

**FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON  
SALUD EN ADULTOS MAYORES CARTAGENA 2015**

**SHIRLEY ROCIO VARGAS RICARDO**

Investigadora

Trabajo de grado para optar el Título de Magíster en Enfermería

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE ENFERMERIA

CARTAGENA DE INDIAS D. T. y C.

2015

**FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON  
SALUD EN ADULTOS MAYORES CARTAGENA 2015**

SHIRLEY ROCIO VARGAS RICARDO

INVESTIGADORA

DOCTORA ESTELA MELGUIZO HERRERA

TUTORA

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE ENFERMERIA

CARTAGENA DE INDIAS D. T. y C.

2015

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN-----	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA-----	11
OBJETIVOS -----	17
Objetivo general-----	17
Objetivo específicos -----	17
JUSTIFICACIÓN-----	18
MARCO TEÓRICO-----	20
METODO-----	30
Tipo de estudio-----	30
Población y Muestra-----	30
Criterios de inclusión -----	30
Criterios de exclusión-----	30
Instrumentos -----	30
Análisis de la información-----	32
Consideraciones éticas-----	34
RESULTADOS-----	35
Características del individuo-----	35
Características ambientales -----	35
Factores biológicos y fisiológicos-----	36
Estado de los síntomas-----	36
Estado funcional-----	37
Percepción general de la salud-----	37
Calidad general de vida -----	38
Modelo de regresión logística para CVRS-----	
DISCUSIÓN -----	39
Resultados según los planteamientos de la teoría de CVRS-----	49
CONCLUSIONES-----	50
RECOMENDACIONES-----	52
AGRADECIMIENTO-----	53
BIBLIOGRAFÍA-----	54
ANEXOS-----	64

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Genero de los adultos mayores Cartagena 2015 -----	78
Tabla 2. Estado civil de los adultos mayores Cartagena 2015 -----	78
Tabla 3. Grado de escolaridad de los adultos mayores Cartagena 2015 -----	79
Tabla 4. Condición laboral de los adultos mayores Cartagena 2015 -----	79
Tabla 5. Estrato socioeconómico de los adultos mayores Cartagena 2015 -----	80
Tabla 6. Ingresos económicos de los adultos mayores Cartagena 2015 -----	80
Tabla 7. Apoyo social de los adultos mayores Cartagena 2015 -----	80
Tabla 8. Patologías padecidas en los últimos 3 meses por los adultos mayores Cartagena 2015 -----	81
Tabla 9. Síntomas Depresivos con significancia clínica en los adultos mayores Cartagena 2015 -----	81
Tabla 10. Actividades básicas de la vida diarias que realizan los adultos mayores Cartagena 2015 -----	81
Tabla 11. Actividades instrumentales de la vida diarias que realizan los adultos mayores Cartagena 2015 -----	82
Tabla 12. Autopercepción del estado de salud de los adultos mayores Cartagena 2015 -----	82
Tabla 13. Percepción de la calidad de vida de los adultos mayores Cartagena 2015 - -----	83
Tabla 14. factores asociados a la CVRS en los adultos mayores Cartagena -----	83
Tabla 15. Asociación entre las características del individuo y estado de los síntomas de los am en Cartagena 2015-----	83
Tabla 16. . Asociación entre las características del individuo y estado funcional de los am en Cartagena 2015-----	84

Tabla 17. Asociación entre las características del individuo y percepción de la salud de los am en Cartagena 2015----- 86

Tabla 18. Asociación entre las características del individuo y calidad general de vida de los am en Cartagena 2015.----- 87

Tabla 19. Asociación entre las características ambientales y estado de los síntomas, estado funcional, salud autopercebida y calidad general de vida de los am en Cartagena 2015 ----- 88

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
Anexo 1. Valoración del estado mental -----	65
Anexo 2. Factores sociodemográficos-----	66
Anexo 3. Valoración de síntomas depresivos: escala de depresión de Yesavage (versión reducida) -----	67
Anexo 4. Salud autopercebida-----	67
Anexo 5. Actividades de la vida diaria-----	68
Anexo 6. Actividades instrumentales de la vida diaria: escala de Lawton y Brody	69
Anexo 7. Instrumento índice de calidad de vida (qli - sp) -----	71
Anexo 8. Cuestionario de apoyo social funcional (duke-unc-11) -----	72
Anexo 9. Consentimiento informado persona participante del estudio-----	73
Anexo 10. Variables del estudio-----	74
Anexo 11. Tablas de resultados sobre factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud -----	79

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar factores asociados a la calidad de vida relacionada con salud de los adultos mayores en Cartagena, 2015.

**Metodología:** Estudio transversal. Población de 107.604 adultos mayores y una muestra estimada de 660 adultos mayores. Muestreo bietápico. Se emplearon los test de Pfeiffer, encuesta sociodemográfica, escala de depresión de Yesavage, cuestionario de salud auto percibida, escala de Barthel, escala de Lawton y Brody, Índice Multicultural de Calidad de Vida, cuestionario Duke- UNC-11. Se usó estadística descriptiva y un análisis de regresión logística multivariada. Se consideraron los aspectos éticos.

**Resultados:** Participaron 657 personas, edad promedio de 71 años, predominó el sexo femenino (55,7%), tener pareja estable (62,6%), escolaridad primaria (49,6%), ocupación hogar (52,8%), residir en estratos 2 y 3 (66,7%) y vivir con 4 personas, promedio, en el hogar. Se observó alta prevalencia de apoyo social adecuado (89,5%), síntomas depresivos con significancia clínica (86,9%), independencia para realizar actividades básicas (86,3%) e instrumentales de la vida diaria (60,8%), percibir su salud como buena (51,4%), percibir la calidad de vida relacionada con salud como excelente (87,4%). Las patologías más frecuentes fueron las cardiovasculares (26,1%).

**Conclusiones:** La calidad de vida relacionada con salud se asoció positivamente a percibir apoyo social adecuado y a la independencia para realizar actividades instrumentales de la vida diaria y negativamente al hecho de trabajar o tener pensión.

**Palabras claves:** Calidad de vida, salud, adulto mayor, enfermería geriátrica, percepción (DeCS).

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the factors associated with quality of life related to health in elderly in Cartagena, 2015.

**Methodology:** Cross-sectional study. Population of 107,604 elderly and an estimated sample of 660 elderly. Two-stage sampling. Pfeiffer tests, demographic survey, Yesavage depression scale, self perceived health questionnaire, Barthel scale, Lawton and Brody scale, Multicultural Quality of Life Index, Duke-UNC-11 questionnaire. Descriptive statistics and multivariate logistic regression analysis were used. Ethical aspects were considered.

**Results:** A total of 657 people, average age 71, prevailing females (55.7%), having a stable partner (62.6%), primary education (49.6%), housekeeping as occupation (52.8%) , residing on social stratum 2 and 3 (66.7%) and living with 4 people, average, at home. High prevalence of adequate social support (89.5%), clinically significant depressive symptoms (86.9%), independence for basic (86.3%) and instrumental activities of daily living (60.8%), perceiving their health as good (51.4%), perceived quality of life related to health as excellent (87.4%). The most frequent pathologies were cardiovascular diseases (26.1%).

**Conclusions:** The quality of life related to health was positively associated with perceived social support and independence for instrumental activities, and negatively to the fact of working or having a pension.

**Key Word:** quality of life, health, aged, perception, nursing theory (DeCS).



## INTRODUCCION

El presente estudio tuvo por objetivo analizar los factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores en Cartagena 2015, a la luz de una teoría de rango medio de calidad de vida relacionada con salud.

Este estudio surgió a partir de trabajar con adultos mayores en diferentes áreas del desempeño profesional, donde se logró evidenciar las múltiples molestias que los aquejan y que a su vez los incapacitan a realizar actividades que en otras épocas las realizaban de manera rutinaria, esto debido a los cambios que acompañan el proceso de envejecimiento, los cuales tienen inferencia en la percepción que se tiene de la calidad de vida relacionada con salud.

Este estudio nutre los desarrollos alcanzados desde la línea de investigación de calidad de vida, del Grupo de Investigación “Cuidado y Vida” 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.

El presente documento consta de cinco capítulos. El primero de ellos corresponde al planteamiento del problema donde se parte de la definición del concepto de calidad de vida relacionada con salud y se aborda el fenómeno del envejecimiento poblacional y sus características, la teoría de calidad de vida relacionada con la salud propuesta por las enfermeras Sandra Peterson y Timoty Bredow, que ha sido la columna vertebral para el desarrollo de este estudio. En este capítulo se da un abordaje desde tres contextos; el contexto disciplinar, donde se esboza la importancia de estudiar esta clase de fenómenos para la disciplina de enfermería; el contexto social, se analizan las implicaciones relacionadas con el fenómeno que inciden sobre el contexto social; y el contexto del conocimiento, desde la evidencia científica. Y concluye con el planteamiento de la pregunta de investigación. Este capítulo es seguido de los objetivos de investigación.

En un capítulo aparte, se presenta la justificación del estudio, la cual inicia evidenciando la necesidad de adelantar estudios con la población de adultos mayores e indagar sobre los factores que influyen en su percepción de la calidad de vida relacionada con salud y así proporcionar evidencia científica para que la profesión de enfermería planee los cuidados, sirva de sustrato a la hora de formular guías y políticas en salud, y constituya un indicador de la calidad del cuidado.

En el tercer capítulo se desarrolla el marco teórico, el cual contiene los conceptos de calidad de vida, calidad de vida en relación con la salud en los adultos mayores y un breve recuento histórico de la teoría de calidad de vida relacionada con salud. A

continuación, se da el abordaje desde diferentes contextos y desde enfermería y se presenta el estado del arte.

El cuarto capítulo presenta el diseño metodológico planteado para este estudio, el cual se compone del tipo de estudio, población y muestra, criterios de inclusión y exclusión, instrumentos a aplicar para la medición de los conceptos de la teoría de calidad de vida relacionada con salud, plan de análisis de datos y aspectos éticos.

El quinto capítulo, muestra los resultados del estudio. Se describen las características sociodemográficas de la población adulta mayor, se describen cada una de las variables del estudio propuestas en la teoría de la calidad de vida relacionada con salud y se ilustra en una tabla los resultados del análisis de regresión logística que muestra los factores que resultaron asociados al fenómeno de estudio. Se reportan los valores de confiabilidad de los instrumentos para este estudio.

La discusión de los resultados se presenta en el capítulo sexto. Se debaten los hallazgos de este estudio frente a los hallazgos de estudios similares en contextos internacionales, nacionales y locales. Se realiza un contraste entre lo propuesto por la teoría de calidad de vida relacionada con salud y lo evidenciado por el estudio realizado. Las limitaciones del estudio se encuentran incluidas en este capítulo.

En el capítulo séptimo se abordan las conclusiones y se ilustran los hallazgos de este estudio que dan respuesta a los objetivos propuestos. En esta sección se evidencia que trabajar o tener pensión, ser independiente para la realización de actividades instrumentales y tener un adecuado apoyo social, están asociados a la calidad de vida relacionada con salud en los adultos mayores de Cartagena. Se observó el fenómeno de feminización de la vejez en Cartagena, el predominio del estado civil casados, un nivel de escolaridad primario, la dedicación al hogar, el residir en estrato socioeconómico 2 y 3, y por último el tener ingresos mensuales entre \$201.000 y \$1'000.000. Los participantes en su mayoría reportaron percibir que cuentan con un apoyo social normal; la mayoría de estos presenta síntomas depresivos de importancia clínica, sin embargo reportan una independencia funcional, buena auto-percepción de su estado de salud, y excelente auto-percepción de la calidad de vida relacionada con salud.

Se recomienda seguir estudiando sobre el tema, y tener en cuenta, de los factores evidenciados, cuáles pueden ser abordados o investigados más a fondo, para desarrollar planes de cuidado que permitan mejorar la percepción que esta población tiene de su calidad de vida relacionada con salud.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La calidad de vida relacionada con salud (CVRS) es “un subconjunto de la calidad de vida que representa sentimientos, actitudes o la capacidad de experimentar satisfacción en un área de la vida identificada como personalmente importante y que ha sido alterada por los procesos de enfermedad o déficit relacionados con la salud”(1). Tener en cuenta los factores que influyen en la percepción de la CVRS podría permitir a los cuidadores de la salud optimizar los recursos disponibles a la hora de ofrecer cuidados que realmente satisfagan las expectativas de las personas.

Por otra parte, proporcionar cuidados a la salud en los diferentes grupos de edad, permite a los profesionales de enfermería establecer afinidad por grupos en particular. En el caso de la investigadora, el hecho de trabajar con adultos mayores en diferentes áreas del desempeño profesional le permitió establecer empatía con integrantes de esta población. Estos frecuentemente manifestaban inconformidad por las múltiples molestias, las cuales los incapacitaban para la realización de actividades que en otras épocas de su vida realizaban de manera rutinaria; esto se debe a que el proceso de envejecimiento genera cambios bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales (2) (3), influyendo en el estilo de vida de la población y con repercusiones significativas en la salud. A su vez, este proceso genera en ellos desesperanza, al sentir que están perdiendo su capacidad productiva debido a los cambios propios de la edad, y agrega una serie de factores internos y externos que influyen en la manera como los adultos mayores (AM) perciben la CVRS.

La población de AM se ha tenido un crecimiento acelerado a nivel mundial, nacional y regional, lo cual ha causado impacto en el sector de la salud y en otras esferas de la sociedad (4), especialmente en América Latina y el Caribe donde se han presentado importantes cambios demográficos en el siglo XXI, notándose un rápido crecimiento de este grupo de personas con 60 años de edad y más (5), los cuales se caracterizaron por presentar cambios frecuentemente asociados a enfermedades y pérdidas de muy diversos tipos, también se observa una gran variabilidad en las condiciones socioeconómicas(3) (6).

Ser AM representa una serie de cambios importantes en la vida de cada persona y es un fenómeno que impacta en la sociedad actual. Entre los cambios propios del envejecimiento y que tienen incidencia en el vivir diario encontramos la pérdida y decoloración del cabello, disminución de la vista y de la audición, retardo en procesos metabólicos, incontinencia urinaria, menor destreza motora, disminución de la fuerza muscular, disminución de la memoria de trabajo, frecuentes las caídas, fragilidad, entre otros (3) (6), de esta manera no solo los AM presentan cambios biológicos sino psicológicos, sociales y económicos los cuales tienen inferencia en la percepción que se tiene de la vida y la calidad con que se vive.

Actualmente viven más AM en los países en desarrollo que en los países industrializados. Los países que presentan mayor número de AM son: Japón con el 26%, Italia, Alemania, Grecia con 24%, Suecia, Canadá con el 18%, Australia 17%, Nueva Zelanda 16%(7); Se concibe el envejecimiento a escala mundial como un fenómeno general y un desafío para la sociedad del siglo XXI (4).

Con todos estos cambios demográficos América Latina reporta el aumento de la población adulta mayor, representado en la siguiente tabla.

Tabla 1. Estimaciones y proyecciones de población adulta mayor en América Latina.

<b>PAÍS</b>	<b>AÑO 1950</b>	<b>AÑO 2000</b>	<b>PROYECCIÓN AÑO 2025</b>
Bolivia	152.300	537.500	1.191.151
Guatemala	126.700	660.700	1.429.230
Brasil	2'627.200	14'031.500	18.4444.919
México	1'963.400	6'902.900	7.749.566
Argentina	1'207.200	4'941.700	3.125.841
Chile	416.700	1'568.500	3.846.562
Colombia	625.956	2.854.084	8.125.841

División de Población de la CEPAL, “Estimaciones y proyecciones de población adulta mayor” (8).

En Colombia, con todos los cambios vividos, se reportó para el año 2000 la proporción de AM, un 6.7% (2.854.084) de la población, siendo en este grupo el 54.6% mujeres y el 45.6% hombres. En las cabeceras municipales se identificó al 75% de la población general, lo cual es el resultado de las altas tasas de migración (4). Aunque las áreas rurales se caracterizan por mayores tasas de fecundidad, el 75% de la población general, se concentra en las cabeceras municipales debido a las altas tasas de migración (4). El 63.12% de la población AM se ubica en las ciudades y departamentos como Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Santander, Atlántico, Bolívar y Tolima; concentrándose los mayores porcentajes en las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla. En el 2013 el porcentaje de AM fue de 11.7 % (4.964.793) y se estima que para el año 2025 el porcentaje de AM sea el 18.9 % (8.125.841) del total de la población (11).

Se estima que las mujeres viven en promedio 5.9 años más que los hombres, lo que aumenta a su vez el índice de viudez, pues mientras para los hombres representa un 13%, para las mujeres es de 43%. Sin embargo, este incremento es más visible en la

población urbana, en los grupos poblacionales con mayor nivel educativo y con mayores ingresos económicos, lo que les permite tener un acceso y una utilización diferenciada de los servicios de salud. Adicionalmente, se espera que una vez cumplidos los 60 años, los colombianos puedan vivir 20 años más (5). El conocer estos datos orienta al profesional de enfermería sobre la tendencia hacia la feminización en los AM, lo cual es acorde con los estudios realizados por Cardona D (10), en Medellín; Marín C (12), en Santa Marta y Melguizo E (13), en Cartagena se ha observado este fenómeno, el cual fue un factor favorable para la percepción de la CVRS.

La situación económica de pobreza es quizá una de las razones que más afecta a este grupo poblacional, se calcula que la mitad de las personas mayores de 60 años son pobres, lo que incrementa su vulnerabilidad, y a su vez se identificó que cerca del 29.9% de las personas AM tienen participación en el mercado laboral. La actividad productiva en las áreas rurales se incrementa, debido a la reducida cobertura de seguridad social y se encontró que el 98% de las personas mayores de 65 años conviven con su familia (11).

Todos los factores mencionados anteriormente tienen incidencia en la manera como los AM perciben la CVRS, de allí que la CV equivale a la calidad del envejecimiento; y este estará determinado por las elecciones tomadas de manera individual y socio-culturalmente (13), es decir por la forma como se ha vivido.

Con el aumento de la longevidad, los profesionales de la salud están atendiendo asuntos relacionados con el estilo de vida que acompañan a la enfermedad crónica y cambios propios de la edad, que con frecuencia afectan a la calidad de vida (1).

Enfermería desde larga data ha mostrado interés en la calidad de vida. Desde la participación de Florence Nightingale con los militares británicos donde se proporcionaron múltiples ejemplos de cómo las enfermeras pueden promover la calidad de vida para las personas. Este interés se ha intensificado y convertido en un foco de la investigación para las enfermeras (1).

Las enfermeras Sandra Peterson y Timothy Bredow referencian una teoría de mediano rango sobre CVRS basada en el modelo de Wilson y Cleary, el cual es comúnmente citado en las disciplinas del cuidado de la salud y propone las relaciones de los factores que afectan la CVRS (1). En esta teoría, se define el concepto de CVRS como “un subconjunto de la calidad de vida que representa sentimientos, actitudes o la capacidad de experimentar satisfacción en un área de la vida identificada como personalmente importante, que ha sido alterada por los procesos de enfermedad o déficit relacionados con la salud”.

Aplicar esta teoría a la población AM, mediante instrumentos pertinentes al concepto de las variables y a la población de estudio, resulta pertinente ya que se exploran

todas las dimensiones en las cuales está inmerso el AM y que soportan su realidad, siendo fundamental para el conocimiento enfermero al momento de establecer planes de cuidado que realmente suplan sus requerimientos.

En la teoría de la CVRS, las intervenciones de enfermería están relacionadas a estados específicos de la enfermedad (1) o, en este caso, a la percepción del estado de salud que experimentan los AM (con todas las limitaciones y deficiencias propias de la edad y del contexto adverso que los rodea). No se trata de que en este estudio se considere la vejez como una enfermedad, sino que dados todos los cambios que la salud experimenta en esta etapa de la vida, se asume que esta teoría permite abordar el fenómeno de estudio. Además, los distintos factores o conceptos de la teoría representan una visión holística de las distintas dimensiones que conforman a los AM y que deben ser tenidas en cuenta al momento de brindar cuidados de enfermería a esta población.

Un aspecto importante de esta teoría es que permite rescatar expresiones subjetivas y personales de los AM y la percepción de la CVRS viene a ser un indicador del grado de éxito alcanzado con los cuidados de salud brindados a esta población (1).

Desde la investigación científica, diversos estudios han demostrado que la CVRS de los AM está asociada 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. (15) (16) (17) (18)

En México, Abril E. (19), encontró que la principal dificultad de los AM era la falta de bienestar económico y de recursos para atender sus necesidades básicas.

En Perú, Inga J. (20), reporta que las variables que con mayor magnitud predijeron la satisfacción de vida de los AM fueron el resentimiento, el nivel de instrucción y el apoyo o refuerzo social.

En Bolivia, Zeballos Y. (18), concluyó que la CV de mujeres adultas mayores se relaciona, entre otros, con ingresos económicos bajos y bajo nivel educativo

En Argentina, Formiga N. (21), evidenció que la situación de deterioro de CV en los AM se intensifica a medida que se desplazan desde el centro urbano hacia la periferia.

En Colombia se han adelantado varios estudios acerca de CVRS de AM. En Cali, Ramírez R. (22), reportó un deterioro importante de la CV de AM. En Medellín, Cardona D. (23), encontró que los componentes de independencia, seguridad socioeconómica y redes de apoyo social constituyen el 97% de la CV del AM.

Del contexto de Cartagena, se encontró el estudio de Melguizo E. (13), quien determinó el índice multicultural de calidad de vida de los AM en la Comuna 9 de Cartagena y observó que tiende a valores que pueden considerarse como una buena

auto-percepción de la CVRS. Otro estudio encontró asociación entre el sexo, nivel de escolaridad, estrato socio-económico, condición laboral y el número de personas en el hogar y la CVRS en los AM de la Comuna 9 de Cartagena. (24).

En este orden de ideas y preocupados por tener en cuenta el sentir de la gente, desde 1998 se adelanta en Bogotá (y luego en 14 ciudades de Colombia) un programa que valora la percepción de los ciudadanos sobre la calidad de vida y evalúa los cambios en la calidad de vida de las ciudades, a través de un seguimiento al cumplimiento del Plan de Desarrollo. Se trata del modelo “Cómo Vamos”. “En el 2005 la ANDI Seccional Bolívar, Funcicar, Cámara de Comercio de Cartagena, el periódico El Universal y la Universidad Tecnológica de Bolívar, le apostaron a traer el modelo Cómo Vamos a Cartagena y así contribuir a la mejora de la calidad de vida en la ciudad. En la actualidad empresas y organizaciones como: Findeter, Comfenalco Cartagena y Publik se han unido a este ejercicio ciudadano” (25).

“El informe presentado por la coordinadora del programa “Cartagena Como Vamos”, recoge los principales indicadores técnicos de calidad de vida en la ciudad. De acuerdo a lo expuesto, el 2014 presenta varias mejoras para la ciudad en relación al 2013, aunque aún con retos pendientes. Educación, seguridad, pobreza y medio ambiente son algunos de los temas que debe priorizar la administración, para incidir efectivamente en la calidad de vida de los y las cartageneras” (25). Dado que todos estos temas, son factores que influyen en la población de AM también, se puede pensar entonces que estos factores podrían estar influyendo negativamente en la percepción de CVRS de los AM de la ciudad.

La población de AM de Cartagena, según las proyecciones del DANE (4), para el 2015, se estimó en 107.604 AM: hombres: 46.731 y mujeres: 60.873. La atención de esta población está a cargo de la Secretaría de Participación y Desarrollo Social, quien en 2012 propuso la Política Pública de Envejecimiento y Vejez 2012-2024 para el Distrito de Cartagena. En la propuesta de esta política participaron activamente AM líderes de las distintas Localidades de la ciudad “garantizando presencia y representatividad cada vez en mayor escala”. Los principios que rigen la Política son el respeto por la diferencia, autodeterminación, reconocimiento, intergeneracionalidad y universalidad; y cuenta con enfoques diferenciales por género, por edad, por situación de discapacidad o enfermedad, por origen étnico o regional y población postconflicto (26).

El objetivo general de la Política Pública de Envejecimiento y Vejez de la ciudad de Cartagena es “Crear una red de instituciones públicas y privadas que fomenten el empoderamiento de las personas mayores para la participación social y cumplan progresivamente sus derechos a la independencia, la autorrealización, la protección, el reconocimiento y la participación”. Los cuatro ejes de la Política son: promoción y garantía de los derechos humanos de las personas mayores, protección social integral, envejecimiento activo y formación del talento humano e investigación (26).

La Secretaría de Participación y Desarrollo Social informó que para la atención a la población de adultos mayores cuenta actualmente con 28 Centros de Vida y 116 grupos organizados de la “tercera edad”, en los que se ofrecen servicios de apoyo nutricional, apoyo psicosocial, laborterapia, ejercicios físicos, dotación de algunos elementos para suplir deficiencias visuales y motoras y prevención de enfermedades (vacuna de Neumococo y de Influenza). En cada uno de estos grupos se reúnen entre 80 a 130 AM. Se cuenta con una enfermera y dos auxiliares de enfermería para todos los grupos organizados y Centros de Vida de la ciudad.

También se cuenta con un programa para envío de almuerzos y meriendas a aquellos AM que por limitaciones físicas no pueden desplazarse hasta los Centros de Vida, aunque son pocos los que logran este beneficio.

En encuesta realizada en el 2015 en la Localidad 2 de Cartagena, la mayoría de los AM manifestaron estar satisfechos con los programas de atención dirigidos a esta población, manifestando que han mejorado en su condición de salud y solicitaron que se refuercen las estrategias para mejorar su convivencia.

Como se puede inferir del párrafo anterior, la mayoría de la población de AM no logra participar de los programas que se tiene organizados para ellos 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. Estas condiciones ponen a esta población en condición de vulnerabilidad, lo que podría incidir en su percepción de la CVRS.

La CVRS del AM se ha investigado desde diferentes contextos y todos han aportado información valiosa a la hora de conocer este grupo poblacional. El contexto cartagenero no es la excepción, se ha abordado el tema, sin embargo, a la fecha no se han encontrado publicaciones donde se aborde este tema desde un referente teórico que favorezca su comprensión.

No se encontraron estudios donde se considerara este tema con una muestra representativa de toda la población de AM de la ciudad. Lo que evidencia un vacío en el conocimiento que pueda guiar a los profesionales del cuidado de la salud en cuanto al estudio de aquellos factores relacionados con la CVRS de AM

Así, surge la pregunta de investigación: **¿Qué factores están asociados a la CVRS de los adultos mayores en Cartagena -2015?**



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo General**

Analizar los factores asociados a la CVRS de los adultos mayores en Cartagena, 2015.

### **2.2. Objetivos Específicos**

-Caracterizar la población de estudio de acuerdo a: características sociodemográficas y ambientales, variables biológicas, estado de síntomas, estado funcional, percepción de salud en general, calidad general de vida.

-Describir la percepción de la CVRS de los adultos mayores.

-Estimar el grado de asociación entre la percepción de CVRS y las características sociodemográficas y ambientales, variables biológicas, estado de síntomas, estado funcional, percepción de salud en general, calidad general de vida.

### 3. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con los criterios de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), una población se considera envejecida si 5% de sus miembros tiene más de 65 años de edad, o si más de 19% tiene más de 60 años (27).

Por lo anterior, el envejecimiento poblacional tiene implicaciones no sólo para este grupo de edad, sino también para las familias, las instituciones de salud y de educación, y los organismos encargados de la regulación de las políticas públicas. Uno de los factores que llevan a este envejecimiento poblacional es la mayor supervivencia de la población. Es importante considerar el envejecimiento poblacional como un fenómeno que impacta en la sociedad actual, tanto a nivel mundial como nacional, regional y local.

El proceso de envejecimiento genera importantes cambios en la condición física, mental y social de las personas; muchos de estos cambios inciden en la CV. La medición de la CVRS desde la percepción del AM, podría reflejar la calidad, suficiencia y accesibilidad a los servicios de cuidados de la salud que esta población recibe. Ya que se ha logrado una esperanza de vida cada vez más alta, es necesario cuidar que se viva de la mejor manera posible, con salud y bienestar. Que esta mayor esperanza de vida no sea una carga que represente mayores costos económicos, de personal y de recursos; sino que partiendo de datos reales, se pueda ofrecer a la población cuidados de salud acordes a lo que ellos valoran y necesitan. La CV forma parte importante del desarrollo humano y es un aspecto que amerita cuidado permanente y efectivo; sin embargo, se observan vacíos en lo referente al estudio de los factores que pueden afectar la percepción de la CV en AM.

En Colombia, al igual que en el resto del mundo, se observa un aumento en la proporción de la población de adultos mayores (4), debido al descenso de las tasas de mortalidad, fecundidad y al aumento de la expectativa de vida. Las políticas de desarrollo social para los adultos mayores en Colombia, deben por tanto estar basadas en resultados de investigaciones que describan y caractericen a esta población en particular, es decir, se deben tener en cuenta los factores asociados a la CVRS tal y como la perciben los AM.

Según el DANE, la población de AM en Cartagena es cada vez más significativa, ya que se encuentra expuesta a desigualdades y asimetrías que dan como consecuencia una esperanza de vida disminuida y una mala calidad de vida. Surge entonces la necesidad de optimizar los recursos disponibles a la hora de ofrecer cuidados que realmente satisfagan las expectativas de los adultos mayores, teniendo en cuenta no sólo el entorno físico sino también la capacidad del cuidador y el contexto familiar y social en el que el AM se desarrolla.

La CVRS es un concepto multidimensional y complejo que requiere ser estudiado desde los enfoques cualitativo y cuantitativo, considerando aspectos objetivos y subjetivos que podrían estar reflejando el impacto del cuidado de la salud brindado a un grupo poblacional específico. Sin embargo, la teoría de mediano rango que guio toda la propuesta del proyecto y la recolección y análisis de los datos de este estudio propone la medición de conceptos y de relaciones entre conceptos que solo es posible medir a través del abordaje empírico analítico, por lo que en esta investigación se tuvo un enfoque cuantitativo. Además, no se encontró en la literatura consultada estudios enmarcados en teorías para comprender el fenómeno de la CVRS en la población AM en Cartagena; por lo que es pertinente complementar los hallazgos de esta investigación con futuras investigaciones desde el enfoque cualitativo.

Para el desarrollo de la disciplina de enfermería, la aplicación de esta teoría permite ir más allá de los estudios descriptivos ya que clarifica las relaciones estructurales entre conceptos dando interpretación al fenómeno de estudio y a su vez permite satisfacer las necesidades de la disciplina.

La presente investigación permitió la validación práctica de la teoría de CVRS, en donde, en una situación natural, se examinaron las relaciones propuestas. La validación práctica es un proceso que permite “determinar la capacidad de la teoría para describir, explicar y prescribir las relaciones en las situaciones en las cuales se aplica la teoría” (28).

Los hallazgos de este estudio, pueden ser un punto de referencia a la hora de evaluar guías y políticas públicas en salud para la atención del AM en el contexto cartagenero, y evaluar la satisfacción o el impacto de los programas de atención, constituyendo un indicador de la calidad del cuidado. De hecho, en la VII Reunión Iberoamericana de Calidad de Vida, celebrada en Bogotá en el mes de noviembre de 2015, se reafirmó la voluntad de más de 12 países por trabajar para que la CVRS sea incluida como un indicador de salud que permita inferir la calidad de los bienes y servicios que los Estados están brindando a las personas a su cargo y la satisfacción que estos perciben con dichos cuidados.

El estudio de los factores asociados a la CVRS en AM, constituye una base para proponer y ejecutar estrategias de atención desde enfermería, lo cual podría reafirmar a la profesión de enfermería como líder en la atención de este grupo poblacional. Ello permite en la práctica un conocimiento propio de la CVRS con las particularidades de la población Cartagenera.

## 4. MARCO TEORICO

### Concepto de calidad de vida:

El concepto de calidad de vida (CV), tiene sus raíces en el pensamiento griego clásico y las enseñanzas religiosas, donde se evidencia una preocupación por la satisfacción personal del individuo con la vida. A Aristóteles se le atribuye la conceptualización inicial de la calidad de vida, que se define como la felicidad, la buena vida, o el resultado de una vida de virtud; en el Nuevo Testamento (Juan 10:10), Jesús dijo que vino a dar vida y dar en abundancia; en el budismo esta comienza con el logro de la alegría en la vida (1).

En la actualidad, calidad de vida (CV) es un concepto, que se ha abordado desde diferentes disciplinas y saberes: médicas, filosóficas, económicas, éticas, sociológicas, políticas y ambientales. La medicina la asocia con la salud sicosomática del organismo, la funcionalidad, la sintomatología o la ausencia de enfermedad; los filósofos, con la felicidad o una buena vida; los economistas, con la utilidad del ingreso o de los bienes y servicios; los sociólogos, con la inserción del individuo en la arena social; los políticos, como una meta que ha de alcanzarse para sus ciudadanos en el mediano o corto plazo; los ambientalistas, con las condiciones ambientales en que vive, crece, se reproduce y muere un individuo(29) (30).

El concepto ha evolucionado y ahora diferencia los medios de los fines, los bienes materiales de los no materiales, las necesidades básicas satisfechas y las no satisfechas. La CV no tiene un consenso sobre la definición del concepto y la mayoría de los autores coinciden en que no existe un enfoque único que pueda definir y explicarlo totalmente (30).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la CV 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 (31). Es un concepto coherente con la definición de salud de la misma organización, que incorpora las áreas (facetas) física (dolor, malestar, energía, cansancio, sueño, descanso); psicológica (sentimientos positivos, labor de reflexión, aprendizaje, memoria, concentración, autoestima, imagen y apariencia corporal, sentimientos negativos); grado de independencia (movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia respecto a medicamentos o tratamientos, capacidad de trabajo); relaciones sociales (relaciones personales, apoyo social, actividad sexual); entorno (seguridad física, entorno doméstico, recursos financieros, atención sanitaria y social, actividades recreativas, entorno físico, transporte); espiritual (espiritualidad, religión, creencias personales) (31).

Teniendo en cuenta que los diferentes autores mencionan el concepto de CV desde diferentes perspectivas y bajo la influencia de diferentes variables, dimensiones y dominios, aun no hay unicidad en el concepto pero si hay marcada relación con la

definición de salud, la cual es fundamental para determinar el grado de satisfacción con la vida y esta a su vez es determinante al definir el concepto de CV.

**Calidad de vida relacionada con salud:**

Partiendo de la definición de CV que da la OMS, donde se evidencia la estrecha relación de la CV con la salud, más que construir un concepto, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha centrado en la elaboración de indicadores que midan y evalúen las diferentes formas de enfermar y morir de la población; para ello convoca otras disciplinas que le permitan una mejor comprensión del fenómeno (32).

Frecuentemente la CVRS es usada indistintamente como estado de salud, estado funcional, calidad de vida o evaluación de necesidades. En la tabla 2 se han compendiado algunas definiciones encontradas en la literatura revisada.

Tabla 2. Algunas definiciones de CVRS son:

<b>Autor</b>	<b>Definición</b>
Shwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales ciencia y enfermería IX (2): 9-21,2003.	Proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre la persona y su medio ambiente (33).
Schumaker & Naughton. The international assessment of health related quality of life: a theoretical perspective. En Shumaker SA, Berzon RA, Eds. The International Assessment of Health related quality of life. Theory, Translation, Measurement and Analysis. New York: Rapid Communication 1995; 3-10.	Es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo (34).
O'Boyle C. The Schedule for the evaluation of individual Quality of life (SEIQoL). Internacional Journal of Mental Health 1994; 23 (3): 3-23.	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 y ambiciones para el futuro (35).
Fernández-Ballesteros R, Zamarrón M, Macía A. Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos. Madrid, España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales (Inserso); 1999.	Concepto complejo que amerita abordajes desde lo objetivo y subjetivo (36).
Patrick y Erickson (Patrick D, Erickson P. Health Status and Health Policy	Medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en

Allocating Resources to Health Care. Oxford University Press 1993; 22.	función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud (37).
Burke C. Testing an Asthma quality of life model. Journal of theory construction & testing 2001; 5: 38-44.	Evaluación subjetiva del paciente de los dominios de su vida que son percibidos como importantes durante un tiempo particular (38).

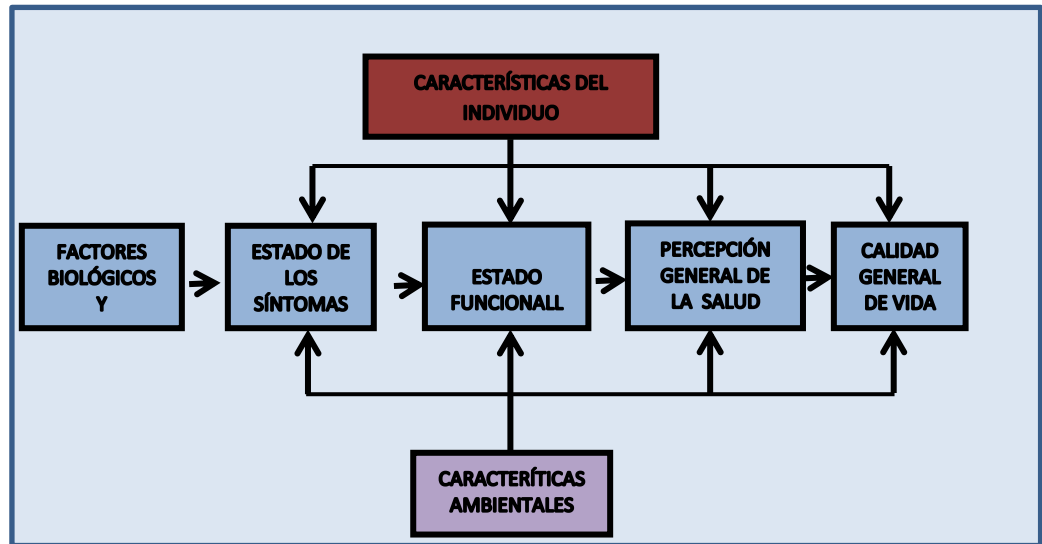
La multidimensionalidad de la CVRS, abarca aspectos subjetivos que parten de la autopercepción que se tenga de la salud, igualmente se incluye la situación económica, estilos de vida, salud, vivienda, satisfacciones personales, entorno social, entre otras. De allí que calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones objetivas y subjetivas (32).

Sobre las dimensiones que componen la CVRS, no hay un acuerdo en la literatura consultada, pero sí pareciera haber consenso en la inclusión de dominios específicos a cada enfermedad para el caso de las evaluaciones de determinadas patologías, dada las particularidades de cada una de ellas.

Dentro de la literatura consultada, se encontró que Peterson S. y Bredow T. (1) referencian una teoría de enfermería de rango medio sobre la CVRS, muy frecuentemente considerada en las disciplinas del cuidado de la salud para estudiar dicho fenómeno. Dicha teoría incluye el Modelo de Wilson y Cleary, quienes observaron que ningún modelo propuesto hasta ese momento, incluía el rango total de variables que son típicamente consideradas en la evaluación de CVRS; y además no se especificaban los vínculos entre las distintas mediciones (39). Este modelo integró dos diferentes tipos de marco 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 (Ver figura 1).

Este modelo de CVRS ha sido ampliamente aplicado a diferentes poblaciones, incluyendo pacientes que viven con cáncer, enfermedad de Parkinson, artritis, y VIH + / SIDA (40). Igualmente este modelo conceptual tiene aplicabilidad a los AM por ser una población vulnerable debido a los cambios biológicos, patológicos, sociales y psicológicos (3) que se experimentan en esta etapa de la vida, que influyen en el estilo de vida, tienen repercusiones significativas en la salud y a su vez en la percepción de la CVRS. En la revisión de la literatura, no se encontraron resultados de investigaciones realizadas con esta teoría y con la población de AM.

**Figura 1.** Modelo CVRS Wilson & Cleary.



Fuente: Vinculación de variables clínicas con cuestionario de calidad de vida: un modelo conceptual resultado del paciente. J Am Med Assoc 1995; 273: 59-65.

### **Calidad de vida relacionada con salud y enfermería:**

La CVRS se clasifica como teoría de mediano rango ya que “representa un fenómeno específico, con un número limitado de conceptos relacionados, que tienen aplicaciones obvias para la práctica” (1). Como afirma Duran M. (41), las teorías de mediano rango “son propuestas articuladas que requieren refinamiento, el cual debe lograrse a través de la investigación y la práctica”. La ventaja de estas teorías es que hacen referencia a aspectos específicos de la práctica de enfermería en un contexto objetivo, sin proponer “estereotipos o prácticas inmodificables” (41).

Se entiende que las teorías de mediano rango manejan conceptos concretos definidos operativamente y con proposiciones que pueden ser de tipo causal o asociativo; donde se visualizan las relaciones y los resultados son basados en el uso y aplicación del modelo en la práctica enfermera (41).

En este estudio las proposiciones están soportadas con los conceptos de las variables que son importantes para enfermería, como son las biológicas y fisiológicas, estado

de los síntomas, salud funcional, percepción general de la salud y calidad general de vida y estas a su vez están enmarcadas dentro de unas características individuales y ambientales. Lo cual permite una visualización amplia del AM desde un enfoque holístico.

La teoría de CVRS cumple con los requisitos o características de las teorías de mediano rango de ser de amplitud limitada aunque suficientemente general para ser utilizada en múltiples situaciones; hace referencia a un fenómeno específico aunque atraviesa numerosos fenómenos de interés para enfermería y está compuesta por pocos conceptos y proposiciones que la hacen fácil de entender (42)

Para esta investigación, la teoría escogida ofrece definiciones de conceptos claves en el estudio de la CVRS y el modelo de Wilson & Cleary ilustra sobre asociaciones de conceptos relacionados con la CVRS (Ver figura 1).

En esta teoría, se define el concepto de CVRS como “un subconjunto de la calidad de vida que representa sentimientos, actitudes o la capacidad de experimentar satisfacción en un área de la vida identificada como personalmente importante, que ha sido alterada por los procesos de enfermedad o déficit relacionado con la salud.”(28).

En el modelo, incluido en la teoría de la CVRS, la evaluación de las variables biológicas y fisiológicas (se encuentra a la izquierda de la figura 1) se centra en las células, los órganos y sistemas, mientras que la evaluación del estado de los síntomas hace referencia al organismo en su conjunto. Por su parte, la salud funcional, se ha definido como la capacidad de un individuo para llevar a cabo las actividades habituales y adaptarse al entorno, medido tanto objetiva como subjetivamente sobre un determinado período. Las percepciones generales de salud representan una integración de todos los conceptos de salud previamente revisados, que integra tanto los aspectos biológicos y psicológicos de los resultados de salud (1).

Las características del individuo y el medio ambiente se incluyeron originalmente en el modelo, pero no fueron discutidos en el texto. En una versión revisada y modificada por Eyster en 2002 y basada en el modelo ecológico de McLeroy y colegas (McLeroy, Bibeau, Steckler, y Glanz, explican los múltiples niveles de influencia en los resultados de salud tanto a nivel individual y del medio ambiente en la CVRS (39). El modelo McLeroy (45), indica cinco niveles de influencia: los factores intrapersonales (características del individuo); los demás factores son ambientales y se componen por factores interpersonales (sistemas de apoyo social formal e informal), factores institucionales (organizaciones tales como escuelas y centros de salud), factores de la comunidad (relaciones entre las instituciones y las redes sociales informales en un área definida), y políticas públicas (locales, estatales, y las leyes nacionales y las políticas).



En otros estudios donde se ha citado el modelo de CVRS de Wilson y Cleary (1,39), se le han realizado modificaciones a como fue planteado originalmente (1995) dentro de estas encontramos que se le han añadido flechas para mostrar que la función biológica está influenciada por características individuales y ambientales, (b) la eliminación de los factores no médicos, y (c) la eliminación de las etiquetas en las flechas, ya que tienden a restringir algunas características de relación (43).

Para determinar la relación que tiene cada una de las variables planteadas en la teoría (1), es necesario aplicar instrumentos de medición, los cuales soporten esta teoría en los AM. En el modelo original no se proponen instrumentos específicos, pero si mencionan las características de estas variables, partiendo de allí se proponen los siguientes instrumentos.

Las características del individuo (43), en esta investigación, se asumieron como los factores sociodemográficos; ya que son factores determinantes a la hora de percibir la CVRS en los AM. Estos factores son edad, sexo, estado civil, escolaridad, condición laboral, estado socioeconómico e ingreso mensual.

Las características ambientales (43) se entendieron como los recursos disponibles de apoyo social, los cuales están representados en la pareja y otras personas por tal razón se indagó por la red de apoyo para abordar problemas personales, familiares, de trabajo o enfermedad.

Por factores biológicos y fisiológicos, se tomó las patologías padecidas en los últimos tres meses, debido a que los AM son vulnerables a padecer enfermedades relacionadas a los cambios biológicos, patológicos y psicológicos propios de la edad (46).

En el estado de los síntomas, se valoraron los síntomas depresivos, teniendo en cuenta que en los AM este es el trastorno psicopatológico de mayor incidencia (47) debido múltiples factores relacionadas con los cambios propios del envejecimiento. Y, para esto, se tendrá en cuenta la satisfacción con la vida, estado de ánimo que comúnmente experimentan y que tan enérgicos se sienten, entre otros (48).

En el estado funcional, se valoró el grado de independencia en la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, debido a que a medida que las personas envejecen, aumenta la posibilidad de importantes pérdidas funcionales (49); para ello se indagó la dependencia para comer, bañarse, vestirse, realizar aseo personal, uso del teléfono, salir de compras, cuidado de la casa, entre otras (50).

Percepción general de la salud, es la integración de los conceptos de salud que abarca aspectos biológicos y psicológicos los cuales están soportados en una pregunta específica, salud auto percibida (46).

Calidad general de vida, se entiende en este estudio, como el conjunto global que integra el nivel de salud y de calidad de vida, soportado en bienestar físico,

psicológico/emocional, autocuidado, funcionamiento independiente, ocupacional e interpersonal, apoyo social, comunitario, plenitud personal y espiritual (451).

### **Calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor**

En Colombia se define AM aquella persona que cuenta con 60 años o más (52). No todas las personas viven la vejez de la misma manera, pues su funcionamiento durante ésta se encuentra relacionado con las acciones y omisiones que cada persona realizó durante el transcurso de su vida (6).

Velarde E. (53), define la CV en el AM como la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); las cuales de diferente manera permiten un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, las cuales se dan de forma individual y diferente; adaptaciones que influyen en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez (54).

La CVRS en el AM es un asunto trascendental que no sólo los afecta a ellos, sino también a sus familias y al conjunto de la sociedad; y más aún, debido a que este grupo poblacional se encuentra en aumento y esto provoca modificaciones tanto en la oferta y demanda de bienes y servicios como en el trabajo; a nivel de sociedad, genera nuevas formas de organización de la familia y diversas respuestas de la comunidad a los nuevos desafíos de bienestar; a nivel de estado, provoca nuevas tensiones sociales surgidas de las necesidades de financiamiento de los sistemas de seguridad social, de los cambios en las relaciones de dependencia económica entre generaciones y de la competencia intergeneracional por los puestos de trabajo (32).

La CVRS de los AM, se ve afectada por el estado de salud, clase social, nivel educativo y situación económica, factores contextuales, red de contactos y relaciones sociales, sitio de residencia, género, y recursos económicos (54).

Diversos estudios han demostrado que la CVRS de los AM está asociada 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 (15) (16) (17) (18).

En un estudio realizado por Orueta R. (15) en Toledo, España, se encontró asociación estadísticamente significativa entre el deterioro de la CV de AM frágiles y tener mayor edad, convivir fuera del núcleo familiar, un mayor número de patologías crónicas, mayor consumo de fármacos y menor capacidad funcional.

Así mismo, Abril E. (55), en Hermosillo, México, encontró que la principal dificultad de los AM es la falta de bienestar económico y de recursos para atender sus necesidades básicas. Fueron las mujeres quienes reportaron menor ingreso, lo que las enfrenta a desigualdades con respecto a las condiciones de vida del hombre. La falta de un ingreso seguro y de apoyo económico familiar limita su capacidad de subsistencia y el acceso a una vida de mayor calidad.

En Perú (56), se reportó que el resentimiento, nivel de instrucción y apoyo o refuerzo social, fueron variables que con mayor magnitud predijeron la satisfacción de vida de los AM.

De igual manera, Zeballos Y. (18), en Bolivia, concluyó que la CV de mujeres adultas mayores se relaciona con ingresos económicos bajos, bajo nivel educativo, servicios de salud restringidos, desconocimiento de las propiedades alimenticias, dificultad para el acceso a los servicios básicos, sin espacios de recreación, desconocimiento de las leyes, de los miembros de la familia, roles asignados y reconocimiento social limitado.

En estudio realizado por Formiga N. (21), en Argentina, evidenció que la situación de deterioro de CV en los AM se intensifica a medida que se desplazan desde el centro urbano hacia la periferia, tornándose más vulnerable la situación para aquellos grupos sociales de menores recursos económicos que encuentran imposibilitado el acceso a la tierra y la vivienda propia, dando lugar a procesos de urbanización informal en áreas sin dotación de infraestructura básica de servicios.

En Colombia se han adelantado diferentes estudios acerca de CVRS de AM. En Cali, Ramírez R. reportó un deterioro importante de la CV de AM no institucionalizados, relacionados a factores de riesgo de morbilidad, más acentuados en las escalas físicas y levemente a las escalas mentales (22). En la ciudad de Medellín, Cardona D. (30), reportó que las características y condiciones que conforman la CV de la población AM de la ciudad de Medellín, en un 97% son los componentes de independencia, seguridad socioeconómica y redes de apoyo social.

Marín C. (12), encontró en Santa Marta, que el sexo femenino es un factor protector para determinar cómo buena la percepción de la CV, lo cual es contrario a lo reportado en estudios a nivel internacional; y la edad se convierte en un factor de riesgo, lo cual concuerda con lo reportado en el contexto colombiano.

Del contexto de Cartagena, se encontró el estudio de Melguizo E. (13), quien determinó el índice multicultural de calidad de vida de los AM en la Comuna 9 de Cartagena y observó que tiende a valores que pueden considerarse como una buena auto-percepción de la CVRS. Se resaltó el auto-cuidado, la plenitud espiritual y el funcionamiento interpersonal, como las dimensiones que presentaron una mejor auto-percepción entre los AM. De este estudio se concluye que las dimensiones relacionadas con autonomía e independencia en el cuidado de la salud de los AM

parecen ser un factor importante en la percepción de CVRS de esta población de la Comuna 9 de Cartagena.

Se encontró también un estudio que relaciona la asociación entre el 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 en el hogar, y la CVRS en los AM de la Comuna 9 de Cartagena. Este estudio empleó el instrumento “Índice multicultural de calidad de vida” que tiene en cuenta 10 dimensiones de la CVRS: bienestar psicológico, bienestar físico, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo emocional y social, apoyo comunitario y de servicios, autorrealización o plenitud personal, satisfacción espiritual, y una valoración global de calidad de vida. Entre sus conclusiones resalta que la condición laboral fue el factor que se asoció a mayor número de dimensiones de la CVRS (dimensiones de bienestar físico, psicológico, emocional y funcionamiento ocupacional) (13).

Diversos autores han investigado sobre los factores de la vida que son considerados importantes para la CV percibida por los AM; encontrándose como variables más significativas: las relaciones familiares y apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica (32). A pesar de los aspectos subjetivos y la gran variabilidad entre poblaciones, hay algunos factores que permanecen constantes, entre ellos el soporte social, como un elemento que favorece la calidad de vida independiente de la fuente de donde provenga. Se ha sugerido que la CV en general puede variar de acuerdo a la edad; los factores socioeconómicos y la escolaridad son elementos de importancia, aunque no del todo determinantes para la calidad de vida de los ancianos. Aspectos relacionados con la salud, cualquier enfermedad en general afecta la calidad de vida, y en mayor medida los problemas de salud mental (desordenes de ansiedad, depresivos y afectivos) (32).

Durante la revisión bibliográfica se evidenció que la evaluación de la CVRS se ha vuelto cada vez más importante en el cuidado de la salud, debido a que los resultados aportan conocimiento para poder aplicar en la práctica diaria; como profesionales de enfermería y dedicados al cuidado es enriquecedor realizar investigaciones donde se soporten teorías o modelos conceptuales, lo cual genera nuevos conocimientos en enfermería.

### **Modelación de la CVRS de los adultos mayores en función de los factores propuestos por la teoría de CVRS:**

Con el objeto de determinar si los factores propuestos por la teoría de la CVRS explican o no la CVRS de los AM en la ciudad de Cartagena, se desarrolló el siguiente modelo:

CVRS=f (características del individuo, factores biológicos, estado de los síntomas, estado funcional, percepción general de la salud, calidad general de la vida y características ambientales)

$$CV_a = \alpha_0 - \alpha_1 M_a + \alpha_2 SEX_a + \alpha_3 ECIV_a + \alpha_4 ESC_a + \alpha_5 CL_a + \alpha_6 EST - \alpha_7 PH_a - \alpha_8 DEP_a + \alpha_9 INDBAR_a + \alpha_{10} INDLAW_a + \alpha_{11} APOY_a + \mu_a$$

$\mu_e$  es el término de error con una media igual a cero y varianza constante. Los  $\alpha_1$ ,  $\alpha_2$ ,  $\alpha_3$ ,  $\alpha_4$ ,  $\alpha_5$  y  $\alpha_6$  son los coeficientes desconocidos que serán estimados.  $CV_a$  es la calidad de vida relacionada con salud del adulto mayor medida en las diferentes dimensiones;  $M_a$  es ser mayor de 90 años,  $SEX_a$  es ser de sexo femenino,  $ECIV_a$  es tener pareja,  $ESC_a$  es contar con estudios de secundaria y superiores,  $CL_a$  es trabajar o tener pensión,  $EST_a$  es ser de estrato 4 a 6,  $PH_a$  es convivir con 3 o más personas en el hogar del adulto mayor,  $DEP_a$  es no tener depresión,  $INDBAR_a$  es ser independiente según barthel,  $INDLAW_a$  es ser independiente según Lawton y Brody,  $APOY_a$  es tener apoyo social adecuado. En los análisis de regresión para todas las dimensiones analizadas, las cuales constituyen las variables dependientes, se han tomado valores iguales o superiores a 8 como criterio para definir una “excelente” calidad de vida relacionada con salud.

## 5. METODO

### 5.1 TIPO DE ESTUDIO:

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo ya que el fenómeno de estudio es objetivo, observable y medible, amerita la medición de variables en un contexto determinado para establecer conclusiones (57). Es analítico ya que se medirán las variables de manera individual y posteriormente se evaluará el grado de asociación entre ellas (53).

### 5.2 POBLACIÓN

La población está constituida por las personas de 60 años y más residentes en la ciudad de Cartagena, ya que según las proyecciones del DANE (4), para el 2015, se estimó en 107.604 AM distribuidos así:

Adultos mayores hombres: 46.731

Adultos mayores mujeres: 60.873

**5.3 MUESTRA:** Para determinar el tamaño de muestra se utilizó la fórmula para el cálculo de muestra en poblaciones finitas:  $n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{(e^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot (p \cdot q))}$ .

Dónde:

n=Tamaño de la muestra

N=Tamaño de la población: 107.604 adultos mayores de 60 años en Cartagena

Z=Nivel de confianza= 95% = (97)

p=Prevalencia esperada=0,5

q= (1-p)= (1-0,558)=0,442

e= margen de error 4%: (0.04) 2

Se obtuvo un tamaño de muestra de 600 AM. Asumiendo además, un porcentaje de pérdidas del 10% de acuerdo a la fórmula:  $n = n_0 (1/1-10\%)$  se estima un tamaño de muestra final de 660 AM, los cuales se distribuirán de manera ponderada en las tres localidades como se muestra a continuación:

Localidad 1: 321 adultos mayores

Localidad 2: 143 adultos mayores

Localidad 3: 196 adultos mayores

TOTAL: 660

**5.4. Muestreo:** Se llevó a cabo en dos etapas: primero estratificado (46) donde se consideró la proporción de la población de adultos mayores en cada una de las tres localidades de la ciudad de Cartagena, las cuales están conformadas por quince comunas y estas a su vez por doscientos ochenta y nueve barrios. Después, un muestreo aleatorio simple (45), donde al azar se seleccionaron las manzanas de los barrios donde se entrevistaron los adultos mayores. En cada manzana, auxiliares de investigación previamente entrenados recolectaron la información, visitando casa a casa hasta completar el número de adultos mayores requerido para ese barrio.

**5.5. Criterios de Inclusión:** Ser AM no institucionalizado, residente en la ciudad de Cartagena que deseara participar en el estudio.

**5.6. Criterio de Exclusión:** Cualquier limitación mental que le impidiera proporcionar la información requerida en los instrumentos. Para este fin, se aplicó el Test de valoración mental, (Pfeiffer, Ver anexo 1), y quienes evidenciaron un deterioro del estado mental moderado o severo, no pudieron participar en el estudio.

## **5.7. INSTRUMENTOS**

Los instrumentos que se aplicaron y que representan los conceptos planteados en la teoría de CVRS, fueron:

**El test de Pfeiffer versión española:** Se trata de un cuestionario que detecta la existencia de deterioro cognitivo incluyendo cuatro parámetros: memoria a corto y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad para realizar un trabajo matemático seriado. Consta de 10 ítems o preguntas donde sólo se registran los errores cometidos en las contestaciones. Ante la existencia de 3 o más errores existe la sospecha de deterioro cognitivo. A partir de 4 se confirma la existencia de deterioro cognitivo, y un valor superior a 7 errores manifiesta una severidad en el problema (ver anexo 1). Los AM que reporten un deterioro cognitivo mayor de 4, no participaran en la investigación. Este instrumento fue adaptado y validado al castellano mostrando un aceptable desempeño psicométrico en hispanohablantes, con una tasa de sensibilidad del 85,9% y una especificidad del 78,9% (59). La aplicación de este instrumento permitió seleccionar a los participantes del estudio.

**El cuestionario para los factores socio-demográficos:** Mide aspectos biológicos, económicos y de relaciones, propios de las personas que participan en el estudio y las dimensiones incluidas son edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad, estrato socioeconómico, condición laboral, ingreso mensual (ver anexo 2). Estos factores fueron determinados de acuerdo a la revisión bibliográfica. Este instrumento incluye datos sobre las características del individuo, planteadas en la teoría de CVRS.

**Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida):** Se trata de un cuestionario heteroadministrado utilizado para evaluar síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, durante los últimos quince días, en los adultos mayores. Dada la

población para la que fue diseñada, este instrumento excluye intencionalmente los síntomas depresivos somáticos. Presenta un patrón de respuesta dicotómico (si-no) donde se suma un punto a cada respuesta que sugiere un episodio depresivo. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. En este estudio se medirá la presencia de síntomas depresivos con los siguientes puntajes de 0- 5: normal, 6-9: depresión leve, > 10: depresión establecida (60). Este instrumento medirá el estado de los síntomas, propuesta en la teoría de CVRS, este instrumento en los estudios realizados en Colombia ha reportado una consistencia interna de 0,727(60).

**Salud autopercebida:** Se trata de un cuestionario que analiza la salud desde la perspectiva del paciente consta de 2 ítems o preguntas, en el 1 ítems se indaga sobre el estado de salud en el último año, donde las respuestas son bueno: 3, regular: 2 y malo: 1 y en el 2 ítems se indaga sobre la presencia de enfermedad en los últimos tres. La salud autopercebida ha sido utilizada ampliamente en estudios previos sobre la relación entre salud y situación socioeconómica y sobre la relación entre salud y formas de vida (46) (Ver anexo 4). Este instrumento medirá el concepto de percepción general de la salud, incluido en la teoría de CVRS.

**La escala de Barthel,** Mide la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, cuyo fin es verificar cuál es la situación concreta personal del paciente, respecto a 10 ítems de actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañar, vestirse, arreglarse, deposición, micción, usar el retrete, traslado al sillón/cama, deambulación, subir/bajar escaleras; se dan puntuaciones para cada ítems 10 pts si realiza la actividad de manera independiente, 5 pts si realiza la actividad con ayuda, 0 pts si es dependiente de otros para que la actividad sea realizada. La suma final de los puntos clasifica a los pacientes en independiente: 100 pts (95 sí permanece en silla de ruedas), dependiente leve: >60 pts, dependiente moderado: 40-55 pts, dependiente grave: 20-35 pts, dependiente total: <20 pts. Es un instrumento fácil de aplicar e interpretar, con un alto grado de fiabilidad y validez, consistencia interna de 0.93. Por otra parte, su adaptación a diferentes ámbitos culturales resulta casi inmediata (50) (Ver anexo 5). Este instrumento recogerá parte de la información requerida sobre el estado funcional que plantea la teoría de CVRS.

**La escala de Lawton y Brody,** Mide la capacidad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, cuyo fin es verificar cuál es la situación concreta personal del paciente, respecto a 8 ítems de actividades instrumentales de la vida diaria como son capacidad para usar el teléfono, ir de compras, preparación de la comida, cuidar la casa, lavado de ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad sobre la medicación, capacidad de utilizar el dinero. Se les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total) (Ver anexo 6). Este instrumento recogerá parte de la información requerida sobre el estado



funcional que plantea la teoría de CVRS. Presenta un coeficiente de reproductividad inter e intraobservador alto (0.94) (49).

**El Índice Multicultural de Calidad de Vida (MQLI)**, el cual valora en una escala de uno a diez la autoevaluación de CVRS y mide las dimensiones de bienestar psicológico, bienestar físico, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo emocional y social, apoyo comunitario y de servicios, autorrealización o plenitud personal, satisfacción espiritual, y una valoración global de calidad de vida. Es una escala confiable, capaz de discriminar grupos con diferentes niveles de calidad de vida es breve y fácil de aplicación. Esta escala ha sido validada en español, inglés, chino, coreano y portugués. Ha sido aplicada en Perú (61), Argentina (62) y Cartagena, Colombia (24). posee buena consistencia interna (0,753), es capaz de discriminar grupos en los que se presumen diferentes niveles de CVRS y, además, es de fácil aplicación (Ver anexo7). Este instrumento, recogerá información sobre calidad general de vida, requerido en la teoría de CVRS. En este estudio se calificará la calidad de vida como mala con puntajes generales de 10-60 y excelente con puntajes de 70-100.

**Cuestionario de apoyo social funcional (Duke- UNC-11)**, se evalúa cuantitativamente el apoyo social percibido en relación a dos aspectos: personas a las que puede comunicar sentimientos íntimos y personas que expresan sentimientos positivos de empatía, consta de 11 ítems y cada aspecto se evalúa mediante una escala de Likert con 5 opciones, según la sumatoria total se determina, escaso apoyo social <33, escasos recursos afectivos: <15, escaso apoyo confidencial: <18. Es un instrumento válido y fiable para valorar el grado de apoyo social global, reporta un Crombach de 0,90 (63) (Ver anexo 8). Este instrumento recogerá información sobre las características ambientales, requeridas en la teoría de CVRS.

## **5.5. Análisis de datos**

Se empleó el software SPSS 20®. Se realizó inicialmente una análisis descriptivo de las variables, se calcularon frecuencias, porcentajes y promedios; 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.

## **5.6. Aspectos Éticos**

Teniendo en cuenta el parágrafo “a” del artículo 11 de la Resolución 08430 del 4 de octubre 1993 del Ministerio de Salud Pública de Colombia, esta investigación no representa 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, debido a que los instrumentos que se utilizaron son cuestionarios (53).

Igualmente como lo menciona la Resolución 08430 del 4 de octubre 1993 del Ministerio de Salud Pública de Colombia en sus artículos 6, 15 y 16, en este estudio se mantuvieron la privacidad y el anonimato de los participantes y se diligenció el consentimiento informado (53). (Ver anexo 9).

Para el diligenciamiento del consentimiento informado, se consideraron los aspectos éticos contemplados en la declaración de Helsinki (54) y en el Código de Ética de Enfermería de Colombia (Ley 911 de 2004 del Congreso de Colombia) 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 (55).

Para mayor entendimiento de los AM, inicialmente se les explico que se trataba de un estudio de investigación, avalado por la Universidad de Cartagena, donde los resultados se publicarían en revistas científicas y que estos servirían para proponer estrategia de atención en salud y optimizar los cuidados ofrecidos a los AM, posteriormente se les explico el consentimiento informado manifestándole que sus datos personales quedarían en el anonimato y se les pregunto de manera verbal si deseaban participar en el estudio, y quienes estaban de acuerdo firmaban el documento.

### **5.7. Variables del estudio**

Las variables se definieron de acuerdo a los conceptos propuestos por la teoría de CVRS (Ver anexo 10).

## **6. RESULTADOS:**

Los resultados de este estudio se presentaron teniendo en cuenta las variables planteadas en la teoría referenciada por las enfermeras Sandra Peterson y Timothy Bredow, la cual ilustra sobre las relaciones de los factores que afectan la CVRS. Los resultados se describieron acorde a la caracterización de la población AM de la ciudad de Cartagena y a su vez se evidenciadas las asociaciones existentes.

### **6.1. Características del individuo**

Participaron 657 adultos mayores, la edad promedio fue de 71 años (DE=8,5); predominó el sexo femenino 366 (55,7%) seguido del masculino con un 291(44,3%) (Ver anexo 11 tabla No.1).

Con respecto al estado civil, se encontró un predominio de casados 260, (39,6%), seguido de unión libre 151(23,0%) solteros 98 (14,9%) y viudos 112 (17%) (Ver anexo 11 tabla No. 2). En cuanto al nivel de escolaridad, se observó que la mayoría habían cursado estudios de primaria 326 (49,6%), secundaria 159 (24,2%), sin escolaridad 92 (14,0%) y estudios profesionales solo 36 (5,5%) (Ver anexo 11 tabla No. 3).

La condición laboral reportó que 348 (53,0%) se dedican al hogar, seguido de 112 (17%) que realizan trabajo independiente, el 100 (15,2%) manifestaron estar pensionados, el 70 (10,7%) manifestó que no trabaja, entre otros. (Ver anexo 11 tabla No. 4).

Al tener en cuenta el estrato socioeconómico se encontró que el 251 (38.2%) pertenecen al estrato 2, 187(28.5%) al estrato 3, 160 (24.4%) al estrato 1 y 59 (9%) se encontraban entre los estratos 4, 5 y 6 (Ver anexo 11 tabla No. 5).

Los ingresos económicos mensuales evidenciaron que 208(31.6%) reciben en promedio de \$501.000 a \$1'000.000; 163 (24.8%) le ingresan de \$201.000 a \$500.000, 153(23.2%) reciben más de \$1000.000 y 133(20,2%) le ingresan menos de \$200.000 (Ver anexo 11 tabla No. 6).

### **6.2. Características ambientales**

Con la escala de Duke se encontró que 588(89,5%) percibieron contar con normal apoyo social y solo 69(10,5%) reportó un bajo apoyo social (Ver anexo 11 tabla No. 7) y el promedio de personas que viven en el hogar fue de 4 personas. En el presente estudio este instrumento reporto un alfa de Cronbach igual a 0,744.

### **6.3. Factores biológicos y fisiológicos**

Teniendo en que los factores biológicos y fisiológicos, en este estudio se entendieron como las patologías o enfermedades padecidas en los últimos tres meses, se encontró entonces que las enfermedades que han sido diagnosticadas con más frecuencia a los adultos mayores son las enfermedades cardiovasculares 177(26.5%); enfermedades osteomusculares en un 57(8.6%); Respiratoria 46(7.0%); metabólicas 36 (5.4%), entre otras, y hay un porcentaje de 46.2%. de AM sanos. (Ver anexo 11 tabla No. 8)

### **6.4. Estado de los síntomas**

Aquí se valoraron los síntomas depresivos con significancia clínica, teniendo en cuenta la satisfacción con la vida y el estado de ánimo que comúnmente experimentan. Para este fin la escala de Yesavage permitió evidenciar que el 86,9% (571) tienen síntomas depresivos de importancia clínica, 77(11,7%) reportaron depresión leve y 9 (1.4%) no presentan síntomas (Ver anexo 11 tabla No. 9). En el presente estudio este instrumento reportó un alfa de Cronbach igual a 0,744.

### **6.5. Estado funcional**

La escala de Barthel reportó que, en cuanto a las actividades básicas de la vida diaria 567(86,3%) son independientes, 83(12,6%) tienen dependencia leve, 4(0,6%) dependencia total y 3(0,5%) dependencia moderada, en este estudio este instrumento reportó un alfa de Cronbach igual a 0,851 (Ver anexo 11 tabla No. 10). La Escala de Lawton y Brody reportó que, con respecto a las actividades instrumentales de la vida diaria, 399(60.8%) eran personas autónomas; mientras que 258(39.2%) presentaba algún grado de dependencia (Ver anexo 11 tabla No. 11). En el presente estudio este instrumento reportó un alfa de Cronbach igual a 0,807.

### **6.6. Percepción general de la salud**

La auto-percepción del estado de salud, en los últimos doce meses, fue buena para 338(51,4%); regular 277(42,2%) y mala 42(6,4%) (Ver anexo 11 tabla No. 12).

### **6.7. Calidad general de vida**

La auto-percepción de la calidad de vida, fue excelente para 574(87,4%); mala 83(12,6%) (Ver anexo 11 tabla No. 13). En el presente estudio este instrumento reportó un alfa de Cronbach igual a 0,881.

## **6.8. Modelo de regresión logística para CVRS**

La teoría de CVRS (concretamente en el modelo de Wilson & Cleary) se propone una relación entre cada una de las variables (conceptos), donde los cambios biológicos debidos a la vejez afectan el estado de los síntomas los cuales a su vez ejercen su influencia en el estado funcional y esto influye en la percepción de la salud y en la calidad de vida del AM. Dichas interrelaciones están influenciadas por variables tanto del AM como del ambiente y tuvieron inferencia en la percepción de la calidad de vida.

El modelo de regresión logístico multivariado tomo como variable dependiente la CVRS y como variables independientes las distintas dimensiones propuestas en la teoría de CVRS.

En este estudio las variables que resultaron asociadas positivamente a la CVRS, fueron tener apoyo social adecuado (OR= 13,178; IC= 7,332- 23,686) y ser independiente según Lawton y Brody (OR= 1,707; IC= 1,013- 2,877). Y trabajar o tener pensión (OR= 0,563; IC= 0,324- 0,979) se asoció de forma negativa. (Ver anexo 11 tablas No. 14).

## **6.9. Resultados según los planteamientos de la teoría de CVRS**

En cuanto a las asociaciones planteadas en la teoría, los resultados reportados fueron los siguientes:

Entre las características del individuo (edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, estrato socioeconómico, número de personas en el hogar, ingresos) y el estado de los síntomas (síntomas depresivos con significancia clínica) no hubo asociación (Ver anexo 11 tabla N° 15).

Entre las características del individuo (edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, estrato socioeconómico, número de personas en el hogar, ingresos) y el estado funcional (actividades básicas e instrumentales de la vida diaria), se reportó que hay asociación solo entre el estrato socioeconómico y las actividades básicas de la vida diaria (P valor=0.044) mientras que en las actividades instrumentales de la vida diaria se asoció con la condición laboral (P valor = 0.004) (Ver anexo 11 tabla N° 16 y 17).

Entre las características del individuo (edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, estrato socioeconómico, número de personas en el hogar, ingresos) y la autopercepción de la salud, se reportó asociación entre el número de personas en el hogar y la autopercepción de la salud (p valor= 0.014) (Ver anexo 11 tabla N° 18).

Entre las características del individuo (edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, estrato socioeconómico, número de personas en el hogar, ingresos) y la calidad general de vida no hubo asociación.

Entre las características ambientales entendidas como los recursos disponibles de apoyo social y el estado de los síntomas, el estado funcional, la autopercepción de la salud, no hubo asociación.

Entre el apoyo social y la calidad general de vida se reportó asociación con un (P valor = 0.000) (Ver anexo 11 tabla N°19).

## 7. DISCUSIÓN

En este estudio los hallazgos mostraron que la CVRS se asoció positivamente a percibir apoyo social adecuado y a la independencia para realizar actividades instrumentales de la vida diaria y negativamente al hecho de trabajar o tener pensión.

Se evidenció, en las características sociodemográficas reportadas en el estudio, el fenómeno de la feminización, esto es similar a otros estudios realizados en el contexto internacional (64) (56), en Colombia (12) (23), y en el contexto cartagenero (13) (24) (65). Ruedas J (5) menciona que las mujeres en Colombia viven en promedio 5.9 años más que los hombres, y Ruiz E (66) refiere que hay diferencias en términos de longevidad o esperanza promedio de vida: aunque nacen más hombres, las mujeres viven más tiempo y, por ello, en general, hay más mujeres viejas que hombres viejos, lo que podría explicar el mayor número de participantes mujeres en este y otros estudios similares.

Desde enfermería, este fenómeno de feminización de la población adulta mayor es de gran importancia, ya que el estatus de la mujer anciana se afianza, sobre todo, porque domina su entorno informal, dentro del hogar, que es su territorio, lo que le permite enfrentar la vejez y la vida de manera diferente a la de los hombres (67). Tener presente este fenómeno es fundamental a la hora de establecer cuidados de enfermería acordes con los problemas de las mujeres, para de esta manera suplir las necesidades reales de este grupo poblacional. Así mismo, esta información es valiosa al momento de considerar que la mujer es quien generalmente lidera, en el hogar, los cuidados de la salud y de la vida (68). Podría pensarse que la mujer AM, debidamente orientada y entrenada, sea un agente de cuidado que influya favorablemente en los indicadores de salud de la población cartagenera en general.

Aunque la edad de los adultos mayores en el estudio no evidenció una relación con la CVRS, en Santa Marta (12) un estudio reportó que la edad se convierte en un factor de riesgo para una buena percepción de la calidad de vida. Igualmente en Chile, Urzua A (44) evidenció que el tener mayor o menor edad influiría en la percepción de esta.

En España, Zueras C. (69) evidenció que a partir de los 80 años aumentan considerablemente la probabilidad de padecer problemas de salud o personales asociados, por ejemplo, a la pérdida de la pareja, que, además de ser fuente de apoyo emocional, es potencial proveedora de cuidados en caso de deterioro de la salud física o mental.

La enfermera tiene un papel fundamental al momento de planear cuidados a los AM. Ya que la vejez es un fenómeno normal, esta comporta una fragilidad y vulnerabilidad que se incrementan a medida que avanza la edad cronológica. En esta población cualquier problema de índole social o de salud, por mínimo que éste sea,

puede provocar un desequilibrio global e irreparable (70). Sin estar necesariamente enfermos, los AM pueden vivir situaciones de una gran complejidad, por esto se requieren intervenciones oportunas por parte de enfermería.

En la distribución por estado civil de la población estudiada se encontró mayor proporción de AM con parejas estables, dato similar al informado por Marín C. (12) en Santa Marta y Melguizo E. en Cartagena (65). Probablemente esto facilite la adaptación del AM a las situaciones cambiantes de la vida diaria, lo cual sería acorde con lo mencionado por Verdugo A. (71) cuando informa que la carencia de apoyo familiar o conyugal disminuye la motivación de las personas mayores para cuidarse y perjudica su estado de salud, y sabemos que esto impactan en la vida del AM. Por lo cual se podría inferir que enfermería debería apoyarse en la familia de los AM para optimizar los cuidados proporcionados a esta población.

Los AM con grado de escolaridad primaria predominaron en el estudio, sin embargo no se encontró asociación estadísticamente significativa con la CVRS. Resultados similares se encontraron seis años atrás en la ciudad de Cartagena (24) (65). Quizás esto esté evidenciando 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 y 3. Es posible que en los hogares cartageneros se esté dando mayor importancia a la educación formal o informal de poblaciones más jóvenes y no se inviertan los pocos recursos económicos de las familias en la educación o capacitación de los AM.

También, debe considerarse que en la ciudad son escasos los programas de educación formal e informal dirigidos a la población AM específicamente y las condiciones locativas de las instituciones de educación no responden a las necesidades de los mayores (barreras urbanísticas, barreras arquitectónicas, tipos de programas que se ofrecen y duración de los mismos). Parece que es necesario que enfermería continúe investigando entonces sobre cómo deben ser los programas de cuidado a la salud para AM, para que realmente se logre impactar en esta población con bajo nivel de escolaridad.

El promedio de personas que viven con los AM en Cartagena es de 4 y no se evidenció asociación estadísticamente significativa con el hecho de convivir con 3 personas o más. Es decir, es probable que convivir con menos de 4 personas sea favorable para la CVRS. Parece ser similar a los hallazgos de Melguizo E. (24) quien reportó en la Comuna 9 de Cartagena que vivir con menos de cuatro personas mostró asociación a la CVRS de los AM. Quizá estos resultados estén relacionados con el factor económico. Es decir, entre más personas conformen la familia, más dinero se necesitará para atender las necesidades de cada uno de sus miembros. Y, como se mencionó en el planteamiento del problema, la pobreza es un tema álgido que está afectando a las y los cartageneros en general, según los datos del programa “Cartagena Como Vamos, 2014”.



En México, Pelcastre B. (77) evidenció que los AM que vivían acompañados refirieron una mejor experiencia de envejecimiento, en contraste con aquellos que vivían solos.

Bonafont A. (70), afirma que la vejez puede ser conflictiva, no solo por el propio anciano sino también por las personas que lo atienden. Los cuidados a los AM pueden enfrentar a las enfermeras, de forma inconsciente, con sus propios temores hacia el envejecimiento y la muerte, de allí que las enfermeras deban identificar y resolver sus propias creencias, dificultades y expectativas en relación a los AM y a los cuidados.

Teniendo en cuenta estos hallazgos, podría esperarse que estas personas con las que convive el AM (siempre y cuando sean menos de 4) puedan actuar como cuidadores informales que apoyen a los AM para el cuidado de su salud: acompañándolos a las citas médicas o a las distintas terapias, supervisando o encargándose de la administración de medicamentos o proveyendo los recursos para financiar el cuidado, entre otros.

Botero B. (32) afirma que uno de los determinantes de la CV en el AM es la disponibilidad económica, en este estudio predominaron los AM que reciben ingresos entre \$200.000 y más de \$1.000.000; resultados similares reportó Marín C (12) en Santa Marta, donde predominaron estos ingresos provenientes de pensión, renta u otro ingreso. Igualmente, se evidenció que hay un alto porcentaje de AM que reportaron la CVRS como excelente, lo cual podría hacer pensar que hay una relación entre ingresos económicos y una excelente percepción de CV; como lo afirma Marín C (12), el ingreso permite tener un modo de vida con mayores oportunidades al gozar de comodidades materiales, pero también de la tranquilidad mental y emocional que da la estabilidad en la vida del AM. Aunque el reporte presentado en 2014 de la CV de los cartageneros fue preocupante, lo cual reporto altos índices de pobreza en la población general lo cual impacta en los AM (25).

Quizás aunque se evidencien mayores ingresos económicos en este estudio, sería pertinente indagar si estos se reciben en periodos regulares, si son usados de manera independiente por los AM y se reciben en montos suficientes (73) para asegurar una buena CV o probablemente en esta población esté presente el fenómeno de la resiliencia en la cual algunos AM tienen la capacidad de desarrollar procesos que les permiten afrontar, adaptarse y prosperar de cara a situaciones tan estresantes y adversas como pueden ser el envejecimiento en sus aspectos y contextos (74).

De estar presente la resiliencia en los AM de Cartagena, facilitaría a los profesionales de enfermería proporcionar cuidados que impacte mayormente en esta población al igual que educar a los AM en autocuidado y a sus familiares y/o cuidadores.

En el estudio predominaron los estratos socioeconómicos 2 y 3, pero no se encontró asociación estadísticamente significativa y resultados similares reportó Ramírez R. (22) en Cali. Al parecer se evidencia una mejoría en el estrato socioeconómico de los AM, ya que en anteriores estudios realizados en este mismo contexto su reportó el predominio del estrato 1 y 2 (24) (65). Lo que podría deberse al impacto generado, por los programas que lidera la Secretaría de Participación y Desarrollo Social, quienes informan que cuentan con 28 Centros de Vida y 116 grupos organizados de la “tercera edad”, de los cuales muy probablemente se estén beneficiando muchos de los AM entrevistados en este estudio (25), lo cual sería coherente con lo reportado por la directora del Departamento para la Prosperidad Social (DPS), Tatyana Orozco de la Cruz, cuando informa que los programas sociales como familias en Acción, Jóvenes en Acción y otros del Gobierno Nacional como Adulto Mayor y los de Primera Infancia contribuyeron de manera contundente en la reducción de las cifras de pobreza (75).

Los resultados del estudio evidenciaron un alto índice de AM con síntomas de depresión con significancia clínica, a su vez la CVRS se reportó como excelente en un alto porcentaje. Lo que difiere con lo reportado por Estrada (76) cuando menciona que la CV disminuida aumenta la sintomatología depresiva. Igualmente en un anterior estudio realizado en este mismo contexto se evidencio un porcentaje muy bajo de AM con síntomas de depresión con significancia clínica (65).

Si se tiene en cuenta que en los AM de este estudio predominó el convivir con pareja estable, contar con ingresos económicos, ser funcional para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y percibir un adecuado apoyo social, es difícil de explicar porque prevalecen los síntomas de depresión. Quizás este aumento en las estadísticas se deba a las pérdidas personales (muerte de amigos y familiares significativos) a pesar de que el apoyo social este reportando buenos indicadores reflejados en la CVRS.

En este orden de ideas, Chachamovich E. (77), menciona que menores niveles de depresión están asociados con un decremento significativo en la calidad de vida y con un patrón de actitudes negativas hacia esta. Así mismo, Santander J. (78), afirma que, cuando se habla de depresión en el anciano, se debe pensar en el pronóstico en términos de calidad de vida, de integración social y de desarrollo de nueva morbimortalidad como factor independiente.

Por su parte en Cuba, Capote E (79), en un estudio realizado con AM diagnosticados con IRC reportó que el 60 % tenía una buena calidad de vida y el 76,6 % presentó elementos clínicos compatibles con la depresión. Probablemente padecer algunas patologías podría evidenciar algunos síntomas de depresión con significancia clínica, pero en el resto de dimensiones en las cuales está inmersa la calidad de vida se estaría percibiendo con buenas expectativas.

Para enfermería es una oportunidad de otorgar una atención integral no solo de tipo curativo, sino también preventivo, que permita identificar problemas de salud mental a través de un acercamiento, donde el AM exprese sus diferentes situaciones de vida que afectan el bienestar físico y mental. Los cuidados proporcionados por enfermería deberán ir dirigidos a reforzar los recursos personales (capacidades, conocimientos y/o motivación) para que puedan satisfacer por sí mismos sus necesidades o aceptar la ayuda de su entorno para poder satisfacerlas (80). Y de ser necesario enfermería deberá remitir a psiquiatría o a un profesional idóneo para determinar el diagnóstico mental del AM.

La Independencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria se reportó en un alto índice, resultado similar reporta Cardona (23) en Medellín y Pinillos Y. (81), en Barranquilla, donde se evidenció una alta independencia en la realización de dichas actividades. Llama la atención que los promedios de edad fueron similares para todos los estudios y quizá esto influye en la similitud de los resultados.

Es de resaltar que según los hallazgos de Cardona C. (23), la habilidad para realizar actividades de la vida diaria, tanto en hombres como en mujeres, es de los aspectos personales que más proporciona satisfacción a la vida de los AM. Quizá esto se explique por el grado de autonomía e independencia que estas habilidades permitan al AM y es un elemento importante de considerar al momento de planear el cuidado de la salud para esta población.

Desde enfermería la independencia de los AM evidencia que son personas capaces de satisfacer necesidades básicas a pesar de las limitaciones propias de la edad, partiendo de allí los cuidados deben ir dirigidos a la promoción y prevención de la salud, motivando y enseñando a la persona que envejece a desarrollar hábitos saludables que le permitan adaptarse a los cambios que se pueden producir durante el envejecimiento y a prevenir las consecuencias negativas que este puede comportar (70).

### **Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud**

En este estudio se evidenció una asociación importante de la CVRS y un adecuado apoyo social y a su vez hubo una alta proporción de AM con apoyo social adecuado. Igualmente, en otros estudios realizados en este contexto se evidenció que el apoyo social observaba puntajes altos a quienes viven en hogares con 9 o 10 personas (24) lo cual difiere con este estudio, ya que predominaron hogares conformados por 4 personas, sin embargo, Melguizo E. (24), en su estudio reporta que vivir con menos de cuatro personas muestra asociación a la CVRS. Estos resultados confirman que a mayor apoyo social mejor reporte de la CVRS como excelente.

En México, Pelcastre B (72), observó que el apoyo social identificado en los AM es fundamentalmente de tipo material (sus familiares y/o vecinos les compran, llevan o preparan sus alimentos y/o medicamentos), económico (les dan dinero periódica u

ocasionalmente o pagan consultas y tratamientos médicos) y de acompañamiento en eventos médicos (traslado a sus citas y tratamientos). En mucho menor medida se identificó el acompañamiento cotidiano (estar en casa con ellos, platicar y convivir) y la inserción social (participación en actividades sociales o laborales).

Por otra parte, Fernández R. (36) aporta que los AM que “viven en sus propios domicilios presentan, indudablemente, una mayor integración social”, tanto en lo que se refiere a la frecuencia como a la satisfacción que les reportan las relaciones sociales. Quizá esto explique por qué los AM de este estudio (quienes residían todos en sus domicilios) reportaron una alta proporción de apoyo social adecuado.

Estos aportes son significativos para enfermería, porque los cuidados a proporcionar a los AM deberán ser coherentes con este hallazgo, para poder ayudar al AM y sus cuidadores a enfrentar el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como proceso natural y adaptativo e interviniendo en maximizar sus potencialidades. La alta proporción de apoyo social adecuado, podría hacer pensar que se cuenta con una red de cuidadores para acompañar y favorecer el envejecimiento exitoso en esta población de AM. Pero, entonces, enfermería debería liderar la capacitación de estos cuidadores informales que ya parecen muy motivados hacia el cuidado de la población de AM; los cuales estarían, también, preparándose para su propio envejecimiento exitoso.

Es necesario continuar investigando sobre esta posible red de apoyo de cuidadores informales, conocer sus particularidades y considerar la manera más apropiada de abordarla, sensibilizarla y vincularla al cuidado de los AM de forma explícita, intencionada y exitosa.

Es importante tener en cuenta que, la asociación evidenciada entre la CVRS y el ser independiente para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (OR: 1.707; IC: 1.013- 2.877), ya había sido reportada, tanto desde una perspectiva teórica como empírica, por otros investigadores. Fernández R. (36), en un estudio en España, informó que las actividades que más realizan los adultos mayores son escuchar la radio y ver televisión y en cuanto a lo que se refiere a las habilidades funcionales, “las personas que habitan en la comunidad, los más jóvenes, los hombres y las personas que pertenecen a posición social media, media/alta y alta informan tener mejores habilidades funcionales tanto en su apreciación subjetiva como según el número de dificultades al realizar actividades de la vida diaria”.

En el contexto colombiano, Cardona D (23) reportó que uno de los componentes que mejor explican la CV de los AM en la ciudad de Medellín es la independencia. Los participantes del presente estudio coinciden con los resultados de Fernández R. (36) y Cardona D (23), en que habitan en la comunidad y en que evidencian una gran proporción de independencia para la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Igualmente, esta independencia de los AM en Cartagena ya se había reportado en años anteriores lo cual continua presente (65). Lo que hace pensar que estos AM, se estarían beneficiando de los programas gubernamentales que favorecen la CV del AM, los cuales están perfilados fundamentalmente a los AM que tiene funcionamiento independiente, estos programas le ofrecen a los beneficiados apoyo nutricional, apoyo psicosocial, laborterapia, ejercicios físicos, dotación de algunos elementos para suplir deficiencias visuales y motoras y prevención de enfermedades (25). Sería coherente crear programas que favorezcan a la población AM con algún grado de dependencia, como lo declaran las leyes de protección al anciano (82) (83).

Enfermería podría liderar estos programas que favorezcan a los AM con algún grado de dependencia, proporcionando cuidados, promoviendo hábitos saludables, previniendo posibles complicaciones y educando a la mujer AM y cuidadores informales, lo cual sería acorde con los resultados de esta investigación y cuyo fin último sería favorecer un envejecimiento exitoso, que impacte en los indicadores de salud.

El trabajar o tener pensión muestra asociación a la CVRS pero en un sentido inverso, lo cual difiere con Melguizo E. (24) quien reportó en años anteriores en este mismo contexto que el ser pensionado o estar trabajando se asociaba positivamente a la CVRS de los AM. Quizás este reporte se deba a que los AM de este estudio que en promedio tienen 71 años, estén percibiendo que los recursos económicos recibidos son inferiores a los compromisos adquiridos.

A este respecto, Serna de Pedro I, menciona que el estar jubilado cambia de estatus al AM y este cambio se puede reflejar, no sólo en el ámbito laboral y social, sino en el familiar, pues puede ser visto de manera diferente por esposa e hijos (84).

Sobre este aspecto, en México, Chande R (85) menciona que las pensiones y el trabajo en edad avanzada no otorga independencia y bienestar económico, según se refleja en bajos ingresos. Lo que sería coherente con el informe presentado por la coordinadora del programa “Como Vamos Cartagena” (25), cuando informa que dentro de los retos pendientes en la ciudad se encuentra la educación, seguridad, pobreza y medio ambiente, los cuales inciden efectivamente en la CV de la población, y su vez influyen en los AM, lo que haría pensar entonces que estos factores estarían influyendo negativamente en la percepción de CVRS de los AM de la ciudad.

Desde enfermería las acciones que se pueden realizar son muchas y de gran relevancia ya que el que hacer de enfermería es el cuidado, entonces sería uno de los profesionales más idóneos para liderar y participar en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y/o complicaciones en el AM, lo cual favorece que se pueda llegar a una edad avanzada lo más optimizado posible en su estado de salud.

Por otra parte, en esta investigación, los instrumentos utilizados para determinar los factores asociados a la CVRS de los adultos mayores en Cartagena, fueron pertinentes ya que se valoraron cada uno de los aspectos planteados en la teoría de enfermería de CVRS propuesta por las enfermeras Sandra Peterson y Timothy Bredow, con los cuales se representó desde una visión holística las distintas dimensiones que conforman a los AM, lo cual permitió rescatar expresiones subjetivas y personales de los AM y la percepción de la CVRS, en esta teoría se ilustraron las relaciones de los factores que afectan la CVRS.

Igualmente en esta teoría de la CVRS, las intervenciones de enfermería están relacionadas con la percepción del estado de salud que experimentan los AM, dados todos los cambios que la salud experimenta en esta etapa de la vida y el contexto en el cual está inmerso el AM. Por lo tanto, la enfermera, al proporcionar cuidados a los AM debe estar inmersa en las situaciones cambiantes por las cuales atraviesa el AM por tal razón es fundamental combinar el conocimiento científico e indagar con instrumentos validados y confiables como se realizó en esta investigación, para de esta manera ser coherentes con la realidad del AM, y a su vez liderar, proponer e implementar programas de atención en salud que realmente cubran y satisfagan las reales necesidades de los AM.

Esta teoría aborda la CVRS teniendo en cuenta las dimensiones en las cuales están inmersos los AM e integra factores que tradicionalmente se han estudiado por separado, por lo que tomar esta teoría en su totalidad para tratar de comprender el fenómeno de estudio resulta ser una hazaña.

Las revisiones que ha tenido el modelo han permitido avanzar en conocimiento y uso del concepto de CVRS en enfermería y el cuidado de la salud, sería pertinente continuar el estudio de las relaciones entre las otras variables que pueden verse influenciadas por las intervenciones de enfermería y que afectan la CVRS, tal sería la resiliencia como intervenciones para apoyar, la autoeficacia, y la esperanza (1).

Así mismo, es importante considerar que desde enfermería se puede intervenir e impactar en cada uno de las variables mediadoras o influyentes para promover la salud y mejor la calidad de vida de los AM.

### **Discusión de resultados según los planteamientos de la teoría de CVRS**

El modelo de CVRS planteado en este estudio propuso las interrelaciones entre el AM y los cambios fisiológicos debidos a la acción del tiempo y que conducen a síntomas los cuales a su vez ejercen su influencia en el estado funcional o en la calidad de vida del AM. Dichas interrelaciones están influenciadas por variables tanto del AM como del ambiente y pueden afectar su percepción de los síntomas y de los cambios en la calidad de vida.

Al estimar el grado de asociación entre las variables planteadas en el modelo, no se evidencian iguales resultados en la población AM, ya que solo hay asociación en algunas variables planteadas por el modelo. Pero no por esto el modelo deja de ser relevante para la población AM y para enfermería, ya que incluye todas las variables inherentes a la evaluación de la CV.

Aunque en las características del individuo y el estado de los síntomas no se evidenció asociación, Flores M. (86), detectó al sexo, edad y depresión como indicadores significativos asociados a la calidad de vida y Estrada A.(80) encontró que la pérdida de roles, estado de dependencia y calidad de vida disminuida aumentan la sintomatología depresiva. Igualmente Kronfly E (87), Observó asociación de riesgo de depresión con: hipertensión arterial, cáncer, falta de actividad de ocio y subir en la escala de ansiedad.

Teniendo en cuenta que la depresión en los adultos mayores, es considerada como un indicador que está asociado al deterioro cognitivo y a la fragilidad del organismo (88) y se encuentra entre las enfermedades más frecuentes, que aumentan la probabilidad de desarrollar incapacidad funcional, dando lugar a un importante problema de salud pública (89). Enfermería juega un rol fundamental al momento de poder realizar diagnósticos que permitan evidenciar sentimientos de impotencia, desesperanza, riesgo para la soledad, entre otros y a su vez establecer planes de cuidados donde las actividades implementadas proporcionen a los AM, alegría, participación y convivencia social con otras personas.

Entre las características del individuo y estado funcional, se reportó asociación entre el estrato socioeconómico y las actividades básicas de la vida diaria, lo cual es coherente con la realidad que viven los AM de este estudio, ya que son estrato 2, 3 y muchas veces se dedican a las actividades de la casa y a cuidar los nietos, mientras los hijos trabajan.

Dentro de la literatura consultada no se evidenció asociación entre el estrato socioeconómico y las actividades básicas de la vida diaria, pero Cardona D (23) en Medellín, reportó que los componentes de independencia, seguridad socioeconómica y redes de apoyo social constituyen el 97% de la calidad de vida del AM. Igualmente, en este estudio las actividades instrumentales de la vida diaria se asociaron con la condición laboral, siendo pertinente debido a que las actividades instrumentales valoran funciones importantes para una vida independiente lo cual se requiere para desempeñarse laboralmente.

Para enfermería considerar el estado de salud de los AM, resulta útil la medida de su situación funcional ya que el objetivo último de la atención en salud al paciente AM es mantener su capacidad funcional y de esta manera contribuir a aumentar el número de años de independencia en las mejores condiciones de salud y para esto enfermería podría proporcionar intervenciones preventivas y de promoción que prolonguen la autonomía de los AM, facilitándoles así una mejor calidad de vida.

Entre las características del individuo y autopercepción de la salud, se reportó asociación entre el número de personas en el hogar y la salud percibida, dentro de la literatura consultada no se evidencio esta asociación, pero Melguizo E (24), reporto en este mismo contexto que vivir con menos de cuatro personas muestra asociación a la CVRS de los AM. Igualmente Cerqueza A (90), reporto que la mayor parte de las mujeres mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 60 años. Entonces sería pertinente pensar que el hecho de sentirse acompañados los AM, les permitiría percibir mejor su salud ya que si se enferman o tuvieran que salir de casa contaría con personas que le apoyen.

Entre las características del individuo y la calidad general de vida, no hubo asociación, lo cual difiere con lo reportado per Orueta R. (15), quien reporto asociación en deterioro de la CV de AM frágiles y tener mayor edad. Igualmente, Melguizo E (24), reporto 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 muestra asociación a la CVRS de los AM. Para enfermería resulta pertinente conocer todos los factores que se asocian a la CV de los AM, ya que las intervenciones y los planes de cuidados deben ser acordes con sus necesidades más apremiantes lo cual permitirá, garantizar una atención oportuna y optimizar la CVRS.

Entre las características ambientales y el estado de los síntomas, el estado funcional y la autopercepción de la salud, no hubo asociación; pero Pelcastre B. (72), reporto que la familia sigue siendo la principal fuente de apoyo para los AM, y Urzua A. (91) reporto que los problemas de salud y el sentido de autoeficacia son determinantes para la CV de los AM.

Igualmente Sanhueza M (92), realizo una intervención en AM, donde estos participaron en un programa de actividades integrales de apoyo, logrando cambios positivos en sus funciones mentales y mejor autopercepción de su estado de salud, al compararlos con adultos mayores que no participan de este tipo de programa.

Vivaldi F (93), en cambio reportó que el bienestar psicológico presentaba mayores relaciones con el apoyo social percibido que con la percepción de salud, que los hombres informaron mayor bienestar psicológico y mejor percepción de salud que las mujeres y que las personas casadas o con pareja estable informaron mayor bienestar psicológico y mayor apoyo social percibido que aquellas sin pareja estable.

Para enfermería resulta fundamental el apoyo social reportado por los AM, ya que al no tenerlo podría ser reemplazado por sentimientos de dependencia física o psicológica, relacionados con sentimientos de soledad, de carga, de inutilidad, depresión y la aparición de enfermedades crónicas (94).

La asociación entre las características ambientales y la calidad general de vida ya fue descrita en factores asociados a la CVRS.



Entre los factores biológicos y el estado de los síntomas no se evidenció asociación, lo cual difiere con los resultados reportados en la encuesta nacional de demografía y salud realizada en 2010, donde se reportó que algunos pacientes con depresión tienen mayor riesgo de presentar alteraciones cardiovasculares y cognitivas (95).

Entre el estado de los síntomas y estado funcional no se evidenció asociación, contrario a lo reportado por Barrantes M (96) el cual encontró asociación entre la depresión y la dependencia funcional. Igualmente, Lara R (97), reportó que la presencia de sintomatología depresiva presentó asociación con alteraciones para realizar las AIVD instrumentales. Y Segura A (98), concluye que el riesgo de depresión está explicado por la dependencia funcional para realizar las actividades de la vida diaria, la percepción de una mala calidad de vida y el contar con pocas o nulas redes de apoyo. Es decir, parece ser que la asociación se ha evidenciado en los dos sentidos: los síntomas depresivos afectan el estado funcional y las alteraciones del estado funcional inciden en los síntomas de depresión.

Entre el estado funcional y la autopercepción de la salud no hubo asociación, lo cual difiere de los hallazgos de Phaswana N (99), en Sudáfrica donde se reportó que el aumento de los niveles de las deficiencias en las actividades básicas e instrumentales de la vida se asociaron con mayores probabilidades de informar peor estado de salud entre los ancianos. Igualmente Debpuur C (100) reporta que los adultos con niveles más altos de las limitaciones funcionales eran mucho más propensos a calificar su salud como siendo más pobre en comparación con los que tienen discapacidades más bajas.

Entre la autopercepción de la salud y la calidad general de vida se encontró asociación estadísticamente significativa, similar reporta Phaswana N. (99) informando que a menor calidad de vida se asocia con mayores probabilidades de que el AM informe peor estado de salud.

En este estudio la aplicación del modelo de CVRS propuesto en la teoría, se cumplió en un 33.3%, de 12 variables que debían asociarse entre sí, solo resultaron asociadas entre si 4; resultado que no debe desconcertarnos ya que las variables que en este estudio no resultaron asociadas, en otros estudios y con similar población si resultaron asociados.

Partiendo de allí podemos afirmar que esta teoría es aplicable a la población AM, y a otras poblaciones, solo que debe tenerse en cuenta el tipo de población e instrumentos que se van a utilizar los cuales deben dar respuesta a los planteamientos de la teoría.

## 8. CONCLUSIONES

La CVRS se asocia negativamente con el hecho de trabajar o tener pensión; y se asocia positivamente con ser independiente para la realización de actividades instrumentales y percibir apoyo social adecuado. Estos vínculos de relación podrían ayudar a entender la complejidad del envejecer y servirían de soporte o apoyo al momento de planificar la atención en salud, la cual debe ser acorde a las reales necesidades de los AM.

La población se caracterizó por un predominio femenino, casados o con parejas estables, escolaridad primaria, de ocupación hogar o pensionados, residir en estrato socioeconómico 2 y 3, recibir ingresos económicos entre \$200.000 y más de \$1.000.000 y vivir con 4 personas.

En las características ambientales se evidencia que hay una alta prevalencia de AM que afirman tener un adecuado apoyo social.

Con respecto al estado de los síntomas se evidencio que hay un predominio de síntomas de depresión con significancia clínica.

En el estado funcional se evidencio un predominio de AM independientes para realizar actividades básicas de la vida diaria y a su vez autonomía para las actividades instrumentales.

Los AM en Cartagena perciben en un alto índice la salud como buena, lo cual es un factor fundamental para un envejecimiento éxito, partiendo de estos resultados se hace necesario implementar programas que permitan continuar optimizando este estado de bienestar.

La CVRS de los AM en Cartagena fue percibida como excelente, esto podría facilitar el adaptarse a los procesos cambiantes propios de la edad y asumir responsabilidades con su salud, facilitando a los profesionales del cuidado la atención oportuna en los diferentes programas de promoción y prevención.

Debemos trabajar más en la preparación para la jubilación y para la vejez, tratando de que cada persona encuentre o se reinvente su roll social (personal, particular, específico) no solo dentro de su propia familia, sino también en el contexto social inmediato.

Sería conveniente crear programas que favorezcan a la población AM con algún grado de dependencia, 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 con las cuales cuentan estos y esto a su vez se traduciría en servicios y programas que optimizan la CV del AM.

Desde enfermería con estos resultados que plantean la situación actual de los AM en Cartagena, se evidencian elementos fundamentales para planear, programar, liderar y realizar intervenciones que proporcionen cuidados oportunos.

## 9. RECOMENDACIONES

Los profesionales de la salud que proporcionan cuidados a los AM, les sería importante considerar los factores individuales, ambientales y de funcionamiento biológico que influyen de manera contundente en la CVRS de los AM, para que las intervenciones realizadas puedan dar resultados exitosos.

Los resultados de este estudio podrían considerarse por otros investigadores en salud que enfoquen su atención en la población AM, para de esta manera ser más coherentes con la realidad que vive esta población y a su vez ser más oportunos al momento de trabajar con los AM y su familia.

Es necesario continuar investigando sobre una posible red de apoyo de cuidadores informales, conocer sus particularidades y considerar la manera más apropiada de abordarla, sensibilizarla y vincularla al cuidado de los AM de forma explícita, intencionada y exitosa.

Enfermería debería liderar programas de capacitación a los cuidadores informales ya que en su mayoría proporcionan cuidado a la población de AM, lo que optimizaría el cuidado ofrecido y propiciaría un envejecimiento exitoso.

Igualmente se debería investigar sobre cómo deben ser los programas de cuidado a la salud para AM, para que realmente se logre impactar en esta población con bajo nivel de escolaridad.

Enfermería debería liderar programas que favorezcan a los AM con algún grado de dependencia, proporcionando cuidados, promoviendo hábitos saludables, previniendo posibles complicaciones y educando a la mujer AM y cuidadores informales, lo cual sería acorde con los resultados de este estudio.

## **10. AGRADECIMIENTOS**

Gracias al todo poderoso y redentor Señor Jesucristo, quien me envió las personas más idóneas en el conocimiento de enfermería y del cuidado del adulto mayor para poder día a día ir entendiendo de la mejor manera el fenómeno de la vejez y su contexto, lo cual impacta en la realidad actual.

Mis sinceros agradecimientos al cuerpo de docentes y grupo de investigación de cuidado y vida, quienes me apoyaron al momento de necesitarlos.

Agradecimiento especial a mi tutora la Dra. Estela Melguizo Herrera, quien me enseñó, corrigió e impulsó a seguir adelante, con amor como lo hace una madre con su hijo.

Igualmente un agradecimiento especial a mi familia quien me ha apoyado en todo momento.

## 11. BIBLIOGRAFIA

1. 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.
2. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2019, diciembre 2007. Versión validada y concertada por los actores involucrados. Bogotá: El Ministerio; 2007.
3. Salech F, Jara R, Michea L. Cambios Fisiológicos asociados al envejecimiento. *rev.med.clin.condes* 2012; 23:19-29.
4. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Sistema de consulta censal. Censo Básico. Disponible en: [www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co) (Consultado 03-04-2013).
5. Rueda J. Retos del envejecimiento demográfico en Colombia. Ministerio de Comunicaciones. Bogotá : 2002- 2004 OMS OPS. CEPISIGER: Periodismo y Comunicación para todas las edades.
6. Cardona D, Estrada A, Agudelo H. Envejecer nos "toca" a todos: caracterización de algunos componentes de calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor. Medellín, Facultad Nacional de Salud Pública; 2002.
7. Sardis E. Cambios Sociodemográficos en Colombia: Periodo intercensal 1993-2005. *Revista de la información Básica* 2007; 2:2.
8. Manual sobre indicadores de la calidad de vida en vejez. *CEPAL*. 2002.
9. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *cienc.enfem* 2003; 9: 9-21.
10. Cardona D, Agudelo G, Bryron H. Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista Nacional de salud Pública* 2005; 23: 79-90.
11. Arango V, Ruiz. Diagnóstico de los adultos mayores de Colombia. Fundación Saldarriaga Concha. 2005.
12. Marin C. Adulto mayor en Santa Marta y calidad de vida. *Revista Memorias* 2011;16: 120-12.

13. Melguizo E, Acosta A, Castellano B. Calidad de vida de los adultos mayores en Cartagena – Colombia. *Enfermería Comunitaria (rev. digital)* 2012; 8 (1).
14. González U, Grau J, Amarillo M. La calidad de vida como problema de la bioética. Sus particularidades en la salud humana. *La Habana* 1997: 279-285
15. Orueta R. Rodriguez A. Carmona J. Moreno A. Garcia A. Pintor C. Anciano Frágil y Calidad de Vida. *Rev. Clin Med Fam* 2008; 2 (3): 101-105.
16. Mora. M. Villalobos D. Araya A. Perspectiva Subjetiva de la Calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. *Rev MHSalud®* 2004; 1(1):1-11.
17. Whetsell M. Frederickson K. Aguilera P. Maya J. Niveles de bienestar espiritual y de fortaleza relacionado con salud en los adultos mayores. *Rev Aquichan* 2005; 5(1).
18. Zeballos Y. Calidad De Vida En La Mujer Adulta Mayor. Disponible en [www.tsdifunde.com/index2.php?option](http://www.tsdifunde.com/index2.php?option). (Consultado 01-11-2009)
19. Abril E, Roman R. Cubillos M. Genero y condiciones de vida de adultos mayores en Hermosillo, Sonora. México. *Rev Respyn* 2005; 6(1).
20. Inga J, Vara A. Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima, Perú. Disponible en: [http://www.aristidesvara.com/investigaciones/psicologia/factores\\_satisfaccion%20\\_vida/fa\(ctor3.htm](http://www.aristidesvara.com/investigaciones/psicologia/factores_satisfaccion%20_vida/fa(ctor3.htm) (Consultado: 01-12-2009).
21. Formiga N. Envejecimiento y Condiciones Sociodemograficas Algunas Reflexiones sobre la Situación en Bahía Blanca-Argentina. 2008. Disponible en: [www.tsdifunde.com-investigacionesmainmenu39/18janetzeballospareja](http://www.tsdifunde.com-investigacionesmainmenu39/18janetzeballospareja) (Consultado: 26-11-2009)
22. Ramírez R, Agredo R, Jerez A y Chapal L. Calidad de Vida y Condiciones de Saluden Adultos Mayores no Institucionalizados en Cali. Colombia. *Rev. Salud Pública* 2008; 10(4):529-536.
23. Cardona D, Estrada A, Agudelo HB. Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Biomédica* 2006; 26:206-15.
24. Melguizo E, Acosta A, Castellanos B. Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores de la Comuna 9 de Cartagena. *Rev.Salud Uninorte* 2012; 28: 269-281.

25. Cartagena Como Vamos. Resultados de evaluación de calidad de vida 2014. Consultado: 15-08-15. Disponible en: <http://www.cartagenacomovamos.org/>
26. Colombia, Bolívar. Alcaldía de Cartagena de Indias. Política pública de envejecimiento y vejez. Cartagena: La Alcaldía; 2012.
27. Organización De Las Naciones Unidas. Informe de la II asamblea mundial sobre el envejecimiento. Disponible en: [www.un.org/spanish/esa/devagenda/aging.html](http://www.un.org/spanish/esa/devagenda/aging.html). (Consultado 15-05.2013).
28. Duran M. Enfermería. Desarrollo Teórico e Investigativo. Primera Edición. Bogotá. Unibiblos; 2001.
29. Universidad de Navarra. Instituto Empresa y Humanismo. Bienestar y felicidad, nivel de vida y calidad de vida. Disponible en <http://www.unav.es/empresayhumanismo/>. Consultado: 10-11-2014.
30. Cardona D, Agudelo H. Construcción cultural del concepto calidad de vida. Revista facultad Nacional de Salud Publica 2005; 23: 79-90.
31. Organización Mundial de la Salud. Programa de Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002;37: 74-105.
32. Botero B, Pico M. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. Hacia la promoción de la salud 2007; 12: 11-24.
33. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia y Enfermería 2003; 9(2):9-21.
34. Naughton, Schumaker &. New York The international assessment of health related quality of life: a theoretical perspective. En Shumaker SA, Berzon RA, Eds. The International Assessment of Health related quality of life. Theory, Translation, Measurement and Analysis. 1995: 3-10.
35. O'Boyle C. The Schedule for the evaluation of individual Quality of life (SEIQoL). International Journal of Mental Health. 1994, Vol. 23(3), págs. 3-23.
36. Fernández R. Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. Anuario de Psicología 1997; 73:89-104.



37. Patrick D, Zamarron M. Health Status and Health Policy Allocating Resources to Health Care. Oxford University press 1993: 22.
38. Burke C. Testing an Asthma quality of life model. Journal of theory construction & testing.2001: 38- 44.
39. Wilson IB, Cleary PD. Vinculacion de variables clinicas con cuestionario de calidad de vida. J Am Med Assoc 1995: 59-65.
40. Sousa KH, Kwok OM. Putting Wilson and Cleary to the test: analysis of a HRQOL conceptual model using structural equation modeling. Qual Life Res; 15(4): 725-37.
41. Duran M. Marco Epistemológico de la Enfermería. Rev. Aquichan 2002; 2(2):7-18.
42. Durán M. Teoría de enfermería ¿un camino de herradura? Rev. Aquichan 2007; 7(2):161-173.
43. Eyley s. Wilson and Cleary revised model of health-related quality of life. Adapted from "Linking clinical variables and quality of life related to health: a conceptual model of patient outcome. JAMA 2002. . Used with permis.
44. Urzua A Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Rev Med Chile, 201;138:358-365.
45. McLeroy K, Bibeau D, Steckler A, Glanz .An ecological perspective on health promoting programs: heold Education Quarterly 1988;15. 351-377.
46. Hernandez C, Jones A, Rice. Sesgo de respuesta heterogeneidad en salud autopercebida. Reino Unido : Cuadernos economicos 2008 (4) 64-98.
47. Martínez L. Cuidados al paciente geriátrico con alteraciones psicopatológicas. Cuidados de enfermería al paciente geriátrico 2005: 1-11.
48. Martínez J, Onís MC, Dueñas R, Aguado C, Albert C, Arias MC. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesevage para el cribado de la depresión. Aten Primaria 2005; 35 (1): 14-21.
49. Trigás M, Ferreira L, Meijide H. Escala de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin 2011;72: 11-16.

50. Barrero C, Garcia S, Ojeda A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y R. Nuevo Horizonte* enero-junio, julio- diciembre 2005; 4.
51. Jatuff D, Zapata I, Montenegro R, Mezzich J. El Índice Multicultural de Calidad de Vida en Argentina: un estudio de validación. *Actas Esp Psiquiatr* 2007; 35(4):253-258.
52. Colombia. Congreso de la República. Ley 1251 de 2008, 27 Noviembre, por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores. Bogota. Congreso 2008.
53. Velarde E, Ávila C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México* Salud Pública de Méxic 2002:349-361.
54. Peña B, Teran M, Moreno F, Bazan M. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2009;14: 53-61.
55. Abril E, Román R. Cubillos M. Género y condiciones de vida de adultos mayores en Hermosillo, Sonora. México. *Rev Respyn* 2005; 6(1).
56. Inga J, Vara A. Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima, Perú. Disponible en: [http://www.aristidesvara.com/investigaciones/psicologia/factores\\_satisfaccion%20\\_vida/fa\(ctor3.htm](http://www.aristidesvara.com/investigaciones/psicologia/factores_satisfaccion%20_vida/fa(ctor3.htm) (Consultado: 01-12-2009).
57. Hernandez R, Fernandez C y Batista P. *Metodología de la investigación*. 5ta. Mexico : Mc Graw Hill 2010: 244-248.
58. Tomas J. Fundamentos de bioestadística y análisis de datos para enfermería.. Univ. Autónoma de Barcelona 2010; 2: 23-24.
59. Martínez J, Dueñas R, Onís MC, Aguado C, Albert C, Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Medicina clínica*; 117(4).
60. Bacca A, González A, Uribe A. Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensamiento Psicológico* 2005:153-63. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80112046006>. (Consultado: 01-02-2014).

61. Schwartz K, Zapata-Vega M, Mezzich J, Mazzotti G. Validation study of the multicultural quality of life index (MQLI) in a peruvian sample. *Rev Bras Psiquiatr* 2006;28.
62. Bulacio J, Vieyra M, Alvarez C, Benatuil B, Mongiello E. Índice de calidad de vida: validación en muestra Argentina. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatría*. 2004;11:4.
63. Bellón J, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria* 1996; 18(4).
64. Martins J, Liberalesso A. Factores asociados con baja satisfacción con la vida en adultos mayores viviendo en la comunidad: estudio fibra. *Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro* 2013; 29(12).
65. Melguizo E, Castillo Factores asociados al uso de servicios de atención primaria por adultos mayores de Cartagena, Colombia. *Rev. Salud Pública [online]*. 2012; 14(4): 765-775.
66. Ruiz E, Jeannette D, Sanabria P. Envejecimiento y vejez en Colombia 2010. Serie De Estudios A Profundidad Ends 1990 – 2010. Bogotá 2013:15-18.
67. Esquivel M, Sanchez C, Fernandez M. Género y tercera edad: los hogares encabezados por mujeres ancianas. *Sociológica (México)* 1997; 12(33): 203-229
68. Colliere, M. F. Promover la vida. Madrid: McGraw Hill Interamericana, 1993. Primera reimpresión 1997.
69. Zueras P. Salud, espacios y modos de vida en la vejez. (Tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona; 2014.
70. Bonafont A. Características del rol de la enfermera gerontológica: la complejidad de los cuidados gerontológicos. EN: García M, Torres Temas de Enfermería Gerontológica. España: Sociedad Española de enfermería geriátrica y gerontológica; 1999.P. 107-109.

71. Verdugo A, Gómez L, Arias B. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT.1º Salamanca: Publicaciones del INICO; 2009.
72. Pelcastre B, Treviño S, González T, Márquez M. Apoyo social y condiciones de vida en adultos mayores pobres. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2011; 27(3):460-470.
73. Madrigal M. Ingresos y bienes en la vejez, un acercamiento a la configuración de la seguridad económica de los adultos mayores mexiquenses. *Pap. poblac* 2010;16(63): 117-153. Disponible en: <[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252010000100005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000100005&lng=es&nrm=iso)>. (Consultado 02-04-2015)
74. Cardenas A, Lopez A. Resiliencia en la vejez. *Rev. Salud Pública* 2011; 13 (3): 528-540.
75. Ramírez A. Si una persona recibe más de 211.807 mensuales ya supera la pobreza. *ElTiempo*.25 de marzo 2015.Economía: 7.
76. Estrada A, Cardona A, Segura A, Ordoñez J, Osorio J, Chavarriaga L. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas psychologica* 2013; 12(1):81- 94.
77. Chachamovich E, Fleck M, Laidlaw K, Power M. Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *The Gerontologist* 2008; 48(5): 593-602.
78. Santander J. Depresión en el adulto mayor: abordaje diagnóstico. En: IV Congreso Latinoamericano de Geriátría y Gerontología: Depresión. Santiago 3-6 de septiembre de 2003. Santiago: Sociedad de Geriátría y Gerontología de Chile; 2003.
79. Capote E, Casamayor Z, Castañer J. Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Revista Cubana de Medicina Militar* 2012; 41(3): 237-247
80. Bonafont A. Enfermería geronto-geriátrica: “Las personas ancianas utilizan sus capacidades y recursos para adaptarse a su envejecimiento”. EN: García M, Torres Temas de Enfermería Gerontológica. España: Sociedad Española de enfermería geriátrica y gerontológica; 1999.P. 101-103.

81. Pinillos Y. y Prieto E. Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia Rev. Salud Pública 2012; 14 (3): 438-447.
82. Colombia. El congreso de Colombia. Ley 1251 de 2008. Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores, noviembre 27. Bogotá: Diario Oficial; 2008.
83. Colombia. El presidente de la República de Colombia. Decreto 4048 de 2010, 29 de octubre. Por la cual se adiciona un artículo de decreto 3771 de 2007 modificado por los decretos 3550 de 2008 , 4943 de 2009, 4944 de 2009 y 589 de 2010. Bogotá: Min de la protección social: 2010
84. Serna de Pedro I. La vejez desconocida: Una mirada desde la biología a la cultura. España: Ediciones Díaz de Santos, 2006.
85. Chande R. Insuficiencia actual y cambios necesarios .Trabajo y jubilación Departamento de estudio de población, El Colegio De La Frontera Norte: 37-38.
86. Flores M, Cervantes G, González G, Vega M, Valle M. Ansiedad y depresión como indicadores de calidad de vida en adultos mayores. Ansiedad, Depresión y Calidad de Vida. Revista de Psicología da IMED, vol.4, n.1, p. 649-661, 2012.
87. Kronfly E, Rivilla D, Ortega A, Villanueva M, Beltrán E, et al. Riesgo de depresión en personas de 75 años o más, valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en Atención Primaria. Atención Primaria 2015;47(10): 616–625
88. Pidemunt M. Factores determinaste en el deterioro de la función y la calidad de vida del anciano afecto de facturas de cadera. Tesis de Doctor no publicada, de la facultad de medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona. 2010 [En línea]. Consultado: [Marzo 2012]. Disponible en: [www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/4352/gpm1del.pdf](http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/4352/gpm1del.pdf).
89. Santos S, Tier C, Silva B, Barlem E, Felicianni A, et al. Diagnósticos e intervenciones de enfermería para ancianos con depresión y residentes en una institución de larga estancia (ILE). Enferm. Glob. 2010(20). [revista en la Internet]. Consultado: (2015 Dic 05). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412010000300003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300003&lng=es).

90. Cerquera A, Flórez L, Linares M. Autopercepción de la salud en el adulto mayor. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte* 2010: 407-428. Disponible en: <http://148.215.2.11/articulo.oa?id=194214587018>. Fecha de consulta: 7 de diciembre de 2015.
91. Urzua A. Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Rev. méd. Chile* 2011;139(8).
92. Sanhueza M. Aplicación de un Programa de Apoyo como Estrategia para Aumentar la Funcionalidad de Adultos Mayores. Biblioteca Lascasas, 2006; 2 (2). Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0143.php>
93. Vivaldi F, Barra E. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29. Recuperado en 07 de diciembre de 2015, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082012000200002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000200002&lng=es&tlng=es). 10.4067/S0718-48082012000200002.
94. Fernandez A, *Manrique F*. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Enfermería Global* 2010; 9(2).
95. Agama A, Cruz O. Teoría: alcances y niveles para explicar la práctica de enfermería. Biblioteca Lascasas 2011; 7(3). Disponible en [f.com/lascasas/documentos/lc0622.p](http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0622.p)
96. Barrantes M, García E, Gutiérrez L, Miguel A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud pública Méx [revista en la Internet]*. 2007;49(4): 459-466 [citado 2015 Dic 08]; Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342007001000004&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000004&lng=es).
97. Lara R, López A, Espinoza E, Pinto C. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en Personas Mayores atendidas en la red de Atención Primaria de Salud en la comuna de Chillán Viejo-Chile. *Index Enferm [revista en la Internet]*. 2012 Jun [citado 2015 Dic 05]; 21(1-2): 23-27. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962012000100006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100006&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000100006>.

98. Segura a. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. Rev. salud pública. 17 (2): 184-194, 2015
99. Phaswana N, Peltze K, Chirinda W, Kose Z, Hoosain E, et al. Self-rated health and associated factors among older South Africans: evidence from the study on global ageing and adult health. Global Health Action, [S.l.], v. 6, feb. 2013. ISSN 1654-9880. Available at: <<http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/19880>>. Date accessed: 09 Dec. 2015. doi:<http://dx.doi.org/10.3402/gha.v6i0.19880>
100. Debpuur C, Welaga P, Wak G, Hodgson A. Self-reported health and functional limitations among older people in the KassenaNankana District, Ghana. Glob Health Action 2010; 3: 5463.

# ANEXOS



## Anexo 1.

### 1. VALORACIÓN DEL ESTADO MENTAL

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

## **Anexo 2.**

### **2. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS**

Edad: ( ) Años.

Sexo: masculino ( ), femenino ( )

Estado civil:

casado( ), soltero( ), unión libre( ), divorciado ( ), viudo( )

Escolaridad :

sin escolaridad( ), primaria( ), secundaria( ), técnico( ), profesional( )

Condición laboral:

hogar ( ), obrero ( ), técnico ( ), trabajo independiente ( ), no trabaja, administrativo ( ), pensionado ( )

Estrato socioeconómico:

Estrato1( ), estrato2 ( ), estrato3 ( ), estrato4 ( )

Número de personas en el hogar:

Ingreso mensual:

Menor de 200.000( ), 205.000 a 500.000( ), 550.000 a 1000.000 ( ), mas de 1000.000.

### Anexo 3.

#### 3. Valoración de síntomas depresivos: Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida).

No.	PREGUNTAS A REALIZAR	RESPUESTAS	
		SI	NO
1	¿Está satisfecho con su vida?	0	1
3	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4	¿Se encuentra a menudo Aburrido(a)?	1	0
6	¿Teme que algo malo le pase?	1	0
15	¿Cree que mucha gente Está mejor que usted?	1	0
<b>TOTAL</b> -0-5 Normal -6-9 Depresión leve ->10 Depresión establecida			

### Anexo 4.

#### 4. SALUD AUTOPERCIBIDA

- En los últimos doce meses, su estado de salud ha sido:

Bueno            3\_\_

Regular         2\_\_

Malo            1\_\_

Ha presentado usted en los últimos tres (3) meses alguna enfermedad:

---

---

---

## Anexo 5.

### 5. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

#### Dependencia en actividades de la vida diaria: Índice Barthel.

PARAMETRO	SITUACIÓN DEL ANCIANO	PUNTUACION
COMER	Independiente	10
	Necesita ayuda para cortar la carne, pan.	5
	Dependiente	0
BAÑARSE	Independiente: entra y sale solo del baño	5
	Dependiente	0
VESTIRSE	Independiente: capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.	10
	Necesita ayuda: realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.	5
	Dependiente: necesita ayuda para las mismas	0
ARREGLARSE ASEO PERSONAL	Independiente: para lavarse la cara, manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	Dependiente:	0
DEPOSICIONES Valórese la se Mana previa	Continencia normal	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para colocarse supositorios o enemas.	5
	Incontinencia	0
MICCIÓN Valórese la se Mana previa	Continencia normal. Capaz de cuidar cualquier dispositivo que tenga.	10
	Un episodio diario como máximo de incontinencia. Necesita ayuda para cuidar Cualquier dispositivo.	5
	Incontinencia	0
USAR EL RETRETE	Independiente, entra y sale solo, no necesita ayuda.	10
	Necesita ayuda pero puede limpiarse solo.	5
	Dependiente	0
TRASLADARSE Cama/silla	Independiente para ir de la silla a la cama	15
	Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo.	10
	Necesita gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado solo.	5
	Dependiente	0
DEAMBULAR	Independiente, camina solo 50 metros, puede Usar ayuda mecánica excepto caminador. Si Usa prótesis puede ponérsela y quitársela Solo.	15
	Necesita ayuda o supervisión. Usa caminador.	10
	Independiente en silla de ruedas.	5
	Dependiente	0
SUBIR O BAJAR ESCALERAS	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.	10
	Necesita ayuda o supervisión	5
	Dependiente. Es incapaz de subir escalones	0
<b>TOTAL</b>		

## Anexo 6.

### 6. ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

#### Escala de Lawton y Brody

PARAMETRO	SITUACIÓN ANCIANO	PUNTUACION
CAPACIDAD DE USAR EL TELEFONO	Utiliza el teléfono por Iniciativa propia	1
	Es capaz de marcar bien Algunos números Familiares	1
	Es capaz de contestar El teléfono pero no de Marcar	1
	No es capaz de usar el Teléfono	0
IR DE COMPRAS	Realiza todas las Compras necesarias Independientemente	1
	Realiza Independientemente Pequeñas compras	1
	Necesita ir acompañado Para realizar cualquier Compra	1
	Totalmente incapaz De comprar	0
PREPARAR COMIDAS	Organiza, prepara y sirve Las comidas por si Mismo adecuadamente	1
	Prepara adecuadamente Las comidas si se le Proporcionan los Ingredientes	0
	Prepara, calienta y Sirve las comidas, pero No sigue una dieta Adecuada	0
	Necesita que le preparen Y le sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA	Mantiene la casa solo(a) O con ayuda ocasional (para trabajo pesado)	1
	Realiza tareas domésticas Ligeras, como lavar Los platos o hacer las Camas	1
	Realiza tareas domésticas Ligeras, pero no puede Mantener un nivel de Limpieza aceptable	1
	Necesita ayuda en todas Las labores de la casa	0
	No participa en ninguna Labor de la casa	0

LAVADO DE LA ROPA	Lava por si mismo(a)	1
	Toda la ropa	
	Lava por si mismo(a) Pequeñas prendas	1
	Todo el lavado de ropa Debe ser realizado por otro	0
USO MEDIOS DE TRANSPORTE	Viaja solo(a) en trans Porte público o conduce su propio coche	1
	Es capaz de coger un Taxi, pero no usa otro Medio de transporte	1
	Viaja en transporte Público cuando va acompañado por otra persona	1
	Utiliza el taxi o el auto Móvil solo con ayuda De otros	0
	No viaja en absoluto	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACION	Es capaz de tomar su Medicación a la hora Y dosis correctas	1
	Toma su medicación Si se le prepara con Anticipación y en dosis Separadas	0
	No es capaz de Administrarse su medicación	0
MANEJO ASUNTOS ECONOMICOS	Maneja los asuntos Financieros con independencia (presupuesta, Rellena cheques, paga Recibos y facturas, va al Banco) recoge sus ingresos	1
	Realiza las compras de Cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, ir al banco.	1
	Incapaz de manejar dinero	0
TOTAL		

## Anexo 7.

### 7. INSTRUMENTO INDICE DE CALIDAD DE VIDA (QLI - Sp)

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

1. Bienestar Físico (Sentirse lleno de energía, sin dolores ni problemas físicos)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9. Plenitud espiritual (sentimiento de fe, religiosidad y trascendencia, más allá de la vida material ordinaria)

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

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

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

**Anexo 8.**

**8. Cuestionario de apoyo social funcional (Duke-UNC-11)**

REACTIVOS	NIVEL APOYO SOCIAL				
	1 Mucho menos De lo que deseo	2	3	4	5 Tanto Como deseo
Recibo visitas de mis amigos y familiares					
Recibo ayuda en asuntos relacionados con la casa					
Recibo elogios y reconocimientos por hacer las cosas bien en el trabajo					
Cuento con personas que se preocupan por lo que me pasa					
Recibo amor y afecto					
Tengo la posibilidad de hablar con alguien sobre problemas del trabajo/casa					
Tengo la posibilidad de hablar con alguien sobre problemas personales/familiares					
Tengo la posibilidad de hablar con alguien sobre mis problemas económicos					
Recibo invitaciones para socializar					
Recibo consejos útiles cuando se presenta un acontecimiento importante					
Recibo ayuda cuando estoy enfermo(a) y en cama					
TOTAL: -Escaso apoyo social:<33 -Escasos recursos afectivos: <15 -Escaso apoyo confidencial: <18					



**Anexo 9.**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PERSONA PARTICIPANTE DEL ESTUDIO**

Yo \_\_\_\_\_ con C.C N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, doy mi autorización para que la información que proporciono sea utilizada con fines investigativos en el estudio titulado: “Caracterización del envejecimiento y la vejez en Cartagena”; desarrollada por el grupo de investigación “Cuidado y Vida” de la Universidad de Cartagena.

Entiendo que fui seleccionado para participar en este estudio porque soy una persona de 60 años o más, tengo voluntad para dar información sobre mi cuidado de la salud y deseo participar. Se me ha explicado que mi nombre no aparecerá escrito y de ser necesario usaré un apodo que yo seleccione, durante la(s) entrevista(s) podrá estar presente un miembro de mi familia, si así lo deseo y se mantendrá respeto en el manejo de la información y por mi vida privada. Tendré el derecho a no continuar en el estudio, si así lo decido, sin que se vea afectada mi familia, mi integridad física, social o la prestación de los diferentes servicios de salud que recibo.

Acepto participar sin recibir apoyo económico o de otra naturaleza, reconozco que mis aportes van a servir para brindar un mejor cuidado a otros adultos mayores y que los resultados del estudio me serán proporcionados si los solicito a las investigadoras responsables del proyecto, al teléfono: 6698181. Dejo constancia que recibo los datos para ubicarlas y resolver cualquier duda.

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del entrevistado

\_\_\_\_\_

Ó huella \_\_\_\_\_

Firma del entrevistador responsable

---

## Anexo 10. Variables del estudio

VARIABLES	DEFINICIÓN/ CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Características del Individuo	Aspectos biológicos, económicos y de relaciones, propios de las personas que participan en el estudio.	Edad	Números de años cumplido	Cuantitativo	Continuo
		Sexo	-Masculino - Femenino	Cualitativa	Nominal
		Estado civil	-Casada -Soltera -Unido -Divorciado -Viudo	Cualitativa	Nominal
		Nivel de escolaridad	-Sin estudio - Primaria - Secundaria - Técnico - Profesional	Cualitativa	Ordinal
		Condición Laboral	-Hogar -Obrero -Técnico -Trabajador independiente -No trabaja - Administrativo - Pensionado	Cualitativa	Nominal
		Estrato socioeconómico Estado civil	-1 -2 -3 -4	Cualitativa	Ordinal
		Número de personas en el hogar	Cuántas personas viven en la casa incluyéndose	Cuantitativo	Discreta
		Ingreso	≤ de 200.000		

		mensual	-205.000 a 500.000 -550.000 a 1000.000 -Más de 1000.000	Cualitativa	Ordinal
Factores biológicos y fisiológicos	Hace referencia a las patologías padecidas por los adultos mayores en los últimos tres meses.	-Si padeció -No padeció	Nombre de las patologías	Cualitativo	Nominal
Funcionamiento Cognitivo	Son actividades mentales que permiten al ser humano relacionarse con el ambiente que lo rodea.	Orientación	¿Cuál es la fecha de hoy?  ¿Qué día de la semana?  ¿En qué lugar estamos?	Cuantitativa	Continuo
		Memoria	¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono, ¿cuál es su dirección completa?)  ¿Cuántos años tiene?  ¿Dónde nació? ¿Fecha de nacimiento?	Cualitativa	Nominal

		Información de hechos cotidianos	¿Cuál es el nombre del Presidente del Gobierno?  ¿Cuál es el nombre del Presidente anterior?  ¿Dígame el primer apellido de su madre	Cualitativa	Nominal
		capacidad para realizar un trabajo matemático seriado	Reste de tres en tres desde 20	Cualitativa	Nominal
Estado de los Síntomas	Aspectos cognitivos que evidencian la capacidad de afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir con su comunidad.	Normal	0-5	Cuantitativo	Ordinal
		Depresión Leve	6-9	Cuantitativo	Ordinal
		Depresión establecida	>10	Cuantitativo	Ordinal

Estado Funcional	Es el grado de independencia en la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.	Actividades de la vida diaria	-Dependencia leve -Dependencia moderada. -Dependencia grave	Cualitativo	Nominal
		Actividades instrumentales de la vida diaria	-Dependiente - Independiente	Cualitativo	Nominal
Percepción general de Salud	Autoreporte del estado de salud física de los últimos 12 meses	Salud Física	-Bueno -Regular -Malo	Cualitativa	Nominal
Calidad de vida	Se entiende como el conjunto global que integra el nivel de salud y la percepción del individuo de su situación en la vida.	Bienestar Físico	De 1 a 10	>= 80-100 puntos Excelente percepción de calidad de vida. < 80 puntos mala percepción de calidad de vida.	Ordinal
		Bienestar Psicológico/emocional	De 1 a 10		
		Autocuidado y funcionamiento independiente	De 1 a 10		
		Funcionamiento Ocupacional	De 1 a 10		
		Funcionamiento interpersonal	De 1 a 10		
		Apoyo social/emocional	De 1 a 10		

		Apoyo comunitario y de servicios	De 1 a 10		
		Plenitud personal	De 1 a 10		
		Plenitud espiritual	De 1 a 10		
		Percepción global de calidad de vida	De 1 a 10		
Características Ambientales	Son los recursos disponibles de apoyo social con que cuenta el adulto mayor.	Apoyo social funcional	Escaso apoyo social	Cualitativa	Nominal
			Escasos recursos afectivos		
			Escaso apoyo confidencial		
		Recursos sociales.	Excelentes	Cualitativa	Nominal
			Buenos		
			Leve incapacidad		
			Incapacidad moderada		
		Incapacidad grave			
		Incapacidad social total			

## **Anexo 11.**

### **TABLAS DE RESULTADOS SOBRE FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD**

**Tabla 1. GENERO DE LOS ADULTOS MAYORES CARTAGENA 2015.**

<b>GENERO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Femenino	366	55,7
Masculino	291	44,3
<b>Total</b>	<b>657</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta aplicada

**Tabla 2. ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES DE CARTAGENA 2015.**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Casado	260	39,6
Divorciado	36	5,5
Soltero	98	14,9
Unión libre	151	23,0
Viudo	112	17,0
<b>Total</b>	<b>657</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta aplicada

**Tabla 3. GRADO DE ESCOLARIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES DE CARTAGENA 2015.**

<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Primaria	326	49,6
Profesional	36	5,5
Secundaria	159	24,2
Sin escolaridad	92	14,0
Técnico	44	6,7
<b>Total</b>	<b>657</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta aplicada

**Tabla 4. CONDICIÓN LABORAL DE LOS ADULTOS MAYORES DE CARTAGENA 2015.**

<b>CONDICIÓN LABORAL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Administrativo	8	1,2
Hogar	348	53,0
No Trabaja	70	10,7
Obrero	12	1,8
Pensionado	100	15,2
Técnico	7	1,1
Trabajo Ind	112	17,0
<b>Total</b>	<b>657</b>	<b>100,0</b>

ALFA DE CRONBACH=0,74

Fuente: Encuesta aplicada



**Tabla 5. ESTRATO SOCIOECONÓMICO DE LOS ADULTOS MAYORES DE CARTAGENA 2015.**

<b>ESTRATO SOCIOECONOMICO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1	160	24,4
2	251	38,2
3	187	28,5
4	11	1,7
5	29	4,4
6	19	2,9
<b>Total</b>	<b>657</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta aplicada

**Tabla 6. INGRESOS ECONÓMICOS DE LOS ADULTOS MAYORES DE CARTAGENA 2015.**

<b>INGRESOS ECONOMICOS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Menos de 200.00	133	20,2%
201.000 a 500.000	163	24,8%
501.000 a 1000.000	208	31,6%
Mas de 1000.000	153	23,2%
<b>Total</b>	<b>657</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta aplicada

**Tabla 7. APOYO SOCIAL DE LOS ADULTOS MAYORES DE CARTAGENA 2015.**

<b>APOYO SOCIAL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Apoyo normal	588	89,5
Bajo apoyo	69	10,5
<b>Total</b>	<b>657</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta aplicada

**Tabla 8. PATOLOGÍAS PADECIDAS EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES POR LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS EN CARTAGENA 2015.**

<b>PATOLOGÍAS PADECIDAS EN LOS ULTIMOS TRES MESES</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ninguna	304	46,2
Cardiovasculares	177	26,9
Osteomusculares	57	8,6
Respiratorias	46	7,0
Metabólicas	36	5,4
Sentidos/Sensitivo	14	2,1
Gastrointestinal	10	1,5
Otras enf.	13	2,9
<b>Total</b>	<b>657</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuestas aplicadas

**Tabla 9. SÍNTOMAS DEPRESIVOS CON SIGNIFICANCIA CLÍNICA EN LOS ADULTOS MAYORES EN CARTAGENA 2015**

<b>SÍNTOMAS DEPRESIVOS CON SIGNIFICANCIA CLÍNICA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Depresion establecida	571	86,9
Depresion leve	77	11,7
Normal	9	1,4
<b>Total</b>	<b>657</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuestas aplicadas

**Tabla 10. ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA QUE REALIZAN LOS ADULTOS MAYORES EN CARTAGENA 2015**

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA	N	%
Dependencia total	4	0,6
Dependencia moderada	3	0,5
Dependencia leve	83	12,6
Independencia	567	86,3
<b>Total</b>	<b>657</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuestas aplicadas

**Tabla 11. ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA QUE REALIZAN LOS ADULTOS MAYORES EN CARTAGENA 2015**

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA	N	%
personas autónomas	399	60.8%
algún grado de dependencia	258	39.2
<b>Total</b>	<b>657</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuestas aplicadas

**Tabla 12. AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES EN CARTAGENA EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES**

AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD	N	%
Buena	338	51,4
Regular	277	42,2
Mala	42	6,4
<b>Total</b>	<b>657</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuestas aplicadas

**Tabla 13. PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN CARTAGENA 2015**

<b>PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Excelente	574	87,4
Mala	83	12,6
<b>Total</b>	<b>657</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuestas aplicadas

**Tabla 14. FACTORES ASOCIADOS A LA CVRS EN LOS AM EN CARTAGENA 2015**

<b>Variables</b>	<b>OR</b>	<b>I.C. 95%</b>	
		<b>Limite inferior</b>	<b>Limite Superior</b>
Mayor de 90 años	1,467	0,280	7,693
Ser mujer	1,071	0,629	1,825
Tener pareja	0,970	0,568	1,654
Con estudios de secundaria y superiores	1,344	0,759	2,379
Trabajar o tener pension	0,563	0,324	0,979
Ser de estrato 4 a 6	0,831	0,326	2,115
Convivir con 3 o más personas	0,812	0,370	1,782
No tener depression	2,639	0,238	29,245
Ser Independiente según Barthel	0,697	0,315	1,542
Ser independiente según Lawton y Brody	1,707	1,013	2,877
Tener apoyo social adecuado	13,178	7,332	23,686

Fuente: Información recolectada

**Tabla 15. ASOCIACION ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO Y ESTADO DE LOS SINTOMAS DE LOS AM EN CARTAGENA 2015**

<b>YESAVAGE</b>					
<b>EDAD</b>	<b>DEPRESION</b>	<b>%</b>	<b>NORMAL</b>	<b>%</b>	<b>p valor</b>
menor de 90 años	625	98,6	9	1,4	0,565
>= 90 años	23	100,0	0	0,0	
<b>SEXO</b>	<b>DEPRESION</b>	<b>%</b>	<b>NORMAL</b>	<b>%</b>	<b>p valor</b>
Femenino	357	97,5	9	2,5	0,007
Masculino	291	100,0		0,0	
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>DEPRESION</b>	<b>%</b>	<b>NORMAL</b>	<b>%</b>	<b>p valor</b>
sin pareja	242	98,4	4	1,6	0,662
Con pareja	406	98,8	5	1,2	
<b>CONDICION LABORAL</b>	<b>DEPRESION</b>	<b>%</b>	<b>NORMAL</b>	<b>%</b>	<b>p valor</b>
sin trabajo	412	98,6	6	1,4	0,848
Con trabajo	236	98,7	3	1,3	
<b>ESTRATO</b>	<b>DEPRESION</b>	<b>%</b>	<b>NORMAL</b>	<b>%</b>	<b>p valor</b>
1 al 3	590	98,7	8	1,3	0,822
3 en adelante	58	98,3	1	1,7	
<b>PERSONAS EN HOGAR</b>	<b>DEPRESION</b>	<b>%</b>	<b>NORMAL</b>	<b>%</b>	<b>p valor</b>
Hasta 2 personas	88	98,9	1	1,1	0,83
3 o mas personas	560	98,6	8	1,4	
<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>DEPRESION</b>	<b>%</b>	<b>NORMAL</b>	<b>%</b>	<b>p valor</b>
hasta primaria	412	98,6	6	1,4	0,848
secundaria o más	236	98,7	3	1,3	

Fuente: Información recolectada

**Tabla 16. ASOCIACION ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO Y ESTADO FUNCIONAL DE LOS AM EN CARTAGENA 2015**

<b>BARTHEL</b>					
<b>EDAD</b>	<b>DEPENDIENTE</b>	<b>%</b>	<b>INDEPENDIENTE</b>	<b>%</b>	<b>p valor</b>
menor de 90 años	86	13,6	548	86,4	0,6
>= 90 años	4	17,4	19	82,6	
<b>SEXO</b>	<b>DEPENDIENTE</b>	<b>%</b>	<b>INDEPENDIENTE</b>	<b>%</b>	<b>p valor</b>
Femenino	46	12,6	320	87,4	0,345
Masculino	44	15,1	247	84,9	
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>DEPENDIENTE</b>	<b>%</b>	<b>INDEPENDIENTE</b>	<b>%</b>	<b>p valor</b>
sin pareja	38	15,4	208	84,6	0,313
Con pareja	52	12,7	359	87,3	
<b>CONDICION LABORAL</b>	<b>DEPENDIENTE</b>	<b>%</b>	<b>INDEPENDIENTE</b>	<b>%</b>	<b>p valor</b>
sin trabajo	58	13,9	360	86,1	0,861
Con trabajo	32	13,4	207	86,6	
<b>ESTRATO</b>	<b>DEPENDIENTE</b>	<b>%</b>	<b>INDEPENDIENTE</b>	<b>%</b>	<b>p valor</b>
1 al 3	87	14,5	511	85,5	0,044
3 en adelante	3	5,1	56	94,9	
<b>PERSONAS EN HOGAR</b>	<b>DEPENDIENTE</b>	<b>%</b>	<b>INDEPENDIENTE</b>	<b>%</b>	<b>p valor</b>
Hasta 2 personas	17	19,1	72	80,9	0,111
3 o mas personas	73	12,9	495	87,1	
<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>DEPENDIENTE</b>	<b>%</b>	<b>INDEPENDIENTE</b>	<b>%</b>	<b>p valor</b>
hasta primaria	61	14,6	357	85,4	0,378
secundaria o más	29	12,1	210	87,9	

Fuente: Información recolectada

<b>LAWTON Y BRODY</b>					
<b>EDAD</b>	<b>DEPENDIENTE</b>	<b>%</b>	<b>INDEPENDIENTE</b>	<b>%</b>	<b>p valor</b>
menor de 90 años	248	39,12	386	60,88	0,674
>= 90 años	10	43,48	13	56,52	
<b>SEXO</b>	<b>DEPENDIENTE</b>	<b>%</b>	<b>INDEPENDIENTE</b>	<b>%</b>	<b>p valor</b>
Femenino	151	41,26	215	58,74	0,242
Masculino	107	36,77	184	63,23	
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>DEPENDIENTE</b>	<b>%</b>	<b>INDEPENDIENTE</b>	<b>%</b>	<b>p valor</b>
sin pareja	107	43,50	139	56,50	0,086
Con pareja	151	36,74	260	63,26	
<b>CONDICION LABORAL</b>	<b>DEPENDIENTE</b>	<b>%</b>	<b>INDEPENDIENTE</b>	<b>%</b>	<b>p valor</b>
Sin trabajo	147	35,17	271	64,83	0,004
Con trabajo	111	46,44	128	53,56	
<b>ESTRATO</b>	<b>DEPENDIENTE</b>	<b>%</b>	<b>INDEPENDIENTE</b>	<b>%</b>	<b>p valor</b>
1 al 3	241	40,30	357	59,70	0,085
3 en adelante	17	28,81	42	71,19	
<b>PERSONAS EN HOGAR</b>	<b>DEPENDIENTE</b>	<b>%</b>	<b>INDEPENDIENTE</b>	<b>%</b>	<b>p valor</b>
hasta 2 personas	35	39,33	54	60,67	0,991
3 o mas personas	223	39,26	345	60,74	
<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>DEPENDIENTE</b>	<b>%</b>	<b>INDEPENDIENTE</b>	<b>%</b>	<b>p valor</b>
Hasta primaria	165	39,47	253	60,53	0,887
Secundaria o más	93	38,91	146	61,09	

Fuente: Información recolectada

**Tabla 17. ASOCIACION ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO Y PERCEPCION DE LA SALUD DE LOS AM EN CARTAGENA 2015**

EDAD	SALUD AUTOPERCIBIDA				p valor
	MALA	%	BUENA	%	
menor de 90 años	308	48,6	326	51,4	0,943
>= 90 años	11	47,8	12	52,2	
SEXO	MALA	%	BUENA	%	p valor
Femenino	130	44,7	161	55,3	0,076
Masculino	189	51,6	177	48,4	
ESTADO CIVIL	MALA	%	BUENA	%	p valor
sin pareja	111	45,1	135	54,9	0,173
Con pareja	208	50,6	203	49,4	
CONDICION LABORAL	MALA	%	BUENA	%	p valor
sin trabajo	206	49,3	212	50,7	0,621
Con trabajo	113	47,3	126	52,7	
ESTRATO	MALA	%	BUENA	%	p valor
1 al 3	286	47,8	312	52,2	0,235
3 en adelante	33	55,9	26	44,1	
PERSONAS EN HOGAR	MALA	%	BUENA	%	p valor
Hasta 2 personas	54	60,7	35	39,3	0,014
3 o mas personas	265	46,7	303	53,3	
ESCOLARIDAD	MALA	%	BUENA	%	p valor
Hasta primaria	204	48,8	214	51,2	0,865
Secundaria o más	115	48,1	124	51,9	

Fuente: Información recolectada



**Tabla 18. ASOCIACION ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO Y CALIDAD GENERAL DE VIDA DE LOS AM EN CARTAGENA 2015.**

<b>EDAD</b>	<b>CVRS</b>				<b>p valor</b>
	<b>EXCELENTE</b>	<b>%</b>	<b>MALA</b>	<b>%</b>	
menor de 90 años	553	87,2	81	12,8	0,563
>= 90 años	21	91,3	2	8,7	
<b>SEXO</b>	<b>EXCELENTE</b>	<b>%</b>	<b>MALA</b>	<b>%</b>	<b>p valor</b>
Femenino	254	87,3	37	12,7	0,955
Masculino	320	87,4	46	12,6	
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>EXCELENTE</b>	<b>%</b>	<b>MALA</b>	<b>%</b>	<b>p valor</b>
sin pareja	217	88,2	29	11,8	0,614
Con pareja	357	86,9	54	13,1	
<b>CONDICION LABORAL</b>	<b>EXCELENTE</b>	<b>%</b>	<b>MALA</b>	<b>%</b>	<b>p valor</b>
sin trabajo	373	89,2	45	10,8	0,057
Con trabajo	201	84,1	38	15,9	
<b>ESTRATO</b>	<b>EXCELENTE</b>	<b>%</b>	<b>MALA</b>	<b>%</b>	<b>p valor</b>
1 al 3	522	87,3	76	12,7	0,852
3 en adelante	52	88,1	7	11,9	
<b>PERSONAS EN HOGAR</b>	<b>EXCELENTE</b>	<b>%</b>	<b>MALA</b>	<b>%</b>	<b>p valor</b>
Hasta 2 personas	80	89,9	9	10,1	0,441
3 o mas personas	494	87,0	74	13,0	
<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>EXCELENTE</b>	<b>%</b>	<b>MALA</b>	<b>%</b>	<b>p valor</b>
Hasta primaria	363	86,8	55	13,2	0,592
Secundaria o más	211	88,3	28	11,7	

Fuente: Información recolectada

**Tabla 19. ASOCIACION ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS AMBIENTALES Y ESTADO DE LOS SINTOMAS, ESTADO FUNCIONAL, SALUD AUTOPERCIBIDA Y CALIDAD GENERAL DE VIDA DE LOS AM EN CARTAGENA 2015.**

<b>DUKE</b>					
<b>YESAVAGE</b>	<b>APOYO SOCIAL NO ADECUADO</b>	<b>%</b>	<b>APOYO SOCIAL ADECUADO</b>	<b>%</b>	<b>p valor</b>
Depresión	67	10,3	581	89,7	0,248
Normal	2	22,2	7	77,8	
<b>BARTHEL</b>	<b>APOYO SOCIAL NO ADECUADO</b>		<b>APOYO SOCIAL ADECUADO</b>		<b>p valor</b>
Dependiente	12	13,3	78	86,7	0,346
Independiente	57	10,1	510	89,9	
<b>LAWTON Y BRODY</b>	<b>APOYO SOCIAL NO ADECUADO</b>		<b>APOYO SOCIAL ADECUADO</b>		<b>p valor</b>
Dependiente	26	10,1	232	89,9	0,775
Independiente	43	10,8	356	89,2	
<b>SALUD AUTOPERCIBIDA</b>	<b>APOYO SOCIAL NO ADECUADO</b>		<b>APOYO SOCIAL ADECUADO</b>		<b>p valor</b>
MALA	40	12,5	279	87,5	0,098
BUENA	29	8,6	309	91,4	
<b>CVRS</b>	<b>APOYO SOCIAL NO ADECUADO</b>		<b>APOYO SOCIAL ADECUADO</b>		<b>p valor</b>
EXCELENTE	35	42,2	48	57,8	0,000
MALA	34	5,9	540	94,1	

Fuente: Información recolectada