

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD DE LOS ADULTOS  
MAYORES ASILADOS EN LA CIUDAD DE CARTAGENA 2011**

**INVESTIGADORA PRINCIPAL**

**ESTELA MELGUIZO HERRERA**

**ENFERMERA, DOCTORA EN ENFERMERÍA**

**COINVESTIGADORES**

**SANDRA AYALA MEDRANO**

**MAOLIS GRAU CONEO**

**ALEXANDRA MERCHAN DUITAMA**

**TATIANA MONTES HERNANDEZ**

**CATHERINE PAYARES MARTINEZ**

**TATYANA REYES VILLADIEGO**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**CARTAGENA DE INDIAS**

**2011**

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD DE LOS ADULTOS  
MAYORES ASILADOS EN LA CIUDAD DE CARTAGENA 2011**

**INVESTIGADORA PRINCIPAL**

**ESTELA MELGUIZO HERRERA**

**ENFERMERA, DOCTORA EN ENFERMERÍA**

**COINVESTIGADORES**

**SANDRA AYALA MEDRANO**

**MAOLIS GRAU CONEO**

**ALEXANDRA MERCHAN DUITAMA**

**TATIANA MONTES HERNANDEZ**

**CATHERINE PAYARES MARTINEZ**

**TATYANA REYES VILLADIEGO**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR TITULO DE ENFERMERAS**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**CARTAGENA DE INDIAS**

**2011**

## TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS	4
LISTA DE ANEXOS	5
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
1. INTRODUCCION	8
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
3. OBJETIVOS	11
3.1 OBJETIVO GENERAL	11
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	11
4. MARCO CONCEPTUAL	12
5. METODOLOGIA	14
5.1 TIPO DE ESTUDIO	14
5.2 POBLACION Y MUESTRA	14
5.3 CRITERIOS DE INCLUSION	14
5.4 CRITERIOS DE EXCLUSION	14
5.5 TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS	15
5.6 ANALISIS DE LOS DATOS	15
5.7 ASPECTOS ETICO	16
6. RESULTADOS	17
7. DISCUSION	19
8. CONCLUSIONES	22
9. RECOMENDACIONES	23
10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	24
11. ANEXOS	27

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. PARTICIPANTES DEL ESTUDIO SEGÚN ASILO AL QUE PERTENECEN	17
Tabla 2. PROMEDIOS DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD SEGÚN ASILOS	18

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO DE PFEIFFER (SPMSQ)	27
ANEXO 2. ENCUESTA SOBRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y PERSONALES	28
ANEXO 3. ÍNDICE MULTICULTURAL DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD	30
ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO	32
ANEXO 5. TABLAS DE RESULTADOS	33

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir la calidad de vida relacionada con salud de los adultos mayores asilados en la ciudad de Cartagena 2011.

**Materiales y método:** Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal. La población y muestra fueron 187 adultos mayores asilados en Cartagena. Se aplicó el Test de Valoración Mental (Pfeiffer), una encuesta socio-demográfica y “Índice Multicultural de Calidad de Vida”. Se mantuvo la confidencialidad, el anonimato y se diligenció el consentimiento informado. Se aplicó estadística descriptiva.

**Resultados:** el promedio de edad es de 75 años (95%), predominó el estado civil soltero (57.6%), nivel educativo primaria (45.5%), recibir medicamentos (80.3%), realizar actividades físicas (54.5%) y no realizar actividades productivas (37.9%). La percepción de la calidad de vida relacionada con salud tiende a valores que pueden considerarse como una buena auto-percepción (7.6) Las dimensiones que presentaron puntajes más altos fueron la plenitud espiritual y el autocuidado y con menor puntaje el bienestar físico y apoyo comunitario.

**Conclusiones:** la CVRS de los adultos mayores asilados en la ciudad de Cartagena, tiende a valores que pueden considerarse como una buena auto-percepción, resaltando plenitud espiritual, autocuidado y percepción global de calidad de vida.

**Palabras claves:** calidad de vida, salud, adulto mayor (DeCS)

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the quality of life related to health of older inmates in the city of Cartagena 2011.

**Materials and methods:** quantitative, descriptive, transversal. The sample population was 187 elderly inmates in Cartagena. We applied the Mental Assessment Test (Pfeiffer), a socio-demographic survey and "Index Multicultural Quality of Life" retained the confidentiality, anonymity and filled out informed consent. Descriptive statistics were applied.

**Results:** The mean age was 75 years (95%), single marital status predominated (57.6%), primary education level (45.5%), receive medication (80.3%), physical activity (54.5%) and not perform productive activities (37.9%). The perception of quality of life related to health tends to values that can be considered a good self-perception (7.6) The dimensions had higher scores were spiritual fulfillment and self-care and lower scores on physical and community support.

**Conclusions:** HRQL of older inmates in the city of Cartagena tends to values that can be considered a good self-perception, emphasizing spiritual fulfillment, self-care and overall perception of quality of life.

**Keywords:** quality of life, health, elderly (DeCS)

## 1. INTRODUCCION

La calidad de vida ha sido un tema de mucho interés a través de los años, por eso muchos autores se han interesado en estudiarla en diferentes dimensiones y poblaciones, entre la población más vulnerable se encuentran los adultos mayores asilados, debido a sus condiciones de vida y a las mismas características que engloba a esta población.

El objetivo general de la presente investigación fue describir la calidad de vida relacionada con salud de los adultos mayores asilados en la ciudad de Cartagena 2011. Entre los objetivos específicos se tienen; Describir las características socio-demográficas del grupo estudiado, Medir la percepción de calidad de vida relacionada con salud de los adultos mayores en relación a los aspectos físicos, psicológicos, autocuidado, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo social, apoyo comunitario, plenitud personal, plenitud espiritual, percepción global de calidad de vida y , Describir la CVRS del grupo total de participantes del estudio y según cada asilo incluido en este estudio. Para conseguir estos objetivos se aplicó una encuesta sociodemográfica y una escala que midió la percepción de calidad de vida relacionada con salud de los adultos mayores asilados en la ciudad de Cartagena, todo esto se realizó para contar con información actualizada y pertinente para la propuesta de planes y programas de cuidado para esta población; actualización de los contenidos de cursos de capacitación de cuidadores profesionales e informales y proporcionar información e insumos para otras investigaciones comparativas entre CVRS en adultos mayores asilados y no asilados.

Este documento está estructurado en planteamiento del problema, objetivos, marco conceptual, marco metodológico, resultados, conclusiones y recomendaciones. El planteamiento del problema, parte de la definición del concepto de calidad de vida relacionada con salud, factores que la afectan y su importancia para la población de adultos mayores; finalizando con la pregunta de investigación; la cual es contestada a través de los objetivos alcanzados.

Por su parte, el marco conceptual, ofrece una revisión de las definiciones sobre calidad de vida, adulto mayor, asilo, calidad de vida en adultos mayores y calidad de vida relacionada con salud, así como del estado del arte de investigaciones internacionales, nacionales y locales sobre el tema.

Los hallazgos de este estudio, aportan al cuerpo de conocimiento de enfermería, y de otras disciplinas del cuidado, para planear los cuidados dirigidos a las dimensiones específicas que conforman la calidad de vida de los adultos mayores asilados de la ciudad de Cartagena.

Lo anterior demuestra lo pertinente de realizar esta investigación, que busca medir la calidad de vida relacionada con salud en los adultos mayores asilados en la ciudad de Cartagena.



## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El ser humano en su desarrollo, atraviesa por diferentes etapas del ciclo vital individual iniciando en la infancia y finalizando en la etapa de adulto mayor; considerándose como la población con más carencias y necesidades, teniendo en cuenta su proceso de envejecimiento. Se define al adulto mayor como “aquella persona que cuenta con sesenta años o más”<sup>1</sup>. Según la OMS en el estudio titulado Envejecimiento activo: un marco político.

Bajo esta misma condición de envejecimiento, el adulto mayor pasa por un proceso de deterioro en sus múltiples esferas, afectando de esta manera su calidad de vida relacionada con salud (CVRS); definiéndose esta como “la percepción subjetiva influenciada por el estado de salud actual de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo”<sup>2</sup>; Se han asociado diversos factores que influyen dentro de esta, y una de las más importantes es el entorno donde se encuentren inmersos.

Dentro de esta población se encontró un grupo específico que es aun más vulnerable a todos los cambios mencionados, los adultos mayores que están asilados. Los asilos son definidos como “instituciones que brindan protección física y mental a personas que por distintas razones no pueden valerse por sí mismas o ser atendidas por sus familiares, proporcionándoles casa, alimentación, vestido y una serie de programas enfocados a su salud, bienestar y recreación, siempre coordinados por personal calificado”<sup>3</sup>. Por lo cual sería pertinente investigar sobre la percepción que tienen los adultos mayores asilados de su calidad de vida relacionada con salud.

Según los autores consultados, la CVRS “resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. Los aspectos objetivos dependen del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales: intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, socio psicológica, cultural y política) que interactúan con él. Los aspectos subjetivos están dados por la satisfacción del individuo, el grado de realización de las aspiraciones personales y la percepción que se tenga de las condiciones globales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos”<sup>4</sup>.

Teniendo en cuenta que la CVRS es un concepto individual y que de esta misma individualidad depende un envejecimiento exitoso, se puede decir que esta condición estará influenciada por aquellos factores con los que cuenta el adulto mayor a su alrededor, como por ejemplo: situaciones familiares, condiciones de salud, circunstancias económicas, entre otros.

Se considera que en el mundo hay cerca de 6000 millones de personas de 60 años y más<sup>5</sup>. En Colombia, según datos del Censo 2005, la población de personas de 60 años y más, es de 3'721.943; en el departamento de Bolívar, 115.252 personas; y en el Distrito de Cartagena, 69.845 adultos mayores. Del total de las personas adultas mayores, 98.8% se encuentra en hogares particulares y el 1.2% restante reside en lugares especiales de

alojamiento o Centros Geriátricos<sup>6</sup>. Los adultos mayores asilados en Cartagena, corresponden a 187, según informe de la Secretaria de Participación y Desarrollo Social de Cartagena D.T y C.

Un estudio reciente, donde se evaluaron los pilares de la calidad de vida en la ciudad de Cartagena fue el Proyecto “Cartagena como vamos” en 2010, en este los cartageneros mostraron una percepción positiva en cuanto a la estructura vial, economía, servicios públicos, educación y aumento de la accesibilidad a los servicios de salud; pero mostraron una percepción negativa en lo relacionado a la atención en salud y seguridad.<sup>7</sup>

Acosta A.<sup>8,9</sup>, llevó a cabo dos investigaciones sobre la CVRS de los adultos mayores de la Comuna 9 de Cartagena y los factores asociados, reportando valores que pueden considerarse como una buena auto-percepción y donde se resalta el auto-cuidado, plenitud espiritual y funcionamiento interpersonal, como las dimensiones de más alta puntuación. Los factores socio-demográficos que se asociaron a la CVRS fueron el sexo, nivel de escolaridad, estrato socio-económico, condición laboral y número de personas en el hogar; siendo la condición laboral la que se asoció a mayor número de dimensiones.

No se encontraron estudios sobre CVRS de adultos mayores asilados en Cartagena, específicamente; lo cual es un vacío en el conocimiento de esta población, que podría estar generando una atención en salud no acorde a las necesidades reales que perciben los adultos mayores asilados.

Se espera que los resultados de esta investigación brinden información importante sobre la percepción de las diferentes dimensiones de la CVRS de los adultos mayores asilados en Cartagena; permitiendo información actualizada y pertinente que favorezca proponer planes y programas de cuidado para esta población; actualizar los contenidos de cursos de capacitación de cuidadores profesionales e informales, proporcionar información e insumos para otras investigaciones comparativas entre CVRS en adultos mayores asilados y no asilados y mejorar la CVRS de esta población.

Así mismo, se espera que los resultados de este estudio aporten a la disciplina de Enfermería y a otras disciplinas que brindan cuidados a adultos mayores asilados, un amplio conocimiento con respecto a las características y necesidades de esta población para favorecer un cuidado más humano y efectivo.

Por todo lo anterior, se formuló la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cómo es la calidad de vida relacionada con la salud en los adultos mayores asilados de la ciudad de Cartagena 2011?**

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Describir la calidad de vida relacionada con salud de los adultos mayores asilados en la ciudad de Cartagena 2011.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir las características socio-demográficas del grupo estudiado.
- Medir la percepción de calidad de vida relacionada con salud de los adultos mayores en relación a los aspectos físicos, psicológicos, autocuidado, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo social, apoyo comunitario, plenitud personal, plenitud espiritual, percepción global de calidad de vida.
- Describir la CVRS del grupo total de participantes del estudio y según cada asilo incluido en este estudio.

## 4 MARCO CONCEPTUAL

El concepto de calidad de vida (CV) ha sido interpretado de diferentes maneras, por diversos autores debido a que es un concepto muy complejo, y dinámico. La percepción de la CV está asociada con la personalidad, el bienestar, satisfacción con la vida que se lleva; y está intrínsecamente relacionada a la experiencia propia, la salud, la interacción social y ambiental, entre otros factores.<sup>10</sup>

Por otra parte, para este estudio, “un adulto mayor es aquella persona que cuenta con sesenta años o más”, acorde a lo estipulado por Ley 1276 de 2009 del Min. Protección Social<sup>11</sup>. Y, los asilos son instituciones que brindan protección física y mental a personas que por distintas razones no pueden valerse por sí mismas o ser atendidas por sus familiares, proporcionándoles casa, alimentación, vestido y una serie de programas enfocados a su salud, bienestar y recreación, siempre coordinados por personal calificado.<sup>3</sup>

Para muchos, los asilos son sinónimo de soledad y abandono, cuando en realidad son sitios de gran importancia social. En ellos, los adultos mayores encuentran el lugar ideal para adquirir nuevas destrezas y convivir con gente de su misma edad.<sup>3</sup>

‘Calidad de vida del adulto mayor’, según Velandia, citado por Vera M.<sup>10</sup>, es “la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez”

De acuerdo a los hallazgos de un estudio cualitativo realizado por Vera M.<sup>10</sup>, la CV para los adultos mayores “significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información”.

Peterson S.<sup>12</sup>, define que “la CVRS tiene que ver con la representación en la vida de los sentimientos, actitudes o la habilidad de experimentar satisfacción en un área de la vida que ha sido afectada por el proceso de una enfermedad o déficit de la salud”. Según este autor, la CVRS se relaciona con aspectos físicos, psicológicos, socioeconómicos y espirituales; y resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos que interactúan con el individuo.

Según Schwartzmann L<sup>2</sup>, la CVRS se define como “la percepción subjetiva influenciada por el estado de salud actual de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo”

Las diferentes definiciones de CV y de CVRS citadas anteriormente, dan cuenta de que este es un concepto dinámico, cambiante, que puede ser abordado desde lo subjetivo o lo objetivo, y producto de una construcción social.

Entre los factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores asilados, en estudios realizados internacionalmente, se encontró el estado civil, las actividades de la vida diaria y el empoderamiento de la atención percibida <sup>13</sup>; tener hábitos de ejercicio físico, sentir satisfacción de vivir en el asilo <sup>14</sup>; cambios en el medio ambiente físico <sup>15</sup> y estar asilos <sup>16</sup>.

En Colombia la calidad de vida de la población en general ha mejorado, según las conclusiones de estudios realizados en el país en los años 1997, 2003, 2008 y 2010; basados en la percepción de cada colombiano sobre su calidad de vida en condiciones de pobreza y desigualdad. Dicho estudio mostró que cada vez son menos los colombianos que sienten que viven en condiciones de pobreza, debido a que fueron muchos los que tuvieron acceso a bienes y servicios que consideran fundamentales <sup>6</sup>.

Estos estudios son alentadores en cuanto a la situación económica y se realizaron evaluando la parte subjetiva y objetiva, pero el enfoque fue mucho más objetivo, ya que se evaluó la capacidad de adquisición de elementos que satisfacen necesidades básicas, lo que proporciona más bases a este estudio para evaluar la parte subjetiva de la calidad de vida de adultos mayores asilados en Cartagena.

Un estudio descriptivo, realizado por Acosta A<sup>8</sup>, en la Comuna 9 de Cartagena, durante el 2009, mostró como resultado que la CVRS de los adultos mayores, tiende a valores que pueden considerarse como una buena auto-percepción, resaltando el auto-cuidado, plenitud espiritual y funcionamiento interpersonal.

En 2010, Acosta A<sup>9</sup>, reportó que los factores socio-demográficos que se asociaron a la CVRS de los ancianos de la Comuna 9 de Cartagena, fueron el sexo, nivel de escolaridad, estrato socio-económico, condición laboral y número de personas en el hogar; siendo la condición laboral la que se asoció a mayor número de dimensiones<sup>9</sup>

No se encontraron informes de investigación que reportaran datos sobre CVRS de ancianos asilados en Colombia, Bolívar o Cartagena.

En resumen, las investigaciones encontradas evidenciaron que la CVRS en adultos mayores asilados tiende a variar según factores socios demográficos, personales y del entorno; lo cual muestra la complejidad del fenómeno y la necesidad de abordarlo desde la investigación científica para favorecer su comprensión y así poder mejorar la CVRS de esta población.

## **4. METODOLOGIA**

### **5.1 TIPO DE ESTUDIO**

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, transversal, diseño no experimental.

### **5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población de estudio estuvo conformada por los adultos mayores asilados en la ciudad de Cartagena, los cuales correspondieron a 187, según informe de la Secretaria de Participación y Desarrollo Social de Cartagena D.T y C. Por ser una población relativamente pequeña, no se estimó un tamaño de muestra.

La población de adultos asilados en Cartagena estuvo distribuida de la siguiente manera:

- A: Hogar San Pedro Claver: 89 adultos mayores.
- B: Fundación Geriátrica Asilo San José: 24 adultos mayores.
- C: Asilo La Milagrosa: 49 adultos mayores.
- D: Asilo Una Mano Amiga: 16 adultos mayores.
- E: Asilo Dones de la Misericordia: 9 adultos mayores.

### **5.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Los criterios de inclusión al estudio fueron: ser adultos mayores (de 60 años y más), que se encontraran asilados, que desearan voluntariamente participar en el estudio y que presentaron 2 o menos errores (valoración normal) en el Test de Valoración Mental (Pfeiffer); teniendo en cuenta el nivel educativo de los participantes. (Ver anexo 1).

### **5.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Los criterios de exclusión al estudio fueron: alteración mental o condiciones especiales que les impidió contestar la información requerida en el instrumento y aquellos que aunque querían participar no podían expresarse.

## **5.5 TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS**

Las investigadoras se encargaron de recolectar la información. Se programaron las visitas teniendo en cuenta la disponibilidad de las investigadoras y de los asilos, se obtuvo el listado de los adultos mayores pertenecientes a los asilos, con el fin de llevar un control de la población. Para la selección inicial de los adultos mayores que participaron del estudio se aplicó el Test de Valoración Mental (Pfeiffer); se les hizo firmar el consentimiento informado, explicándoles para qué se realizaba la encuesta, luego a los adultos mayores que pasaron el test se les aplicó una encuesta sociodemográfica y personal (ver anexo 2). Y por último se les aplicó el instrumento “Índice Multicultural de Calidad de Vida”, desarrollado por Mezzich<sup>17</sup>.

El instrumento que se utilizó está constituido por 10 dimensiones y permitió medir la percepción de la CVRS en relación a las dimensiones de: bienestar físico, bienestar psicológico/emocional, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo social-emocional, apoyo comunitario y de servicios, plenitud personal, plenitud espiritual y percepción global de calidad de vida. (Ver anexo 3)

La escala ha sido validada en: español, inglés, chino, coreano y portugués. Ha sido aplicado en Perú<sup>18</sup>, Argentina<sup>19, 20</sup> y en Cartagena, Colombia, este instrumento fue validado por Herrera et al.<sup>21</sup> y por Acosta A.<sup>8, 9</sup>. Estos estudios permitieron concluir que esta es una escala confiable, que posee una alta consistencia interna (0.753), capaz de discriminar grupos en los que se presumen diferentes niveles de CVRS, eficiente y de fácil aplicación.

Dado que el autor no propone un punto de corte para categorizar el nivel de CVRS, las investigadoras han establecido los valores de:

De 1 a 3 malo

De 4 a 6 regular

De 7 a 10 bueno

Se consideraron los promedios de la CVRS del total de participantes y luego el promedio de cada asilo por separado.

## **5.6 ANALISIS DE LOS DATOS**

Para el análisis estadístico se empleó el software SPSS 17.0<sup>R</sup> que permitió elaborar gráficos y figuras que facilitan la descripción de los datos. Se estimaron las medidas de tendencia central, estadísticos de dispersión, y estadísticos de posición. El Alfa de Crombach calculado para el instrumento en la presente investigación fue de 0.875.

## 5.7 ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo al párrafo “a” del artículo 11 de la Resolución 08430 del 4 de Octubre 1993 del Ministerio de Salud Pública, de Colombia, esta fue una “investigación sin riesgo”, debido a que “no se plasma ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio”; debido a que los instrumentos que se utilizaron son cuestionarios.<sup>22</sup>

En este estudio se mantuvo la privacidad y anonimato de los participantes, se diligenció el consentimiento informado, de acuerdo a lo establecido en los artículos 6, 15 y 16 de la Resolución 08430 del 4 de Octubre 1993 del Ministerio de Salud Pública, de Colombia<sup>24</sup>.(Ver anexo No.4)

También se consideraron los aspectos éticos contemplados en la declaración de Helsinki<sup>23</sup> y en el Código de Ética de Enfermería de Colombia (Ley 911 de 2004 del Congreso de Colombia)<sup>24</sup> estos están evidenciados en la protección de la vida, salud, dignidad, integridad, derecho a la autodeterminación, intimidad y confidencialidad de la información de las personas que participaron en esta investigación; reflejados en el consentimiento informado.



## 5. RESULTADOS

Las características socio demográficas del grupo de adultos mayores estudiados mostró que participaron 66 adultos mayores, distribuidos como se muestra en la tabla 1:

Tabla 1 PARTICIPANTES DEL ESTUDIO SEGÚN ASILO AL QUE PERTENECEN. CARTAGENA 2011.

NOMBRE DEL ASILO	ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPARON	PORCENTAJES	ADULTOS MAYORES QUE NO PARTICIPARON	PORCENTAJES	TOTAL ADULTOS MAYORES POR ASILO
LA MILAGROSA	17	25.8	32	74.2	49
DONES DE LA MISERICORDIA	4	6.1	5	93.9	9
SAN JOSÉ	13	19.7	11	80.3	24
SAN PEDRO CLAVER	26	39.4	63	60.6	89
UNA MANO AMIGA	6	9.1	10	90.9	16

Fuente: Listado de participantes por cada asilo.

Los adultos mayores se caracterizaron por tener una edad promedio de 75 años (I.C. 95% 73,6 – 77,8), estado civil soltero 57.6% (38), el 45.5% (30) ha cursado la primaria, el 80.3% (53) recibe medicamentos, el 54.5% (36) realiza actividades físicas y el 62.1% (41) realizan actividades productivas. En cuanto a las enfermedades que padecen los adultos mayores asilados la que obtuvo el mayor puntaje fue la hipertensión arterial con un 37.1%, seguida de los problemas visuales con un 34%. (Ver anexo 5, tablas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7,8)

### PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES ASILADOS

De los 66 adultos mayores encuestados se encontró que el mayor puntaje lo obtuvo la dimensión correspondiente a plenitud espiritual con un promedio de 9.0, I.C. 95% (8.6–9.4); siguiéndole el autocuidado con un promedio de 8.2 I.C. 95% (7.8-8.7); y con menor puntaje el bienestar físico y apoyo comunitario con un promedio de 7.1 I.C 95% (6.5-7.7) y promedio de 7.1 I.C 95% (6.4-7.8) respectivamente. (Ver anexo 5, tabla 9).

## PERCEPCION DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES POR CADA ASILO

De los cinco asilos donde se aplicó el índice multicultural de calidad de vida se encontró que los adultos mayores que tienen mejor percepción de CVRS fueron los residentes del asilo Una Mano Amiga con un promedio de 8.1, seguido de el asilo san Pedro Claver con un promedio de 8.0, y los que obtuvieron una percepción más baja de CVRS fueron los residentes del asilo Dones de la Misericordia con un promedio de 6.9 seguido del asilo San José con un promedio de 7.1 (Ver tabla 2).

Tabla 2. PROMEDIOS DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD SEGÚN ASILOS. CARTAGENA 2011.

DIMENSION	LA MILAGRO SA	DONES DE LA MISERICORDIA	SAN JOSE	SAN PEDRO CLAVER	UNA MANO AMIGA
BIENESTAR FISICO	7.2	7.5	6.7	7.1	7.5
BIENESTAR PSICOLOGICO	7.5	6.0	7.0	8.1	9.2
AUTOCUIDADO FUNINDE	8.7	7.0	7.8	8.6	7.0
FUNOCUPAC	7.8	7.5	6.9	8.4	6.7
FUNINTERPE	7.5	6.3	7.2	7.6	8.3
APOSOCEM	8.6	6.5	7.1	8.0	7.5
APOCOMUN	7.9	5.3	5.8	7.3	7.7
PLENPERSO	7.4	7.8	6.5	7.8	8.8
PLENESPIRI	8.8	8.3	8.5	9.4	9.3
PERCALVIDA	7.7	7.3	7.7	8.2	9.7
TOTAL	7.9	6.9	7.1	8.0	8.1

Fuente: encuestas aplicadas 2011.

## PERCEPCION DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES ASILADOS EN LA CIUDAD DE CARTAGENA.

La percepción de la CVRS de los adultos mayores asilados en la ciudad de Cartagena tiende a valores que pueden considerarse como una buena auto-percepción de la calidad de vida (7.6) teniendo en cuenta los puntos de cortes utilizados en el instrumento de medición. (Índice multicultural de calidad de vida).

## 6. DISCUSION

Los adultos mayores asilados en la ciudad de Cartagena mostraron una buena percepción de su CVRS reflejándose principalmente en la plenitud espiritual, el auto-cuidado, funcionamiento independiente y la percepción global de la calidad de vida.

Entre las características sociodemográfica de los adultos mayores asilados en la ciudad de Cartagena predominó el sexo masculino, estado civil soltero, sin ningún recurso económico, con enfermedades cardiovasculares, con un nivel educativo de primaria completa y una edad promedio de 75 años.

Lo anterior difiere en algunos aspectos con los hallazgos de Murakami L.<sup>25</sup> en Brasil, en donde se encontró que la mayoría de los participantes eran mujeres, viudas, jubiladas, con enfermedades cardiovasculares, bajos ingresos económicos, con un nivel educativo de cuatro años de estudio y una edad promedio de 79.2 años.

Así mismo, según lo encontrado por Acosta A.<sup>9</sup> en la comuna 9 de la ciudad de Cartagena, el sexo femenino fue el que más predominó en los adultos mayores residentes en sus hogares. Lo que podría deberse a que en la ciudad de Cartagena los patrones culturales y familiares son más arraigados al sexo femenino por lo que al llegar a edades extremas son menores los adultos mayores asilados de este género.

En cuanto a los altos promedios obtenidos en la dimensión de la plenitud espiritual, se observa que son similares a los de Acosta A.<sup>9</sup> encontrados en la comuna 9 de la ciudad de Cartagena, donde muestra puntuaciones altas de dicha dimensión. Estos hallazgos pueden sugerir que los adultos mayores de la ciudad de Cartagena, en general, podrían reportar una buena percepción de la plenitud espiritual. Lo que puede explicar que al encontrarse en esta etapa del ciclo vital, se aferran a sus creencias religiosas como una forma de afrontar el proceso de envejecimiento y como una preparación para la muerte, a demás en esta etapa extrema sienten la plenitud alcanzada de los años vividos, esto puede relacionarse con la teoría de la enfermera Pamela Reed quien trabaja la auto trascendencia y espiritualidad y afirma que estas son parte integral del adulto mayor, y que son necesarias para la conservación de la plenitud consigo mismos y con el entorno.<sup>26</sup>

El auto-cuidado y funcionamiento independiente fueron dimensiones que mostraron promedios altos en la percepción de la CVRS; comparado con el estudio de Murakami L.<sup>25</sup> realizado en Brasil, indica que a medida que aumenta la independencia funcional mejora la calidad de vida. Así mismo lo encontrado en el estudio de Lobo A.<sup>27</sup>, realizado en Portugal, concluye que la calidad de vida de ancianos institucionalizados parece estar asociada a sus

niveles de dependencia, estado mental y funcionalidad. Por otra parte, el estudio realizado por Emel L.<sup>14</sup> en Turquía, mostró que los adultos mayores asilados que realizaban actividades de la vida diaria (bañarse, vestirse, usar el retrete, trasladarse, tener continencia y alimentarse), tenían mayor probabilidad de mostrar mejor auto-percepción de calidad de vida relacionada con salud.

A diferencia de lo encontrado en el estudio realizado en el municipio de Rio de Janeiro, por Ali Cader S.<sup>16</sup> evidencia que los adultos mayores una vez se encuentran asilados se vuelven más dependientes “repercutiendo en peor calidad de vida”.

Lo anterior quizá podría explicarse porque los participantes de este estudio fueron quienes mostraron mejores puntuaciones al aplicar la escala de Pfeiffer, favoreciendo así que se incluyeron a quienes tenían mejor funcionalidad.

En cuanto a la dimensión del bienestar psicológico/emocional, sugieren que los adultos mayores asilados en la ciudad de Cartagena poseen una buena percepción de esta. A este respecto, se encontró que en Noruega, un estudio realizado por Torvik K.<sup>28</sup> evidenció la relación negativa entre el dolor y el estado de ánimo, visto el estado de ánimo como una dimensión de la Calidad de Vida. Esto invita a continuar profundizando sobre los factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores asilados, y tener en cuenta condiciones frecuentes en esta edad como son la presencia de dolor o de otras enfermedades.

La dimensión de apoyo social obtuvo una puntuación que puede considerarse como una buena auto-percepción por parte de los adultos mayores asilados en la ciudad de Cartagena. Por otra parte, el apoyo social, como dimensión de la calidad de vida, se encontró asociada positivamente al cuidado que recibían los adultos mayores asilados en Noruega, según el estudio realizado por Drageset J.<sup>29</sup> Quizá, estos hallazgos evidencian que al estar asilados encuentran en el personal de las instituciones el apoyo suficiente para la satisfacción de sus necesidades sociales.

El funcionamiento ocupacional de los adultos mayores asilados en la ciudad de Cartagena sugiere una buena puntuación, es decir tienen la capacidad de realizar tareas cotidianas, lo cual difiere a los resultados planteados en el estudio realizado en Taiwán por Yu-Ching Tua<sup>13</sup>, donde reflejó puntuaciones bajas ya que son incapaces de realizar actividades por sí mismos. Quizá esto se deba al hecho de que en este estudio participaron las personas mayores más funcionales, evidenciadas por los resultados del Pfeiffer.

Los adultos mayores asilados mostraron que poseen una buena percepción global de la calidad de vida; a diferencia de los hallazgos de Yu-Ching Tua<sup>13</sup> quien evidenció que los adultos mayores asilados poseen un nivel medio en cuanto a la percepción de la calidad de vida. Esta diferencia en los hallazgos quizá obedezca a razones de índole culturales.

No se encontraron estudios que permitieran discutir los resultados de las dimensiones bienestar físico, funcionamiento interpersonal, apoyo comunitario y de servicios y plenitud personal.

En general todas las dimensiones evaluadas obtuvieron buenos resultados lo que indican una buena percepción de la CVRS de los adultos mayores asilados a pesar de ser una población alejada de la sociedad, con bajo nivel de escolaridad, donde sus ingresos económicos son casi nulos.

Esta investigación tuvo como fortaleza el haber contado con el apoyo de la Secretaria de Participación y Desarrollo Social del Distrito de Cartagena, de los adultos mayores y los cuidadores; lo que permitió tener un fácil acceso a los asilos y por ende a la población estudiada.

La mayor limitación que se presentó a lo largo de la investigación fueron las condiciones físicas y mentales de los adultos mayores, lo cual impidió contar con una muestra más amplia.

## 7. CONCLUSIONES

- La CVRS de los adultos mayores asilados en la ciudad de Cartagena presenta valores que pueden considerarse como una buena percepción, resaltando la plenitud espiritual, autocuidado, funcionamiento independiente y percepción global de la calidad de vida.
- Entre los adultos mayores de este estudio, predominó el sexo masculino, estado civil soltero, nivel educativo primario, sin recursos económicos, consumir medicamentos, realizar actividades físicas, no realizar actividades productivas.
- De las dimensiones medidas en el estudio, las que arrojaron menor puntuación fueron el apoyo comunitario y el bienestar físico; reflejando quizá aquellos aspectos en que deben enfatizarse los planes de cuidado para esta población.
- El asilo que obtuvo mayor promedio de CVRS fue el asilo una Mano Amiga, seguido por el asilo San Pedro Claver. En el tercer lugar se encuentra el asilo La Milagrosa, en cuarto lugar el asilo San José y por último el asilo Dones de la Misericordia.

Para enfermería:

- A la disciplina: este estudio aporta al cuerpo de conocimientos de las disciplinas del cuidado, una información valiosa y actualizada sobre las dimensiones de la CVRS de los adultos mayores asilados en Cartagena.
- A la profesión: la información que brinda el estudio permite ajustar los planes de cuidado para responder a las necesidades reales que presentan los adultos mayores asilados.
- Investigación: permite comparar estos resultados con los adultos mayores no institucionalizados y motiva a continuar investigando factores asociados a las dimensiones de la CVRS.
- Docencia en el cuidado: cambia el discurso y los contenidos de las clases en la formación de cuidadores.

## 8. RECOMENDACIONES

- Socializar esta información con los cuidadores formales e informales de los adultos mayores institucionalizados en Cartagena, para que los planes de cuidado se orienten hacia las dimensiones que mostraron menores promedios; así como para fortalecer aquellas dimensiones que mostraron promedios altos.
  
- Orientar los planes de cuidado según las características socio-demográficas de esta población de adultos mayores asilados.
  
- Continuar investigando sobre los factores asociados a la CVRS de los adultos mayores asilados.
  
- Debido a los altos porcentajes de adultos mayores que no participaron en este estudio por presentar deterioro cognitivo, se sugiere enfatizar en los planes de cuidado actividades que conserven y recuperen las facultades mentales de los mismos.

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Programa de envejecimiento y ciclo vital de la OMS. Envejecimiento activo: un marco político. En: Rev. Esp. Geriátría y Gerontología, 2002, vol. 37 no. 2, p. 74-105. [consultado 10-06-2010]. Disponible en Internet: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>
2. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. En: Ciencia y Enfermería IX 2003;(2):9-21consultado, 02-05-2010, disponible en [http://www.promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012\\_2.pdf](http://www.promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_2.pdf).
3. Moura M. Asilo, para seguir aprendiendo. Salud y medicinas. Disponible en: (<http://www.saludymedicinas.com.mx/nota.asp?id=427> consultado, 09-06-2010).
4. Botero E, Pico M. Calidad de vida relacionado con la salud en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. Hacia la Promoción de la Salud 2007; 12: 11-24.
5. Ministerio de comunicaciones y centro de psicología gerontológico. Envejecimiento, comunicación y política. Bogotá, 2004. [Consultado 20-01-2010]. Disponible en: <http://www.envejecimiento.gov.co/publicaciones.htm>.
6. Departamento Nacional de Estadísticas DANE. Censo general 2005. Población adulta mayor. [Consultado 10-03-2010]. Disponible en <http://www.dane.gov.co/censogeneral>
7. Proyecto Cartagena Como Vamos. 2010. [Consultado 27-05-2011]. Disponible en: [http://www.cartagenacomovamos.org/temp\\_downloads/EPC2010.pdf](http://www.cartagenacomovamos.org/temp_downloads/EPC2010.pdf)
8. Acosta A, Castellanos B y Melguizo E. Calidad de vida de adultos mayores en Cartagena. Cartagena, 2009. Trabajo para ascender en el escalafón docente, facultad de enfermería, Universidad de Cartagena.
9. Acosta A, Castellanos B y Melguizo E. Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores de la Comuna 9 de Cartagena. Cartagena, 2010. Trabajo para ascender en el escalafón docente, facultad de enfermería, Universidad de Cartagena.
10. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Rev anales de la facultad de medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2007, vol.68 n°3. P. 284-290. [consultado 09-2010]. Disponible en internet: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3.pdf>.



11. Colombia. Ministerio De La Protección Social. Ley 1279 de 2009 A través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida.. Bogotá: el Ministerio; 2009.
12. Peterson S, Bredow T. Health-Related quality of life. En: Peterson S y Bredow T. Middle Range Theories. 1ª Ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins. 2004. p.274-287
13. Yu-CHing T., Ruey-hsia W., Shu-Hui Y. Relationship between perceived empowerment care and quality of life among elderly residents within nursing homes in Taiwan: A questionnaire survey. Elsevier. 2006. 43:673-680
14. Emel L, William H, Feryal S. Assessing selected quality of life factors of nursing home residents in Turkey. Elsevier. 2008, 46:57-66.
15. Falk H, Wijk H, Lars, Persson O. The effects of refurbishment on residents' quality of life and well being in two Swedish residential care facilities. Elsevier, 2009, 15:717-724.
16. Ali Cader S, Soares C, Guimaraes A, Martin E , Gomes R y Andrade C. Perfil de la calidad de la vida y autonomía funcional de los ancianos asilados en una institución filantrópica en el municipio de Rio de Janeiro. Fitness performance 2006, 5,4,261
17. Mezzich J. The spanish versión of the quality of life index: presentation and validation. J Nerv Ment Dis. 2000; 188(5):301-5
18. Schwartz K, Zapata-Vega M, Mezzich J, Mazzotti G. Validation study of the multicultural quality of life index (MQLI) in a peruvian sample. Rev Bras Psiquiatr. 2006; 28 (1):24-8
19. Jatuff D, Zapata-Vega M, Montenegro R, Mezzich J. El índice multicultural de calidad de vida en Argentina: un estudio de validación. Actas Esp. Psiquiatr 2007; 35(4):253-258.
20. Bulacio J, Vieyra M, Álvarez C, Benatuil B, Mongiello E. Índice de calidad de vida: validación en una muestra argentina. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. Fundación Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. Año XIV, vol. 11, No. 4, octubre de 2004.
21. Herrera A, et al. Confiabilidad de la escala Quality of Life Index (QLI-Sp) en paciente hemodializados de dos unidades renales en Cartagena.
22. Colombia. Ministerio De Salud. Resolución 08430 de 1993 por la cual se establecen normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: el Ministerio; 1993.
23. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. (Disponible en: [www.wma.net/e/policy/b3](http://www.wma.net/e/policy/b3). Consultado: 18-04-2010.

24. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004, octubre 5, por el cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 2004.
25. Murakami L, Scattolin F. Avaliação da independência funcional e da qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Rev Med Hered.* 2010; 21: 18-26
26. Reed P, Teoría de la Autotrascendencia. En: Coward D, Modelos y Teorías de enfermería: Teorías intermedias. España. 1952. P.647-660.
27. Lobo A, Santos M y Carvalho J. Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad. *Rev. Esp Geriatr Gerontol.* 2007; 42(Supl 1):22-6
28. Torvik K, Kaasa S, Kirkevold O, Rustoen T, *Pain Management Nursing* 2010; Vol 11, No 1: 35-44
29. Drageset J, Eide G, Nygaard H, Bondevik M, Nortvedt M, Natvig G. The impact of social support and sense of coherence on health-related quality of life among nursing home residents a questionnaire survey in Bergen, Norway. *International Journal of Nursing Studies* 46 (2009) 66–76.

## 11. ANEXOS

### ANEXO 1

<b><u>CUESTIONARIO DE PFEIFFER (SPMSQ)</u></b>	
1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (Día, mes y año).	
2. ¿Qué día de la semana?	
3. ¿En qué lugar estamos? (Vale cualquier descripción correcta del lugar).	
4. ¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono, ¿cuál es su dirección completa ?)	
5. ¿Cuántos años tiene?	
6. ¿Dónde nació? ¿Fecha de nacimiento?	
7. ¿Cuál es el nombre del Presidente del Gobierno?	
8. ¿Cuál es el nombre del Presidente anterior?	
9. ¿Dígame el primer apellido de su madre?	
10. Reste de tres en tres desde 20 (Cualquier error hace errónea la respuesta).	
<b>Resultados:</b> 0-2 Errores: normal. 3-4 Errores: deterioro leve 5-7 Errores: deterioro moderado 8-10 Errores: deterioro severo	Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría; si el nivel educativo es alto (universitario) se admite un error menos.

## ANEXO 2

### ENCUESTA SOBRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y PERSONALES

#### CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

**NOMBRES:** \_\_\_\_\_

**APELLIDOS:** \_\_\_\_\_

**EDAD:** \_\_\_\_\_

**SEXO:** F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

#### ESTADO CIVIL:

Soltero\_\_\_

Casado\_\_\_

Unión Libre\_\_

Viudo\_\_\_\_\_

Divorciado\_\_\_

#### RECURSOS ECONÓMICOS:

Pensión\_\_\_

Subsidio\_\_\_\_\_

Apoyo Familiar\_\_\_

Otros\_\_\_\_\_

**NIVEL EDUCACIONAL:**

Ninguno\_\_\_

Primaria\_\_\_

Secundaria\_\_\_

Superior\_\_\_\_\_

**CARACTERISTICAS PERSONALES**

**RECIBE MEDICAMENTOS:** SI\_\_\_NO\_\_\_

**PATOLOGÍAS:**

Hipertensión\_\_\_

Diabetes\_\_\_

Problemas visuales\_\_\_

Otras\_\_\_\_\_

**PARTICIPA EN ACTIVIDAD FÍSICA:** SI\_\_\_NO\_\_\_

**PARTICIPA EN ACTIVIDAD PRODUCTIVA:** SI\_\_\_NO\_\_\_

### ANEXO 3.

#### ÍNDICE MULTICULTURAL DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD

##### Índice de calidad de vida (QLI-Sp)

Instrucciones: por favor indique cual es su nivel de salud y calidad de vida en la actualidad de “mala” a “excelente”, marcando con una X uno de los diez puntos que aparecen en cada una de las siguientes escalas.

1. Bienestar físico (sentirse lleno de energía, sin dolores, ni problemas físicos )

Malo 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Excelente 10
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

2. Bienestar psicológico/emocional (sentirse bien consigo mismo)

Malo 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Excelente 10
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

3. Autocuidado y funcionamiento independiente (desempeñar sus tareas cotidianas básicas, tomar sus propias decisiones)

Malo 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Excelente 10
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

4. Funcionamiento ocupacional (desempeñar su trabajo, tareas escolares, tareas domesticas)

Malo 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Excelente 10
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

5. Funcionamiento interpersonal (relacionarse bien con la familia, amigos y grupos)

Malo 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Excelente 10
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

6. Apoyo social- emocional (disponer de personas en quien confiar, que le proporcionen ayuda)

Malo 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Excelente 10
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

7. Apoyo comunitario y de servicio (vecindario seguro y bueno, acceso a seguro financiero, de información y otros)

Malo 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Excelente 10
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

8. Plenitud personal (sentimiento de equilibrio personal, dignidad y solidaridad: disfrute sexual, de las artes, etc.)

Malo 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Excelente 10
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

9. Plenitud espiritual (sentimiento d fe, religiosidad y trascendencia, mas alla de la vida material ordinaria)

Malo 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Excelente 10
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

10. Percepción global de calidad de vida (sentimiento de satisfacción y felicidad con su vida en general)

Malo 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Excelente 10
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

#### ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_ mayor de edad e identificado (a) con  
cedula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ Expedida en  
\_\_\_\_\_

**Declaro:**

Que después de la explicación realizada por estudiantes de enfermería de la Universidad de Cartagena acerca de la investigación a realizar, los autorizo para la aplicación de un instrumento.

Según la información ofrecida, este estudio no implica ningún tipo de riesgo para mí y los datos que se obtendrán en el mismo serán manejados con la debida confidencialidad los cuales serán usados exclusivamente con fines académicos.

Tengo claro que puedo durante la aplicación del instrumento desistir de mi decisión de participar en este estudio y esto no tendrá consecuencia alguna para mí en los procesos de oferta de servicios de salud

\_\_\_\_\_

**Firma participante**

\_\_\_\_\_

**Firma investigadora**

Fecha de realización: \_\_\_\_\_



## ANEXO 5. TABLAS DE RESULTADOS

Tabla 1. DISTRIBUCION SEGÚN SEXO DE LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

<b>SEXO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>F</b>	26	39.4
<b>M</b>	40	60.6
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100.0</b>

Fuente: encuestas aplicadas 2011.

Tabla 2. DISTRIBUCION SEGÚN ESTADO CIVIL DE LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>CASADO</b>	9	13.6
<b>DIVORCIADO</b>	5	7.6
<b>SEPARADO</b>	1	1.5
<b>SOLTERO</b>	38	57.6
<b>UNION LIBRE</b>	1	1.5
<b>VIUDO</b>	12	18.2
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100.0</b>

Fuente: encuestas aplicadas 2011.

Tabla 3. DISTRIBUCION SEGÚN NIVEL EDUCATIVO DE LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

<b>NIVEL EDUCATIVO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>NINGUNO</b>	13	19.7
<b>PRIMARIA</b>	30	45.5
<b>SECUNDARIA</b>	16	24.2
<b>SUPERIOR</b>	7	10.6
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100.0</b>

Fuente: encuestas aplicadas 2011.

Tabla 4. DISTRIBUCION SEGÚN RECURSOS ECONOMICOS DE LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

<b>RECURSOS ECONOMICOS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>FAMILIAR</b>	14	21.2
<b>NINGUNO</b>	41	62.1
<b>OTROS</b>	1	1.5
<b>PENSION</b>	2	3.0
<b>SUBSIDIO</b>	8	12.1
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100.0</b>

Fuente: encuestas aplicadas 2011.

Tabla 5. DISTRIBUCION SEGÚN CONSUMO DE MEDICAMENTOS DE LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

<b>CONSUMO DE MEDICAMENTOS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>NO</b>	13	19.7
<b>SI</b>	53	80.3
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100.0</b>

Fuente: encuestas aplicadas 2011.

Tabla 6. DISTRIBUCION SEGÚN PATOLOGIAS PRESENTADAS POR LOS PARTICIPANTES

<b>PATOLOGIAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>HTA</b>	36	37,1
<b>PVISUALES</b>	33	34,0
<b>OTRAS</b>	21	21,7
<b>DIABETES</b>	7	7,2
<b>TOTAL</b>	<b>97</b>	<b>100</b>

Fuente: encuestas aplicadas 2011.

Tabla 7. DISTRIBUCION SEGÚN REALIZACION DE ACTIVIDAD FISICA DE LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

<b>REALIZACION DE ACTIVIDADES FISICAS?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
No	30	45.5
Si	36	54.5
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100.0</b>

Fuente: encuestas aplicadas 2011.

Tabla 8. DISTRIBUCION SEGÚN REALIZACION DE ACTIVIDAD PRODUCTIVA DE LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

<b>REALIZA ACTIVIDAD PRODUCTIVA?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
No	41	62.1
Si	25	37.9
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100.0</b>

Fuente: encuestas aplicadas 2011.

Tabla 9. DISTRIBUCION SEGÚN PROMEDIO DE LAS DIMENSIONES DE LA CVRS DE LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

<b>DIMENSIONES</b>	<b>PROMEDIO</b>	<b>I.C. 95%</b>		<b>COEFICIENTE DE VARIACION (%)</b>
		<b>LIM INF</b>	<b>LIM SUP</b>	
<b>BIEFISICO</b>	7.1	6.5	7.7	8.2
<b>BIESICOLOG</b>	7.7	7.2	8.2	7.1
<b>AUTFUNINDE</b>	8.2	7.8	8.7	5.8
<b>FUNOCUPAC</b>	7.7	7.2	8.3	7.4
<b>FUNINTERPE</b>	7.5	6.8	8.1	8.5
<b>APOSOCEM</b>	7.8	7.3	8.4	7.4
<b>APOCOMUN</b>	7.1	6.4	7.8	9.7
<b>PLENPERSO</b>	7.5	7.0	8.1	7.2
<b>PLENESPIRI</b>	9.0	8.6	9.4	4.7
<b>PERCALVIDA</b>	8.0	7.5	8.6	6.5

Fuente: encuestas aplicadas 2011.