

**FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADOS A LA CALIDAD
DE VIDA RELACIONADA CON SALUD DEL ADULTO MAYOR,
ZARAGOCILLA- CARTAGENA, 2019.**

INVESTIGADORES:

EYLEEN BALLESTEROS SILVA
DAINI LOZANO BALSEIRO
ANGELICA MACHACON PACHECO
ANA LUISA PEDROZA VILLADIEGO

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE
ENFERMERA

TUTORA:

ESTELA MELGUIZO HERRERA
Ph. D. EN ENFERMERÍA, M. Sc. EN ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CARTAGENA DE INDIAS D. T. y C.
2019

CONTENIDO

LISTA DE TABLAS	3
LISTA DE ANEXOS	4
RESUMEN.....	5
1. INTRODUCCION	6
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
3. OBJETIVOS	11
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	11
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
4. MARCO CONCEPTUAL.....	12
4.1 CALIDAD DE VIDA (CV)	12
4.1.1 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)	12
4.2 ADULTO MAYOR.....	15
4.2.1 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES.....	16
5. METODOLOGÍA	17
5.1 TIPO DE ESTUDIO	17
5.2 POBLACIÓN.....	17
5.3 MUESTRA.....	17
5.4 MUESTREO	18
5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	18
5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	18
5.7 INSTRUMENTOS.....	18
5.8 PROCEDIMIENTO	21
5.9 ANALISIS ESTADISTICO.....	21
5.10 ASPECTOS ETICOS.....	21
6. RESULTADOS.....	23
7. DISCUSIÓN	27
8. CONCLUSIONES.....	37
9. RECOMENDACIONES.....	38
10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	40
ANEXOS	47

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Propuestas de definiciones en calidad de vida relacionada con la salud	13
Tabla 2. Contenido de las escalas del SF-36.....	20
Tabla 3. Características sociodemográficas de los adultos mayores del barrio Zaragocilla participantes del estudio. Cartagena, 2019.....	55
Tabla 4. Percepción del estado de salud de los adultos mayores del barrio Zaragocilla participantes del estudio según SF-36 Cartagena, 2019.....	586
Tabla 5. Índice global Calidad de vida de los adultos mayores del barrio Zaragocilla participantes del estudio según las dimensiones del SF-36 Cartagena, 2019.	586
Tabla 6. Calidad de vida de los adultos mayores del barrio Zaragocilla según las dimensiones del SF-36 Cartagena, 2019.....	586
Tabla 7. Función física según el SF-36 de los adultos mayores del barrio Zaragocilla, Cartagena 2019.....	597
Tabla 8. Rol físico según el SF-36 de los adultos mayores del barrio Zaragocilla, Cartagena 2019.....	58
Tabla 9. Dolor corporal según el SF-36 de los adultos mayores del barrio Zaragocilla, Cartagena 2019.....	609
Tabla 10. Salud general según el SF-36 de los adultos mayores del barrio Zaragocilla, Cartagena 2019.....	619
Tabla 11. Vitalidad según el SF-36 de los adultos mayores del barrio Zaragocilla.....	620
Tabla 12. Función social según el SF-36 de los adultos mayores del barrio Zaragocilla, Cartagena 2019.....	631
Tabla 13. Rol Emocional según el SF-36 de los adultos mayores del barrio Zaragocilla, Cartagena 2019.....	631
Tabla 14. Salud mental según el SF-36 de los adultos mayores	642
Tabla 15. Evolución declarada de la salud respecto al año anterior según el SF-36 de los adultos mayores del barrio Zaragocilla, Cartagena 2019.....	653
Tabla 16. Asociación de variables sociodemográficas con la calidad de vida de los adultos mayores del barrio Zaragocilla, participantes del estudio.....	653

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO FACTORES SOCIODEMOGRÁFICAS	48
ANEXO 2. CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SF-36.....	49
ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO	56
ANEXO 4. TABLAS DE RESULTADOS SOBRE FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD.....	57

RESUMEN

Antecedentes: La Organización Mundial para la Salud (OMS) define la Calidad de vida relacionada con salud como la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

Objetivo: Determinar los factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida relacionada con salud de los adultos mayores del barrio de Zaragocilla de la Ciudad de Cartagena, 2019.

Metodología: Estudio analítico, con la población de 1.876 adultos mayores del barrio de Zaragocilla, se tomó una muestra de 455 personas. Muestreo aleatorio simple y se seleccionó al azar las casas donde estaban ubicados los participantes. Se aplicaron dos cuestionarios para identificar los factores sociodemográficos y la calidad de vida relacionada con salud. Se empleó estadística descriptiva y análisis de regresión logística multivariado. Se tuvo en cuenta los aspectos éticos.

Resultados: Participaron 440 adultos mayores, promedio de edad de 73,3 años. Predominó el sexo masculino en un 50,45%, tener pareja estable 34,8%, escolaridad secundaria 34,8%, no tener trabajo 43,2%, residir en estrato 2 en un 48,0%. El 30,2% reportó una buena calidad de vida. De las dimensiones de la escala se reportó la función física con un 57,0%; rol emocional 60,7%; salud general 95,9% y dolor corporal 86,4%.

Conclusiones: La calidad de vida relacionada con salud fue percibida como mala y mostró estar asociada a tener afiliación al régimen contributivo para la atención en salud. Las dimensiones de la calidad de vida percibidas positivamente fueron función física y rol emocional y negativamente la salud general y el dolor corporal.

Palabras claves: adulto mayor, cuidados de enfermería, calidad de vida y salud pública (Fuente: DeCS).

1. INTRODUCCION

La calidad de vida se conoce 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. El concepto se construyó teniendo en cuenta la recomendación de la OMS de incluir aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales en las investigaciones que aborden esta temática; por esta razón, se entendió la calidad de vida como un fenómeno social complejo y un proceso de percepción personal del nivel de bienestar alcanzado a través de la combinación de las condiciones de vida (variables objetivas que se pueden medir independientemente de los sentimientos) y el grado de satisfacción con la vida (variables subjetivas que dependen de los sentimientos y sólo se pueden mirar a través de los interesados).

También se entendió por adulto mayor a toda persona de 65 o más años, asumiendo que esta población se encuentra en la culminación de un proceso natural con deficiencias funcionales como resultado de cambios biológicos, psicológicos y sociales (1).

Este estudio surgió como una idea de trabajar con adultos mayores desde la profesión de enfermería ya que se logró evidenciar un gran deterioro de la calidad de vida de esta población, debido a que en estudios realizados, éste es un grupo poblacional cada vez más significativo, pero que en términos generales está expuesto a situaciones de iniquidad, asimetría y exclusión social (2). Por esta razón este trabajo está orientado a determinar aquellos factores sociodemográficos que están asociados a la calidad de vida relacionada con salud del adulto mayor.

El siguiente documento contempla nueve capítulos los cuales se integran de la siguiente manera: un planteamiento del problema y un marco conceptual en el cual se definen conceptos de calidad de vida relacionada con salud y adulto mayor. Se abordan los cambios sociodemográficos más significativos en las últimas décadas, los cuales están relacionados con el aumento en la expectativa de vida. Seguido a esto, la metodología, la cual está constituida por el tipo de estudio, población, muestra, muestreo, criterios de inclusión y exclusión y los instrumentos aplicados. .

Luego, se muestran los resultados obtenidos, seguido a una discusión donde se discuten los hallazgos de este estudio frente a los resultados de otros similares, finalizando con las conclusiones y recomendaciones dadas a partir de los resultados obtenidos.

Es de destacar que en esta ciudad, la mayoría de los adultos mayores no participan de los programas que se tiene organizados para su cuidado y no existen programas para atender a esta población que ya no pueden salir de su casa por las limitaciones físicas o del entorno social o urbanístico; poniendo a esta población en una condición de mayor vulnerabilidad (3).

Con base en lo anteriormente expuesto, se hace necesario indagar algunas perspectivas teóricas de la calidad de vida relacionada con la salud donde se considerara una muestra representativa de toda la población de adultos de la ciudad de Cartagena.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los cambios demográficos más significativos de las últimas décadas es el incremento en los índices de adultos mayores respecto a la población general, lo cual está relacionado con un aumento en la expectativa de vida y el descenso en la tasa de natalidad trayendo consigo a nivel mundial y en Colombia un proceso llamado transición demográfica del siglo XXI, que implica disminuciones porcentuales de la población joven de 0 a 14 años, junto con incrementos en cantidad y porcentaje de las poblaciones adultas de 15 a 64 años, y envejecida de 65 años y más. Por lo tanto, la atención en el adulto mayor ha incrementado (2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la proporción de población de 60 años y más se estimó en un 11% en 2007 y se estima que aumentará a más del 20% en 2050, un proceso que se describe como irreversible debido a que el envejecimiento de la población es más rápido en la actualidad que en años precedentes y a su vez, genera cambios importantes en el estilo de vida de la población y tiene repercusiones significativas en el volumen y distribución de la carga social de la enfermedad y en la calidad de vida (2).

En los últimos años, el término “calidad de vida” ha sido extenso debido a que se han tratado de realizar cambios significativos en la salud de la población, cuyo objetivo es mejorar necesariamente, la calidad de vida, por tal razón, este término se ha comenzado a usar más y más en el campo de las evaluaciones en salud, o como medida de bienestar (4).

En este orden de ideas, es fundamental indicar que la CV se define como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas (1). Se conceptúa de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas, que varían de persona a persona (3).

Al enfocarse en la población de adultos mayores y los procesos demográficos que están relacionados con esta etapa de la vida, se han encontrado estudios que indican que la CV a esta edad se puede definir en forma positiva y negativa, siendo positiva, cuando se cuenta con buenas relaciones familiares, sociales, buena salud, buenas condiciones materiales y negativa cuando se presentan limitaciones funcionales como lo son las adversidades, reducción de sus redes sociales, pérdidas del estado de salud y de contactos sociales, limitaciones funcionales, que son las principales en ocasionar un deterioro de la CV del adulto mayor (5,6).

Según datos preliminares del DANE para el 2018, en Colombia había 42'800.000 habitantes, de los cuales 3'937.600 (9,2%) son mayores de 65 años, notándose un aumento significativo de la participación de este grupo en la población en general en comparación con el año 2005 (6,3%) (7). Asimismo, indica que la población del adulto mayor en Cartagena es cada vez más significativa y a su vez, se encuentra expuesta a desigualdades y asimetrías que dan como consecuencia una esperanza de vida disminuida y una mala CV (8). Por lo tanto, en términos generales la población de adultos mayores está expuesta a situaciones de iniquidad, asimetría y exclusión social, lo cual se traduce en que su mayor esperanza de vida no se acompaña de una mejor calidad de vida (2).

Si nos acentuamos, en el barrio Zaragocilla, llamado así, porque se sembraban arboles de Zaragoza, es importante mencionar que el porcentaje de adultos mayores es significativo (11,7%) según datos estadísticos proporcionados por el DANE para el año 2018. Sin embargo, se puede observar que en la población en general se evidencian ciertas problemáticas y necesidades relacionadas con la salud, seguridad, conflictos sociales y de conducta como conflictos interpersonales y drogadicción que influyen directamente en la CV de este grupo de personas. En cuanto a la salud, el 53,69% cuentan con un régimen de salud subsidiado y sus fuentes de ingreso provienen de trabajos independientes siendo del salario mínimo en la mayoría de las familias, las cuales son extensas y compuestas por más de una unidad nuclear, donde viven abuelos, tíos y sobrinos en una misma casa lo que ocasiona hacinamiento en las viviendas. (7)

Varios estudios informan que la CV en los adultos mayores se ve afectada por diferentes factores como el caso del acompañamiento familiar debido a que las relaciones sociales junto con el apoyo social cumplen un papel central en el bienestar de ellos, proporcionando empoderamiento y buena percepción de la vida, que son elementos cruciales para desarrollar un envejecimiento positivo (1). En un estudio realizado en Cartagena por Melguizo E. (9) donde participaron 514 adultos mayores, en el cual utilizó como instrumento el “Índice Multicultural de Calidad de Vida”, se evidenció que aquellos que eran trabajadores o pensionados reportaron un mejor bienestar físico, con un promedio de 8,8; mejor bienestar psicológico, con 8,5; mejor autocuidado y funcionamiento ocupacional, con 9,1 y 8,8, respectivamente. En cuanto al bienestar físico, se observó mayor puntuación en aquellos que viven con una persona (promedio de 8,2), mientras que el menor puntaje es para quienes viven con 7 y 8 personas (con 6,7 respectivamente). Por último, los adultos mayores que viven con una persona reportaron menor bienestar psicológico (promedio de 7,8) siendo el mayor puntaje para los que viven acompañados de dos personas (con 8,3).

Por otra parte, un estudio realizado en Medellín cuyo objetivo fue explorar las condiciones asociadas con la CV de los ancianos en hogares geriátricos, el cual se evaluó en una escala de 0 a 100 arrojó que para todas las dimensiones de la CV se hallaron puntuaciones por encima de 52 puntos, siendo las más bajas intimidad ($52,2 \pm 20,2$) y autonomía ($52,8 \pm 17,5$) y la más alta la dimensión de muerte y morir ($69,4 \pm 28,7$ puntos), seguida de la capacidad sensorial ($60,8 \pm 25,2$). Cabe resaltar, que se hallaron puntajes de CV más altos en los adultos mayores sin problemas nerviosos, sin estrés ni enfermedades agudas, en aquellos que no se sintieron maltratados por sus familiares y en quienes fueron de forma voluntaria a la institución y a su vez se halló deterioro cuando las condiciones de funcionalidad y autonomía limitaban la realización de actividades de la vida diaria, agravado por el hecho de ser mujer, tener sintomatología depresiva y de ansiedad, y sentirse maltratado por sus familiares (10).

Es así, como la sociedad ha empezado a tomar conciencia del problema que representa el envejecimiento de la población y la necesidad de dar respuesta a las consecuencias personales, sociales, políticas y económicas derivadas de ello. Asimismo, al no contar con información suficiente que dé cuenta de las características de la CVRS en la población de la tercera edad de ciudades intermedias colombianas siendo ya abordadas en las grandes ciudades, es necesario caracterizar esta problemática debido a que mientras más se demore el Sistema General de Seguridad Social (SGSS) en hacer este proceso, más costosa e ineficiente será su gestión, porque varios de los problemas que están apareciendo podrían ser susceptibles de intervención rápida (2).

Por lo dicho anteriormente, al no tener una forma efectiva para evitar la vejez, es de vital importancia realizar estudios enfocados a determinar los factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida de los adultos mayores del barrio Zaragocilla de la ciudad de Cartagena con el fin de lograr una mayor comprensión del proceso de envejecimiento y orientar a un mejor cuidado, proponiendo y ejecutando estrategias desde la profesión de enfermería para mejorar la CV de la población adulta y así, brindar información a las autoridades sanitarias para la definición de políticas públicas, estrategias, diseño de normas, programas de atención y acciones de intervención, que favorezcan el bienestar y la dignidad de las personas en esta etapa de la vida.

Como consecuencia de esto, nos planteamos el siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores sociodemográficos que se asocian a la calidad de vida de los adultos mayores del barrio Zaragocilla de la ciudad de Cartagena?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores sociodemográficos asociados a la Calidad de vida relacionada en Salud de los adultos mayores del barrio Zaragocilla de Cartagena, 2019.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de los adultos mayores del barrio Zaragocilla de Cartagena.
- Valorar cada una de las dimensiones que hacen parte del concepto de calidad de vida (función física, rol físico, dolor corporal, vitalidad, salud general, función social, rol emocional y salud mental) de los adultos mayores del barrio Zaragocilla de Cartagena.
- Estimar la asociación entre los factores sociodemográficos y la calidad de vida en los adultos mayores del barrio Zaragocilla de la ciudad de Cartagena.

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1 CALIDAD DE VIDA (CV)

El término CV empezó a usarse a principios de la década de 1960 como una reacción a los criterios economicistas y de cantidad que rigen en los llamados “informes sociales” o estudios de CV, siendo utilizado por primera vez por el presidente Lyndon Jonson en 1964 al declarar acerca de los planes de salud (11, 12). Seguidamente, se fue conceptualizando en varios enfoques adquiriendo gran importancia e interés dentro del campo de la investigación, la práctica de los servicios públicos, privados, educativos y sanitarios (13). Sin embargo, es utilizado fundamentalmente en el contexto médico alcanzando su mayor magnitud en este medio gracias al apoyo social y familiar brindado a las personas para que sigan viviendo en la comunidad, al tiempo que sigan desarrollándose todas sus potencialidades hasta el último momento, sin dejar de lado su enfoque social y económico, por ser estas esenciales para el desarrollo como seres humanos y poder satisfacer sus necesidades de tipo material (1).

Vera (14) (2007) define la CV como: “Una expresión ligada a múltiples factores, tanto objetivos como subjetivos, con el bienestar y la satisfacción por la vida y cuya evidencia esta intrínsecamente relacionada con su propia experiencia, su salud y su grado de interacción social y ambiental”.

Dentro de los diferentes propósitos con los que se relaciona la CV se pueden citar la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de resultados de programas y servicios, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y en la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población en general y a otras más específicas (15). Asimismo, dentro de los aspectos primordiales que la constituyen se encuentran: salud, alimentación, vestido, vivienda, trabajo, seguridad social, educación, recreación y derechos humanos (16).

4.1.1 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)

El concepto de CVRS llegó al campo de los cuidados sanitarios con la percepción de que el bienestar de los pacientes es un punto crucial que deber ser considerado tanto en su tratamiento como en el sustento de vida, por lo que, desde su incorporación como una

medida del estado de salud de las personas, ha sido uno de los conceptos que más se ha utilizado en el campo de la salud de manera indistinta al de CV (17, 18).

Por lo tanto, conforme a los razonamientos que se han venido realizando podemos encontrar definiciones que en la literatura aparecen como CV, pero que, en estricto rigor, pueden catalogarse como CVRS gracias a que son definiciones que ya acotan el término al campo estricto de la salud (Ver Tabla 1).

Para Peterson (19) “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”. Se ha relacionado con el estado de salud y los síntomas que reflejan el impacto de las condiciones de salud.

Otros investigadores han sugerido que la CVRS debería enfocarse en las siguientes características: ingreso, libertad y calidad del medioambiente debido a que estos indicadores están fuera de la esfera de lo que se entiende por resultados médicos, y podrían ser vinculados con mayor facilidad a estos que otros indicadores propuestos por las ciencias sociales como son la felicidad, la satisfacción con la vida o el bienestar subjetivo (17).

Tabla 1. Propuestas de definiciones en calidad de vida relacionada con la salud

Autor (es)	Definición
Schipper, Clinch & Powell (1990)	Efectos funcionales de una enfermedad y su terapia sobre un paciente, percibido por el mismo paciente.
Bowling (1991)	Efectos físicos, mentales y sociales de la enfermedad en la vida diaria y el impacto de estos efectos en los niveles de bienestar subjetivo, satisfacción y autoestima.
Patrick & Erickson (1993)	Valor otorgado a la duración de la vida y su modificación por impedimentos, estado funcional, percepción y oportunidades sociales que son influenciadas por la enfermedad, daño, tratamiento o las políticas.
O`Boyle (1994)	Expresión de un modelo conceptual que intenta representar la perspectiva del paciente en términos cuantificables, la cual depende de su experiencia pasada, su estilo de vida presente, sus esperanzas.
Shumaker & Naughton (1995)	Evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud actual, el cuidado de la salud y las actividades promotoras de la salud, en la habilidad para alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento general que permita seguir las metas valoradas de vida y que esto se refleje en su bienestar general.

Schipper (1996)	Efectos funcionales de una enfermedad y sus consecuencias en la terapia.
Awad (1997)	Percepción del sujeto de los resultados de la interacción entre la severidad de los síntomas psicóticos, efectos colaterales de la medicación y nivel de desarrollo psicosocial.
Wu (2000)	Aspectos de la salud que pueden ser directamente vivenciados y reportados por los pacientes.
Burke (2001)	Evaluación subjetiva del paciente de los dominios de su vida que son percibidos como importantes durante un tiempo particular.

Fuente: Urzúa A (2010) (17).

Por consiguiente, es importante señalar que las mediciones en CVRS ha permitido describir una condición o estado de salud, señalar cambios en el funcionamiento del paciente, proveer un pronóstico o establecer normas de referencia, por lo que su evaluación puede ser a través de: a) instrumentos genéricos; b) instrumentos específicos: enfermedades particulares, grupos de pacientes, o c) áreas o dimensiones de funcionamiento (dolor, por ejemplo) (17, 20).

La Organización Mundial para la Salud (OMS) define la CVRS como “la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo”, la cual se ha medido a través de la función física, del estado psicológico, de la función e interacciones sociales y de los síntomas físicos. (2) **Como referente para este estudio se tomará este concepto de CVRS.**

En cuanto a las dimensiones que componen la CVRS, no hay un acuerdo en la literatura existente. Sin embargo, hay modelos que han surgido entre acuerdos de diversos investigadores que han significado un gran aporte al desarrollo del concepto y la evaluación de la CVRS, proponiendo ocho dimensiones para medir dos componentes de la CVRS: salud física y mental (21).

En otro punto, el grupo de CV de la OMS propone seis dimensiones compuestas por diversos subdominios a evaluar: físico, psicológico, relaciones sociales nivel de independencia, medio ambiente y por ultimo espiritualidad, religión y creencias religiosas (24). De igual forma, se han encontrados otros modelos como el Wilson y Cleary que integra dos diferentes tipos de marcos comprensivos de la salud, unos desde el paradigma clínico, enfocados en agentes etiológicos, procesos patológicos y resultados fisiológicos y clínicos, y por otro lado, desde el paradigma de las ciencias sociales, centrados en dimensiones de funcionamiento y bienestar general (17).

4.2 ADULTO MAYOR

La población mundial ha envejecido desde su origen, uno de los cambios demográficos más sorprendentes que está teniendo gran impacto es el crecimiento constante en la proporción de personas mayores (25) debido a que el envejecimiento es un proceso irreversible, natural y progresivo dentro de la carrera de la vida de los seres vivos y con el tiempo trae consigo alteraciones que dificultan la interacción del individuo con su contexto, afectando también habilidades en diferentes áreas biológicas (26).

La ley 1276 de 2009 define al AM como aquella persona que cuenta con sesenta años de edad o más (27), los cuales en este periodo experimentan numerosos cambios biopsicosociales que dependen del estilo de vida, del sistema social y familiar e influyen continuamente en las diversas áreas de funcionamiento (28). En este sentido, resulta relevante mencionar los problemas más frecuentes en los AM que se deben resolver, los cuales se detallan a continuación:

1. El problema biológico: las enfermedades crónicas agregadas y el proceso normal de involución.
2. El problema financiero: sobre el mejor aprovechamiento vital (cómo administrar el tiempo que queda de vida).
3. El problema sexual: el deseo continúa, pero su desarrollo disminuye.
4. El problema filosófico: hay angustia de muerte y el cuestionamiento de qué pasara después de la muerte.
5. Las relaciones sociales: la reducción del círculo social.
6. El problema lúdico: los individuos no saben a qué dedicar su tiempo cuando antes trabajaban, no idean cómo recrearse, ni qué actividades físicas realizar (29).

Sin duda, los cambios estructurales y modificaciones biológicas que se producen influyen en la personalidad y rendimiento de los AM, afectando su CV. Es por esto, que se ha impuesto un nuevo reto para los sistemas de salud de los distintos países, debido a que hoy en día el reto no es seguir aumentando la longevidad de las poblaciones si no contribuir a mejorar de forma significativa la salud y el bienestar de estas. Es por esto, que el estudio de los factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida en el adulto mayor, obliga a incluir aspectos relacionados con esta etapa del ciclo vital, en la cual el sujeto no sólo se enfrenta al envejecimiento cronológico sino también al envejecimiento funcional, dado este último por la disminución de las capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las actividades de la vida diaria (1).

4.2.1 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES

La literatura científica ha demostrado que los factores ambientales, las características socioeconómicas y demográficas, el estilo de vida, entre otros, pueden afectar considerablemente la CV de los AM (30,31), los cuales puede estar asociados a tener mayor edad, convivir fuera del núcleo familiar, morbilidad, medicamentos que consumen, capacidad funcional, género, actividad física, sentimientos de abandono por parte de su familia, ingresos económicos, nivel educativo, servicios de salud, recreación, interacción social, bienestar espiritual, escolaridad, estado civil, autonomía y residir en medio urbano (32).

En el 2008 en Cali (33), indicaron un deterioro importante de la CV de AM, no institucionalizados, relacionados con factores de riesgo de morbilidad, más acentuado en las escalas físicas y levemente en las escalas mentales.

Un estudio realizado por Corugedo (34) dedujo que un gran número de AM institucionalizados que tenían resueltas toda una serie de necesidades básicas dentro del hogar, experimentaron una calidad de vida baja (82%) debido a que sus necesidades de afiliación, independencia económica y socio afectivas eran generalmente más limitadas en comparación a aquellos adultos mayores que permanecen en casas de familia o incorporados a labores activas en la sociedad.

Es así, como la participación social tiene un carácter significativo y permite a los AM estar en forma activa y comprometida en una actividad conjunta (35), y a su vez, recibir reconocimientos y desarrollo personal que garanticen que esta etapa de la vida sea vivida como prolongación y continuación de un proceso vital y no como una fase de declinación funcional y aislamiento social del AM (36).

En este orden de ideas, es necesario destacar la importancia de la seguridad económica en la CV del AM debido a que es quizá una de las razones que más afecta a este grupo poblacional (8) y depende en gran medida de su poder adquisitivo, que a su vez puede provenir, entre otras fuentes, del trabajo, de ahorros, de una jubilación o de redes de apoyo, principalmente las familiares (37).

Cabe resaltar, que todos los factores mencionados anteriormente tienen gran impacto en la percepción de los AM con respecto a la CVRS, de allí que la CV equivale a la calidad del envejecimiento; y este estará determinado por la elecciones tomadas de manera individual y socio-culturalmente, es decir por la forma como se he vivido (8).

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio cuantitativo de tipo analítico, transversal debido a que se indagó y estimó la asociación entre los factores sociodemográficos y la CVRS de los AM.

5.2 POBLACIÓN

Está constituida por AM del barrio Zaragocilla de la ciudad de Cartagena. Con un número total de 1876 adultos mayores de 60 años de edad según el censo realizado por el DANE en el año 2018 (7).

5.3 MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para el cálculo de muestra en poblaciones finitas como se puede observar en la ecuación 1:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z^2 * (p * q)}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población: 1876 adultos mayores de 60 años de edad.

Z = Nivel de confianza = 95%

p = Prevalencia esperada = 0,5

q = (1-p) = (1- 0,5) = 0,5

e = margen de error 5%: (0,05)

$$n = (1,96)^2 \times 1876 \times 0,5 \times 0,5 / (0,05)^2 \times (1876 - 1) \times 0,5 \times 0,5$$

$$n = 455$$

Por lo tanto, se obtuvo un tamaño de muestra de 455 AM.

5.4 MUESTREO

Esta investigación se llevó a cabo por medio de un muestreo aleatorio simple en el cual se seleccionaron al azar las manzanas y las casas donde se ubican a los participantes.

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Que voluntariamente acepten participar del estudio.

5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Que tengan algún tipo de limitación cognitiva o de comunicación.
- Que se encuentren hospitalizados.

5.7 INSTRUMENTOS

Para llevar a cabo el desarrollo de esta investigación, inicialmente se visitó y explicó a la totalidad de los seleccionados el objetivo e importancia social del estudio para obtener su disposición voluntaria a colaborar. Seguidamente se aplicaron los instrumentos que se detallan a continuación.

Cuestionario Sociodemográfico. Está conformado por los siguientes aspectos: datos de identificación, edad, sexo, estado civil, religión, nivel de educación, estado de ocupación, estrato, seguridad social y la situación económica del hogar del cual proviene el encuestado. El nivel de educación se clasificará como: sin escolaridad, primaria, secundaria, técnico, tecnólogo y universitario. La condición laboral se clasificará como: empleado, pensionado, independiente y no trabaja. El estrato socioeconómico se determinará del 1 al 6 y los ingresos económicos se establecerán desde un 1 a 4 SMLV. Por último, se identificará el tipo de afiliación a la seguridad social en salud. Todos los factores antes mencionados se determinaron teniendo en cuenta el cuestionario realizado por Vargas y Melguizo (2015) (8) con algunas modificaciones (Ver anexo 1).

Cuestionario SF-36.

El Cuestionario de Salud SF-36, que fue adaptado al español por J. Alonso y cols. 2003, está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el MOS, que incluían 40 conceptos relacionados con la salud (38).

Consta de 36 ítems agrupadas en 8 dimensiones:

1. Función Física: Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el auto cuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos (10 ítems). Preguntas de la 3 a la 12.

2. Rol físico: Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades (4 ítems). Preguntas de la 13 a la 16

3. Dolor corporal: Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (2 ítems). Preguntas 21 y 22.

4. Salud General: Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar (5 ítems). Preguntas 1, 33, 34, 35 y 36.

5. Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 ítems). Preguntas 23, 27, 29 y 31.

6. Función Social: Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (2 ítems). Preguntas 20 y 32.

7. Rol Emocional: Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (3 ítems). Preguntas 17 a la 19.

8. Salud mental: Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 ítems). Preguntas 24, 25, 26, 28 y 30.

Transición de la salud: Pregunta 2.

Este instrumento puede completarse entre 5-10 minutos y tiene una alta aceptabilidad y calidad de datos (21,22). La forma de calificar cada dimensión está en la tabla No. 2.

Tabla 2. Contenido de las escalas del SF-36

Dimensión	N° de ítems	Significado de las puntuaciones de 0 a 100	
		“Peor” puntuación (0)	“Mejor” puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas. Incluido bañarse o ducharse, debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a e él
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante el tiempo
Ítem de Transición social	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que 1 año

Fuente: Ware *et al.* (1993) (23).

Cada una de las dimensiones tuvo una escala de puntuación entre 0 y 100, donde una mayor puntuación indicó un mejor estado de salud (Ver Anexo 2). El promedio de la suma de cada dimensión arrojó un número entre 0 y 100. Se consideró una buena percepción de CVRS a valores de 70 y más. Diferentes estudios han reportado un alfa de Cronbach de este instrumento que supera el 0,7 en todas las escalas (39, 40 ,41).

5.8 PROCEDIMIENTO

Para la realización de la investigación se informó a los líderes comunales y a las entidades que atienden al AM (centros de vida o asilos) del barrio Zaragocilla, lugar donde se llevó a cabo el estudio. Una vez seleccionado los AM de manera aleatoria (por manzanas), se les explicaron los objetivos y condiciones del estudio y se realizó la aprobación con la firma del consentimiento informado e inmediatamente se aplicaron la encuesta sociodemográfica (Anexo 1) y el instrumento que midió la calidad de vida SF-36 (Anexo 2).

5.9 ANALISIS ESTADISTICO

Se realizó un análisis descriptivo de la población según la naturaleza de las variables del estudio con el programa Excel. Para las variables numéricas se realizaron las medidas de tendencia central y de dispersión y para las variables cualitativas se hallaron las frecuencias absolutas y relativas; posteriormente se realizó un análisis de regresión logístico multivariado y se reportaron las Razones de Momios (odds ratios) con sus intervalos de confianza para establecer las posibles asociaciones.

5.10 ASPECTOS ETICOS

De acuerdo con el párrafo “a” del artículo 11 de la Resolución 8430 del 4 de octubre 1993 del Ministerio de Salud Pública de Colombia (42), esta investigación no represento riesgo a la población participante, debido a que no hubo ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio; ya que los diferentes instrumentos que se utilizaron para esta investigación son cuestionarios.

De igual forma, acorde con la Resolución 8430 del 4 de Octubre 1993 del Ministerio de Salud Pública De Colombia, y lo contemplado en sus artículos 6, 15 y 16 (42), en este estudio se mantuvo la privacidad y el anonimato de los participantes y se diligencio el consentimiento informado. Por lo tanto, para el diligenciamiento del consentimiento informado, se consideraron los aspectos éticos contemplados en la declaración de Helsinki y en el Código de Ética de Enfermería de Colombia (Ley 911 de 2004 del Congreso de Colombia) (43) evidenciados en la protección de la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información de las personas que participaron en esta investigación.

6. RESULTADOS

Características Sociodemográficas

En el estudio participaron 440 Adultos Mayores del barrio Zaragocilla de la ciudad de Cartagena, el promedio de edad fue de 73,3 años, en cuanto al género había una proporción mayor de hombres con un 50,4% (222) frente a un 49,5% (218) de mujeres (Tabla 3). Según el estado civil, se identifica que la menor población corresponde a personas solteras 11,6% (51) y la mayor a personas con estado civil casado 34,8% (153), seguido de un 23,6% que son viudos (104).

En cuanto al nivel educativo, se observa que un 34,8% (153) de la población encuestada tenía estudios solo de secundaria, seguido de un 25,9% (114) que solo habían cursado hasta la primaria. Por otra parte, solo un 7,5 % (33) eran profesionales y un 19,3% (85) del total de adultos mayores no tenían escolaridad (Ver Tabla 3). En la variable condición laboral observamos que tienen empleo el 9,5% (42) y el 43,3% (190) no trabaja y el 35,5% (156) de los adultos mayores son independientes, por otro lado se encuentran pensionados el 11,8% (52) (Ver Tabla 3).

Con relación al estrato social el 32% (141) se encontraba en nivel bajo, es decir, estrato 1, seguido con un 48% (211) de nivel medio, el cual sería estrato 2, quedando un 19,1% (84) de la población que correspondía al estrato 3 (Ver Tabla 3).

En la afiliación a seguridad social se encontró que un 74,5% (328) son del régimen subsidiado y un 24,7% (107) pertenecen al régimen contributivo (Ver Tabla 3).

Calidad de vida de los adultos mayores del barrio Zaragocilla

En la valoración de la calidad de vida y percepción del estado de salud de los Adultos Mayores del Barrio Zaragocilla, se encontró que 69,8% (307) de la población poseían una mala calidad de vida o estado de salud como se observa en la tabla 4, y que un 30,2% (133) poseían una mejor calidad de vida, es decir que esto no supera los 60 puntos. Lo cual indica que en general la percepción de salud de los adultos mayores es negativa. (Ver tabla 4)

En la población se evidencio que la dimensión más afectada fue Salud General con un 95,9% (422), clasificada como mala. Las dimensiones que más demostraron resultados positivos fueron Rol Emocional 60,7% (267), seguido de Función Social 57,0% (251) y 50,7% (223) en Rol Físico (Ver Tabla 5).

En la dimensión Rol Físico se encontró el valor más representativo de los datos ordenados, la mediana fue de 75 (Ver tabla 6).

Por otra parte, en la tabla 7 se muestra la valoración de la función física de acuerdo a las dimensiones del SF-36 de los adultos mayores del barrio Zaragocilla, en cuanto a la salud actual, le limita un poco para hacer esfuerzos intensos, como correr, levantar objetos pesados o participar de deportes agotadores a un 55,2% (243) de las personas encuestadas, siendo este el mayor valor. Para hacer esfuerzos moderados, un 48,2% (211) de las personas manifestaron que sí, les limita un poco. Para coger o llevar la bolsa de compra, el 47,0% (207) personas respondieron que sí, les limita un poco. Se les limita un poco para subir varios pisos por la escalera al 52,0% (229) de las personas. Para subir un solo piso por la escalera no se les limita nada a un 48% (212). Su salud actual le limita para agacharse o arrodillarse un poco al 56,6% (249) de las personas. Se les limita un poco caminar un kilómetro o más al 51,8% (228). Al 52,3% (230) de las personas encuestadas se les limita un poco para caminar varias manzanas. Para caminar una sola manzana, no se les limita nada al 47,3% (208) y para bañarse o vestirse por sí mismo no le limita nada al 51,8% (228) de las personas encuestadas.

Rol físico de los Adultos Mayores.

En el rol físico se encontró que durante las últimas 4 semanas, el 54,5% (240) de personas respondieron que, no tuvieron que reducir el tiempo a causa de su salud física (Ver Tabla 8).

El 66,1% (291) de las personas manifestaron que, no hicieron menos de lo que hubiesen querido hacer a causa de su salud física. El 53,0% (233) de personas, no tuvieron que dejar de hacer algunas tareas a causa de su salud física. El 56,6% (249) de las personas, no tuvieron dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas, a causa de su salud física. El 57,5% (253) de las personas no tuvieron que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional. El 60,0% (264) de las personas no hicieron menos de lo que hubieran querido hacer a causa de algún problema emocional. (Ver tabla 8)

El 54,5% (240) de las personas respondieron negativamente a que no hicieron su trabajo o actividades tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional, ya sea por estar triste, deprimido o nervioso. (Ver tabla 8)

Dolor corporal en los Adultos Mayores.

En la tabla 9 se observa que un 31,8% (140) de las personas encuestadas manifestaron que tuvieron un poco de dolor en alguna parte del cuerpo durante las últimas 4 semanas y el 34,3% (151) de las personas expresaron que regularmente el dolor le ha dificultado su trabajo habitual durante las últimas 4 semanas. (Ver tabla 9)

Percepción de la salud general de los Adultos Mayores.

En la valoración general de la salud se encontró que el 38,4% (169) de las personas respondieron tener una salud buena. Según la Tabla 10, un 38,2% (168) manifiestan no saber si se ponen enfermos más fácilmente que otras personas, el 48,25 (212) expresan no saber si están tan sanos como cualquiera, el 43,4% (191) respondieron que no saben y un 31,8% (140) respondieron que es bastante falso que su salud es excelente. (Ver tabla 10)

Vitalidad de los Adultos Mayores.

Durante las 4 últimas semanas el 29,3% (129) de las personas encuestadas respondieron que algunas veces se sintieron llenos de vitalidad, el 43,0% (189) manifestaron que durante las últimas 4 semanas algunas veces tuvieron mucha energía, un 42,7% (188) manifestó que en estas últimas 4 semanas algunas veces se sintieron agotados, el 40,2% (177) respondieron que algunas veces se sintieron cansados (Ver tabla 11).

Función social de los Adultos Mayores.

Un 47,5% (209) de las personas respondieron que durante las últimas 4 semanas, regularmente, su salud física o problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales con sus familiares, amigos, vecinos u otras personas. El 33,9% (149) expresaron que solo alguna vez presentaron dificultad en la salud física o los problemas emocionales le dificultaron sus actividades sociales (Ver tabla 12).

Rol emocional de los Adultos Mayores.

En cuanto al rol emocional el 57,5% (253) de las personas encuestadas no tuvieron que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional. El 60,0% (264) no hicieron menos de lo que hubieran querido hacer a causa de algún problema emocional (Ver tabla 13).

El 54,5% (240) de las personas respondieron que no hicieron su trabajo o actividades tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional, ya sea por estar triste, deprimido o nervioso. (Ver tabla 13).

Salud mental de los Adultos Mayores.

En la tabla 14 se observa que el 29,3% (129) manifestó estar nervioso algunas veces, un 38,2% (168) de las personas encuestadas respondieron que algunas veces se sintieron con tan baja moral que nada podía animarle.

Durante las 4 últimas semanas el 35,0% (154) respondieron que algunas veces se sintieron calmados y tranquilos, el 30,2% (133) personas respondieron que casi siempre llegaron a sentirse desanimados y tristes y el 35,9% (158) respondieron que algunas veces durante estas 4 últimas semanas se sintieron felices. (Ver tabla 14).

Evolución de la salud de los Adultos Mayores en un año.

Del total de la población se encontró que el 41,8% (184) manifestó que su salud actual es algo mejor ahora que la de hace un año. Y un 5,9% (26) considero que su salud actual es mucho peor ahora que la de hace un año. (Ver tabla 15)

Asociación de variables sociodemográficas con la calidad de vida de los adultos mayores.

Se identificó que la variable sociodemográfica que se asoció a la calidad de vida de los Adultos Mayores del Barrio Zaragoza es pertenecer al régimen contributivo, con un OR 1,6 I.C 95% [1,11 – 2,55] y no se asociaron: tener más de 75 años, ser mujer, tener pareja, tener trabajo y ser de estrato 3 en adelante (Ver tabla 16).

7. DISCUSIÓN

El estudio evidenció que la percepción de la calidad de vida del Adulto Mayor del barrio Zaragocilla fue mala y se asoció al pertenecer al régimen contributivo en seguridad social.

Los factores sociodemográficos encontradas indican que más de la mitad, el 50,45% correspondió al sexo masculino, esto es similar a un estudio realizado en Chile (44), y en Colombia (45) se reportó proporciones similares en hombres (56,1%), ello contrasta con los datos de la Organización Panamericana de la Salud (46), en la mayoría de países en el mundo y en Latinoamérica la población femenina es superior a la masculina debido a la mayor supervivencia de las mujeres, quienes tienen una esperanza de vida de entre 5 y 8 años más que el varón.

En la mayoría de los adultos mayores en la ciudad de Cartagena (45) se reportó un promedio de edad de 55 años, lo que difiere de lo encontrado en el presente estudio donde el promedio de edad es de 73,3 años, lo que coincide con Mera M (47) y Castaño V (48) quienes publicaron en sus estudios que la mayoría de la población, se encontraba en el rango de edad de 50 a >70 años. Actualmente, Colombia se clasifica en un estadio avanzado de transición demográfica y en una etapa moderada de envejecimiento, con un 10 % de su población en el grupo de edad de 60 años o más. Se espera que en las próximas décadas, el peso relativo de las personas mayores dentro de la población total del país aumente de manera sustancial. Este envejecimiento de la población tiene importantes implicaciones en cuanto a la demanda de servicios y bienes sociales para la población mayor, y le plantea retos al estado colombiano, que debe suplir esa demanda (49).

En cuanto al estado civil, la distribución de frecuencias encontradas en este estudio, el 34,8% de los adultos mayores está casados o tienen una relación estable y el 23,6% en estado de viudez, estos datos son similares a los obtenidos en las investigaciones en la ciudad de Santa Marta (50) y Cartagena (32) y de acuerdo con un estudio en Perú (51), la viudez y la soledad constituyen un problema social, económico y psicológico de gran magnitud, pues producen efectos negativos sobre el bienestar del anciano, quien se ve vinculado a la pobreza, soledad y aislamiento, contrario de los que viven con su pareja ya que el entorno familiar contribuye a mantener una mejor calidad de vida, se considera que tener un apoyo familiar podría favorecer en cierta medida a los adultos mayores que padecen alguna enfermedad, mejorando la calidad de vida (45).

Estudios desarrollados desde el enfoque cualitativo (52) han reportado que desde la perspectiva del adulto mayor, la calidad de vida alude elementos materiales, psicológicos y

sociales como la paz y la tranquilidad, sumado al recibir cuidado y protección por la familia bajo criterios de dignidad, amor y respeto, a lo que suma la satisfacción de necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información; mientras que desde la perspectiva de sus familiares se ha informado como eje la satisfacción de necesidades básicas de alimentación, vestido, higiene y vivienda.

Generalmente la baja escolaridad está asociada con mala calidad de vida (53) y al relacionarse con el estado de salud, esta mejora si se cuentan con más estudios, mientras que menor sea el grado de escolaridad se produce una mala autopercepción del estado de salud (48). Los AM con grado de escolaridad secundaria (34,8%) predominaron en esta investigación y el 19,3% no tenían escolaridad. Resultados similares se encontraron en estudio de Inga A y Paredes A (51,54). Esto es posible por la carencia de programas educativos para la población AM de la ciudad, o que esta población no prioriza la capacitación en esta etapa de la vida, lo que podría deberse a la escasez de recursos económicos ya que se observó que la mayoría residen en estratos 1,2 (8), porcentaje muy superior al hallado por Ramirez V (55). Además, se ha evidenciado que la educación junto al factor económico es uno de los factores determinantes del estado de salud, lo que podría indicar que a medida que aumenta la educación, aumenta la probabilidad de autovalorar el estado de salud (50). Por último, hay evidencias que la CVRS según el nivel educativo aumenta con la edad (55).

Como consecuencia de su falta de preparación se desempeñan en oficios no cualificados y obtienen ingresos ocasionales, lo que podría constituirse en un predictor de vulnerabilidad y dependencia en su red de apoyo social. En este grupo se destacan las amas de casa, que agrupa a un significativo porcentaje de mujeres; datos coincidentes con el nivel educativo y de ingreso encontrados por Villareal y Month (56).

En Colombia se realizó un estudio de envejecimiento (49), del total de encuestados de 40-60 años que no cotizan a pensión, cerca del 40 % atribuyó su condición a que su ingreso no le alcanza para cotizar; otro 25% contestó que no tiene trabajo y un 18 % que no desea cotizar. Esto demuestra la falta de incentivos y de educación financiera y previsional por parte del sistema para que la población ahorre y se prepare económicamente para la vejez. Se ha demostrado que el trabajar o tener pensión mostró asociación negativa a la CVRS de los AM de la ciudad de Cartagena (8).

La mayoría de los AM de este estudio no trabajan y casi la mitad pertenece al estrato 2, que una vez más contrasta con lo observado por otros autores (8, 9), a medida que aumenta el estrato socioeconómico mejoran las percepciones de los adultos mayores acerca del bienestar físico y psicológico y que los adultos mayores que en la actualidad son

trabajadores o pensionados reportaron mejor bienestar físico, mejor bienestar psicológico, mejor autocuidado y funcionamiento ocupacional. Diferente a lo encontrado por Monroy C, Molinares S (50), quienes afirman que los jubilados gozan de mejor salud que los que no lo están, los pensionados manifiestan tener mejor función física que los no pensionados; esto puede relacionarse con el hecho que han tenido más acceso al servicio de salud durante su etapa laboral con un mejor control de las enfermedades crónicas no transmisibles, “el acceso a los servicios de salud representa un factor clave para que las personas mayores puedan gozar de un buen nivel de salud; así, quienes tienen acceso se caracterizan por una probabilidad un 195% más elevada de declararse con buena salud en comparación con quienes tienen limitaciones de acceso” .

La participación económica, la seguridad social y los apoyos familiares son las principales fuentes de ingreso en la edad avanzada. En los países desarrollados, con sistemas de seguridad social más evolucionados, una amplia proporción de personas de edad depende únicamente de los ingresos obtenidos por concepto de jubilación o pensión y el ingreso por remuneraciones laborales va perdiendo importancia a medida que la edad avanza. En América Latina y el Caribe, en cambio, las estrategias económicas de la actual generación de personas mayores son diferentes. A causa de vivir en contextos con una baja cobertura de jubilaciones y pensiones, la participación laboral de las personas de edad en la región aumenta y la ayuda familiar se vuelve vital cuando no se perciben ingresos de ninguna especie (57).

Por su parte, en este estudio en los resultados de afiliación a seguridad social predominó el régimen subsidiado, similar a lo reportado a nivel nacional por la Fundación Saldarriaga Concha (49). En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social es la entidad rectora y preside el Consejo Nacional de Envejecimiento y Vejez. El país cuenta desde el 2007 con la Política Pública de Envejecimiento y Vejez. La Constitución Política de 1991 dispone (artículo 46) que: “El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas mayores y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria”; y que “El Estado garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia”. Lo anterior es reforzado por los instrumentos internacionales de derechos humanos suscritos por Colombia, la legislación interna y la jurisprudencia constitucional así como los diferentes desarrollos normativos en el tema de envejecimiento y vejez y el Plan de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país” (58). Sin embargo, el adulto mayor colombiano se encuentra desprotegido e indefenso ante obstáculos y situaciones difíciles, puesto que la política de salud pública que debería garantizar una atención integral como parte de sus derechos, según las disposiciones nacionales e internacionales, se redujo a su afiliación y acceso, y con un esquema de

protección en caso de indigencia con traslado de obligaciones a la familia, la sociedad y al mismo adulto mayor (59).

En Colombia, el 98% de la población mayor tanto de mujeres como hombres se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud: el 48.9% al régimen contributivo y el 46.8% al régimen subsidiado con una ligera disminución en la afiliación para mayores de 75 años en áreas rurales. El 2.2% que no se encuentra afiliado refiere que las causas de no afiliación son la falta de recursos, la afiliación se encuentra en trámite y el exceso de trámites (49,60). Esta misma encuesta refiere que el 74% de la población mayor utilizó los servicios de salud ambulatorios (en los últimos 30 días previos a la encuesta) y el 95% de estos refirió ser atendida en medicina general o especializada. El 87% recibió del sistema de salud los medicamentos que le recetaron. Por otro lado, hay una baja frecuencia de atención en servicios de nutrición (15%), terapia física (10%) y terapia ocupacional (3%), que son importantes para esta población. El 41% de la población femenina mayor de 60 años accedió a una mamografía en los dos últimos años y el 46% de los hombres a un examen para detección temprana de cáncer de próstata, así como una prueba de antígeno prostático. El 56% de las personas mayores considera que la atención en salud recibida es muy buena o buena (60).

La percepción del estado de salud de los AM pertenecientes a la muestra de estudio fue mala (69,8 %), al igual que en un estudio llevado a cabo en Cartagena (61), con AM con heridas complejas, y quienes también reportaron una percepción de “mala calidad de vida”. Los investigadores concluyeron que la enfermedad probablemente incidió en esta percepción (32). De acuerdo con Peláez D (62), en su investigación existieron numerosas variables que estuvieron relacionadas con la autopercepción de salud (sexo, rango de ingresos, nivel educativo, cobertura de salud, estrato socioeconómico), existió evidencia de que un menor nivel educativo o de ingresos se relaciona, al parecer, con una percepción negativa de salud (63).

Independientemente del nivel social, la zona de residencia o la edad; el envejecimiento se reconoce como un proceso inexorable y como la llegada a la etapa final de la vida (envejecimiento biológico). Según la Fundación S (49) en general es percibido como un fenómeno negativo que encarna muchas pérdidas, deficiencias, enfermedades e incluso la exclusión y la soledad. Esta visión tiende a ser más marcada en las zonas rurales y entre los grupos de víctimas y desmovilizados.

Los resultados de esta investigación referente al índice global, mostraron que la dimensión más afectada fue Salud General con un 95,9%, clasificada como mala. Similar a lo reportado por Vargas S (8), a menor calidad de vida se asocia con mayores probabilidades

de que el AM informe peor estado de salud. De acuerdo con Soria (64), la relación que en un principio se pudiera plantear entre el índice de calidad de vida y el padecimiento de enfermedades crónicas sería que la presencia de alguna enfermedad influiría de manera negativa en su vida; en ese estudio, del total, 71.34% padece alguna enfermedad y 50.7% con al menos una enfermedad crónica tiene calidad de vida muy baja.

La percepción negativa de la vejez está más presente en las personas entre 40 y 60 años, lo cual probablemente obedezca a la sensación de proximidad de esa etapa y al temor de perder la juventud, de sentirse inútiles, solos, o de perder su rol en la sociedad (49).

La dimensión de función física demostró resultados positivos ya que los AM manifestaron que su condición de salud les limitaba un poco para hacer esfuerzos intensos, como correr, levantar objetos pesados o participar de deportes agotadores, para hacer esfuerzos moderados. Para coger o llevar la bolsa de compra, el 47,0% personas respondieron que sí, les limita un poco. Otros autores (65) mencionaron que los adultos mayores de bajos ingresos tenían un alto riesgo de desarrollar limitaciones de movilidad, junto con el riesgo de fatiga, déficit de sueño y disminución de la respuesta del sistema motor al movimiento. También se demostró que otros factores, incluido el IMC alto y el bajo rendimiento físico estar asociado con limitaciones de movilidad. Las personas mayores con alta acumulación de grasa tienen más limitaciones para moverse y llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria. Dentro de esta misma categoría se destaca algo en el estudio de Martínez (66) relacionado con el dolor, y es que para el adulto mayor no percibir dolor va muy ligado a una buena salud y consigo una buena calidad de vida; esta percepción de dolor se relaciona con la categoría emergente “Percepción de calidad de vida”. Aunque, Cano (67) público que la función física decrece con la edad y produce un amplio espectro de efectos negativos, como dificultad para la movilidad, aislamiento social, disminución de la calidad de vida, discapacidad y necesidad de internarse en una institución especializada.

En la dimensión Rol Físico se encontró que durante las últimas 4 semanas, el 54,5% de personas respondieron que, no tuvieron que reducir el tiempo a causa de su salud física. El 56,6% de las personas, no tuvieron dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas, a causa de su salud física. Estos resultados contrastan con otros autores (8, 45, 56, 64).

Por su parte Torres (67) en su estudio evidencio que las limitaciones se vuelven más significativas en las personas mayores (de 80 años o más), lo que indica que este grupo de edad es vulnerable al desarrollo de limitaciones de movimiento. El envejecimiento y la disminución de las reservas fisiológicas aumentan el riesgo de enfermedad y discapacidad a

través de una pérdida progresiva de adaptabilidad a los cambios durante la vida. La actividad física regular reduce la fatiga durante el día; dicha actividad y la mejora de la calidad del sueño pueden representar estrategias sólidas para preservar la movilidad en la población de edad avanzada. Las mujeres presentaron una mayor prevalencia de limitaciones que los hombres. Además, las dificultades relacionadas con el apoyo social (composición familiar, satisfacción con la situación financiera y la tenencia de la vivienda) demostraron estar asociadas con la discapacidad y la movilidad física limitada. El apoyo social es importante para evitar implicaciones para la salud al proporcionar condiciones favorables para la calidad de vida tanto de las personas mayores como de sus cuidadores. Especialmente entre las AM económicamente menos favorecidas, la falta de apoyo está asociada con restricciones en el movimiento y la dependencia funcional (67).

Con relación a la vitalidad el 29,3% de los adultos mayores del barrio Zaragocilla manifestaron que algunas veces se sintieron llenos de vitalidad, el 40,2% consideraron que algunas veces se sintieron cansados. Estos resultados evidenciaron que los pacientes no se encontraron llenos de vitalidad y un poco más agotados que los datos reportados por el estudio realizado en Cartagena (45), en el cual el 79,1% manifestaron sentirse llenos de vitalidad siempre o casi siempre y en un porcentaje similar expresaron haber tenido mucha energía. Alrededor de la mitad de los pacientes dijeron no sentirse agotados ni cansados nunca o casi nunca.

En la dimensión de función social, se evidencio que un 47,5% de las personas, regularmente, su salud física o problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales con sus familiares, amigos, vecinos u otras personas y el 33,9% expresaron que solo alguna vez presentaron dificultad en la salud física o los problemas emocionales le dificultaron sus actividades sociales. Esto puede indicar que las personas perciben que sus problemas de salud física o emocional interfieren en su vida social habitual, y es que, según el estudio de Valencia (68) el adulto mayor se condiciona a la percepción que elabore sobre sí mismo para asumir su rol dentro de su calidad de vida. Y no solo el adulto mayor evalúa su condición física, se ha demostrado que también él evalúa su entorno y todas las personas con que los rodea, para percibir así, de forma positiva o negativa su bienestar psicológico, y por ende su perspectiva de calidad de vida. Asimismo, Soria (64) plantea que un decremento notable en la salud física tiene inmediatas repercusiones en el funcionamiento psicológico, por lo que estos conceptos constituyen una unidad inseparable.

En cuanto al rol emocional, se evidenció que un porcentaje significativo 57,5% de los adultos mayores no tuvieron que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas debido a causa de algún problema emocional. Por el contrario, más de la mitad de las personas encuestadas manifestaron que hicieron su trabajo tan cuidadosamente como

de costumbre, a causa de algún problema emocional, podría haber sido por estar triste, nervioso o deprimido. Se ha documentado en un estudio de Palomino B (69) que a medida que las personas mayores se adentran en edades más avanzadas podrían percibir un menor control sobre los distintos aspectos de su vida, puesto que se ha comprobado que la salud constituye un factor de gran influencia sobre el bienestar emocional, con un papel esencial en la calidad de vida de este grupo poblacional.

En cuanto a la salud mental, en este estudio los pacientes reportaron buenos niveles de salud mental, percibieron sentirse bien la mayor parte del tiempo, esto supone una perspectiva optimista de la situación estresante que origina padecer de alguna enfermedad, menos de la mitad manifestaron estar nervioso algunas veces, y solo algunas veces se sintieron calmados y tranquilos. Similar a lo obtenido por Caicedo G (45) con puntuaciones más altas en salud mental y en el componente mental en general, aspectos que podrían relacionarse a su vez con el menor dolor percibido en este grupo de pacientes. El promedio alto en la dimensión de salud mental indica que predominó la sensación de paz, felicidad y calma.

Los resultados de este estudio referente al índice global, mostraron que los adultos mayores del barrio Zaragocilla tienen una mala Calidad de Vida, obteniendo un porcentaje de 62,4% del total de la población, probablemente la mayoría de los factores sociodemográficos ya descritos manifestaron una débil asociación con la auto-percepción de la calidad de vida de los AM participantes del estudio y solo el ser de régimen contributivo, tiene una gran probabilidad de tener una mejor calidad de vida . Es necesario seguir investigando al respecto. A diferencia con otros autores (54,62), dentro de sus resultados destacan que los factores sociodemográficos poseen una fuerte asociación con la funcionalidad del adulto mayor, de esta manera generando impacto en la mejora de su calidad de vida, puesto que unos elementos que le favorezcan la realización de sus actividades de la vida diaria representan un papel significativo para el auto mantenimiento tanto como la participación dentro de un ámbito familiar y social. Similar con lo reportado en otros estudios (8, 32, 51), quienes establecen que la mayoría de los AM tenía una buena CV, Castaño V (48) explica en que a menor apoyo, menor calidad de vida relacionada con la salud. En general, los hallazgos son coherentes en explicar que la falta de apoyo social afecta negativamente la calidad de vida relacionada con la salud, parece que la familia sigue siendo la principal fuente de apoyo emocional, seguridad, cuidado y afecto, ya que constituye un mecanismo natural de atención y es la opción preferida por los ancianos. Vargas afirma que dentro de los retos pendientes en Cartagena se encuentran la educación, seguridad, pobreza y medio ambiente, los cuales inciden efectivamente en la CV de la población y en los AM, lo que haría pensar entonces que estos factores quizá estarían influyendo en la percepción de CVRS de los AM de la ciudad (32).

Melguizo E. (9) en el estudio “Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores.” el cual se llevó a cabo en la ciudad de Cartagena donde aplicaron el instrumento “Índice Multicultural de Calidad de Vida ” en 514 adultos mayores, dentro de los resultados se destaca que ser mujer, tener nivel de escolaridad secundaria o más, vivir en estrato tres o cuatro, ser pensionado o estar trabajando y vivir con menos de cuatro personas, muestran asociación a la calidad de vida relacionada con salud de los adultos mayores, valores que pueden considerarse como una buena auto-percepción; y mostró estar asociada al sexo, nivel de escolaridad, estrato socio-económico, condición laboral y el número de personas en el hogar. “Es de destacar que en esta ciudad, la mayoría de los AM no participa de los programas que se tiene organizados para su cuidado y no existen programas para atender a la población de AM que ya no puede salir de su casa por las limitaciones físicas o del entorno social o urbanístico; poniendo a esta población en una condición de mayor vulnerabilidad” (9).

Por último, se estableció que pertenecer al régimen contributivo fue la variable que se asoció a la calidad de vida encontrada según el cuestionario SF-36 en los Adultos Mayores del Barrio Zaragocilla y teniendo en cuenta lo reportado por Peláez D. (62), la ayuda recibida se relaciona con las condiciones de vida, ya que esta incluye además la necesidad de ayuda para el adulto mayor, lo cual pudiera relacionarse con la presencia de discapacidad funcional o aspectos relacionados con la salud mental, como la depresión, que influyen en la percepción de la salud.

Algunos autores, han descrito que el uso de los servicios de atención primaria en salud por parte de los adultos mayores, está asociado con la afiliación a la Seguridad Social (70), el funcionamiento de los Sistemas de Salud, acceso a los servicios de salud, percepción de calidad de vida relacionada con salud. Melguizo E, Castillo I. (70) reportaron que los factores asociados al uso de los servicios de atención primaria en salud por parte de los adultos mayores en Cartagena son el residir en estrato socio-económico medio, tener una enfermedad crónica y esperar 30 minutos o menos para ser atendidos. Los AM a pesar de ser un grupo de personas que necesitan prioridad en atención se ven afectados en las instituciones públicas de salud, demoran mucho para otorgarles sus citas médicas, en la programación de procedimientos y controles, autorizaciones y en la entrega de medicamentos.

El factor seguro de salud se encuentra asociado al incremento del uso de consultas en general y determina una mayor utilización de los servicios preventivos. El efecto que tiene el factor seguro de salud sobre la utilización es consistente y la utilización es mayor entre las personas que tienen esta característica (70).

Asimismo, Castaño V. (48) publicó que la utilización de servicios de salud (médico, odontólogo, psicólogo, optómetra) por parte del adulto, es mayor en mujeres. Sin embargo, al observar por servicio, la consulta por medicina general y psicología reveló que los adultos que consultaron entre un mes y menos de un año con el médico, tenían menor probabilidad de percibir su calidad de vida mala, mientras que las personas que consultaron entre dos y cuatro meses con psicología, tenían más probabilidad para estimarlo mal.

En un reporte realizado por El Universal (71) se dio a conocer que a diario los cartageneros presentan quejas, peticiones y reclamos por el servicio que ofrecen las 7 Entidades Prestadoras de Salud (EPS) con régimen subsidiado y las 14 con régimen contributivo que hay en la ciudad. Supersalud en el mes de diciembre realizó una visita de control y encontró demoras en los tiempos de respuesta a la población, ausencia para garantizar la atención de adultos mayores y falta de oportunidad en las autorizaciones (71).

Según la evaluación financiera de las EPS realizada por la Supersalud; muestra un empeoramiento del sector salud. Esta situación es más crítica para aquellas EPS que manejan el régimen subsidiado. Las EPS del régimen contributivo mejoraron su gestión y disminuyeron su déficit en 500 mil millones. Relacionado con lo anterior, se suman las críticas permanentes por la mala calidad de los servicios y la suspensión de contratos por parte de las IPS a aquellas EPS en mora con el pago de los servicios prestados (72).

Existen ciertas entidades prestadoras de salud subsidiadas en Cartagena las cuales atienden oportunamente brindando servicios de calidad, así como también en el régimen contributivo tiene servicios buenos y regulares a la vez que muchas veces se demoran para dar citas médicas. En general, se necesita mayor inversión por parte del estado a los profesionales que brindan la atención, a estas personas se les deben brindar mayor calidad en el servicio en pro de mejorar su condición de salud, mayor acompañamiento en los procesos de nutrición, tratamientos ante posibles enfermedades crónicas y su salud mental.

Por otro lado se ha visto como en la medida que una persona perciba mejor su salud tiene una menor utilización de los servicios de salud y una mayor calidad de vida. Los sistemas de seguridad social y de salud se han convertido en las redes de servicios más importantes para el adulto mayor, suministrando cobertura, acceso y calidad en los servicios de salud, permitiendo el subsidio intergeneracional, en donde las personas en edad económicamente activa subsidian las pensiones de los adultos mayores, circunstancia que resulta de vital importancia, pues los sistemas de pensiones se convierten en el mecanismo de ingreso económico principal de este grupo poblacional. Sin embargo, a pesar de las bondades del sistema, las tasas de desempleo y subempleo existentes en el país han llevado a un

crecimiento del sector informal situación que tiende a dificultar la sostenibilidad del sistema general de seguridad social.

8. CONCLUSIONES

En este estudio la percepción de la calidad de vida del Adulto Mayor del barrio Zaragocilla fue mala y se estableció que la variable que se asocia es pertenecer al régimen contributivo.

Los participantes se caracterizaron por tener un promedio de edad de 73,3 años. Predominó el sexo masculino, tener pareja estable, escolaridad secundaria, no tener trabajo y residir en estrato 2.

Entre los participantes predominó una mala percepción de la calidad de vida relacionada con salud. De las dimensiones de la escala se reportaron con promedio alto la función física, rol emocional y rol físico. Con un promedio bajo se evidenció el dolor corporal, salud general, vitalidad, función social y salud mental.

El sistema de seguridad en salud requiere ajustes importantes en el modelo de prestación de servicios, involucrando en su ejecución tanto a usuarios como prestadores, incrementando su trabajo en la prevención de las enfermedades y sin abandonar los procesos de recuperación de la salud, pero con mayor racionalidad en los procedimientos y terapias administradas, teniendo en cuenta el costo-beneficio de los mismos.

9. RECOMENDACIONES

Con el objetivo de favorecer una mejor percepción de la calidad de vida por parte de los adultos mayores, se sugiere que se creen programas que favorezcan a la población AM con algún grado de dependencia con ayuda de los profesionales del cuidado, la atención oportuna en los diferentes programas de promoción y prevención en aquellos AM que se encuentran en un estado mayor de vulnerabilidad, ya que los actuales programas gubernamentales solo favorecen a la población con funcionamiento independiente. Los programas enfocados en la atención al AM y las políticas gubernamentales podrían orientarse a optimizar las redes de apoyo social y esto a su vez se traduciría en servicios y programas que optimizan la CV del AM.

Se recomienda que desde la profesión de Enfermería se tenga la iniciativa de organizar programas de capacitación a cuidadores ya que en su mayoría estos proporcionan cuidado a la población de AM, lo que beneficiaría el cuidado ofrecido y así se pueda obtener un envejecimiento óptimo.

Promover y facilitar el aumento de la actividad física; es necesario fomentar un mayor reconocimiento de la importancia de la actividad física regular entre quienes formulan políticas en todos los niveles de gestión: internacional, nacional, regional y local.

Se sugiere un mayor abordaje investigativo en población adulta mayor, al igual que una revisión en los métodos y técnicas de próximas evaluaciones, posiblemente desde un modelo más integral y global donde evalúen más factores asociados a la calidad de vida: Redes de apoyo, salud o funcionalidad, y percepción sobre sí mismo.

Diseño de programas de prevención y promoción de la salud, en el ámbito general y en el laboral, y pueden aplicarse claramente en el diseño, modificación o contextualización de la política pública de protección del adulto mayor.

Este estudio aporta a los desarrollos alcanzados desde la línea de investigación de calidad de vida, del Grupo de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena de Colombia y es un aporte al cuerpo de conocimiento que desde enfermería se ha generado en torno a la calidad de vida relacionada con salud en adultos mayores.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Olivares D, Rivera L, Borges L, González F. Calidad de vida en el adulto mayor. Varona 2015; 61: 1-7.
2. Botero B, Pico M. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. Hacia la promoción de la salud 2007; 12(1): 11 - 24.
3. Cardona Arias JA, Giraldo E, Maya MA. Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de un municipio colombiano, 2013. Rev med [Internet]. 1 de enero de 2016 [citado 9 de septiembre de 2019]; 29(1):17-27. Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/5484/5701>
4. Mazón O, Lomas P, Ortiz D, Rodrigo S, Palacios D. Calidad de vida y el equilibrio dinámico en el adulto mayor. European Scientific Journal 2018; 14(14): 110 – 120.
5. Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. Soc Sci Med. 1995; 41:1439-1446.
6. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37:74-105.
7. DANE. Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 – Colombia [Sitio en internet]. Disponible en Línea: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018/cuantos-somos>, consultado el 01 de marzo del 2019.
8. Vargas S, Melguizo E. Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores Cartagena 2015. Trabajo de grado de Maestría en Enfermería. Universidad de Cartagena. Facultad de Enfermería.
9. Melguizo E, Acosta L, Castellano B. Factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores. Cartagena (Colombia). Salud Uninorte 2012; 28 (2): 251-263.
10. Estrada A, Cardona D, Segura A, Chavarriaga L, Ordóñez A, Osorio J. Calidad de vida de los adultos mayores en Medellín. Biomédica 2011; 31(4): 492-502.
11. González U, Grau J, Amarillo M. La calidad de vida como problema de la bioética. Sus particularidades en la salud humana. Ciudad de la Habana: Acosta JR (ed.) Bioética. Desde una perspectiva cubana; 1997.

12. Mendoza, M, Martínez F. Recursos de apoyo social y bienestar en la Tercera Edad. Sevilla [Tesis doctoral]. Sevilla: Depósito de Investigación, Universidad de Sevilla; 1996.
13. Verdugo M, Gómez L, Arias B. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT. 1º edición. Salamanca: I. U. de Integración de la Comunidad, 2009.
14. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina* 2007; 68(3): 284-290.
15. Robles Y, Saavedra J, Mezzich J, Sanez Y, Padilla M, Mejía O. Índice de calidad de vida: validación en una muestra peruana. *Anales de Salud Mental* 2010; XXVI (2) : 33-43.
16. Rigo I, Girardi L, Pinheiro E. Capacidad funcional de ideosos de una comunidad rural do Rio Grande do Sul. *Revista Gaucha de Enfermagem* 2010; 31(3): 254-261.
17. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev. Méd. Chile* 2010; 138:358-365.
18. Mceberg G. Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 1993; 18(1): 32-38
19. Peterson S, Bredow T. Health-Related quality of life. En: *Middle Range Theories. Application to Nursing Research*. Lippincott William & Wilkins. New York. 2004. 274-287.
20. Guyat G, Feeny D, Patrick D. Measuring Healthrelated quality of life. *Annals of Internal Medicine* 1993; 18: 622-9.
21. Ware J, Sherbourne C. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (I). Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30 :473- 483.
22. Mudey A, Ambekar S, Goyal R, Agarekar S, Wagh V. Assessment of Quality of Life among Rural and Urban Elderly Population of Wardha District, Maharashtra, India. *Ethno Med*. 2011; 5(2): 89-93.
23. Ware J, Snow K, Kosinski M, Gandek B. F-36 Health Survey: Manual & interpretation guide. Boston: New England Medical Center; 1993.
24. WHOQOL. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41: 1403-1409
25. Montanet A, Bravo C, Hernández E. La calidad de vida en los adultos mayores. *Rev Ciencias Médicas* 2009; 13(1).

26. Pérez V, Sierra F. Biología del envejecimiento. *Rev. Méd. Chile* 2009; 137: 296-302.
27. Colombia. Congreso de la República. 2009. Ley 1276 de 2009, enero 5, 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 de vida. Bogotá: El Congreso; 2009.
28. Villareal G, Month E. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). *Salud Uninorte* 2012; 28 (1): 75-87.
29. Castillo J, Clevel M. Mejoramiento de la calidad de vida en el adulto mayor a través de la actividad física. *Gerencia & Deporte* 2013; 1:4-12.
30. Mudey A, Ambekar S, Goyal R, Agarekar S, Wagh V. Assessment of Quality of Life among Rural and Urban Elderly Population of Wardha District, Maharashtra, India. *Ethno Med.* 2011; 5(2): 89-93.
31. Tavares D, Bolina A, Dias F, Ferreira P, Haas V. Quality of life of elderly. Comparison between urban and rural areas. *Invest Educ Enferm.* 2014; 32(3): 401-413.
32. Vargas S, Melguizo E. Calidad de vida en adultos mayores en Cartagena, Colombia. *Rev. salud pública* 2017; 19 (4): 549-554.
33. Ramírez R, Agredo R, Jerez A, Chapal L. Calidad de Vida y Condiciones de Salud en Adultos Mayores no Institucionalizados en Cali, Colombia. *Rev. Salud Pública* 2008; 10(4), 529-536.
34. Corugedo M, García D, González V, Crespo G, González V, Calderín M. Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2014; 30(2): 208-216.
35. Martín E. La prevención comunitaria. *Revista sobre igualdad y calidad de vida.* N° 7. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos 1997.
36. Cardona D, Estrada A, Agudelo H. Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Biomédica* 2006; 26(2):206-215.
37. Monroy C, Castro S. Calidad de vida relacionada con la salud de adultos mayores penionados y no pensionados en Santa Marta, Colombia. *Revista Internacional de Humanidades Médicas* 2013; 2(1) : 47-59.

38. Alonso J, y col, Cuestionario de Salud SF-36. Versión española de SF-36v2™ estándar HealthSurvey © 1996, 2000; 2003. Disponible en: http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF36_CUESTIONARIOpdf.pdf. Fecha de acceso: 03-04-2019
39. Foster M, Mahn F, Brosz M, Freynhagen R, Tolle T, Baron R. Axial Low Back Pain: One painful Area-Many perceptions and Mechanisms. PLoS ONE 2013; 8 (7).
40. Argumé L, Alvarez D, Vidal V, Santillán J. Calidad de vida en el adulto mayor que presenta dolor lumbar crónico con un programa de ejercicios acuáticos. Perú, 2017. Trabajo de grado de licenciatura en Tecnología Médica, especialidad Terapia Física y Rehabilitación. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
41. Iraurgi I., Póo M, Markez I. valoración del índice de salud sf-36 aplicado a usuarios de programas de metadona. Rev Esp Salud Pública 2004; (78) 609-621
42. Resolución 8430 del 4 de octubre 1993 del Ministerio de Salud Pública de Colombia.
43. Declaración de Helsinki y en el Código de Ética de Enfermería de Colombia (Ley 911 de 2004 del Congreso de Colombia).
44. Silva CAM, Orellana PAR, Nassr GNM. Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar. Fisioter Pesq. 2015; 22(1):76-83.
45. Caicedo G. SL, Cardenas G. AY, Gonzalez A. LE, Marrugo M. LM. Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica de una institución de hemodialisis de Cartagena [Trabajo de grado para optar al título de enfermera]. [Cartagena, Colombia]: Universidad de Cartagena; 2013.
46. Organización Panamericana de la Salud (1994). Condiciones de salud en Las Américas. Washington, DC: OPS
47. Mera. M. Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Centro Médico Dial-Sur. Osorno. Chile 2006 (Licenciado en Enfermería). Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmm552c/doc/fmm552c.pdf>. Fecha de acceso. 1-05-2013.
48. Castaño V. DM, Cardona Arango D. Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores. Rev salud pública [Internet]. 15 de octubre de 2015 [citado 9

de septiembre de 2019]; 17(2):171-83. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/30730>

49. Fundación Saldarriaga Concha, Fedesarrollo. Misión Colombia Envejece: cifras, retos y recomendaciones. [Internet]. Bogotá, D.C. Colombia: Fundación Saldarriaga Concha; 2015 [citado 10 de septiembre de 2019]. 706 p. Disponible en: <http://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/2724>

50. Monroy CM, Molinares SC. Calidad de vida relacionada con la salud de adultos mayores pensionados y no pensionados en Santa Marta, Colombia / Quality of Life Related to the Health of Elderly Pensioners and Non-Pensioners in Santa Marta, Colombia. Revista Internacional de Humanidades Médicas [Internet]. 5 de marzo de 2013 [citado 31 de julio de 2019];2(1). Disponible en: <https://journals.epistemopolis.org/index.php/hmedicas/article/view/1310>

51. Inga A J, Vara H A. Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. Univ Psychol [Internet]. 2006; 5(3):475-85. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750304>

52. Cardona Arias JA, Giraldo E, Maya MA. Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de un municipio colombiano, 2013. revmed [Internet]. 1 de enero de 2016 [citado 9 de septiembre de 2019]; 29(1):17-27. Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/5484/5701>

53. Muñoz Rodríguez DI, Gomez Gutierrez OL, Ballesteros LC. Factores correlacionados con la calidad de vida en pacientes diabéticos de bajos ingresos en Bogotá. Rev salud pública [Internet]. 1 de mayo de 2014 [citado 1 de agosto de 2019]; 16(2):246-59. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/38964>

54. Paredes Arturo YV, Yarce Pinzón E, Aguirre Acevedo DC. Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia. Rev Cienc salud [Internet]. 31 de enero de 2018 [citado 9 de septiembre de 2019]; 16(1):114. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/6494>

55. Ramírez-Vélez R, Agredo RA, Jerez AM, Chapal LY. Calidad de Vida y Condiciones de Salud en Adultos Mayores no Institucionalizados en Cali, Colombia. Rev salud pública [Internet]. octubre de 2008 [citado 10 de septiembre de 2019];10:529-36. Disponible en: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S012400642008000400003&script=sci_arttext&tlng=en

56. Villarreal Amarís G, Month Arrieta E. Social and family, health care and functional conditions of elderly people over 65 year old in two neighborhoods of Sincelejo (Colombia). *Salud Uninorte* [Internet]. 2012;28(1):75-87. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81724108009>
57. Naciones Unidas. Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas [Internet]. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas; 2009 [citado 10 de septiembre de 2019]. 232 p. Disponible en: https://social.un.org/ageing-working-group/documents/ECLAC_sp_HR%20and%20public%20policies.pdf
58. Ravera Castro C. Una mirada sobre el envejecimiento. ¿Dónde están varios países latinoamericanos a 15 años del Plan de Acción Internacional de Madrid? [Internet]. 2018 may [citado 11 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://189.209.180.190/handle/20.500.12100/17498>
59. Cardona Arango D, Segura Cardona ÁM. Políticas de salud pública aplicadas al adulto mayor en Colombia. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* [Internet]. 1 de marzo de 2011 [citado 10 de septiembre de 2019];46(2):96-9. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X10002490>
60. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social; Dirección de Epidemiología y Demografía. (2016). Presentaciones resultados Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) 2015. El Ministerio, Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Socializacion-Resultados-SABE-2016.zip>.
61. Melguizo E, Díaz A y Osorio M. Calidad de vida de persona con heridas complejas en Cartagena, Colombia. *Rev. Salud Pública. (Bogotá)*. 2011; 13 (6): 942-952.
62. Peláez DE, Acosta DLD, Carrizo ED. Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015;41(4):638-48
63. Jewell R, Rossi M, Triunfo P. El estado de salud del adulto mayor en América Latina. *Cuadernos Economía*. 2007;XXVI(46):147-67.
64. Soria Romero Z, Montoya-Arce BJ. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Pap Pob* [Internet]. 1 de julio de 2017 [citado 9 de septiembre de 2019];23(93):59-93. Disponible en: <https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/9089>
65. Torres de Araújo JR, Tomaz de Lima RR, Ferreira-Bendassolli IM, Costa-de Lima K. Functional, nutritional and social factors associated with mobility limitations in the elderly:

a systematic review. *Salud Publica Mex* [Internet]. 7 de septiembre de 2018 [citado 9 de septiembre de 2019]; 60 (5, sep-oct):579. Disponible en: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/9075>

66. Martínez, J. W, Acosta, H. A, Dussan, J. C., Bolívar, Á., Alejandro, J., Bedoya, W. F., & López Giraldo, F. (2011). Quality of Life in Institutionalized Elderly in Pereira. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(4), 700-708

67. Cano Gutiérrez C, Borda MG, Reyes Ortiz C, Arciniegas AJ, Samper-Ternent R. Assessment of factors associated with functionality in older adults over 60 years in Bogotá, Colombia. *Biomédica* [Internet]. 31 de octubre de 2016 [citado 9 de septiembre de 2019];37. Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3197>

68. Valencia Cipagauta D. Factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor en Colombia - Valencia & Mora. [Para la obtención del título universitario de la facultad de psicología]. [Calí, Colombia]: Universidad Cooperativa De Colombia; 2019

69. Palomino Blandón IV, Paz Domínguez J, Quintero Urresta JA, Ramos Chacón J. Caracterización de la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados con dificultades en el proceso de alimentación [recurso electrónico] [Internet] [Thesis]. 2018 [citado 14 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/10867>

70. Melguizo Herrera E, Castillo IY. Factores asociados al uso de servicios de atención primaria por adultos mayores de Cartagena, Colombia. *Rev salud publica* [Internet]. 2012 [citado 6 de octubre de 2019]; 14(5):765-75. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/261028489> Factores asociados al uso de servicios de atención primaria por adultos mayores de Cartagena Colombia.

71. Rivera PY. Cartageneros siguen quejándose por el mal servicio de salud. *El Universal* 2017, enero 26; Sec Salud. Disponible en: <https://www.eluniversal.com.co/salud/cartageneros-siguen-quejandose-por-el-mal-servicio-de-salud-245292-AWEU354613>

72. Gomez D. El déficit de la salud. *Rev Vanguardia*, [Internet]. 2019 septiembre 25 [fecha de acceso: 07/10/19]. Disponible en: <https://www.vanguardia.com/opinion/columnistas/jorge-gomez-duarte/el-deficit-de-la-salud-BB1470012>

ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO FACTORES SOCIODEMOGRÁFICAS

N° de identificación: _____ Fecha: _____

1. Edad () Años.
2. Género:
Femenino () Masculino ()
3. Estado civil:
Casado () Soltero () Unión libre () Separado () Viudo ()
4. Escolaridad:
Sin escolaridad () Primaria () Secundaria ()
Técnico () Tecnólogo () Profesional ()
5. Condición laboral:
Empleado () Pensionado () Independiente () No trabaja ()
6. Estrato ubicación de la vivienda:
Estrato1 () Estrato2 () Estrato3 ()
Estrato4 () Estrato5 () Estrato 6 ()
7. Afiliación a la Seguridad Social en Salud:
Subsidiado () Contributivo () Prepagada ()

ANEXO 2. CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SF-36

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 " Excelente
- 2 " Muy buena
- 3 " Buena
- 4 " Regular
- 5 " Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 " Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 " Algo mejor ahora que hace un año
- 2 " Más o menos igual que hace un año
- 4 " Algo peor ahora que hace un año
- 5 " Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 " Sí, me limita mucho
- 2 " Sí, me limita un poco
- 3 " No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 " Sí, me limita mucho
- 2 " Sí, me limita un poco
- 3 " No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?

- 1 " Sí, me limita mucho
- 2 " Sí, me limita un poco
- 3 " No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?

- 1 " Sí, me limita mucho
- 2 " Sí, me limita un poco
- 3 " No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

- 1 " Sí, me limita mucho
- 2 " Sí, me limita un poco
- 3 " No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?

- 1 " Sí, me limita mucho
- 2 " Sí, me limita un poco
- 3 " No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?

- 1 " Sí, me limita mucho
- 2 " Sí, me limita un poco
- 3 " No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?

- 1 " Sí, me limita mucho
- 2 " Sí, me limita un poco
- 3 " No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?

- 1 " Sí, me limita mucho
- 2 " Sí, me limita un poco
- 3 " No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?

- 1 " Sí, me limita mucho
- 2 " Sí, me limita un poco
- 3 " No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 " Sí
- 2 " No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 " Sí
- 2 " No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 " Sí
- 2 " No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- 1 " Sí
- 2 " No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 " Sí
- 2 " No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 " Sí

2 " No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 " Sí

2 " No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 " Nada

2 " Un poco

3 " Regular

4 " Bastante

5 " Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 " No, ninguno

2 " Sí, muy poco

3 " Sí, un poco

4 " Sí, moderado

5 " Sí, mucho

6 " Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 " Nada

2 " Un poco

3 " Regular

4 " Bastante

5 " Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 " Siempre
- 2 " Casi siempre
- 3 " Muchas veces
- 4 " Algunas veces
- 5 " Sólo alguna vez
- 6 " Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 " Siempre
- 2 " Casi siempre
- 3 " Muchas veces
- 4 " Algunas veces
- 5 " Sólo alguna vez
- 6 " Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 " Siempre
- 2 " Casi siempre
- 3 " Muchas veces
- 4 " Algunas veces
- 5 " Sólo alguna vez
- 6 " Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 " Siempre
- 2 " Casi siempre
- 3 " Muchas veces
- 4 " Algunas veces
- 5 " Sólo alguna vez
- 6 " Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 " Siempre
- 2 " Casi siempre
- 3 " Muchas veces
- 4 " Algunas veces
- 5 " Sólo alguna vez
- 6 " Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 " Siempre
- 2 " Casi siempre
- 3 " Muchas veces
- 4 " Algunas veces
- 5 " Sólo alguna vez
- 6 " Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 " Siempre
- 2 " Casi siempre
- 3 " Muchas veces
- 4 " Algunas veces
- 5 " Sólo alguna vez
- 6 " Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 " Siempre
- 2 " Casi siempre
- 3 " Muchas veces
- 4 " Algunas veces
- 5 " Sólo alguna vez
- 6 " Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 " Siempre
- 2 " Casi siempre
- 3 " Muchas veces
- 4 " Algunas veces
- 5 " Sólo alguna vez
- 6 " Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 " Siempre
- 2 " Casi siempre
- 3 " Algunas veces
- 4 " Sólo alguna vez

5 " Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1 " Totalmente cierta

2 " Bastante cierta

3 " No lo sé

4 " Bastante falsa

5 " Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1 " Totalmente cierta

2 " Bastante cierta

3 " No lo sé

4 " Bastante falsa

5 " Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1 " Totalmente cierta

2 " Bastante cierta

3 " No lo sé

4 " Bastante falsa

5 " Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1 " Totalmente cierta

2 " Bastante cierta

3 " No lo sé

4 " Bastante falsa

5 " Totalmente falsa

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Yo _____ con C.C No. _____ afirmo que he sido informado por las investigadoras de la facultad de enfermería de la universidad de Cartagena acerca de la investigación “Factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida relacionada con salud del adulto mayor, Zaragocilla-Cartagena, 2019.”, autorizo mi participación en la investigación y en todas las actividades realizadas en esta. Según la información ofrecida este estudio no implica ningún tipo de riesgo para mí, los datos que se obtendrán en el mismo serán manejados con la debida confidencialidad, los cuales serán usados con fines académicos. Tengo claro que durante la aplicación de los instrumentos podré 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. Las investigadoras principales responsables de la investigación son Eyleen Ballesteros Silva, Dainy Lozano Balseiro, Angélica Machacón Pacheco, Ana Luisa Pedroza Villadiego.

Cualquier inquietud solicitar información al número de teléfono 3165258028.

Firma del entrevistador
CC:

Firma del entrevistado
CC:

ANEXO 4. TABLAS DE RESULTADOS SOBRE FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD

Tabla 3. Características sociodemográficas de los adultos mayores del barrio Zaragocilla participantes del estudio. Cartagena, 2019.

Variable	Indicadores	N	%
Genero	Femenino	218	49,54
	Masculino	222	50,45
	Total	440	100,0
Estado Civil	Casado	153	34,8
	Separado	68	15,5
	Soltero	51	11,6
	Unión Libre	64	14,5
	Viudo	104	23,6
	Total	440	100,0
Nivel educativo	Sin Escolaridad	85	19,3
	Primaria	114	25,9
	Secundaria	153	34,8
	Técnico	40	9,1
	Tecnólogo	15	3,4
	Profesional	33	7,5
	Total	440	100,0
Condición laboral	Empleado	42	9,5
	Independiente	156	35,5
	No Trabaja	190	43,3
	Pensionado	52	11,8
	Total	440	100,0
Estrato	1	141	32,0
	2	211	48,0
	3	84	19,1
	4	3	0,7
	5	1	0,2
	Total	440	100,0
Afiliación a seguridad social en salud	Subsidiado	328	74,5
	Contributivo	107	24,3
	Prepagada	5	1,1
	Total	440	100,0

Fuente. Datos del estudio. Cartagena, 2019.

Tabla 4. Percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del barrio Zaragocilla participantes del estudio según SF-36 Cartagena, 2019.

PERCEPCION DE CALIDAD DE VIDA	N	%
Buena	133	30,2
Mala	307	69,8
Total	440	100,0

Fuente. Cuestionario SF-36

Tabla 5. Índice global Calidad de vida de los adultos mayores del barrio Zaragocilla participantes del estudio según las dimensiones del SF-36 Cartagena, 2019.

DIMENSION	BUENA	%	MALA	%
Función Física	251	57,0	189	43,0
Rol Físico	223	50,7	217	49,3
Dolor corporal	60	13,6	380	86,4
Salud General	18	4,1	422	95,9
Vitalidad	129	29,3	311	70,7
Función Social	189	43,0	251	57,0
Rol Emocional	267	60,7	173	39,3
Salud Mental	186	42,3	254	57,7
Total		37,58		62,41

Fuente. Cuestionario SF-36

Tabla 6. Calidad de vida de los adultos mayores del barrio Zaragocilla según las dimensiones del SF-36 Cartagena, 2019.

DIMENSION	MEDIA	DESV. EST	MEDIANA
Función Física	64,8	23,3	65
Rol Físico	57,6	39,6	75
Dolor Corporal	35,0	19,5	40
Salud General	36,5	12,0	35
Vitalidad	48,2	15,0	50
Función Social	52,8	16,1	50
Rol Emocional	57,3	42,0	66,7
Salud Mental	51,7	15,6	56

Fuente. Cuestionario SF-36

Tabla 7. Función física según el SF-36 de los adultos mayores del barrio Zaragocilla, Cartagena 2019.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?	N	%
Sí, me limita mucho	74	16,8
Sí, me limita un poco	243	55,2
No, no me limita nada	123	28,0
Total	440	100,0
4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?	N	%
Sí, me limita mucho	42	9,5
Sí, me limita un poco	211	48,2
No, no me limita nada	187	42,5
Total	440	100,0
5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?	N	%
Sí, me limita mucho	36	8,2
Sí, me limita un poco	207	47,0
No, no me limita nada	197	44,8
Total	440	100,0
6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?	N	%
Sí, me limita mucho	60	13,8
Sí, me limita un poco	229	52,0
No, no me limita nada	151	34,3
Total	440	100,0
7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?	N	%
Sí, me limita mucho	59	13,4
Sí, me limita un poco	169	38,4
No, no me limita nada	212	48,2
Total	440	100,0
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?	N	%
Sí, me limita mucho	23	5,2
Sí, me limita un poco	249	56,6
No, no me limita nada	168	38,2
Total	440	100,0
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?	N	%
Sí, me limita mucho	50	11,4
Sí, me limita un poco	228	51,8
No, no me limita nada	162	36,8
Total	440	100,0
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?	N	%
Sí, me limita mucho	66	15,0
Sí, me limita un poco	230	52,3
No, no me limita nada	144	32,7
Total	440	100,0

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?	N	%
Sí, me limita mucho	38	8,6
Sí, me limita un poco	194	44,1
No, no me limita nada	208	47,3
Total	440	100,0
12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?	N	%
Sí, me limita mucho	32	7,3
Sí, me limita un poco	180	40,9
No, no me limita nada	228	51,8
Total	440	100,0

Fuente. Cuestionario SF-36

Tabla 8. Rol físico según el SF-36 de los adultos mayores del barrio Zaragocilla, Cartagena 2019.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	N	%
Si	200	45,5
No	240	54,5
Total	440	100,0
14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	N	%
Si	149	33,9
No	291	66,1
Total	440	100,0
15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	N	%
Si	207	47,0
No	233	53,0
Total	440	100,0
16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?	N	%
Si	191	43,4
No	249	56,6
Total	440	100,0

Fuente: Instrumento Cuestionario de Salud SF-36.

Tabla 9. Dolor corporal según el SF-36 de los adultos mayores del barrio Zaragocilla, Cartagena 2019.

21.Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas:	N	%
No, ninguno	34	7,7
Sí, muy poco	110	25,0
Sí, un poco	140	31,8
Sí, moderado	111	25,2
Sí, mucho	38	8,6
Sí, muchísimo	7	1,6
Total	440	100,0
22.Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas):	N	%
Nada	102	23,2
Un poco	125	28,4
Regular	151	34,3
Bastante	43	9,8
Mucho	19	4,3
Total	440	100,0

Fuente: Instrumento Cuestionario de Salud SF-36.

Tabla 10. Salud general según el SF-36 de los adultos mayores del barrio Zaragocilla, Cartagena 2019.

1.En general, diría que su salud es :	N	%
Excelente	13	3,0
Muy Buena	72	16,4
Buena	169	38,4
Regular	161	36,6
Mala	25	5,7
Total	440	100,0
33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas?	N	%
Totalmente cierta	50	11,4
Bastante cierta	107	24,3
No lo se	168	38,2
Bastante falsa	77	17,5
Totalmente falsa	38	8,6
Total	440	100,0
34. Estoy tan sano como cualquiera.	N	%
Totalmente cierta	14	3,2
Bastante cierta	87	19,8
No lo se	212	48,2
Bastante falsa	102	23,2
Totalmente falsa	25	5,7
Total	440	100,0
35. Creo que mi salud va a empeorar.	N	%
Totalmente cierta	35	8,0
Bastante cierta	81	18,4
No lo se	191	43,4

Bastante falsa	87	19,8
Totalmente falsa	46	10,5
Total	440	100,0
36. Mi salud es excelente.	N	%
Totalmente cierta	19	4,3
Bastante cierta	89	20,2
No lo se	139	31,6
Bastante falsa	140	31,8
Totalmente falsa	53	12,0
Total	440	100,0

Fuente: Instrumento Cuestionario de Salud SF-36

Tabla 11. Vitalidad según el SF-36 de los adultos mayores del barrio Zaragocilla.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?	N	%
Siempre	58	13,2
Casi siempre	111	25,2
muchas veces	112	25,5
Algunas veces	129	29,3
Solo alguna vez	24	5,5
Nunca	6	1,4
Total	440	100,0
27. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?	N	%
Siempre	34	7,7
Casi siempre	72	16,4
muchas veces	97	22,0
Algunas veces	189	43,0
Sólo alguna vez	24	5,5
Nunca	24	5,5
Total	440	100,0
29. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?	N	%
Siempre	26	5,9
Casi siempre	49	11,1
muchas veces	77	17,5
Algunas veces	188	42,7
Sólo alguna vez	74	16,8
Nunca	26	5,9
Total	440	100,0
31. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?	N	%
Siempre	9	2,0
Casi siempre	72	16,4
muchas veces	100	22,7

Algunas veces	177	40,2
Sólo alguna vez	60	13,6
Nunca	22	5,0
Total	440	100,0

Fuente: Instrumento Cuestionario de Salud SF-3

Tabla 12. Función social según el SF-36 de los adultos mayores del barrio Zaragocilla, Cartagena 2019.

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas	N	%
Nada	51	11,6
Un poco	105	23,9
Regular	209	47,5
Bastante	50	11,4
Total	25	5,7
32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	440	100,0
Siempre	51	11,6
Casi siempre	22	5,0
Algunas veces	128	29,1
Solo alguna vez	149	33,9
Nunca	90	20,5
Total	440	100,0

Fuente: Instrumento Cuestionario de Salud SF-36.

Tabla 13. Rol Emocional según el SF-36 de los adultos mayores del barrio Zaragocilla, Cartagena 2019.

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	N	%
Si	187	42,5
No	253	57,5
Total	440	100,0
18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	N	%
Si	176	40,0
No	264	60,0
Total	440	100,0
19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	N	%
Si	200	45,5
No	240	54,5

Fuente: Instrumento Cuestionario de Salud SF-36.

Tabla 14. Salud mental según el SF-36 de los adultos mayores

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?	N	%
Siempre	20	4,5
Casi siempre	60	13,6
muchas veces	73	16,6
Algunas veces	144	32,7
Sólo alguna vez	82	18,6
Nunca	61	13,9
25. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	N	%
Siempre	19	4,3
Casi siempre	46	10,5
muchas veces	96	21,8
Algunas veces	168	38,2
Sólo alguna vez	60	13,6
Nunca	51	11,6
26. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	N	%
Siempre	25	5,7
Casi siempre	77	17,5
muchas veces	126	28,6
Algunas veces	154	35,0
Sólo alguna vez	34	7,7
Nunca	24	5,5
28. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	N	%
Siempre	34	7,7
Casi siempre	133	30,2
muchas veces	22	5,0
Algunas veces	111	25,2
Sólo alguna vez	92	20,9
Nunca	48	10,9
30. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?	N	%
Siempre	32	7,3
Casi siempre	80	18,2
muchas veces	121	27,5
Algunas veces	158	35,9
Sólo alguna vez	28	6,4
Nunca	21	4,8

Fuente: Instrumento Cuestionario de Salud SF-36

Tabla 15. Evolución declarada de la salud respecto al año anterior según el SF-36 de los adultos mayores del barrio Zaragocilla, Cartagena 2019.

2. Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?	N	%
Mucho mejor ahora que hace un año	30	6,8
Algo mejor ahora que hace un año	184	41,8
Más o menos igual que hace un año	112	25,5
Algo peor ahora que hace un año	88	20,0
Mucho peor ahora que hace un año	26	5,9
Total	440	100,0

Fuente: Instrumento Cuestionario de Salud SF-36.

Tabla 16. Asociación de variables sociodemográficas con la calidad de vida de los adultos mayores del barrio Zaragocilla, participantes del estudio.

Variables	OR	I.C. 95% para OR	
		Inferior	Superior
Tener más de 75 años	0,871	,550	1,379
Ser mujer	0,841	,553	1,279
Tener pareja	0,871	,572	1,326
Tener trabajo	1,340	,855	2,099
Ser de estrato 3 en adelante	1,415	,856	2,338
Ser del régimen contributivo	1,610	1,115	2,554