

Calidad de vida en ancianos institucionalizados de Pereira

José William Martínez¹
Harold Anderson Acosta²
Julio César Dussan²
Jhon Alejandro Álvarez Bolívar²
William Fernando Bedoya²
Jesús Alberto Carvajal Ramírez²
Fernando López Giraldo²

Resumen

Introducción: Colombia vive un fenómeno de envejecimiento de la población. En Risaralda, la población mayor de 65 años de edad que para el 2005 era de 63.668 personas, según proyecciones del DANE, para el 2010 fue de 73.510. La Universidad Tecnológica de Pereira, estudiantes y profesores de diferentes programas han venido ofreciendo una variedad de acciones, con el fin de incentivar la participación de los adultos mayores de centros de bienestar en actividades físicas, artísticas, culturales y sociales para mejorar su calidad de vida.

Métodos: Esta investigación cuasi experimental evaluó el impacto de estas intervenciones en la calidad de vida de los adultos mayores en cada uno de los centros de protección intervenidos, por medio de la aplicación de los test COOP/WONCA. El criterio de exclusión fue tener algún tipo de limitación que afecte la calidad de la información suministrada o impida totalmente su comunicación (problemas de memoria o demencia). En el estudio solamente se excluyeron a seis personas. **Resultados:** Se hizo un test de rangos para evaluar calidad de vida previa y posterior a la intervención realizada. Así, se obtuvieron mayores rangos negativos (47) que positivos (26). **Conclusiones:** Se logró un aumento en la calidad de vida de los ancianos; sin embargo, no se le puede atribuir a una intervención en especial; pero sí al contacto con las personas.

Palabras clave: calidad de vida, salud del anciano, envejecimiento demográfico.

Title: Quality of Life in Institutionalized Elderly in Pereira

Abstract

Introduction: Colombia is experiencing an aging of its population. In Risaralda the population over 65 years of age by the year 2005 was 63,668, according to projections by DANE for

.....
¹ Autor principal, docente del Programa de Medicina, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Tecnológica de Pereira. Pereira, Colombia.

² Coautores: estudiantes del Programa de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Tecnológica de Pereira. Pereira, Colombia.

the year 2010 it was 73,510. Students and faculty from different programs of the Technological University of Pereira, have been engaged in a variety of actions in order to encourage the participation of the elderly in welfare centers in physical, artistic, cultural, and social activities to improve their quality of life. **Methods:** This quasi-experimental research evaluated the impact of these interventions on the quality of life of older adults in each of the protection centers by the application of the COOP/WONCA test. The exclusion criteria were: Having some kind of restriction that affected the quality of information provided or that completely prevented its communication (memory problems or dementia). Only six people were excluded. **Results:** We did a ranges test to assess quality of life before and after the interventions and obtained more negative ranges (47) than positive ones (26). **Conclusions:** According to these results there was an increase in the quality of life in the elderly which cannot be attributed to a particular intervention, but to the contact with other people.

Key words: Quality of life, health of the elderly, demographic aging.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido *calidad de vida* como “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones” (1). El concepto de *calidad de vida* es multidimensional, no se le puede evaluar atendiendo solamente a los bienes materiales o al estado de salud, sino que también incorpora factores físicos (dolor, malestar, energía,

cansancio, sueño, descanso y estado funcional); psicológicos (mide las relaciones subjetivas del individuo en presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales, como sentimientos positivos, aprendizaje, memoria, concentración, autoestima, imagen, apariencia corporal y sentimientos negativos); grado de independencia (movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia respecto a medicamentos o tratamientos, capacidad de trabajo); sociales (se refiere a condiciones externas relacionadas con el entorno, como salud, bienestar social, educación, seguridad pública, ocio, relaciones personales, actividad sexual, apoyo social, etc.) (2-5).

En solo un siglo, el país pasó de 4.355.470 personas a un total de 41.468.384 habitantes, de los cuales el 6,3% (2.612.508) es mayor de 65 años. Mientras la población general se incrementa un 1,9% promedio anual (en el periodo 1990-2003), la población mayor de 80 años crece a una tasa promedio anual del 4% (6).

En Risaralda, la población mayor de 65 años, que para el 2005 era de 63.668 personas, según proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para el 2010 sería de 73.510. Al mismo tiempo, en Pereira esta población era de 31.780, y según proyecciones del DANE, para el 2010 era de 36.986 (7). Todo esto demuestra que Colombia vive un fenómeno de envejecimiento de la población, cuyas principales causas radican en el aumento de la

esperanza de vida, la disminución de la mortalidad, el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, el descenso de las tasas de la fecundidad, la atenuación del ritmo de incremento de la población y los procesos de migración (6).

Este proceso, además, se acompaña de diversos cambios en la sociedad, entre ellos se destaca la modificación del perfil epidemiológico de la población, pues al aumentar la proporción de personas de la tercera edad en la población general, las causas de morbilidad y mortalidad relacionadas con la vejez afectarán las causas de mortalidad y morbilidad generales; y esto también se hace visible en Pereira (8).

En Colombia, la esperanza de vida ha aumentado de 68,75 años en 1993, a 72,3 en el 2005; la esperanza de vida al nacer es de 69,8 en el hombre y de 77,6 en la mujer (6). Por otro lado, el índice de dependencia económica no ha aumentado; ha mantenido casi una relación de 1:1 desde 1993, con 0,47 al 2005, con un índice de dependencia del 0,45. En Pereira, el índice de dependencia económica de la población anciana en el 2005 era de 0,1 estaba previsto que en el 2010 fuera de 0,12. Tanto el índice de dependencia económica, como el aumento en la esperanza de vida permiten ver cómo el grupo de los adultos mayores crece más rápidamente que el total de la población y que otros grupos poblacionales (6).

Teniendo como referente el aumento de la población vieja en

Colombia, la Universidad Tecnológica de Pereira tiene como prioridad promover la calidad de vida en los centros de protección al adulto mayor, al ofrecer una variedad de acciones, con el fin de incentivar la participación de los mayores en actividades físicas, artísticas, culturales y sociales. Con ello, se busca crear conciencia de la necesidad de ofrecer a las personas de la tercera edad un servicio de calidad, así como, también, de la importancia de un sistema de atención coordinado para las personas mayores.

En este sentido, la Universidad Tecnológica de Pereira ha venido trabajando en algunos centros de bienestar durante un año; allí, sinérgicamente, varias facultades y profesores han unido sus saberes con el propósito de mejorar la forma de vida y la percepción de esta en algunos de nuestros abuelos, al mejorar su situación y promover la dignidad de dichas personas. Nuestra investigación nace de la necesidad de evaluar el impacto que tienen estas intervenciones en la calidad de vida de los adultos mayores, en cada uno de los centros de protección intervenidos.

Materiales y métodos

Diseño

Se realizó un estudio cuasiexperimental, sin asignación aleatoria ni grupo control, en una población que incluye a personas de la tercera edad

y que pertenecen a cinco centros de protección al adulto mayor de Pereira (Hogar Anciano Desamparado, Asociación Hogar del Abuelo Divino Pastor, C. B. A Santa María, Fundación Nuestra Señora de las Nieves y C. B. A Misioneras Calcutas), los cuales albergan a un total de 253 ancianos y prestan los servicios de alimentación, albergue, recreación; algunos centros, como el Santa María, ofrecen servicios de fisioterapia. Los criterios de inclusión fueron: residir en uno de estos centros de protección. El criterio de exclusión: tener algún tipo de limitación que afecte la calidad de la información suministrada o impida totalmente su comunicación (problemas de memoria o demencia). En el estudio solamente se excluyeron seis personas.

Recolección de la información

Primero, se realizó una capacitación dirigida a los estudiantes involucrados en el proyecto, sobre la aplicación de los tests COOP/WONCA. Al final se seleccionaron grupos de estudiantes, cada uno de los cuales se dirigió a uno de los centros de protección del adulto mayor, donde aplicaron los tests. Para el procesamiento de la información se creó una base de datos en Excel y se analizó en SPSS 17.0.

Instrumentos de recolección de información

En primera instancia, se valoró la calidad de vida de los adultos

mayores por medio del *test* COOP/WONCA, pues este es un cuestionario reconocido internacionalmente y validado en Colombia (9). Se caracteriza por su brevedad, facilidad de comprensión y por presentar unos criterios métricos de calidad. Cada una de los ítems mide una dimensión de la *calidad de vida* en relación con la salud (forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividad social, cambio de salud, estado de salud, dolor, apoyo social y calidad de vida), y presenta un título en el que se plantea una cuestión acerca del estatus funcional del paciente durante las últimas dos semanas.

Para cada pregunta a la que hace referencia el título, existen cinco respuestas posibles, que representan el estatus funcional del individuo, siguiendo una escala ordinal, de manera que las puntuaciones más altas corresponden con los estados de salud más desfavorables (a excepción del ítem referido al cambio en el estado de salud, que presenta un tipo de respuesta bipolar). Todas las respuestas están ilustradas con dibujos, lo cual ayuda a su comprensión y facilita su cumplimentación (10).

Fases del estudio

Primera fase

Se realizó una valoración inicial de calidad de vida en el adulto mayor, por medio de la aplicación de los tests COOP/WONCA, que evalúa la calidad de vida y va dirigido a los

adultos mayores de los centros de protección.

Segunda fase

Se desarrollaron diferentes actividades, con el objetivo de generar un impacto positivo en la calidad de vida del adulto mayor.

Se realizó un seminario de asistencia voluntaria sobre cuidados para el adulto mayor, en el cual se tocaron temáticas como: ciclo vital del ser humano, atención primaria en salud, asertividad y autoestima, que promueve la cooperación entre ancianos, evaluación y rehabilitación motora, administración del centro de bienestar, gestión en el centro de bienestar, estrategias para el manejo de conflictos, calidad de vida, cuidados en el anciano (signos vitales, cuidados en el baño, movilización del anciano, masajes y alimentación).

Realización de diferentes actividades por parte de estudiantes de distintos programas académicos de la universidad tecnológica de Pereira, de acuerdo con los conocimientos concernientes a cada carrera. Estas intervenciones estuvieron sujetas a monitoreo; además, se evaluó la dosis de cada intervención, teniendo como referencia el número y tipo de asistentes a cada una de las sesiones.

Intervención educativa (estudiantes de Educación)

Esta intervención, por medio de la expresión oral y la creación de

textos, busca promover las relaciones interpersonales, fortalecer procesos cognitivos al reavivar memorias perdidas, incentivar sentimiento de utilidad, mejorar el autocontrol, la autopercepción y, por último, disminuir sentimientos negativos, como la ansiedad y la depresión.

Intervención físico-recreativa

Esta intervención tiene también como finalidad el fortalecimiento de la relación entre el adulto mayor y su entorno social, así como mejorar el sentimiento de utilidad en estas personas, pero su objetivo principal fue el mejoramiento de la salud general, la disminución de dolor articular y la prevención y manejo de la dependencia; esto es fundamental al momento de valorar la percepción de calidad de vida de las personas de mayor edad.

Intervención artística (estudiantes de Artes)

Esta intervención, al igual que las anteriores, busca el mejoramiento de la vida social en el adulto mayor, así como una concientización de sus aptitudes productivas, para lograr de esta manera que se reconozcan como personas útiles. Además, procuran una reactivación motora que retrase el proceso de pérdida de la funcionalidad, especialmente en actividades de control fino, para intervenir, así, el grado de dependencia de estas personas.

Intervención administrativa (estudiantes de Ingeniería Industrial)

Esta intervención tuvo como objetivo mejorar la manera como se distribuyen los recursos en estos centros, con el fin de incrementar su sostenibilidad y, en consecuencia, facilitar la prestación de servicios de calidad.

Tercera fase

Finalmente, se evaluó el impacto de las intervenciones, al determinar el promedio en la calidad de vida de las personas de cada centro de protección al adulto mayor. Para este fin se aplicó de nuevo el test COOP/WONCA y se compararon los resultados con la primera evaluación realizada.

Procesamiento de la información

La información recolectada de la primera y segunda evaluaciones fue la fuente para la generación de una base de datos en Excel. Luego, se envió la base de datos a SPSS versión 17.0 para realizar los análisis univariado y la evaluación de impacto, al corregir la correlación positiva de las dos evaluaciones.

Se analizó con ayuda del test COOP/WONCA, el δ entre la percepción de calidad de vida de los adultos mayores de los centros de protección antes y después de la intervención. El nivel de calidad de vida es una variable ordinal, pero

se maneja estadísticamente como de razón; tenemos la dosis de la intervención, sesiones y asistencia.

Resultados

Se evaluaron con el test COOP/WONCA, antes y después de la intervención realizada a 79 ancianos, quienes fueron entrevistados por un grupo interdisciplinario de estudiantes de la Universidad Tecnológica de Pereira, los cuales fueron previamente capacitados. El análisis de diferentes componentes de importancia en la calidad de vida de las personas de la tercera edad, que se encuentran relacionadas con cada una de las preguntas del instrumento de calidad de vida, permitió establecer un cuadro general de calidad de vida en los centros estudiados. La población total era de 253 personas, de las que solo participaron 122, los demás fueron excluidos según los criterios establecidos, se abstuvieron de participar en la intervención durante todo el tiempo o su condición física no les permitió completar la intervención. De las 122 personas encuestadas, solo se tomaron los resultados de 79 personas, debido a que en la segunda encuesta estas personas no se encontraban disponibles, por diversos motivos, como fallecimientos, traslado a centros hospitalarios o a sus propias casas.

La distribución por sexo fue de 42 mujeres y 37 hombres. En la encuesta de línea de base pudimos obtener que, de la población total, 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. El 34,5% tenía un nivel de actividad física de moderado a muy intenso; el restante 65,5%, ligera o muy ligera; en cuanto a molestias por problemas emocionales, el 64% presentaba molestias moderadas a ninguna en absoluto, y el 36%, bastantes o intensos; el 26,5% presentaba bastante a muchísimas limitaciones en las actividades sociales; el 73,5%, moderadas a ninguna en absoluto; el 73,9% de la población tenía dificultad moderada a ninguna dificultad para tareas habituales, el 26,1% tenía mucha a total dificultad.

En ese momento, al comparar su salud con la de dos semanas anteriores, el 85,7% la consideraba entre igual a mucho mejor, el restante 14,3% la calificaba como un poco o mucho peor; el 60,2% calificaba como bueno a excelente su estado de salud general; el 39,8%, como regular o malo. En cuanto a nivel de dolor, el 47,7% manifestaba ninguno o un dolor muy leve; el 52,3% sentía dolor ligero a intenso.

Las mediciones de calidad de vida no son independientes, están relacionados entre sí, por eso se hace un análisis no paramétrico, como el método de rangos. Con esta prueba se evaluó la calidad de vida antes y después de la intervención. El *test* de rangos de los signos de Wilcoxon encontró que las diferencias no son atribuibles al azar, es decir, que la intervención hecha por la Universidad

Tecnológica de Pereira por medio del Centro de Prácticas Empresariales logró modificar la calidad de vida de los adultos mayores que residen en esos centros de bienestar ($Z = -2.499$, valor de $p = 0,012$).

Discusión

En nuestro estudio se tuvo un sesgo de selección, ya que hubo una pérdida del 35,2% de la población inicial; se cree que el peso de ese sesgo no es relevante, en la medida en que las personas que se perdieron no tuvieron la intervención en forma completa, por lo tanto, es poco probable que su condición de calidad de vida se encuentre asociada con la intervención de los estudiantes.

No se realizó una selección aleatoria, porque participaron todas las instituciones autorizadas por el municipio de Pereira para la atención de adultos mayores. De la población elegible, que fueron 122, solo 79 terminaron el estudio. Esta última población representa el 64,7% del total. Esto demuestra que el poder no se vio alterado.

Según los resultados de línea de base, pudimos deducir que era prioridad reducir el dolor, y que las intervenciones que tendrían un mayor impacto podrían llegar a ser las que generaran actividades sociales. Sin embargo, aunque podemos ver que se obtuvo un impacto positivo en la calidad de vida desde la percepción propia de bienestar de los adultos mayores, no se puede determinar qué

aspecto de la intervención influyó más en el resultado final de calidad de vida. La literatura indica que es la condición de dolor la que más se asocia con una mala calidad de vida, especialmente cuando se trata de dolor crónico (11-14). Además, toda condición general que lleve a una restricción en la participación de los roles que usualmente desarrolla el individuo afecta el sentimiento de utilidad y, por tanto, de bienestar personal; así disminuye la calidad de vida (15-18).

Estas dimensiones fueron de particular interés en la intervención, porque siempre se procuró disminuir el dolor por medio de la rehabilitación física, y con una adecuada comunicación en las manualidades se estimuló la participación de las personas y el refuerzo positivo de sus logros y desarrollos. El rescate de expresiones de la tradición oral motivó en los participantes el aprendizaje, la memoria, la concentración, la autoestima, por medio del reconocimiento de la persona en el aporte a través de su narración.

Se puede mejorar la calidad de vida de los adultos mayores por medio de intervenciones de distinta índole, al resaltar la importancia de enfocarlas hacia la actividad física y las condiciones sociales, ya que los mayores necesitan ser productivos y contribuir activamente en la vida de algún modo para disfrutarla (19). Con el estudio pudimos determinar que un aspecto importante es la interacción entre la persona que

realiza la intervención y el adulto, pues en este espacio se satisfacen las necesidades de este último de sentirse parte de la sociedad, y, además, factores psicológicos como sentimientos positivos, aprendizaje, memoria, concentración, autoestima, etc., que, como ya se había dicho, son importantes para la calidad de vida. Esto se demuestra con el aumento en la percepción de calidad.

Referencias

1. Cardona D, Agudelo B. Satisfacción personal como componente de la calidad de vida de los adultos de Medellín. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. *Rev Salud Pública*. 2007;9:541-9.
2. Guillard León MO. Factores que inciden en la calidad de vida del adulto mayor, en una muestra de la población del municipio Marianao. *Bioética*. 2009;9:18-21.
3. Cardona D, Agudelo G, Byron H. Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2005;23:79-90.
4. Azpiazu Garrido M, Cruz Jentoft A, Villagrasa Ferrer J, et al. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española Salud Pública*. 2002;76:683-99.
5. Gómez-Vela M, Sabeh E. Calidad de vida, evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica [internet]. [citado: 18 de septiembre del 2009]. Disponible en: <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
6. Diagnóstico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia, Ministerio de Protección Social [internet]. 2005 [citado: 27 de septiembre del 2009]. Disponible en: www.minproteccionsocial.gov.co/.../DocNewsNo16412DocumentNo4751.PDF.

7. Proyecciones municipales de población 2005-2011 sexo y grupos de edad, Risaralda, Dane [internet]. 2005 [citado: 16 de octubre del 2009]. Disponible en: www.dane.gov.co/.../poblacion/.../MProyeccionesMunicipalesedadsexo.pdf
8. Perfil epidemiológico de Pereira, 2007, secretaria de salud y seguridad social de Pereira [internet]. 2007 [citado: 3 de octubre del 2009]. Disponible en: www.dlsperreira.gov.co/intranet/app/webroot/.../perfilepidemiologico-2007
9. Martínez J, Albán A, Arcos F, et al. Calidad de vida y adaptación social de los cuidadores de adultos mayores. *Revista Colombiana Psiquiatría*. 2009;38:645-53.
10. Martín F, Reig A, Ferrer R, et al. Láminas COOP/WONCA: ¿un instrumento válido para determinar la CVRS en el paciente en diálisis? *Nefrología*. 2004;24:192-3.
11. López Silva MC, Sánchez de Enciso MJ, Rodríguez Fernández MC, et al. Cavidol: calidad de vida y dolor en atención primaria. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2007;14:9-19.
12. Orueta Sánchez R, Rodríguez de Cosío A, Carmona de la Morena J, et al. Anciano frágil y calidad de vida. *Rev Clin. Med. Fam.* 2008;2:101-5.
13. Casals M, Samper D. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. *Estudio ITACA*. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2004;11:260-9.
14. Franco ML, Seoane de Lucas A. Características del dolor crónico en el anciano: tratamiento. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2001;8:29-38.
15. Peña Pérez B, Terán Trillo M, Moreno Aguilera F, et al. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la clínica de medicina familiar oriente del ISSSTE. *Revista Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 2009;14:53-61.
16. Osorno Chica DA, Prado JC, Narváez J. Desacomodamiento musculoesquelético en una cohorte de ancianos de la ciudad de Popayán, Colombia. *Revista Colombiana Gerontología Geriátrica*. 2007;21:1018-23.
17. Mahecha Matsudo SM. Actividad física y salud para el adulto mayor. Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul-CELAFISCS [internet]. s.f. [citado: 19 de septiembre del 2009]. Disponible en: www.sportsalut.com.ar/articulos/act_fis_salud/n3.pdf
18. Mora Bautista G. El envejecimiento y la actividad física. *Efisioterapia.net* [internet]. 2008 [citado: 10 de octubre del 2009]. Disponible en: http://www.efisioterapia.net/articulos/leer.php?id_texto=327
19. Rodríguez Martín CR, Sáez Lara CB, López Liria R. El parque geriátrico: fisioterapia para nuestros mayores. *Gerokomos*. 2007;18:31-5.

Conflictos de interés: Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.

*Recibido para evaluación: 27 de junio del 2010
Aceptado para publicación: 15 de septiembre del 2011*

*Correspondencia
José William Martínez
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Tecnológica de Pereira
Vereda La Julita
Pereira, Risaralda
jose01william@gmail.com*