayor a la población que se encuentra por encima de 60 años, y por esta razón requieren una atención especial debido a que presentan múltiples comorbilidades relacionadas a la fragilidad, por la presencia de enfermedades crónicas y/o discapacidades dadas por el envejecimiento (22).

Los cambios de carácter social más frecuentes en esta etapa tienen que ver con las redes de apoyo, debido a que son parte de las prácticas simbólico-culturales que a su vez está conformada por un conjunto de relaciones interpersonales las cuales permiten mejorar o mantener el bienestar emocional, físico y material (23); razón por la cual se dividen en dos: la primera, la red de apoyo familiar y la segunda los amigos; como se había mencionado anteriormente la familia es el principal referente del individuo y la sociedad, ya que brinda adaptación a las necesidades del adulto mayor y la aceptación por los integrantes, refiriéndose a un reajuste en el estilo de vida donde les permita la participación activa y constante en la toma de decisiones familiares. Por eso una “red de apoyo familiar funciona como un refuerzo para afrontar las crisis vitales del individuo” y esto es decisivo para la confrontación de los cambios biopsicosociales que se presentan.

Otro cambio, es a nivel de convivencia, donde se presenta el adulto mayor institucionalizado; definido como personas que se encuentran internos de manera parcial o total en una institución de cuidado para la población geriátrica como lo son asilos, casas de retiro, casa - hogar, entre otros (24). Además, es un lugar donde pueden compartir con individuos que cursan con las mismas condiciones sociales; allí transcurre una parte de su vida en un régimen cerrado y administrado (12). En la actualidad dicha situación se ha vuelto frecuente y por lo cual se desencadena una dinámica diferente a la que el individuo estaba acostumbrado (25).

Debido a la falta de apoyo familiar y de una interacción social más amplia, se presenta una carencia de tipo afectivo y un aumento de la sensación de soledad, lo cual repercute en la calidad de vida del adulto mayor. Además, durante su proceso de institucionalización, el paciente puede generar una situación conocida como “*Estrés post reubicación*” ya que su ingreso a un instituto geriátrico implica un desarraigo y un sobre esfuerzo de adaptación, llevándolo a tener más dificultades emocionales y de socialización con miembros que se encuentran en su nuevo entorno (26). Por lo anterior, la



familia debe estar preparada a los cambios y acontecimientos por los cuales cursa el adulto mayor.

La población adulto mayor según la OMS (Organización Mundial de la Salud) en su revisión de envejecimiento y salud. Dice que entre el 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará el 12% al 22%. Para el 2020, el número de personas mayores de 60 años será superior al número de niños menores de 5 años. En el 2050 el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos. Esto refleja que hay un crecimiento abrupto de la población de adulto mayor en comparación del pasado (27).

En Colombia no es la excepción a lo largo del tiempo ha habido un aumento progresivo de la población, enfatizada principalmente por el adulto mayor. Un país de más de 40 millones de habitantes donde el 6% es mayor de 65 años, dentro de este grupo etario 54% es de sexo femenino y un 46% de sexo masculino. El 63.12% de la población se concentra en las ciudades principales del país (Bogotá D.C. Medellín, Cali y Barranquilla según las últimas estadísticas propuestas por el DANE (Departamento administrativo Nacional de estadística) (13).

4.5 Normativa en Colombia que reglamenta las instituciones dedicadas al cuidado del adulto mayor

En Colombia la habilitación y acreditación de las instituciones prestadoras al cuidado del adulto mayor se encuentran bajo el régimen de la Resolución 110 de 1995 (anexo 1); donde se determinan los aspectos estructurales, el saneamiento básico y prestación del servicio de salubridad mínimos que deben cumplir cada institución (35).

El acuerdo 314 de 2008 (anexo 2) reglamenta la actividad física, cultural y educativa en los establecimientos geriátricos y gerontológicos del distrito a través de programas intergeneracionales y se dictan otras disposiciones, como son las características básicas que deben incluir cada actividad, y los aspectos socio ambientales mínimos que se deben cumplir en dicha proposición (36).

4.6 Las viñetas COOP/WONCA como instrumento y los estudios realizados

Las viñetas COOP/WONCA es un instrumento genérico que evalúa la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) propuesta por la Organización Mundial de Médicos de Familia (Wonca) revisado en 1990, consta de seis ítems que se responde en una tarjeta y cada opción está representada por un gráfico alusivo a la condición y así disminuir los sesgos dados por los



autoinformes (27), y tener una interpretación fácil y de gran utilidad en la práctica médica (29).

Los objetivos del instrumento es proporcionar datos confiables y válidos en las dimensiones evaluadas, que se pueda adaptar a la rutina diaria en la consulta médica y de fácil aplicación en la gran variedad de problemas de salud de los pacientes, además de que los resultados sean de fácil interpretación y que la información recolectada sea de gran utilidad (28). Actualmente, hay versiones de este instrumento con 7 o 9 dimensiones, los cuales son denominados: forma física en el cual se evalúa la máxima actividad física realizada; sentimientos donde se valora las molestias emocionales tales como depresión, desánimo, entre otras; actividades cotidianas en donde se aprecia si hay alguna limitación a nivel físico como emocional para relacionarse con sus amigos, vecinos y familia; actividades sociales se estima la dificultad que tiene el paciente para realizar tareas habituales dentro y fuera de la casa con respecto a su salud física y emocional; cambio en el estado de salud se califica el estado de salud en el momento en el que se realiza la intervención; estado de salud evalúa este en general, dolor como considera dicha experiencia, lo anterior con respecto a las dos ultimas semanas; adicional el apoyo social considera importante la red de apoyo familiar incluyendo el estado civil de la persona y autopercepción de la calidad de vida en general; cabe mencionar que en la escala de 7 o 6 se han eliminado el apoyo social y calidad de vida. Cada dimensión tiene una puntuación de 5, es decir, escala tipo Likert, donde las puntuaciones altas se interpretan con mal funcionamiento, cuya evaluación e interpretación es por medio de observación directa debido a que no existe un punto de corte exacto o rangos que manifiesten o establezcan con exactitud la valoración de la calidad de vida (29).

Este instrumento fue validado y traducido en castellano por The Darmonth Primary Care Cooperative Information Project of New Hampppshire un grupo de profesionales en atención primaria (29). Además, este instrumento es reconocido internacionalmente, por lo tanto, se debe tener en cuenta que una desventaja es el efecto techo, es decir, que los resultados pueden estar sesgados hacia la escala que denota buena, sobre todo en las dimensiones afectivas, a pesar de esto es un instrumento útil en la atención primaria y genera información significativa (26).

Es importante señalar la aplicación de dicho instrumento en la práctica clínica, es por esto que este estudio realizado en México, "Ansiedad, depresión y calidad de vida en un grupo de médicos residentes de la ciudad de México" de tipo observacional, descriptivo, transversal y proyectivo con una población de 77 médicos residentes de diferentes especialidades del hospital regional "Lic.



Adolfo López Mateos” y de la especialidad de Medicina Familiar, de las clínicas de primer nivel de atención del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que tiene aval con la UNAM, donde evaluaron ansiedad y depresión por medio inventarios de *Becky* y *la calidad de vida* relacionada con la salud con las viñetas de COOP/WONCA (30). En nuestro caso, nos enfocaremos en los resultados de este, demostrando que la dimensión más baja fue el dolor y el promedio más alto fue los sentimientos recordando que a mayor promedio peor calidad de vida.

El estudio anterior reportó que las especialidades de mayor promedio y en la mayoría de las dimensiones fue Urgencias Médicas y Medicina Interna, sin embargo, no se presentó asociación con significancia entre la calidad de vida total y las especialidades médicas; además, se relacionó la ansiedad con la calidad de vida donde se evidenció alta significancia estadística en las dimensiones de sentimientos y cambios en el estado de salud, y la depresión obtuvo mayor significancia en los ítems de sentimientos, actividades sociales, actividades cotidianas, estado de salud y dolor (30). Por lo tanto, los investigadores concluyeron que los trastornos de la salud mental producen efectos importantes en los residentes, además de los efectos sobre la calidad de vida y la salud; en dimensiones como el estado de salud, sentimientos y dolor, también pueden afectar la seguridad y el cuidado del paciente (30).

Estudios como el de “Influencia de los talleres recreativos en la calidad de vida y dinámica familiar de los jubilados que acuden al centro de atención primaria “Cotocollao” en el periodo marzo - abril del 2015”, realizado en Ecuador en el año 2015, evaluó 347 adultos mayores (media de 68 años) por medio de los instrumentos para la dinámica familiar con FF-SIL, donde se evidenció en la dinámica familiar un 67,15% de familias funcionales, 31,12% moderadamente funcional, 1,1% disfuncional y 0,5% severamente disfuncional, y la calidad de vida con la viñeta COOP/WONCA en la dimensión de actividad física representó una buena tolerancia al ejercicio por parte de la población; en la variable sentimiento el 29,6% dijo que no tenían ningún sentimiento negativo, el 37,1% el afecto está con tristeza, el 20,4% moderadamente emociones de tristeza y el 12,6% triste (31). Otras variables como salud física y estado emocional obtuvieron un porcentaje bajo por lo cual se ven afectados, a diferencia de los otros adultos mayores que no lo están; la variable percepción de la salud se observa 2,59% la califican como mala, 3,17% como excelente, siendo el mayor porcentaje con un 37,176% buena y el resto regular y a nivel de dolor el 19,5% percibe nada de dolor, el 42,36% dolor muy leve, 21,32 muy ligero, 12,96 moderado, y el 3,74% dolor muy intenso, demostrando que la mayoría de los adultos tiene una buena calidad de vida, además hacen la relación entre la familia y la calidad de vida y no hay una relación



estadísticamente significativa entre la variable funcionalidad familiar y la salud física, sentimientos, actividades sociales y salud en general (31).

En la investigación “Validez y fiabilidad del cuestionario COOP/WONCA cumplimentado vía telefónica en personas con artrosis de cadera y rodilla” donde utilizaron como herramienta las viñetas COOP/ WONCA aplicándola de manera telefónica; es un estudio observacional, descriptivo, transversal, realizado en el Hospital Virgen Macarena (Sevilla) y Hospital de la Merced (Osuna, Sevilla), en el cual utilizaron una muestra de 139 personas la cual realizó dos semanas antes de la intervención quirúrgica donde predominaba el sexo femenino (78,2%), con una edad de 69 años, la población iba a ser intervenida mayormente ATR en un 78,9% respecto ATC en un 17,7%, según las viñetas COOP/WONCA de los 7 ítems que son: actividades sociales, problemas emocionales, actividades habituales, salud general durante las dos últimas semanas y dolor presentando un rango que oscilaba entre 0,7 y 60,4 con menor puntuación "Salud comparada con la que presentaba dos semanas antes", concluyendo una alta correlación entre los ítems aboga por una sólida estructura interna, lo que representa una adecuada validez de constructo y es útil para su administración vía telefónica, ya que presenta adecuadas propiedades de fiabilidad y validez (2,30,32).

En Colombia, un estudio realizado el año 2011 “Calidad de vida en ancianos institucionalizados de Pereira “muestra un tipo de herramienta que ha sido validada para la población colombiana institucionalizada, dicho instrumento las viñetas COOP/WONCA que se caracteriza por su facilidad de comprensión y por presentar algunos estudios métricos sobre la calidad de vida de los adultos mayores, además de mostrar el estatus funcional del paciente dentro del geriátrico. Se evaluó este instrumento, antes y después de las intervenciones (de tipo artística, educativa y físico-recreativa) realizadas a 79 ancianos, mostrando que en las intervenciones que mayor impacto tenían en el adulto mayor, eran aquellas que involucran un aspecto físico debido a que generaba en ellos un sentimiento de utilidad, previniéndose en la dependencia total. Es decir, en la encuesta de línea de base se obtuvieron que la población total el 9,6% tenía buena calidad de vida; 47,1% tenía una calidad de vida insuficiente; 33,7% tenía deficiente calidad de vida y el restante 9,6% presentaba mala calidad de vida y los resultados de la segunda encuesta dedujeron que era prioridad reducir el dolor, y que las intervenciones que tendrían un mayor impacto podrían llegar a ser las que generarán actividades sociales. Por tanto, las preguntas de COOP/WONCA realizado pre y post evidenció estadísticamente una mejora en la calidad de vida de los pacientes institucionalizados (6).

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES
U.D.C.A.
PROGRAMA DE MEDICINA HUMANA



Como se ha comentado anteriormente es de suprema importancia estas evaluaciones debido a que son pacientes que tienden a tener problemas en cuanto a su socialización con nuevos miembros que se encuentran en su entorno y que además empiezan a presentar problemas en cuanto a la independencia que cada uno manejaba.



5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo, transversal, aplicado con el fin de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de 60 años institucionalizados en hogares geriátricos seleccionados previamente ubicados en la ciudad de Bogotá D.C en el periodo del 2017 por medio de las viñetas COOP/WONCA (anexo 3).

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población con la que se realizó este estudio fueron todos adultos mayores de 60 años en condición de institucionalizados en hogares geriátricos en la ciudad de Bogotá DC en el año 2017.

El muestreo realizado fue de tipo no probabilístico por conveniencia (37), según la autorización, disposición y disponibilidad de los hogares geriátricos, para un total de población de 79 adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de la ciudad de Bogotá DC en el año 2017, quienes cumplan los criterios de inclusión; de los cuales, solo el 49.3% cumplía a cabalidad los criterios para un total de 38 pacientes encuestados.

El estudio se realizó en 3 hogares geriátricos, de los cuales dos de ellos cuentan con dos sedes en la ciudad de Bogotá D.C. A continuación, se menciona el número de adultos mayores por hogares geriátricos:

- Geriátrico San Francisco: 26 Adultos mayores institucionalizados
- Geriátrico Casa Club Pontevedra: 38 adultos mayores institucionalizados
- Geriátrico Dulce Atardecer: 15 adultos mayores institucionalizados

5.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Los criterios de inclusión y exclusión en la selección de la muestra objeto de estudio se presentan en la tabla 2.



Tabla 2: Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
1. Adultos mayores de 60 años o más.	1. Alguna barrera en la comunicación que imposibilite responder las preguntas realizadas en la encuesta por una condición física o mental.
2. Adultos mayores institucionalizado tiempo completo, en los hogares seleccionados	2. Negativa del paciente ante la participación
3. Llevar por lo menos 4 meses institucionalizado.	3. Deterioro cognitivo de moderado a severo

Fuente: Jurado J. Parra L. Roa E. Sepúlveda J. Tomado de Archivo personal.
 Evaluación de la calidad de vida salud relacionada con en adultos mayores aplicando las viñetas COOP/WONCA en Hogares Geriátricos de la ciudad de Bogotá en el año 2017.5

En los tres geriátricos se encontró que 38 de 77 adultos mayores institucionalizados cumplían con los tres criterios de inclusión del estudio a los cuales se les aplicó las viñetas COOP/WONCA (ver tabla 3).

Se evidenció que los motivos de exclusión en el Geriátrico “San Francisco” sede I se presentaron con dos adultos mayores que no desearon participar; en la Sede II se evidenciaron 5 pacientes que no cumplían los criterios por negación para participar (2 pacientes) y tres por deterioro cognitivo moderado a severo (ver tabla 4).

El segundo geriátrico “Casa Club Pontevedra” Sede I se evidenció la exclusión de dieciséis adultos mayores por deterioro cognitivo moderado a severo y uno por impedimento en la comunicación ante las preguntas por motivos mentales con un total de 17 pacientes que no participaron, mientras en la sede II diez pacientes fueron excluidos por alteración a nivel cognitivo moderado a severo (ver tabla 4). El tercer geriátrico “Dulce atardecer” evidenció que cinco adultos fueron excluidos dado a que tres se negaron a la realización de la encuesta, uno por barrera en la comunicación por motivos físicos y un adulto mayor por presentar deterioro cognitivo moderado a severo (ver tabla 4).



Tabla 3: Causas de Inclusión en los hogares geriátricos

Criterios de inclusión	Geriátrico San Francisco		Geriátrico Casa Club Pontevedra		Geriátrico Dulce Atardecer	Total
	Sede I	Sede II	Sede I	Sede II		
Adultos mayores de 60 años o más.						
Adultos mayores institucionalizados tiempo completo en los hogares seleccionados	13	6	3	8	8	38
Llevar por lo menos 4 meses institucionalizado						

Fuente: Jurado J. Parra L. Roa E. Sepúlveda J. Tomado de Archivo personal. Evaluación de la calidad de vida salud relacionada con en adultos mayores aplicando las viñetas COOP/WONCA en Hogares Geriátricos de la ciudad de Bogotá en el año 2017

Tabla 4: Causas de exclusión en los hogares geriátricos

Criterio de exclusión	Geriátrico San Francisco		Geriátrico Casa Club Pontevedra		Geriátrico Dulce Atardecer	Total
	Sede I	Sede II	Sede I	Sede II		
Barrera en la comunicación que imposibilite responder las preguntas a nivel físico o mental	0	0	1	0	1	2
Negativa del paciente ante la participación	2	2	0	0	5	9
Deterioro cognitivo de moderado a severo	0	3	16	10	1	30
Total adultos mayores excluidos	2	5	17	10	5	41

Fuente: Jurado J. Parra L. Roa E. Sepúlveda J. Tomado de Archivo personal. Evaluación de la calidad de vida salud relacionada con en adultos mayores aplicando las viñetas COOP/WONCA en Hogares Geriátricos de la ciudad de Bogotá en el año 2017



5.4 RECOLECCIÓN DE DATOS E INTERPREACIÓN DE LAS VIÑETAS COOP/WONCA POR MEDIO DE CUARTILES

La recolección de datos se hizo por medio de las viñetas COOP/WONCA con previa autorización por medio del consentimiento informado (Anexo 4), las cuales se aplicaron a 38 adultos mayores institucionalizados en los tres hogares geriátricos mencionados anteriormente que cumplieron los criterios de inclusión. Posteriormente, se hizo la tabulación de los datos recolectados a través de Microsoft office “EXCEL 2016” adquirida con anterioridad su licencia y se generó el análisis de los datos por medio de tablas de frecuencia.

5.4.1 INSTRUMENTO

Las viñetas COOP/WONCA constituyen un instrumento que se utiliza como método para recolectar datos a través de 7 dimensiones que evalúan la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores institucionalizados en los geriátricos en estudio (como se mencionó en el marco teórico).

Las viñetas COOP/WONCA tiene como limitación que no poseen un método estandarizado para la interpretación del puntaje obtenido en la implementación del instrumento; dado esto, se describe que entre mayor puntaje la CVRS es más deteriorada; sin embargo, la bibliografía la reporta como un instrumento válido, fiable y de fácil acceso que evalúa de forma integral la CVRS. Es por ello por lo que en el presente trabajo se propone la interpretación de las viñetas por medio de cuartiles y así poder realizar un análisis más rápido y sencillo. Por ello, en este estudio se clasificó el puntaje de la calidad de vida relacionada con la salud en Excelente, Bueno, Regular y Malo (Tabla 5), Para ello se presenta las dimensiones de las viñetas tipo Likert (Tabla 6)

Tabla 5: Interpretación de los resultados de las viñetas COOP/WONCA por medio de cuartiles

INTERPRETACION VIÑETAS COOP/WONCA	
RANGO	PUNTAJE
7 - 14	EXCELENTE
14.1 - 21	BUENO
21.1 - 28	REGULAR
28.1 – 35	MALO

Fuente: Jurado J. Parra L. Roa E. Sepúlveda J. Tomado de Archivo personal. Evaluación de la calidad de vida salud relacionada con en adultos mayores aplicando las viñetas COOP/WONCA en Hogares Geriátricos de la ciudad de Bogotá en el año 2017.



Tabla 6: Dimensiones tipo Likert de las viñetas Coop-Wonca

Dimensión	Puntaje	Dimensión	Puntaje
Forma Física	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muy intensa 2. Intensa 3. Moderada 4. Ligera 5. Muy ligera 	Actividades Sociales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguna dificultad 2. Un poco de dificultad 3. Dificultad moderada 4. Mucha dificultad 5. Toda, no he podido hacer nada
Sentimientos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nada en Absoluto 2. Un poco 3. Moderadamente 4. Bastante 5. Intensamente 	Cambios en el estado de salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mucho mejor 2. Un poco mejor 3. Igual, por el estilo 4. Un poco peor 5. Mucho peor
Actividades Cotidianas	<ol style="list-style-type: none"> 1. No, Nada en absoluto 2. Ligeradamente 3. Moderadamente 4. Bastante 5. Muchísimo 	Estado de salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Excelente 2. Muy buena 3. Buena 4. Regular 5. Mala
Dolor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nada de dolor 2. Dolor muy leve 3. Dolor ligero 4. Dolor moderado 5. Dolor intenso 		

5.5 VARIABLES

La selección de las siguientes variables fue determinada con el fin de identificar los aspectos socioambientales de la muestra de estudio, y comparar las diferencias de la calidad de vida relacionada con la salud entre los hogares participantes en el estudio (Tabla 7).

Tabla 7: Matriz de Variables

Nombre de la variable	Definición operacional (indicador)	Escala de Medición
Edad	Fecha de nacimiento según el documento de identificación (Cédula de ciudadanía)	Cuantitativa, Continúa. <ul style="list-style-type: none"> • Años • Meses • Días



Tabla 7: Continuación

Sexo	Según documento de identificación (cedula de ciudadanía)	Cualitativa, Nominal, Dicotómica <ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer
Estado Civil	Según lo referido por el sujeto del estudio	Cualitativa, Nominal, Politómica: <ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Unión libre • Viudo • Separado • Divorciado.
Forma Física	Durante las últimas 2 semanas... ¿cuál ha sido la máxima actividad que pudo realizar por 2 minutos?	Cualitativa, Ordinal: <ol style="list-style-type: none"> 1. Muy intensa 2. Intensa 3. Moderada 4. Ligera 5. Muy ligera
Sentimientos	Durante las 2 últimas semanas ¿En qué medida le han molestado los problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza o desánimo?	Cualitativa, Ordinal: <ol style="list-style-type: none"> 1. Nada en Absoluto 2. Un poco 3. Moderadamente 4. Bastante 5. Intensamente
Actividades Cotidianas	Durante las 2 últimas semanas ¿Cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de la casa, a causa de la salud física o problemas emocionales?	Cualitativa, Ordinal: <ol style="list-style-type: none"> 1. No, Nada en absoluto 2. Ligeramente 3. Moderadamente 4. Bastante 5. Muchísimo



Tabla 7: Continuación

Actividades Sociales	Durante las 2 últimas semanas ¿Su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?	Cualitativa, Ordinal: 1. Ninguna dificultad 2. Un poco de dificultad 3. Dificultad moderada 4. Mucha dificultad 5. Toda, no he podido hacer nada
Cambio en el estado de salud	¿Cómo califica su estado de salud en comparación con el de hace dos semanas?	Cualitativa, Ordinal: 1. Mucho mejor 2. Un poco mejor 3. Igual, por el estilo 4. Un poco peor 5. Mucho peor
Estado de salud	Durante las dos últimas semanas ¿Cómo califica su salud general?	Cualitativa, Ordinal: 1. Excelente 2. Muy buena 3. Buena 4. Regular 5. Mala
Dolor	Durante las 2 últimas semanas ¿Cuánto dolor ha tenido?	Cualitativa, Ordinal: 1. Nada de dolor 2. Dolor muy leve 3. Dolor ligero 4. Dolor moderado 5. Dolor intenso
PUNTAJÓN TOTAL CVRS	Resultados de la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud	Cualitativa, Ordinal: Q1 Excelente Q2 Buena Q3 Regular Q4 Malo

Fuente: Jurado J. Parra L. Roa E. Sepúlveda J. Tomado de Archivo personal. Evaluación de la calidad de vida salud relacionada con en adultos mayores aplicando las viñetas COOP/WONCA en Hogares Geriátricos de la ciudad de Bogotá en el año 2017. (Laminas 7).



5.6 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE INFORMACIÓN

Distribución de la muestra

La descripción de las características sociodemográficas de la muestra se hizo por medio de un análisis univariado teniendo en cuenta las variables de sexo, edad, estado civil.

Análisis de Variables

- Análisis Independiente de variables

El análisis univariado de las variables cualitativas (tabla 7) se realizó mediante una distribución de los datos por medio de tablas de frecuencia incluyendo el porcentaje de prevalencia en cada una de las categorías ya propuestas; esta, aplicada para variables nominales del estudio; y posterior a esto se realizó una representación por medio de gráficos de barras y tortas.



6. RESULTADOS, ANALISIS E INTERPRETACIÓN

El objetivo de este estudio fue evaluar la CVRS del adulto mayor institucionalizado por medio de las viñetas COOP/WONCA asociado a los aspectos socioambientales que tienen los hogares geriátricos a estudio durante el periodo 2017.

Los resultados están descritos mediante los siguientes tópicos temáticos:

1. Aspectos socioambientales de los hogares geriátricos
2. Aspectos sociodemográficos de los hogares geriátricos
3. Resultados por geriatrico
4. Resultados Viñetas Coop-Wonca de los hogares geriátricos generales

6.1 ASPECTOS SOCIOAMBIENTALES DE LOS HOGARES GERIÁTRICOS

SAN FRANCISCO SEDE I Y II

- Actividades realizadas dentro del geriátrico:
 1. Actividad física todos los días 2 horas al día
 2. Integración 1 vez a la semana (socializar y talleres grupales)
 3. Trabajo ocupacional
 4. Toma de cifras tensionales horario
 5. Visita a libre demanda
- Cuentan con:
 1. Una jefe de enfermería y Tres auxiliares de enfermería en el día
 2. Una jefe de enfermería Dos auxiliares de enfermería en la noche
 3. Dueña convive en el hogar
 4. Cocinera tiempo completo

CASA CLUB PONTEVEDRA I Y II

- Actividades realizadas dentro de los geriátricos:
 1. Actividad física 2 veces por semana
 2. Pintura 1 vez a la semana
 3. Cine 1 vez a la semana
 4. Caminatas diarias de 10 a 12 am
- Cuentan con:
 1. Dos enfermeras en el día



2. Una enfermera en la noche
3. Kit de Emergencia
4. Cámaras de seguridad en todo el hogar excepto en baños

HOGAR DULCE ATARDECER

- Actividades realizadas dentro del geriátrico:
 1. Actividades lúdicas (Jugar Bingo y Musicoterapia)
 2. Toma de sol o integración todos los días
 3. Celebración de fechas especiales (Cumpleaños, Día del adulto mayor)
 4. Visita de familiares de 8 a 12 am – 2 a 5 pm
 5. Visita semanal de Fisioterapia y Terapia ocupacional
- Cuentan con:
 1. Cuatro auxiliares de enfermería en el día
 2. Una jefe de enfermería y un auxiliar de enfermería en la noche
 3. Dueña convive en el hogar
 4. Cocinera tiempo completo
 5. Psicología y guía espiritual semanal
 6. Atención con interprete al adulto mayor sordomudo

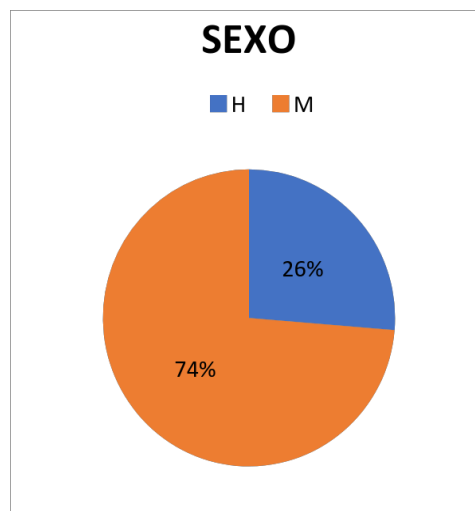
6.2 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS HOGARES GERIÁTRICOS

Las características de la muestra de 38 adultos mayores institucionalizados en los tres hogares geriátricos objeto de este estudio reportan que el 74% son mujeres (28 adultos mayores) y el 26% corresponde a los hombres (10 adultos mayores), (ver grafica 1). El estado civil que más predomina es el que corresponde a solteros (42%), seguido por viudos (26%) y casados (24%), y en menor porcentaje se encuentran los separados (8%), (ver gráfica 2). Este hallazgo que reporta más solteros indica que tienen menos redes de apoyo social y, en consecuencia, son usuarios más frecuentes de los hogares geriátricos.

6.2 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS HOGARES GERIÁTRICOS

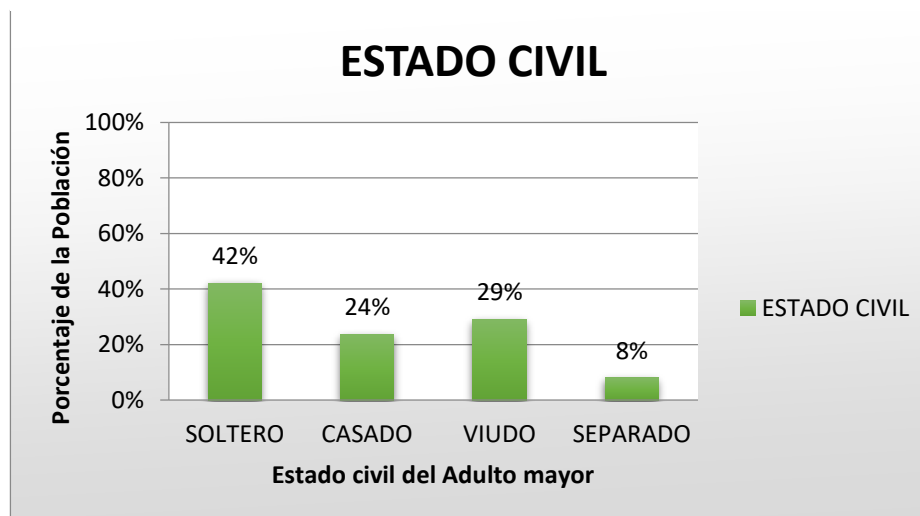
Las características de la muestra de 38 adultos mayores institucionalizados en los tres hogares geriátricos objeto de este estudio reportan que el 74% son mujeres (28 adultos mayores) y el 26% corresponde a los hombres (10 adultos mayores), (ver grafica 1). El estado civil que más predomina es el que corresponde a solteros (42%), seguido por viudos (26%) y casados (24%), y en menor porcentaje se encuentran los separados (8%), (ver gráfica 2). Este hallazgo que reporta más solteros indica que tienen menos redes de apoyo social y, en consecuencia, son usuarios más frecuentes de los hogares geriátricos.

Gráfica 1: Distribución de la población total según sexo



Fuente: Jurado J. Parra L. Roa E. Sepúlveda J. Tomado de Archivo personal. Evaluación de la calidad de vida salud relacionada con en adultos mayores aplicando las viñetas COOP/WONCA en Hogares Geriátricos de la ciudad de Bogotá en el año 2017.

Gráfica 2: Estado civil del Adulto Mayor institucionalizado a estudio Bogotá 2017



Fuente: Jurado J. Parra L. Roa E. Sepúlveda J. Tomado de Archivo personal. Evaluación de la calidad de vida salud relacionada con en adultos mayores aplicando las viñetas COOP/WONCA en Hogares Geriátricos de la ciudad de Bogotá en el año 2017

Las comorbilidades más frecuentes en los adultos mayores institucionalizados son la hipertensión arterial y el hipotiroidismo seguido de Insuficiencia Cardíaca y Diabetes Mellitus (ver tabla 8). Además, de estos 27 adultos mayores que se pudo obtener el diagnóstico médico, se observa que el 74.07% no reciben o no están en tratamiento de analgesia (Tabla 9).

Tabla 8: Comorbilidades generales de los adultos Institucionalizados

Adulto Mayores institucionalizados		
Patología de Base	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión Arterial	13	48,15
Diabetes Mellitus	4	14,81
Hipotiroidismo	10	37,04
Dislipidemia	3	11,11
Anemia	1	3,70
Cáncer Basocelular	2	7,41
Enfermedad Coronaria	1	3,70



Tabla 8: Continuación

Escoliosis lumbosacra	1	3,70
Epilepsia	1	3,70
Hiponatremia	1	3,70
Síndrome Hipercoagulabilidad	1	3,70
Fibrilación Auricular	1	3,70
Artritis	2	7,41
Úlcera Gástrica	1	3,70
Insuficiencia Renal Crónica	2	7,41
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	3	11,11
Artrosis de Rodilla	3	11,11
Hipertensión Pulmonar	1	3,70
SAHOS	1	3,70
Osteoporosis	1	3,70
Síndrome de Sjögren	1	3,70
Hemiplejía	1	3,70
Obesidad	2	7,41
Trastorno depresivo mayor	2	7,41
Gastritis	1	3,70
Trastorno de ansiedad	2	7,41
Hiperplasia benigna de Próstata	1	3,70
Insuficiencia Cardíaca	4	14,81
Depresión	1	3,70
Parkinson	1	3,70
Glaucoma	1	3,70
Pterigion bilateral	1	3,70

Fuente: Jurado J. Parra L. Roa E. Sepúlveda J. Tomado de Archivo personal. Evaluación de la calidad de vida salud relacionada con en adultos mayores aplicando las viñetas COOP/WONCA en Hogares Geriátricos de la ciudad de Bogotá en el año 2017.



Tabla 9: Presencia o no de analgesia en Adultos mayores institucionalizados

Adultos Mayores institucionalizados		
Analgesia	Frecuencia	Porcentaje
Presente	7	25,93
No presente	20	74,07

Fuente: Jurado J. Parra L. Roa E. Sepúlveda J. Tomado de Archivo personal. Evaluación de la calidad de vida salud relacionada con en adultos mayores aplicando las viñetas COOP/WONCA en Hogares Geriátricos de la ciudad de Bogotá en el año 2017.

6.3. RESULTADOS POR GERIATRICO

6.3.1. HOGAR SAN FRANCISCO

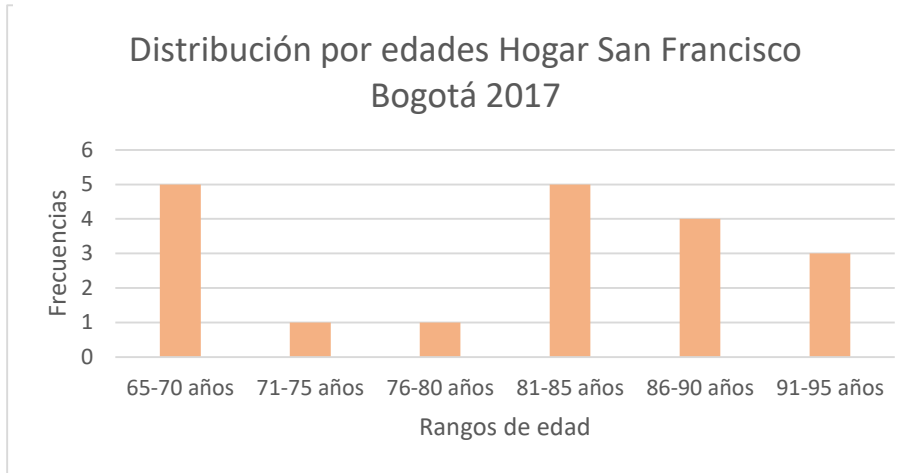
ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

En el Hogar San Francisco se divide en dos sedes, en donde se aplicó el instrumento a una población de 19 adultos mayores institucionalizados que cumplían con los criterios de inclusión.

Se encontró un promedio de edad de 80.11 años, donde predomina el rango entre las edades 65 a 70 años y de 80 a 85 años (Grafica 3); adicional se encuentra que el 74% son mujeres y 26% son hombres (ver tabla 10). Y el estado civil que predomina es soltero en un 47%, seguido de un 32% para la población casada, un 16% es viuda y un 5% se encuentra separada (Grafica 4).



Gráfica 3: Distribución por edades Hogar San Francisco Bogotá 2017



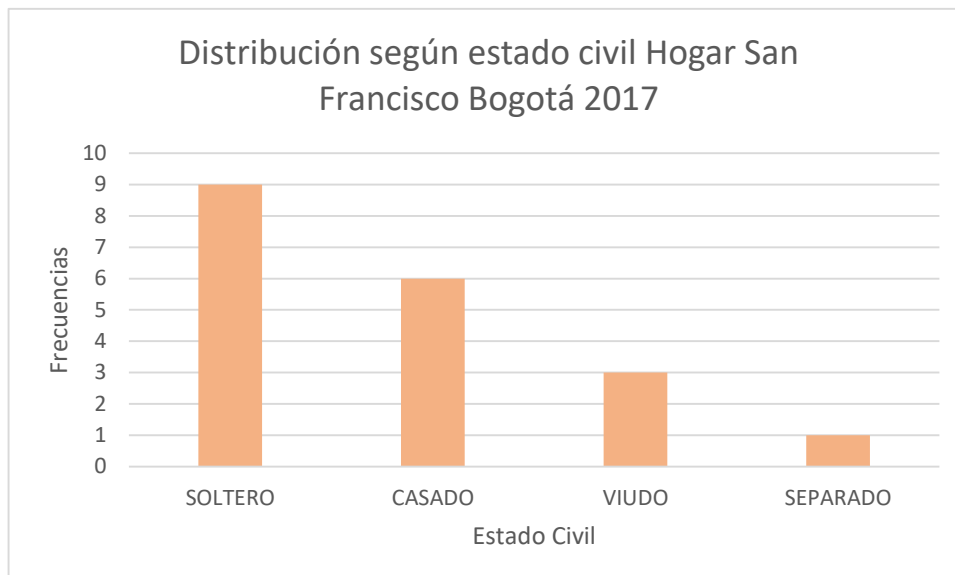
Fuente: Jurado J. Parra L. Roa E. Sepúlveda J. Tomado de Archivo personal. Evaluación de la calidad de vida salud relacionada con en adultos mayores aplicando las viñetas COOP/WONCA en Hogares Geriátricos de la ciudad de Bogotá en el año 2017.

Tabla 10: Distribución por sexo en Hogar San Francisco Ciudad de Bogotá 2017

SAN FRANCISCO			
VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEXO	HOMBRE	5	26%
	MUJER	14	74%

Fuente: Jurado J. Parra L. Roa E. Sepúlveda J. Tomado de Archivo personal. Evaluación de la calidad de vida salud relacionada con en adultos mayores aplicando las viñetas COOP/WONCA en Hogares Geriátricos de la ciudad de Bogotá en el año

Gráfica 4:: Distribución según estado civil de los adultos mayores institucionalizados Hogar San Francisco Ciudad Bogotá D.C Año 2017



Fuente: Jurado J. Parra L. Roa E. Sepúlveda J. Tomado de Archivo personal. Evaluación de la calidad de vida salud relacionada con en adultos mayores aplicando las viñetas COOP/WONCA en Hogares Geriátricos de la ciudad de Bogotá en el año 2017

RESULTADOS VIÑETAS COOP WONCA

Con respecto a los resultados de las viñetas COOP/WONCA en el Hogar San Francisco en General, se encontró que la calidad de vida relacionada con la salud es REGULAR con una puntuación total a de 21.32 (tabla 11). Donde se evidencia que el 16% de los adultos mayores equivalente a $n=3$ su percepción de su CVRS en el cuartil 1, lo cual corresponde a UNA EXCELENTE CVRS El 26% correspondiente a $n=5$ adultos mayores institucionalizados perciben su CVRS en el cuartil 2, lo que corresponde a UNA BUENA CVRS. El 47% de los adultos mayores del Hogar San Francisco perciben su CRVS como REGULAR, y por último en el Q4 con un porcentaje de 11% de la muestra equivalente a $n=2$ su percepción de la CVRS se encuentra en el Q4 equivalente a una MALA CVRS. (Tabla 11).



Tabla 11:Resultados Globales Viñetas Coop Wonca Hogar San Francisco 2017

Resultados Globales viñetas Coop Wonca Hogar San Francisco			
Encuestado	Resultado	Cuartil	Interpretación
1	18	Q2	BUENO
2	11	Q1	EXCELENTE
3	29	Q4	MALO
4	27	Q3	REGULAR
5	19	Q2	BUENO
6	24	Q3	REGULAR
7	27	Q3	REGULAR
8	15	Q2	BUENO
9	28	Q3	REGULAR
10	17	Q2	BUENO
11	23	Q3	REGULAR
12	13	Q1	EXCELENTE
13	12	Q1	EXCELENTE
14	22	Q3	REGULAR
15	24	Q3	REGULAR
16	24	Q3	REGULAR
17	17	Q2	BUENO
18	33	Q4	MALO
19	22	Q3	REGULAR
MEDIA	21,32	Q3	REGULAR

Fuente: Jurado J. Parra L. Roa E. Sepúlveda J. Tomado de Archivo personal. Evaluación de la calidad de vida salud relacionada con en adultos mayores aplicando las viñetas COOP/WONCA en Hogares Geriátricos de la ciudad de Bogotá en el año 2017

Según las variables dadas por las Viñetas COOP/WONCA reportan una Actividad Física LIGERA como lo es caminar muy despacio, obteniendo un promedio de 4 puntos (Grafica 5); respecto a la percepción de Sentimientos la población ha presentado problemas emocionales de manera MODERADA como la depresión, irritabilidad, tristeza y desánimo con una puntuación de 3 (Grafica 5); en las Actividades Sociales los pacientes evidencian que su salud física y estado emocional en las últimas dos semanas le han visto limitadas de manera MODERADA con su familia, grupos y vecinos, teniendo un puntaje de 2.5 (Grafica 6); en las Actividades Cotidianas se evidencia que gran parte de la población adulta mayor presentan dificultad MODERADA para realizar actividades o tareas habituales con una puntuación de 2.63 (Grafica 5); el Cambio en el Estado de Salud apreciado por los adultos mayores está IGUAL O POR EL ESTILO al de las dos últimas semanas para una valoración de 2.68



(Grafica 6); el Estado de Salud en general la población la percibe como BUENA con una puntuación de 3.42 (Grafica 5) y se evidencia que el Dolor que han sentido los pacientes en las últimas dos semanas es LIGERO con un puntaje de 3 (Grafica 5)

Según la distribución de las variables la principal influyente negativa en el resultado de la calidad de vida REGULAR en los adultos mayores institucionalizados es la dimensión de Forma Física con una frecuencia de “Muy Ligera” (ver tabla 12), y con respecto a los principales factores positivos, son las Actividades Sociales y las Actividades Cotidianas según la percepción del longevo “no se ha limitado en absoluto” por su estado de salud” (ver tabla 12).

Tabla 12:: Distribución por variables de las viñetas COOP/WONCA en el Hogar San Francisco de la ciudad de Bogotá 2017

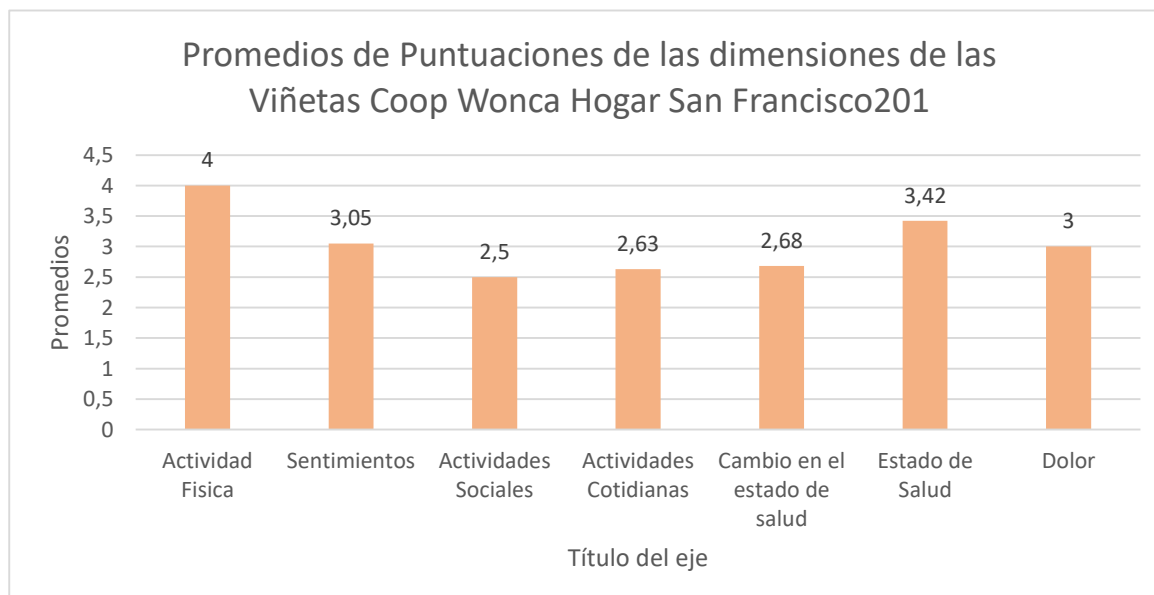
HOGAR SAN FRANCISCO			
VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	INTENSA	2	11%
	MODERADA	4	21%
	LIGERA	5	26%
	MUY LIGERA	8	42%
SENTIMIENTOS	NADA EN ABSOLUTO	4	21%
	UN POCO	1	5%
	MODERADO	7	37%
	BASTANTE	4	21%
	INTENSA	3	16%
ACTIVIDADES SOCIALES	NO, NADA EN ABSOLUTO	6	32%
	LIGERA	3	16%
	MODERADA	5	26%
	BASTANTE	4	21%
	MUCHISIMO	1	5%
ACTIVIDADES COTIDIANAS	NO, NADA EN ABSOLUTO	6	32%
	UN POCO DE DIFICULTAD	3	16%
	DIICULTAD MODERADO	4	21%
	MUCHA DIFICULTAD	4	21%
	TODO, NO HE PODIDO HACER NADA	3	16%

Tabla 12: Continuación

CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD	MUCHO MEJOR	1	5%
	UN POCO MEJOR	6	32%
	IGUAL, POR EL ESTILO	11	58%
ESTADO DE SALUD	EXCELENTE	1	5%
	MUY BUENA	1	5%
	BUENA	8	42%
	REGULAR	7	37%
	MALA	2	11%
DOLOR	NADA	3	16%
	MUY LEVE	7	37%
	LIGERO	1	5%
	MODERADO	5	26%
	INTENSO	3	16%

Fuente: Jurado J. Parra L. Roa E. Sepúlveda J. Tomado de Archivo personal. Evaluación de la calidad de vida salud relacionada con en adultos mayores aplicando las viñetas COOP/WONCA en Hogares Geriátricos de la ciudad de Bogotá en el año

Gráfica 5: Promedios de Puntuaciones de las dimensiones de las Viñetas COOP/WONCA Hogar San Francisco Ciudad Bogotá D.C Año 2017



Fuente: Jurado J. Parra L. Roa E. Sepúlveda J. Tomado de Archivo personal. Evaluación de la calidad de vida salud relacionada con en adultos mayores aplicando las viñetas COOP/WONCA en Hogares Geriátricos de la ciudad de Bogotá en el año

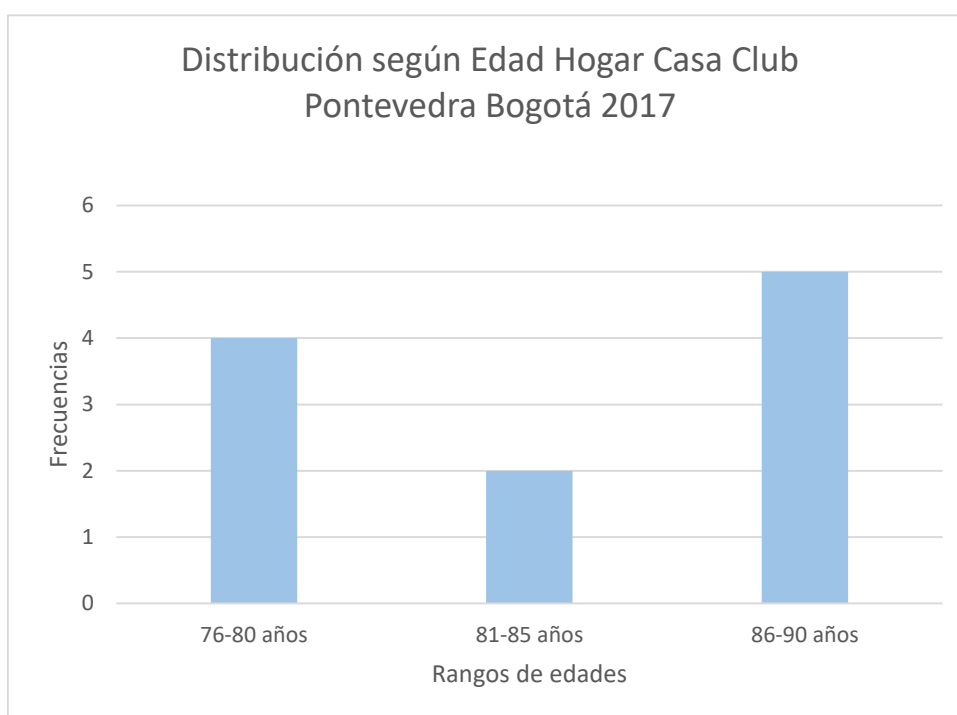
6.3.2. HOGAR CASA CLUB PONTEVEDRA

ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

En el Hogar Casa Club Pontevedra se divide en dos sedes, en donde se aplicó el instrumento a un grupo de población de 11 adultos mayores institucionalizados que cumplieran con los criterios de inclusión.

Se encontró un promedio de edad de 82.73 años, donde predomina el rango entre las edades 86 a 90 años (Grafica 6); adicional se encuentra que el 64% son mujeres y 36% son hombres (ver tabla 13). El estado civil que predomina es soltero en un 36%, seguido de un 18% para la población casada, un 36% es viuda y un 9% se encuentra separada (Grafica 7).

Gráfica 6: Distribución por Edades Casa Club Pontevedra Ciudad Bogotá D.C Año 2017



Fuente: Jurado J. Parra L. Roa E. Sepúlveda J. Tomado de Archivo personal. Evaluación de la calidad de vida salud relacionada con en adultos mayores aplicando las viñetas COOP/WONCA en Hogares Geriátricos de la ciudad de Bogotá en el año 2017

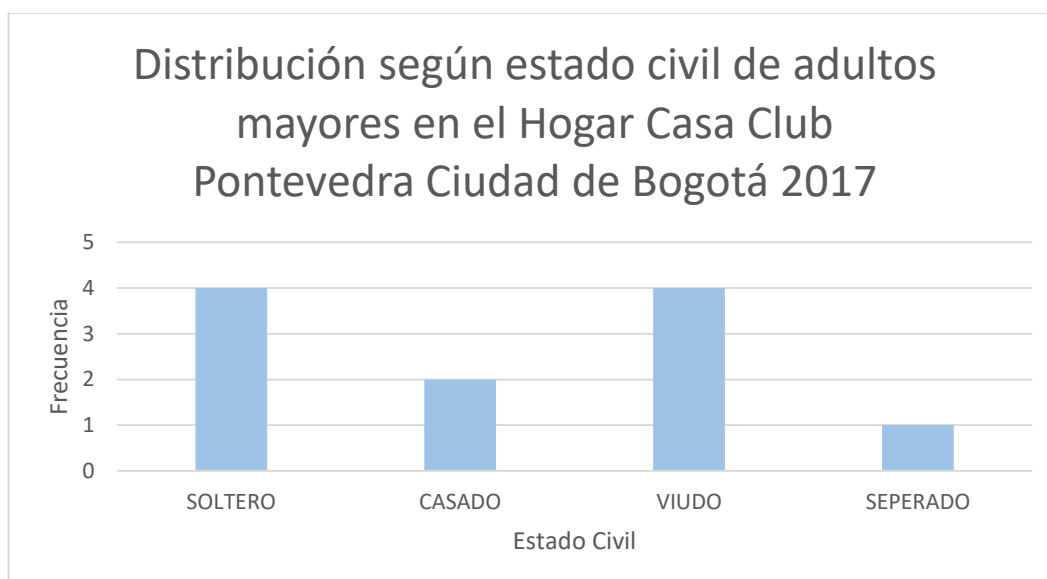


Tabla 13: Distribución por sexo en Hogar Casa Club Pontevedra Ciudad de Bogotá 2017

CASA CLUB PONTEVEDRA			
VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEXO	HOMBRE	4	36%
	MUJER	7	64%

Fuente: Jurado J. Parra L. Roa E. Sepúlveda J. Tomado de Archivo personal. Evaluación de la calidad de vida salud relacionada con en adultos mayores aplicando las viñetas COOP/WONCA en Hogares Geriátricos de la ciudad de Bogotá en el año 2017

Gráfica 7: Distribución según Estado Civil de Adultos Mayores Institucionalizados Casa Club Pontevedra Ciudad Bogotá D.C Año 2017



Fuente: Jurado J. Parra L. Roa E. Sepúlveda J. Tomado de Archivo personal. Evaluación de la calidad de vida salud relacionada con en adultos mayores aplicando las viñetas COOP/WONCA en Hogares Geriátricos de la ciudad de Bogotá en el año 2017

RESULTADOS VIÑETAS COOP WONCA

Con respecto a los resultados de las viñetas COOP/WONCA en el Hogar Casa Club Pontevedra en General, se encontró que la calidad de vida relacionada con la salud es BUENA con una puntuación total a de 18.91. (Tabla 14). Donde se evidencia que el 18% de los adultos mayores equivalente a $n= 2$ su percepción de su CVRS en el cuartil 1, lo cual corresponde a UNA



EXCELENTE CVRS El 45% correspondiente a n=5 adultos mayores institucionalizados perciben su CVRS en el cuartil 2, lo que corresponde a UNA BUENA CVRS. El 27% (n=3) de los adultos mayores del Hogar San Francisco perciben su CRVS como REGULAR, y por último en el Q4 con un porcentaje de 9% de la muestra equivalente a n= 1 su percepción de es MALA CVRS. (Tabla 14).

Tabla 14: Resultados Globales Viñetas Coop Wonca Hogar San Francisco 2017

Resultados Globales viñetas Coop Wonca Hogar Casa Club Pontevedra			
Encuestado	Resultado	Cuartil	Interpretación
1	23	Q3	REGULAR
2	15	Q2	BUENO
3	24	Q3	REGULAR
4	12	Q1	EXCELENTE
5	23	Q3	REGULAR
6	20	Q2	BUENO
7	18	Q2	BUENO
8	18	Q2	BUENO
9	29	Q4	MALO
10	16	Q2	BUENO
11	10	Q1	EXCELENTE
MEDIA	18,91	Q2	BUENO

Fuente: Jurado J. Parra L. Roa E. Sepúlveda J. Tomado de Archivo personal. Evaluación de la calidad de vida salud relacionada con en adultos mayores aplicando las viñetas COOP/WONCA en Hogares Geriátricos de la ciudad de Bogotá en el año 2017

Según las variables dadas por las Viñetas COOP/WONCA reportan una Actividad Física LIGERA como lo es caminar despacio, obteniendo un promedio de 4.09 puntos (Grafica 8); respecto a la percepción de Sentimientos la población ha percibido UN POCO los problemas emocionales como la depresión, irritabilidad, tristeza y desánimo con una puntuación de 2.45 (Grafica 8); en las Actividades Sociales los pacientes evidencian que su salud física y estado emocional en las últimas dos semanas le han visto limitadas LIGERAMENTE con su familia, grupos y vecinos, teniendo un puntaje de 1.91 (Grafica 8); en las Actividades Cotidianas se evidencia que gran parte de la población adulta mayor presentan POCA dificultad para realizar actividades o tareas habituales con una puntuación de 1.64 (Grafica 8); el Cambio en el Estado de Salud apreciado por los adultos mayores está IGUAL O POR EL ESTILO al de las dos últimas semanas para una valoración de 2.64 (Grafica 8);



el Estado de Salud en general la población la percibe como BUENA con una puntuación de 2.91 (Grafica 8) y se evidencia que el Dolor que han sentido los pacientes en las últimas dos semanas es LIGERO con un puntaje de 3.27 (Grafica 8) Según la distribución en las variables la principal influyente para que la CVRS fuera BUENA y no EXCELENTE en los adultos mayores institucionalizados es la dimensión de Forma Física con una frecuencia entre “Ligera – Muy Ligera” y el Dolor con una mayor frecuencia en “Moderado” (ver tabla 15) y con respecto a los principales factores positivos, son las Actividades Sociales y las Actividades Cotidianas según la percepción del longevo “ se ha limitado ligeramente o han tenido poca dificultades” por su estado de salud” (ver tabla 15).

Tabla 15: Distribución por variables de las viñetas COOP/WONCA en el Hogar Casa Club Pontevedra de la ciudad de Bogotá 2017

HOGAR CASA CLUB PONTEVEDRA			
VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESTADO CIVIL	SOLTERO	4	36%
	CASADO	2	18%
	VIUDO	4	36%
	SEPERADO	1	9%
	MODERADA	3	27%
	LIGERA	4	36%
	MUY LIGERA	4	36%
SENTIMIENTOS	NADA EN ABSOLUTO	4	36%
	UN POCO	1	9%
	MODERADO	3	27%
	BASTANTE	3	27%
ACTIVIDADES SOCIALES	NO, NADA EN ABSOLUTO	6	55%
	LIGERA	2	18%
	MODERADA	2	18%
	MUCHISIMO	1	9%
ACTIVIDADES COTIDIANAS	NO, NADA EN ABSOLUTO	7	64%
	UN POCO DE DIFICULTAD	2	18%
	DIICULTAD MODERADO	1	9%
	MUCHA DIFICULTAD	1	9%
CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD	MUCHO MEJOR	2	18%
	UN POCO MEJOR	1	9%
	IGUAL, POR EL ESTILO	7	64%
	MUCHO MEJOR	1	9%

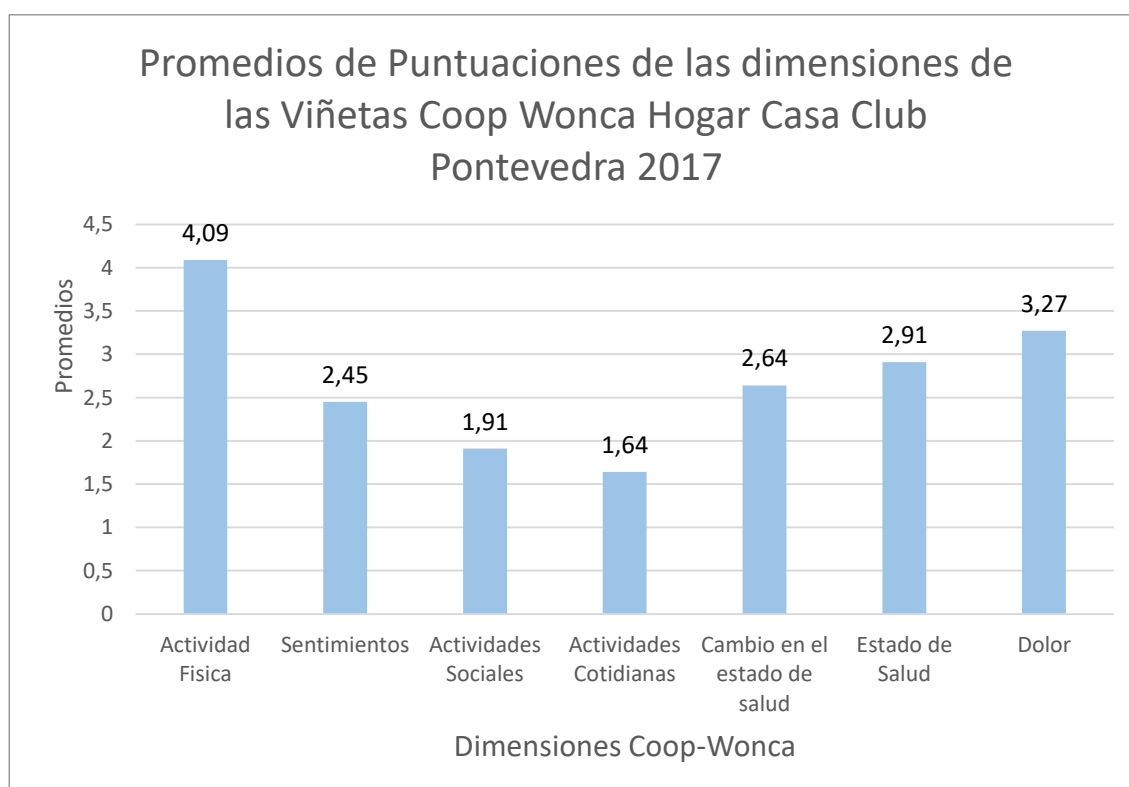


Tabla 15: Continuación

ESTADO DE SALUD	EXCELENTE	2	18%
	MUY BUENA	1	9%
	BUENA	4	36%
	REGULAR	4	36%
DOLOR	NADA	1	9%
	MUY LEVE	1	9%
	LIGERO	3	27%
	MODERADO	6	55%

Fuente: Jurado J. Parra L. Roa E. Sepúlveda J. Tomado de Archivo personal. Evaluación de la calidad de vida salud relacionada con en adultos mayores aplicando las viñetas COOP/WONCA en Hogares Geriátricos de la ciudad de Bogotá en el año 2017

Gráfica 8: Promedio de Puntuaciones las Dimensiones de las COOP/WONCA Casa Club Pontevedra Ciudad Bogotá D.C Año 2017



Fuente: Jurado J. Parra L. Roa E. Sepúlveda J. Tomado de Archivo personal. Evaluación de la calidad de vida salud relacionada con en adultos mayores aplicando las viñetas COOP/WONCA en Hogares Geriátricos de la ciudad de Bogotá en el año 2017

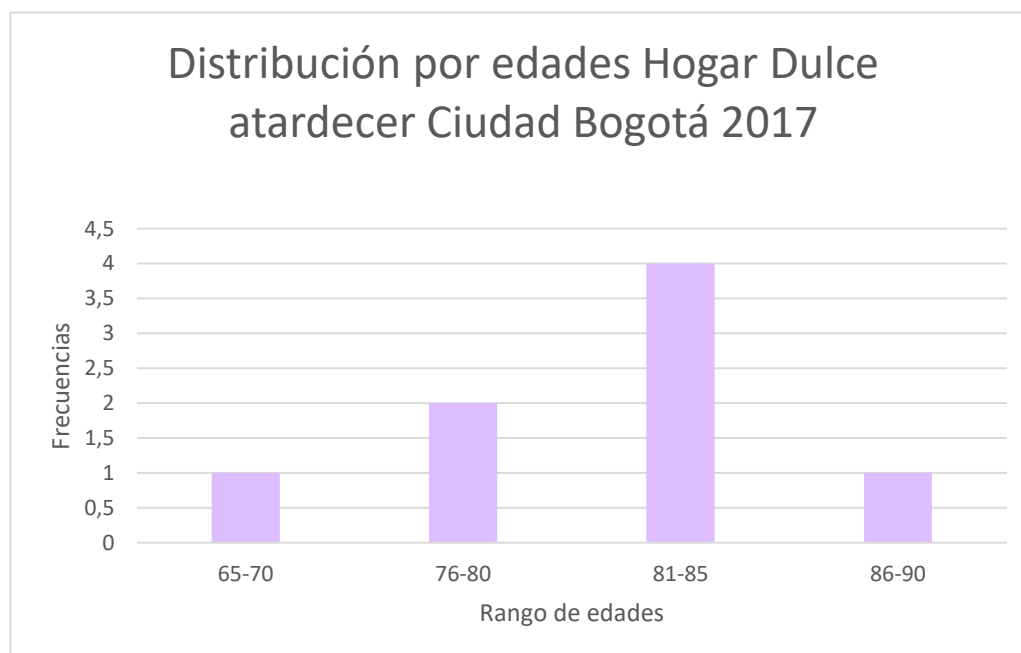
6.3.3 HOGAR GERIÁTRICO DULCE ATARDECER

ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

En el Hogar Dulce Atardecer se aplicó el instrumento a un grupo de población de 8 adultos mayores institucionalizados que cumplían con los criterios de inclusión.

Se encontró un promedio de edad de 80.25 años, donde predomina el rango entre las edades 81 a 85 años (Grafica 9); adicional se encuentra que el 88% son mujeres y 12% son hombres (ver tabla 16). El estado civil que predomina es casado y viudo con un 38%, seguido de un 13% para la población soltera al igual que los separados (Grafica 10).

Gráfica 9: Distribución por edades Hogar Dulce Atardecer Ciudad Bogotá 2017



Fuente: Jurado J. Parra L. Roa E. Sepúlveda J. Tomado de Archivo personal. Evaluación de la calidad de vida salud relacionada con en adultos mayores aplicando las viñetas COOP/WONCA en Hogares Geriátricos de la ciudad de Bogotá en el año 2017

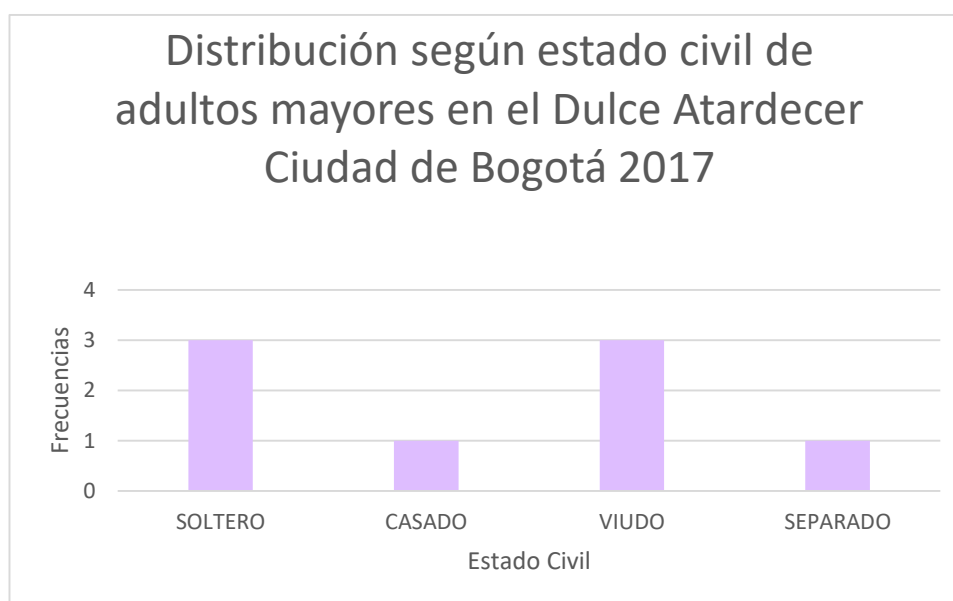


Tabla 16: Distribución por sexo en Hogar Dulce Atardecer Ciudad de Bogotá 2017

DULCE ATARDECER			
VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEXO	HOMBRE	1	13%
	MUJER	7	88%

Fuente: Jurado J. Parra L. Roa E. Sepúlveda J. Tomado de Archivo personal. Evaluación de la calidad de vida salud relacionada con en adultos mayores aplicando las viñetas COOP/WONCA en Hogares Geriátricos de la ciudad de Bogotá en el año 2017

Gráfica 10: Distribución según estado civil de adultos mayores en el Dulce Atardecer Ciudad de Bogotá 2017



Fuente: Jurado J. Parra L. Roa E. Sepúlveda J. Tomado de Archivo personal. Evaluación de la calidad de vida salud relacionada con en adultos mayores aplicando las viñetas COOP/WONCA en Hogares Geriátricos de la ciudad de Bogotá en el año 2017

RESULTADOS VIÑETAS COOP/WONCA

Con respecto a los resultados de las viñetas COOP/WONCA en el Hogar Dulce Atardece en General, se encontró que la calidad de vida relacionada con la salud es BUENA con una puntuación total a de 17.65. (Tabla 17). Donde se



evidencia que el 13% de los adultos mayores equivalente a $n=1$ su percepción de su CVRS en el cuartil 1, lo cual corresponde a UNA EXCELENTE CVRS El 63% correspondiente a $n=5$ adultos mayores institucionalizados perciben su CVRS en el cuartil 2, lo que corresponde a UNA BUENA CVRS. El 25% ($n=2$) de los adultos mayores del Hogar San Francisco perciben su CRVS como REGULAR, y por último ningún adulto mayor institucionalizado percibió su CSRV en el cuartil 4 (Tabla 17).

Tabla 17: Resultados Globales viñetas Coop Wonca Hogar Dulce Atardecer 2017

Resultados Globales viñetas Coop Wonca Hogar Dulce Atardecer			
Encuestado	Resultado	Cuartil	Interpretación
1	23	Q3	REGULAR
2	17	Q2	BUENO
3	15	Q2	BUENO
4	11	Q1	EXCELENTE
5	15	Q2	BUENO
6	25	Q3	REGULAR
7	19	Q2	BUENO
8	17	Q2	BUENO
MEDIA	17,75	Q2	BUENO

Fuente: Jurado J. Parra L. Roa E. Sepúlveda J. Tomado de Archivo personal. Evaluación de la calidad de vida salud relacionada con en adultos mayores aplicando las viñetas COOP/WONCA en Hogares Geriátricos de la ciudad de Bogotá en el año 2017

Según las variables dadas por las Viñetas COOP/WONCA reportan una Actividad Física LIGERA como lo es caminar despacio, obteniendo un promedio de 4.13 puntos (Grafica 11); respecto a la percepción de Sentimientos la población ha percibido UN POCO los problemas emocionales como la depresión, irritabilidad, tristeza y desánimo con una puntuación de 2.13 (Grafica 11); en las Actividades Sociales los pacientes evidencian que su salud física y estado emocional en las últimas dos semanas le han visto limitadas LIGERAMENTE con su familia, grupos y vecinos, teniendo un puntaje de 1.88 (Grafica 11); en las Actividades Cotidianas se evidencia que gran parte de la población adulta mayor presentan POCA dificultad para realizar actividades o tareas habituales con una puntuación de 2 (Grafica 11); el Cambio en el Estado de Salud apreciado por los adultos mayores está UN POCO MEJOR al de las dos últimas semanas para una valoración de 3.13 (Grafica 11); el Estado de Salud en general la población la percibe como BUENA con una puntuación de 3.13 (Grafica 11) y se evidencia que el Dolor que han sentido los pacientes en las últimas dos semanas es LIGERO con un puntaje de 2.5 (Grafica 11)



Según la distribución de las variables la principal influyente para un resultado de CRVS buena y no excelente en los adultos mayores institucionalizados es la dimensión de Forma Física con una frecuencia entre “Ligera” y el Dolor con una mayor frecuencia en “Ligero” (ver tabla 18) y con respecto a los principales factores positivos, son las Actividades Sociales y las Actividades Cotidianas según la percepción del longevo “se ha limitado ligeramente o han tenido poca dificultades” por su estado de salud, además de consideras que los cambios en su estado de salud con respecto de las dos últimas semanas ha estado “Un Poco Mejor”(ver tabla 18)

Tabla 18: Distribución por variables de las viñetas COOP/WONCA en el Hogar Dulce Atardecer de la ciudad de Bogotá 2017

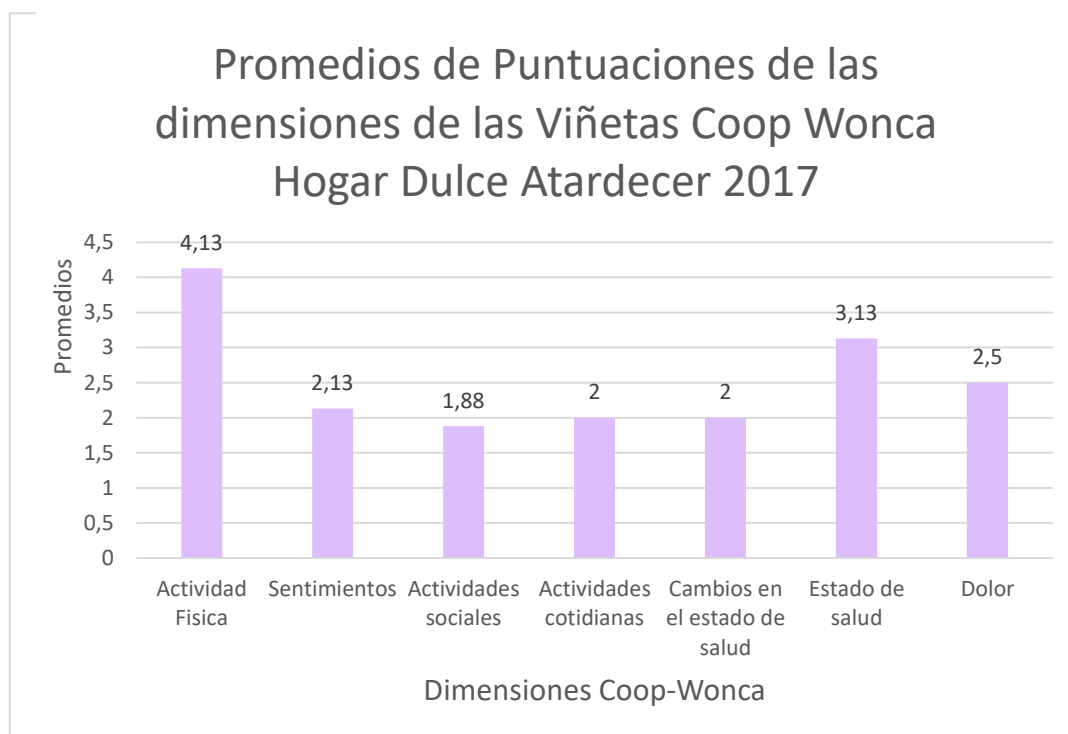
HOGAR DULCE ATARDECER			
VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESTADO CIVIL	SOLTERO	3	38%
	CASADO	1	13%
	VIUDO	3	38%
	SEPARADO	1	13%
	MODERADA	1	13%
	LIGERA	5	63%
	MUY LIGERA	2	25%
SENTIMIENTOS	NADA EN ABSOLUTO	1	13%
	UN POCO	5	63%
	MODERADO	2	25%
ACTIVIDADES SOCIALES	NO, NADA EN ABSOLUTO	3	38%
	LIGERA	3	38%
	MODERADA	2	25%
ACTIVIDADES COTIDIANAS	NO, NADA EN ABSOLUTO	4	50%
	UN POCO DE DIFICULTAD	2	25%
	MUCHA DIFICULTAD	2	25%
CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD	MUCHO MEJOR	3	38%
	UN POCO MEJOR	2	25%
	IGUAL, POR EL ESTILO	3	38%
ESTADO DE SALUD	EXCELENTE	1	13%
	BUENA	5	63%
	REGULAR	2	25%

Tabla 18: Continuación

DOLOR	NADA	3	38%
	MUY LEVE	2	25%
	LIGERO	1	13%
	INTENSO	2	25%

Fuente: Jurado J. Parra L. Roa E. Sepúlveda J. Tomado de Archivo personal. Evaluación de la calidad de vida salud relacionada con en adultos mayores aplicando las viñetas COOP/WONCA en Hogares Geriátricos de la ciudad de Bogotá en el año 2017

Gráfica 11: Promedios de Puntuaciones de las dimensiones de las Viñetas Coop Wonca Hogar Dulce Atardecer 2017



Fuente: Jurado J. Parra L. Roa E. Sepúlveda J. Tomado de Archivo personal. Evaluación de la calidad de vida salud relacionada con en adultos mayores aplicando las viñetas COOP/WONCA en Hogares Geriátricos de la ciudad de Bogotá en el año 2017



6.4 RESULTADOS VIÑETAS COOP-WONCA DE LOS HOGARES GERIÁTRICOS GENERALES

La recopilación en general de los 3 hogares geriátricos divididos en las 5 sedes se observa en la tabla 19

Tabla 19: Tabla de Frecuencia Global Resultados Viñetas COOP/WONCA

TABLA DE FRECUENCIA GLOBAL			
	INTENSA	2	5%
	MODERADA	8	21%
	LIGERA	14	37%
	MUY LIGERA	14	37%
SENTIMIENTOS	NADA EN ABSOLUTO	15	39%
	UN POCO	8	21%
	MODERADO	9	24%
	BASTANTE	4	11%
	INTENSA	2	5%
ACTIVIDADES SOCIALES	NO, NADA EN ABSOLUTO	15	39%
	LIGERA	9	24%
	MODERADA	8	21%
	BASTANTE	4	11%
	MUCHISIMO	2	5%
ACTIVIDADES COTIDIANAS	NO, NADA EN ABSOLUTO	17	45%
	UN POCO DE DIFICULTAD	7	18%
	DIICULTAD MODERADO	4	11%
	MUCHA DIFICULTAD	7	18%
	TODO, NO HE PODIDO HACER NADA	3	8%
CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD	MUCHO MEJOR	6	16%
	UN POCO MEJOR	9	24%
	IGUAL, POR EL ESTILO	21	55%
	UN POCO MEJOR	1	3%
	MUCHO MEJOR	1	3%



Tabla 19: Continuación

ESTADO DE SALUD	EXCELENTE	4	11%
	MUY BUENA	2	5%
	BUENA	17	45%
	REGULAR	13	34%
	MALA	2	5%
DOLOR	NADA	7	18%
	MUY LEVE	10	26%
	LIGERO	5	13%
	MODERADO	11	29%
	INTENSO	5	13%

Fuente: Jurado J. Parra L. Roa E. Sepúlveda J. Tomado de Archivo personal. Evaluación de la calidad de vida salud relacionada con en adultos mayores aplicando las viñetas COOP/WONCA en Hogares Geriátricos de la ciudad de Bogotá en el año 2017

6.5 COMPARACIÓN DE LOS HOGARES GERIÁTRICOS

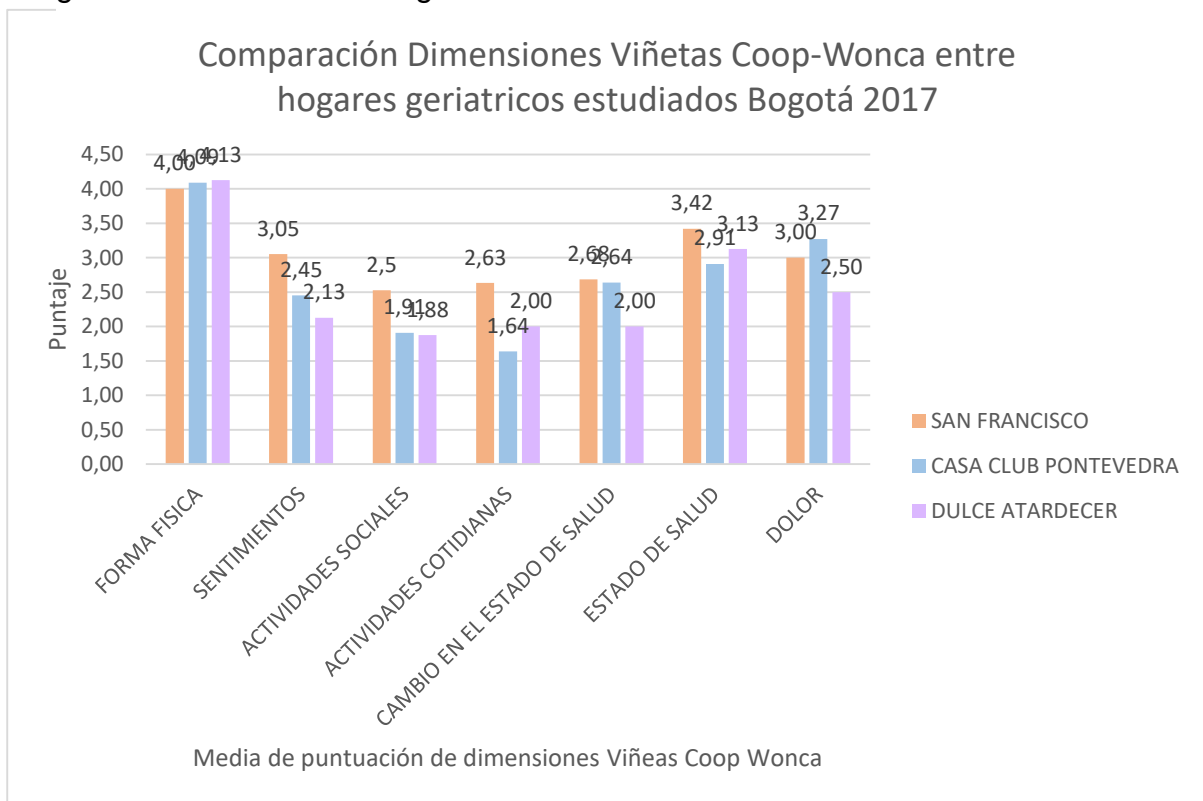
Se evidencia que en los tres geriátricos se encuentran 2 en el percentil No. 2 (14.1-21) dando una calidad de vida relacionada a la salud BUENA y 1 en el percentil No.3 (21.1-8) dando una calidad de vida relacionada con la salud REGULAR. De acuerdo, a los títulos de las viñetas COOP/WONCA, se evidencio que en la forma física de los tres geriátricos se encuentran en una actividad física LIGERA, como por ejemplo caminar despacio. Según la dimensión de sentimientos se demuestra que en el hogar San francisco esta la mayor puntuación la cual hace referencia que los adultos mayores institucionalizados en dicho hogar perciben que lo han molestado sentimientos de tristeza, irritabilidad o desanimo MODERADAMENTE en comparación de los otros dos Hogares han experimentado dichos UN POCO sentimientos de ansiedad, depresión o tristeza e irritabilidad, En las actividades sociales fue una de las dimensiones con menos puntaje en los tres Hogares; sin embargo se evidencia que en el geriátrico San francisco han tenido limitación de manera MODERADA por su estado de salud para la realización de actividades sociales según lo referido por los adultos mayores, mientras en Casa Club Pontevedra y Dulce atardecer tienen limitación LIGERAMENTE con respecto a la realización de actividades sociales con familia, amigos y/o vecinos.



Según, las Actividades cotidianas en los tres hogares se obtuvo una puntuación baja; sin embargo, se refleja que San Francisco tienen DIFICULTAD MODERADA para realizar actividades habituales dentro y fuera de la casa mientras en Casa Club Pontevedra y Dulce Atardecer manifiestan un POCO DE DIFICULTAD. Por otro lado, encontramos los Cambios en el estado de salud en el Hogar San Francisco y Casa Club Pontevedra los adultos mayores consideran que su estado de salud es IGUAL, POR EL ESTILO, comparado con su estado de salud de hace dos semanas, mientras que en Dulce Atardecer refieren que su estado de salud es UN POCO MEJOR comparándolo con el de hace dos semanas.

Con respecto al estado de salud en general se demuestra que en los tres hogares geriátricos los adultos mayores consideran BUENA su salud en general y, por último, el Dolor se observó que en los tres Hogares los adultos mayores refieren haber experimentado en algún grado algún tipo de dolor, el cual se categoriza como un DOLOR LIGERO según las puntuaciones obtenidas. (Gráfica 16).

Gráfica 12: Comparación Dimensiones Viñetas Coop-Wonca entre hogares geriátricos estudiados Bogotá 2017



Fuente: Jurado J. Parra L. Roa E. Sepúlveda J. Tomado de Archivo personal. Evaluación de la calidad de vida salud relacionada con en adultos mayores aplicando las viñetas COOP/WONCA en Hogares Geriátricos de la ciudad de Bogotá en el año 2017.



7. DISCUSIÓN

En esta investigación se realizó una evaluación de la CVRS del adulto mayor institucionalizado, por medio de las viñetas COOP/WONCA, asociándolo a los aspectos propuestos por parte de cada uno de los hogares geriátricos en investigación, lo que nos permite identificar la CVRS de la población a estudio y recomendar a los hogares geriátricos estudiados medidas de acción para fortalecer los aspectos que se encuentren desfavorables en los resultados obtenidos, con lo que se pretende contribuir a que, en un futuro, se realicen más estudios que puedan suplir los vacíos a nivel de la investigación en el área de la Medicina Familiar y Comunitaria.

A nivel nacional, en el año 2011 se realizó un estudio en Pereira, Colombia denominado “Calidad de vida en ancianos institucionalizados en Pereira” que tenía como objetivo valorar la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores pertenecientes a cinco geriátricos del estado seleccionados, aplicando las viñetas COOP/WONCA. El estudio se realizó en tres fases, las cuales se aplicaron en una población de 253 adultos con una participación 122 y una exclusión de 6; dónde los resultados que se lograron revelaban tan solo la participación real de 79 adultos, de los cuales 42 eran mujeres y 37 hombres, en la encuesta de línea de base las viñetas obtuvieron que un 9.6% de la población evaluada presentó una buena calidad de vida, 47.1% una CV insuficiente; 33.7% tenía deficiente CV y el 9.6% restante una mala CV. Evidenciándose una calidad de vida insuficiente en los adultos mayores estudiados en esta investigación (7).

Dentro de los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, se estableció que para evaluar los tres geriátricos se dividiría en 4 cuartiles y la CV de 2 de los hogares geriátricos se encuentra en el cuartil número 2 (14.1-21) evidenciando una CVRS BUENA, mientras que un Hogar Geriátrico su puntuación global se encontró en el percentil No. 3 evidenciando una CVRS REGULAR. Cada uno de los ítems evaluados por las viñetas COOP/ WONCA es analizado de acuerdo con los resultados presentando algunas variaciones de un geriátrico con respecto al otro; sobre todo en la parte del “Dolor” y “Actividades cotidianas” donde los resultados varían entre LIGERO-MODERADO Y DEFICIENTE en ambos casos.

Ahora bien, existe punto de comparación entre cada uno de los ítems la actividad cotidiana del estudio de Pereira que muestra actividades moderadas a ninguna en absoluto, mientras que, en el dolor, se encontró de dolor de ligero a intenso, similar a nuestra investigación. Se considera un aspecto negativo en el estudio ya mencionado, el desconocimiento de las patologías de base de los adultos mayores que quizás ocasionen limitaciones en las actividad o aumento de sus molestias físicas, sin embargo, en nuestra investigación fue posible identificar comorbilidades, como un plus para poder entender por qué se presenta más dolor y limitaciones físicas. Dentro de lo que se encontró, se evidencia que un 25,93% de los adultos mayores usan analgesia, mientras que



un 74,04% no usan. Y en cuanto a limitantes físicas encontramos que las comorbilidades que más se presentan en la población estudiada son Hipertensión arterial con 48,15% e Hipotiroidismo con un 37,04%, seguida por Insuficiencia Cardíaca y Diabetes Mellitus con un 14,81% cada una. Lo cual nos permite esclarecer y entender las limitaciones físicas de la población estudiada; sin embargo, para la dimisión de dolor no es posible identificar las causas por medio de las patologías presentadas anteriormente, por lo que se toma a consideración, las otras comorbilidades adicionales que padecen los adultos mayores, asociado también a la falta de analgesia que varios presentan.

En el estudio denominado “Determinación de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis de columna vertebral” realizado en el año 2016, en Riobamba, Chimborazo en Ecuador, donde la evaluación de la CVRS de los adultos mayores de este estudio tenían una comorbilidad esclarecida y era la osteoartritis; en este caso, las dimensiones que mayores puntuaciones alcanzaron fueron dolor, cambios en el estado de salud, actividades cotidianas y estado de salud (38). Lo que demuestra que, al tener un conocimiento de la comorbilidad del paciente, hará más claro el por qué hay mayor puntuación en las dimensiones de dolor y actividad física. Razón por la cual se recomienda para futuros estudios la correlación de las comorbilidades de los adultos mayores con la CRVS ya que en nuestro estudio no se profundiza en ese aspecto, debido a que no hace parte de los objetivos planteados.

A pesar de que en el estudio realizado en Pereira se evidencia una calidad de vida insuficiente en los adultos mayores estudiados. Es importante aclarar el tipo de geriátrico en el que estos investigadores trabajaron. A diferencia de nuestro estudio los investigadores de Pereira, se basaron en hogares gerontológicos públicos, mientras que nuestra investigación fue desarrollada en establecimientos privados. Además, es importante aclarar que cada uno de los 3 estudios mencionados incluyendo el de nosotros, tuvo un método estadístico de interpretación diferente, debido a que esta viñeta no presenta cifras de corte (38), para poder determinar si es mejor o peor la percepción de la CVRS, sin embargo, su análisis e interpretación no varía notablemente en los resultados entre un estudio y otro.

En la presente investigación, se utilizó 7 dimensiones debido a que según Urbano Solís *et al.* en su estudio “Cuestionario COOP/WONCA, validez y fiabilidad de su utilización en pacientes con osteoartritis” realizado en el 2014, demuestra un coeficiente de correlación intra-clase alfa de Cronbach con un valor que muestra una fiabilidad muy alta(39). Razón por la cual escogimos esta estas viñetas por: fiabilidad, validez, rápida aplicación y fácil interpretación además de que se puede realizar en 30 - 45 segundos por lámina para un total de 3.5 a 4.5 minutos(3).

Y en lo que refiere, a las limitaciones de este estudio, se incurre en un sesgo de inclusión secundario a la selección de una categoría demográfica estrecha

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES
U.D.C.A.
PROGRAMA DE MEDICINA HUMANA



y al tamaño muestral utilizado, lo que sugiere que posiblemente no se pueda extrapolar los resultados a toda la población de adulto mayor institucionalizado, sino solo a los pacientes de la tercera edad epidemiológicamente similares a los aquí evaluados y que se encuentran institucionalizados en hogares geriátricos privados que cumplan la mínima normativa para el funcionamiento de estos. Además, no fue posible recolectar algunos datos de comorbilidades presentes en uno de los geriátricos evaluados, por cambio de administración.



8. CONCLUSIONES

Las viñetas COOP/WONCA constituyen un instrumento que evalúa de manera integral a los adultos mayores por medio de los ítems que se encuentran en ella, además que es de fácil acceso, aplicación y comprensión por medio de gráficas para la población a estudio y logra una participación más activa y el fortalecimiento de la relación médico paciente.

La calidad de vida relacionada con la salud en los adultos mayores institucionalizados evaluados en este estudio fue Buena en dos hogares y en un Hogar fue Regular, con aspectos socioambientales de los hogares participantes homogéneos. Los grupos de población del estudio tienen mayor afectación en la forma física y nivel del dolor, lo cual lleva a una disminución en la calidad de vida, mientras las actividades sociales y cotidianas fueron dimensiones con un puntaje menor.

La dimensión más afectada a nivel de los tres geriátricos es la "Forma Física" por lo cual se hicieron recomendaciones al respecto para poder mejorar esta variable teniendo en cuenta los antecedentes médicos del adulto mayor institucionalizado, realizando de manera individualizada y así cada geriátrico podrá mejorar su calidad de vida relacionada con la salud.



9. RECOMENDACIONES A LOS HOGARES GERIATRICOS

Según los hallazgos encontrados, se recomiendan a los hogares geriátricos estudiados, medidas de acción para fortalecer los aspectos influyentes en la calidad de vida relacionada con la salud.

- **Aspectos que mejorar**

Actividad Física

Es la dimensión principal con puntuación más alta, según los resultados globales del estudio. Por ello que se dan una serie de recomendaciones generales basados en la bibliografía y los resultados de este estudio, con el fin de mejorar la actividad física del adulto mayor institucionalizado. Los parámetros para lograr efectos beneficiosos a nivel salud por medio de la actividad física son (40, 41):

Tabla 20: Recomendaciones de actividad física

• Mantener una actitud entusiasta al practicar ejercicio.
• Conservar un nivel de hidratación adecuado, ingiriendo alrededor de un litro y medio de agua antes, durante y después del ejercicio.
• Para alcanzar buenos resultados, la duración de la rutina debe ser de media hora en promedio.
• Realizar un calentamiento previo de alrededor de 10 minutos para evitar lesiones musculares.
• Utilizar ropa holgada (de preferencia de algodón) y calzado deportivo cómodo.
• Aumentar el ejercicio de manera gradual, empezando con 5 minutos hasta llegar a los 30 minutos.
• Comenzar con ejercicios de bajo nivel de esfuerzo, e ir incrementando dicho nivel.
• Combinar ejercicios de corazón, de fuerza y de equilibrio.
• No desistir. Pedir a alguien que sea su compañero de ejercicio.



Tabla 20: Continuación

<ul style="list-style-type: none"> • Es recomendable ser supervisado por un profesional del ejercicio.
<ul style="list-style-type: none"> • Si se observa algún tipo de malestar, se recomienda suspender el ejercicio; si la molestia continúa, será conveniente acudir al médico para una valoración
<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de Actividad se recomienda, ejercicios que requieran la participación de grandes grupos musculares y que pueda ser sostenida en un periodo de tiempo más o menos prolongado, de naturaleza rítmica y aeróbica. Por ejemplo: caminar, marchar, nadar, bicicleta estacionaria, juegos adaptados para la edad.

Fuente: Oswaldo Ceballos Gurrola, Javier Álvarez Bermúdez, Rosa Elena Medina Rodríguez. Actividad física y calidad de vida en adultos mayores. Un análisis en la Ciudad de Monterrey. Capítulo 1.

Tabla: Elaboración Jurado J. Parra L. Roa E. Sepúlveda J.

Manejo del Dolor

El dolor en el adulto mayor con mayor frecuencia es de tipo crónico, el cual puede estar relacionado con las múltiples comorbilidades del paciente longevo; además de encontrarse en una condición de institucionalización que aumenta el riesgo a padecer un dolor moderado a severo y este no debe subestimarse (42,43). En los resultados obtenidos, se encontró que la dimensión del Dolor es la segunda influyente negativa en la puntuación global de las viñetas COOP/WONCA, por lo que se recomiendan algunas actividades que pueden ayudar a manejar el dolor, como se describen en la tabla 17.

Tabla 21: Recomendaciones manejo del dolor para adulto mayor

<ul style="list-style-type: none"> • Individualizar cada paciente, relacionar sus comorbilidades físicas, mentales, y sociales.
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar revaloraciones constantes por medio del médico de cabecera o especialista en manejo del dolor, con el fin de brindar un manejo terapéutico oportuno y adecuado.
<ul style="list-style-type: none"> • Tener recursos de recuperación funcional; es decir un equipo multidisciplinario que participe constantemente en la rehabilitación y manejo del dolor del paciente mayor.
<ul style="list-style-type: none"> • El manejo farmacológico debe ser indicado por un médico certificado
<ul style="list-style-type: none"> • Informar los riesgos dados por la automedicación o la medicación formulada a dosis no indicadas.
<ul style="list-style-type: none"> • Tener vigilancia constante ante las reacciones adversas de los analgésicos instaurados para el manejo del dolor.
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar valoración constante de psicología, puesto que el dolor en el adulto mayor puede relacionarse a factores mentales, sociales y familiares.

Fuente: Javier Gómez Pavón. El anciano con dolor. Capítulo 55. 2015. Elsevier España.

Tabla: Elaboración Jurado J. Parra L. Roa E. Sepúlveda J.



9.1 RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO

La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor es un tema que debe interesar al profesional de la salud, es por ello que, se sugiere realizar más estudios que puedan enriquecer los métodos de evaluación de la calidad de vida en el paciente longevo.

La variable de condición de base o patologías y comorbilidades de todos los adultos mayores del estudio fueron factores que no se tuvieron en cuenta a la hora del desarrollo de esta investigación; sin embargo, los resultados de este estudio sugieren una relación entre esta variable con los resultados de las dimensiones de dolor y actividad física, por lo que se recomienda en próximas investigaciones hacer un estudio de correlación de las viñetas COOP/WONCA con patologías de base.

La evaluación de la calidad de vida del adulto mayor, posterior a una intervención como puede ser actividades de fortalecimiento, físico, cognitivo o social, pueden ser significativas a la hora de identificar los factores influyentes en la calidad de vida, es por ello que se sugiere la realización de este tipo de estudios implementando las viñetas COOP/WONCA.



10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los principios éticos de esta investigación, se garantizan por medio de la Resolución 8430 de 1993 que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. La población a estudio son adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos, quienes son evaluados por medio de una escala denominada “Viñetas COOP/WONCA” la cual estima criterios subjetivos con respecto a la calidad de vida relacionada con la salud; razón por la cual se usa el principio de la autonomía y autodeterminación para contestar libremente la escala propuesta, basándose en el consentimiento informado, claramente explicado en el artículo 15 y 16 de la resolución a mención, además de tener en cuenta la valoración de la capacidad del adulto mayor para la toma de decisiones (39).

Así mismo, es importante aclarar que se utilizan técnicas y métodos de investigación documental en la cual no se realiza ninguna intervención o modificación de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, por tanto, de acuerdo al Artículo 10 y 11 se cataloga como investigación sin riesgo (39).



PRESUPUESTO

PRESUPUESTO

Rubros / Fuente	Descripción	Valor Unitario	Unidades	Valor Total	Ciudad
Personal Investigador	Persona encargada del desarrollo del proyecto.	\$500.000	4	\$2.000.000	Bogotá D.C.
Asesor Científico	Persona encargada de orientar y asesorar a los investigadores.	\$2.500.000	1	\$2.500.000	Bogotá D.C.
Asesor Metodológico	Persona encargada de orientar y asesorar a los investigadores.	\$1.500.000	1	\$1.500.000	Bogotá D.C.
Transportes	Desarrollo del proyecto y aplicación de instrumento	\$2.200	24	\$52.800	Bogotá D.C.
Tecnología	Desarrollo del proyecto y aplicación de instrumento	\$500.000	4	\$2.000.000	Bogotá D.C.
Fotocopias	Desarrollo del proyecto y aplicación de instrumento	\$100	200	\$20.000	Bogotá D.C.
Impresiones	Desarrollo del proyecto y aplicación de instrumento	\$300	400	\$120.000	Bogotá D.C.
Medios Magneticos	Desarrollo del proyecto y aplicación de instrumento	\$60.000	1	\$60.000	Bogotá D.C.
Total		\$5.062.600		\$8.252.800	



BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Española Geriatr Gerontol 2002; 37(S2):74-105.
2. López Alonso Sergio R., Martínez Sánchez Carmen M., Romero Cañadillas Ana B., Angel Rueda Marta. Validez y fiabilidad del cuestionario COOP/WONCA cumplimentado vía telefónica en personas con artrosis de cadera y rodilla. Index Enferm [Internet]. 2005 Mar [citado 2017 Mar 17]; 14(51): 24-28.
Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300005&lng=es.
3. Granados Hernández M, Muñoz Rojas D. Factores que inciden en la calidad de vida de las personas adultas mayores. Rev Enfermería Actual en Costa Rica [Internet]. 2015;29:1–16. ISSN-e 1409-4568, No 29, 2015 (Ejemplar Dedicado Edición Actual Edición No 29 julio-diciembre 2015). 2015;(29):3. Disponible en: www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n29/1409-4568-enfermeria-29-00092.pdf,
4. Lic. Mary O. Guillard León Resumen. factores que intervienen en la calidad de vida de la población de Marianao. 2009;
Disponible en: <http://cbioetica.org/revista/92/921822.pdf>
5. Andrade Osorio Érika, Padilla Raygoza Nicolás, Ruiz Paloalto M^a Laura. Barreras percibidas y nivel de actividad física en adultos mayores de Aguascalientes, Ags.: un estudio transversal. Enferm. glob. [Internet]. 2013 Jul [citado 2017 Oct 23] ; 12(31): 34-51. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000300003&lng=es.
6. Cardona D, Agudelo H. Satisfacción Personal como Componente de la Calidad de Vida de los Adultos de Medellín. Rev Salud Pública. 2007;9(4):5419.
7. Martínez JW, Anderson AH, Dussan JC, Alvarez BJA, Bedoya WF, Carvajal RJA, et al. Calidad de vida en ancianos institucionalizados de Pereira. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2011;40(4):700–8.
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80622345007>
8. Figueredo L, Rivera V. Calidad de vida específica relacionado con salud de adultos mayores institucionalizados en los centros geriátricos de la localidad 10 de engativá de la ciudad de bogotá, que padecen insuficiencia cardiaca congestiva. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. 2009.
Disponible en:
<http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/297/1/202601.pdf>



9. Urzúa M, Alfonso, & Caqueo-Urizar, Alejandra. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
10. Placeres JF, de León Rosales L, Delgado I. La familia y el adulto mayor. *Rev. Med. Electrón.* [Internet]. 2011 Ago [citado 2017 Abr 22] ; 33(4): 472-483. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400010&lng=es.
11. Parra Bolívar HA. Relaciones que dan origen a la familia. *Medellín*. 2005;1–60. Disponible en: <http://tesis.udea.edu.co/bitstream/10495/348/1/RelacionesOrigenFamilia.pdf>.
12. Villafuerte J, Alonso Y, Alonso Y, Alcaide Guardado Yuleydi, Leyva Betancourt Isis, Arteaga Cuéllar Yoleisy. El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. *Medisur* [Internet]. 2017 Feb [citado 2017 Mar 16] ; 15(1): 85-92. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000100012&lng=es.
13. Estadísticas departamento administrativo nacional de Censo general 2005 - Población adulta mayor. *Censo General 2005 Población Adulta Mayor* [Internet]. 2006;1–14. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/censos/presentaciones/poblacion_adulto_mayor.pdf
14. Bruna M, Reinoso Z, San Martín R. El abandono una problemática en el adulto mayor. 2013;1–14. Disponible en: http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Via del Mar 2003/Abandono_una_problematika_en_el_adulto_mayor.pdf
15. Saura Llamas J. La investigación en medicina familiar en España y en la Comunidad Autónoma. *Research in Family Medicine in Spain and in the Autonomous Community* . 2008. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/507/50719086008.pdf>.
16. Rubinstein A. Investigación en la práctica de la medicina familiar: una causa perdida o un desafío pendiente. *Colombia Medica* [Internet]. 2012;43(1):103–7. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/download/1065/1772>
17. Guadalupe M, Galán N. La calidad de vida: Análisis multidimensional. *Enfermedad Neurológica* [Internet]. 2012;11(3):129–37.
18. Gómez EO, Villa Guardiola VJ. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*. 2014;10(1):11–20.



19. Salvador E. Hacia el Balance de Vida, Trabajo y Familia. 2016. [Internet]. 2017 Feb [citado 2017 Mar 16] ISBN 978-987-46012-1-6 disponible en: <http://www.empresas.org.sv/wp-content/uploads/2011/07/1709-Hacia-el-Balance-de-Vida-Trabajo-y-Familia.pdf>

20. Alba LH. Familia y práctica médica. Revisión. Univ Méd Bogotá. 2012;53(2):166–85. 2017 Feb [citado 2017 Mar 16] Disponible en: <http://medicina.javeriana.edu.co/documents/3185897/3187464/Familia+y+practica+medica.pdf/0e6cfaf5-0ad8-4e41-9106-80c3692de96f>

21. Ministerio de Salud. Diagnóstico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia. *Minist Salud*. 2013;(1):19. Disponible en: http://biblioteca.ceditel.gob.ve/ABCD/bases/biblo/texto/periodismo_y_comunicacion_para_todas_las_edades.pdf#page=27.

22. Bustos Angulo, L. F., Sánchez Londoño, J. P., Ulloa Rodríguez, M., Baena Rivero, A., & Feliciano Alfonso, J. E. (2012). Prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados en un hogar geriátrico del municipio de Chía Cundinamarca y su relación con percepción de funcionalidad familiar. *Family Medicine Department, Especialization*.

23. Esther, M., Lauzarique, A., Marisabel, D., & Rosabal, R. (2014). Calidad de la atención al adulto mayor en el consultorio del Médico de la Familia Quality of care to the older adult population at the family physician's office, 30(4), 388–401.

24. Polizzi L, Arias CJ. Los vínculos que brindan mayor satisfacción en la red de apoyo social de los adultos mayores. *Pensando Psicol* [Internet]. 2014;10(17):61–70. Disponible en: <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/785>

25. Trujillo AJ, Mroz TA, Piras C, Angeles G, Tran N. Caregiving and elderly health in Mexico. *Int J Health Serv* [Internet]. 2012;42(4):667–94. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4373554&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

26. Sepúlveda R Catalina, Rivas Edith, Bustos M Luis, Illesca P Mónica. Perfil socio-familiar en adultos mayores institucionalizados: temuco, padre las casas y nueva imperial. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2010 Dic [citado 2017 May 10]; 16(3): 49-61. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000300007>.



27. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. J Chem Inf Model. 2015;53(9):1689–99.
28. Pedrero-pérez EJ, Manuel J. Atención Primaria COOP / WONCA : fiabilidad y validez de la prueba. 2016;48(1).
29. Lizán L, Reig A. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. Atención Primaria. 2002; 29(6):378–84.
30. Solis Cartas Urbano, Hernández Cuéllar Isabel María, de Armas Hernandez Arelys, Ulloa Alfonso Alberto. Cuestionario COOP/WONCA, validez y fiabilidad de su utilización en pacientes con osteoartritis. Rev Cuba Reumatol [Internet]. 2014 Ago [citado 2017 Mar 25] ; 16(2).
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962014000200003&lng=es.
31. Vázquez-Ramírez LA, González-Pedraza Avilés A. Ansiedad, depresión y calidad de vida en un grupo de médicos residentes de la ciudad de México. Atención Fam [Internet]. 2014;21(4):109–12.
Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30030-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30030-X)
32. Méndez Casadiego D, Porras Suarez L, Calidad de vida del adulto mayor con dolor crónico secundario a osteoartrosis en la fundación hogares la candelaria de los municipios madrid y tenjo, colombia, octubre 2015. 2015;1–40.
33. Hernández H, Goelkel A. Calidad de vida específica relacionada con salud del adulto mayor con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica institucionalizado localidad Engativa de Bogotá D.C. 2008. U.D.C.A [Internet]. 2008 [03/01/2017]. 69 pags. Disponible en: <http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/handle/11158/298>.
34. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 - 2021. Minist salud [Internet]. 2012;(32):2012–21.
Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/Plan Decenal - Documento en consulta para aprobación.pdf>
35. Consulta de la Norma: En el texto: (Bogotá DC, 2017) Bibliografía: Bogotá DC, S. (2017). BOGOTÁ. DC, S. D. D. S. Consulta de la Norma:. [online] Alcaldiabogota.gov.co. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=786> [Accessed 17 Mar. 2017].
36. Consulta de la Norma: En el texto: (Bogotá DC, 2017) Bibliografía: Bogota DC., S. (2017). Consulta de la Norma:BOGOTÁ. DC, S. D. D. S. [online] Alcaldiabogota.gov.co. Disponible en:



<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=30973> [Accessed 17 Mar. 2017].

37. Pinzón EY, Andrea K, Córdoba M, Katherine I, Burbano O, Sebastián J, et al. Participación social del adulto mayor de 60 años institucionalizado de la ciudad de Pasto . [Internet]. 2016 Jun [citado 2017 Oct 02]. Disponible en: <http://www.umariana.edu.co/ojseditorial/index.php/libroseditorialunimar/article/download/965/887>

38. Urzúa A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto Quality of life: A theoretical review. *Terapia Psicológica*. 2012;30(1):718–4808.

39. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. Ministerio Salud y Protección Social República Colombia. 1993;1993(Octubre 4):1–19.

40. Pavón JG. El anciano con dolor [Internet]. *Tratado de medicina geriátrica*. Elsevier España#241;a, S.L.; 2017. 442-449 p. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-84-9022-120-4/00055-0>

41. Andrés AJ De, Acuña BJP, Dra SAO. DOLOR EN EL PACIENTE. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2017;25(4):674–86. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70089-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70089-6)

42 Isabel J, Rivera Z, Ruiz-juan F, Magnolia J. Actividad física durante el tiempo libre en la población adulta de monterrey (nuevo león , méxico) frequency , duration , intensity and physical activity levels during leisure time in adult people in monterrey (nuevo león).

43. VEJEZ PRODUCTIVA El reconocimiento de las personas mayores como un recurso indispensable en la sociedad. :1–14.

44. Reumatología RC De. Cuestionario COOP/WONCA, validez y fiabilidad de su utilización en pacientes con osteoartritis. 2014;76–89.



ANEXOS

ANEXO 1. RESOLUCION 110 1995

ANEXO 2		
RESOLUCION 110 1995		
PLANTA FISICA		DEBE INCLUIR
HABITACIONES	Individuales o colectivas	Cama 1,80mts*0,90mts*0,80mts
	Disposición de espacio suficiente	Abrigo, limpieza de tendidos
	Individualizadas por sexo	Puertas que abren hacia afuera
	Compartidas máximo 6mts ²	Timbre o intercomunicador
	Baño individual en cada baño	Interruptor de luz
	Tipos de habitación	Pacientes sin incapacidad física Pacientes con problemas psicogeriatricos Pacientes con enfermedades infectocontagiosa
AREA DE SALUD	CONSULTORIO MEDICO	Camilla
		Escritorio
		Sillas
		Fonendoscopio
		Tensiómetro
		Bascula
		Linterna de mano
		Equipo de órganos
		Martillo de reflejos
		Equipo de reanimación
	Equipo de oxigenoterapia	
	SERVICIO DE ENFERMERIA	Sala de curaciones
		Zona de lavado para material Quirúrgico
Salón oficina central de enfermería		
AREA DE SERVICIOS GENERALES	Comedor	Amplio - Diseño familiar
	Cocina	Cercana al comedor, dotada de todos los instrumentos necesarios
	Despensa	Suficientemente ventilado

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES
U.D.C.A.
PROGRAMA DE MEDICINA HUMANA



	Lavandería	Debe estar dotada de instalaciones sanitarias e hidráulicas adecuadas para el lavado y planchado de ropa; las paredes y pisos deben estar enchapados para su fácil aseo.
	Deposito de basuras	Estará dotado de las canecas necesarias con sus respectivas bolsas y tapas
	Deposito de utensilios de aseo	
AREA ADMINISTRATIVA	Oficinas	Local destinado para la dirección y administración del establecimiento. para la administración (Información, archivo, estadística, etc.)
INFRAESTRUCTURA FISICA	Área de Construcción	Mínimo diez metros cuadrados por residente en área superficial
	Número de Pisos	Mínimo una planta máximo dos plantas
	Rampas	Tener pasamano a dos niveles, uno a 0.76 m y otro 0.90 m con un ancho mínimo de 1.2 y el material antideslizante
	Escaleras	Mínimo un metro de ancho, pendiente de treinta y cinco por ciento (35%) con escalones cortos en un máximo de diez escalones por tramo materiales antideslizantes y pasamanos del primer al ultimo escalón con 0.60 m de extensión
	Ascensor	Sí hay tres o más plantas
	Áreas de Acceso, Circulación y Salida	Señalización en lugares visibles y restricción de ciertas zonas
	Teléfono	Accesible en personas con silla de rueda
SANEAMIENTO BÁSICO	Localización	Fácil acceso peatonal y vehicular, no deben ofrecer peligro de inundación, ni estar cerca de focos de insalubridad y zonas de inseguridad



	Condiciones de los Pisos	Material impermeable, antideslizante, uniformes, fácil limpieza y desinfección, ni desniveles y obstáculos
	Condiciones Generales de Cielo-rasos, Techos, Paredes y Muros	Mínimo ser impermeables, sólidos y resistentes a factores ambientales
	Preparación de Alimentos	Área de cocina y demás normas sanitarias legales vigentes
	Abastecimiento de Agua Potable	Garantizar la calidad de la misma, presión uniforme y adecuada; tener válvulas de control manual o automática para la regulación de la temperatura del agua caliente
	Tanques de Abastecimiento	Carácter obligatorio y su limpieza y desinfección deberá realizarse como mínimo cada tres meses
	Disposiciones de Residuos Líquidos	Conexión al sistema de alcantarillado o instalarse un sistema de tratamiento, evacuación y disposición sanitaria
	Disposición de Residuos Sólidos	Recolección domiciliaria
	Iluminación y Ventilación	Todas las alcobas, estares, corredores y demás áreas debe ser en forma manual o de manera artificial
SERVICIOS SANITARIOS	Cantidad de Baños	Mínimo un baño por cinco residentes
	Dotación	Ser completa y equipados con los dispositivos apropiados para la tercera edad y de acuerdo al sexo.
	Sanitario especial	Servicio sanitario con sillón de ruedas adaptables al retrete para ser usado por pacientes en silla de ruedas
	Puerta de los Baños	Las puertas deben abrir hacia fuera (o pueden ser corredizas) y no tendrán cerraduras herméticas y fáciles de abrir y su ancho debe ser mínimo de 1.2 mts

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES
U.D.C.A.
PROGRAMA DE MEDICINA HUMANA



	Timbre en los Baños	Contar con un timbre que les permita comunicarse con los ayudantes en caso necesario	
	Baño Especial	Incapacitados con lesiones motoras o minusválidos debe existir un baño con duchero móvil y una silla (Desmontable)	
	Disposición de agua	Suministros en agua fría y caliente durante las 24 horas.	
CENTRO GERIÁTRICO	Área de vivienda para residentes, de salud, de servicios generales y administrativa		
	Personal técnico o científico.	Médico de 4 horas de disponibilidad las 20 horas restantes	
		Profesional de enfermería las 24 horas del día	
		Auxiliares de enfermería las 24 horas del día, uno por cada 20 residentes	
		Un terapeuta físico	
		Un terapeuta ocupacional	
		Servicio de laboratorio clínico	



ANEXO 2 ACUERDO 314 DE 2008

ACUERDO 314 DE 2008

(Junio 23)

"POR EL CUAL SE REGLAMENTA LA ACTIVIDAD FÍSICA, CULTURAL Y EDUCATIVA EN LOS ESTABLECIMIENTOS GERIÁTRICOS Y GERONTOLÓGICOS DEL DISTRITO A TRAVÉS DE PROGRAMAS INTERGENERACIONALES Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

EL CONCEJO DE BOGOTÁ, D. C.

En uso de sus atribuciones constitucionales y legales, y en especial las conferidas por el Decreto ley 1421 de 1993, en su Artículo 12 numeral 1

ACUERDA:

ARTÍCULO 1. Las instituciones geriátricas y gerontológicas del Distrito implementará dentro de sus actividades lúdicas, una hora de ejercicio diario coordinado por especialistas, previa valoración y concepto médico y de la terapeuta física y aceptación por parte del mayor.

ARTÍCULO 2. Las Alcaldías Locales, deberán promover programas actividades físicas, culturales y educativas que propendan por la integración generacional de la comunidad con los establecimientos geriátricos y gerontológicos que se encuentren dentro de su localidad.

ARTÍCULO 3. La Administración Distrital podrá realizar convenios con la Universidad Distrital u otras instituciones educativas, donde se cuente con programas de terapia física, ocupacional y gerontológica, para que destinen estudiantes que se encuentren en práctica de carreras afines a la cultura, la educación y el deporte y sirvan de apoyo a los programas que se implementarán en las instituciones geriátricas o gerontológicas del Distrito.

ARTÍCULO 4. La Administración Distrital reglamentará lo pertinente para el cumplimiento del presente acuerdo.

ARTÍCULO 5. El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.

Alcalde Mayor de Bogotá, D. C. 23 de junio de 2008



ANEXO 3. FORMATO VIÑETAS COOP/WONCA DE 7 DIMENSIONES

Forma física

Durante las 2 últimas semanas...
¿cuál ha sido la máxima actividad física
que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?

Muy intensa (por ejemplo, correr de prisa)		1
Intensa (por ejemplo, correr con suavidad)		2
Moderada (por ejemplo caminar a paso rápido)		3
Ligera (por ejemplo, caminar despacio)		4
Muy ligera (por ejemplo, caminar lentamente o no poder caminar)		5

Dartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA
Copyright© Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Sentimientos

Durante las 2 últimas semanas...
¿en qué medida le han molestado problemas
emocionales tales como sentimientos de ansiedad,
depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?

Nada, en absoluto		1
Un poco		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Intensamente		5

Dartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA
Copyright© Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Actividades sociales

Durante las 2 últimas semanas...
¿su salud física y estado emocional han
limitado sus actividades sociales con
familia, amigos, vecinos o grupos?

No, nada, en absoluto		1
Ligeradamente		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Muchísimo		5

Dartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA
Copyright© Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Actividades cotidianas

Durante las 2 últimas semanas...
¿cuánta dificultad ha tenido al realizar
actividades o tareas habituales, tanto dentro
como fuera de casa, a causa de su salud física
o por problemas emocionales?

Ninguna dificultad		1
Un poco de dificultad		2
Dificultad moderada		3
Mucha dificultad		4
Toda, no he podido hacer nada		5

Dartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA
Copyright© Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

**Cambio en el estado
de salud**

¿Cómo calificaría ahora su estado de salud,
en comparación con el de hace 2 semanas?

Mucho mejor		++	1
Un poco mejor		+	2
Igual, por el estilo		=	3
Un poco peor		-	4
Mucho peor		--	5

Dartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA
Copyright© Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Estado de salud

Durante las 2 últimas semanas...
¿cómo calificaría su salud en general?

Excelente		1
Muy buena		2
Buena		3
Regular		4
Mala		5

Dartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA
Copyright© Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Dolor

Durante las 2 últimas semanas...
¿cuánto dolor ha experimentado?

Nada de dolor		1
Dolor muy leve		2
Dolor ligero		3
Dolor moderado		4
Dolor intenso		5

Dartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA
Copyright© Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995



ANEXO 4 CONSENTIMIENTO INFORMADO



1. INTRODUCCIÓN.

Nosotros (Jaime A. Jurado A. , Laura S. Parra R., Estephany Roa L. y Jessica S. Sepúlveda F.) estudiantes de medicina humana de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. estamos realizando una investigación sobre la calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor institucionalizado. El presente estudio consiste en la implementación de la escala de “COOP/WONCA” utilizada para evaluar la calidad de vida de un individuo teniendo en cuenta 7 esferas de aspecto tanto físico, emocional y social; con el fin de evaluar la calidad de vida de los pacientes institucionalizados en hogares geriátricos de la ciudad de Bogotá D.C.

El presente documento es un consentimiento informado en el cual se le informará a usted, o en dado caso al representante legal del paciente institucionalizado los detalles y características del estudio. **POR FAVOR LEA COMPLETO** todo el documento y al final tomé una decisión sobre el consentimiento o disenso frente al estudio.

2. PROPÓSITO DEL ESTUDIO

En la práctica médica del profesional de la salud, se observan diferentes tipos de pacientes, en diferentes etapas de la vida; entre ellos, adultos mayores que se encuentran institucionalizados quienes usualmente presentan múltiples comorbilidades de carácter físico, psicológico o social causante de su institucionalización. La finalidad de este estudio es poder hacer una evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes institucionalizados por medio de un instrumento ya avalado en nuestro país y de esta manera poder determinar cuales son los factores del entorno que influyen en dicho resultado.

3. TIPO DE INTERVENCIÓN

Se realizará un estudio durante un año (2017). Este estudio dispondrá de una visita al hogar de albergue donde se encuentra el paciente.

4. SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Estamos invitando a todos los pacientes institucionalizados en hogares geriátricos, mayores de 60 años, y estén dispuestos realizar el test de COOP/WONCA.



5. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Su participación en esta investigación es **totalmente voluntaria**. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios y beneficios que reciba en esta institución y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

6. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

En la visita al hogar geriátrico se hará la presentación del equipo de investigación, se realizará una descripción del estudio y los objetivos de este, además de un acompañamiento permanente durante el desarrollo de la encuesta y la resolución de inquietudes que puedan surgir durante la actividad.

7. ASPECTOS ÉTICOS

Como futuros profesionales de la salud sabemos la importancia del anonimato a la hora de realizar un estudio. **NOSOTROS GARANTIZAMOS** que los nombres de los pacientes no se van a revelar y mucho menos los problemas físicos, sociales y/o emocionales de carácter individual encontrados en el estudio; sin embargo es **IMPORTANTE** que usted tenga en cuenta que este estudio es con fines académicos, lo que significa que los resultados del estudio se revelaran ante un Comité de Investigación y un Comité de Docencia de la UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A. y que existe la posibilidad de su publicación en una revista científica; además del uso de un registro fotográfico del estudio; sin embargo con anterioridad se le presentará los resultados de la investigación a usted como paciente y a la persona encargada de la institución donde usted se encuentra.

8. DURACIÓN

El estudio tendrá una duración de **12 MESES (2017)**.

9. RIESGOS

En el estudio no están previstos riesgos a nivel biológico es decir que puedan afectar la salud física del paciente; Sin embargo es importante que usted tenga en cuenta que existe la posibilidad de que se generen **MOLESTIAS** a la hora de la realización del estudio como pueden ser:

- Las múltiples visitas a la institución
- La sensación de incomodidad por parte del paciente frente a los aspectos que se evalúan en la escala de COOP/WONCA recibidos o brindados.
- La interrupción de las actividades diarias tanto del paciente para el desarrollo del proyecto.



10. BENEFICIOS

Uno de los principales objetivos de este estudio es tener un impacto positivo en la calidad de la vida del paciente, mejorando el apoyo familiar que se ve evidenciado en:

- Un bienestar social en el paciente respaldado por su familia consanguínea y por decisión.
- Un mejor seguimiento del estado salud-enfermedad del paciente institucionalizado.
- Registro y recomendaciones de los factores del entorno que favorecen y benefician la calidad de vida del paciente

11. CONSENTIMIENTO PARA EL DESARROLLO DEL ESTUDIO.

Por medio del presente Yo: _____ Identificado con cédula de ciudadanía: _____ ó en calidad de representante legal de: _____ identificado con la cédula de ciudadanía: _____ quien se encuentra institucionalizado en: _____. Quien he leído (o me han leído) con detalle los 11 subtítulos anteriores pertenecientes a las características del estudio. **APRUEBO** _____ El desarrollo del estudio titulado “EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN ADULTOS MAYORES APLICANDO LAS VIÑETAS COOP/WONCA EN HOGARES GERIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C AÑO 2017”. Por parte de los estudiantes de medicina humana de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. Jaime Jurado identificado con cc: 1018468687 Laura Parra cc: 1018488034 Estephany Roa cc: 1032468372 Jessica Sepulveda cc: 1033791406.

Este consentimiento se firma el día _____ del mes _____ del año _____ y tiene vigencia hasta Noviembre del 2017

12. DISENTIMIENTO PARA EL DESARROLLO DEL ESTUDIO.

Por medio del presente Yo: _____ Identificado con cédula de ciudadanía: _____ en calidad de representante legal de: _____ identificado con la cédula de ciudadanía: _____ quien se encuentra institucionalizado en: _____. Quien he leído con detalle los 11 subtítulos anteriores pertenecientes a las características del estudio. **NO APRUEBO** _____ El desarrollo del estudio



titulado “EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN ADULTOS MAYORES APLICANDO LAS VIÑETAS COOP/WONCA EN HOGARES GERIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C AÑO 2017”. Por parte de los estudiantes de medicina humana de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. Jaime Jurado identificado con cc: 1018468687 Laura Parra cc: 1018488034 Estephany Roa cc: 1032468372 Jessica Sepulveda cc: 1033791406

Este disentimiento se firma el día _____ del mes _____ del año _____ y tiene vigencia hasta Noviembre del 2017

13. FIRMAS DE PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.

- Nombre del paciente: _____
- Cédula: _____
- FIRMA: _____

- Nombre de representante legal: _____
- Cédula: _____
- Parentesco: _____
- FIRMA: _____