

[01]

//ORIGINAL-



ELDERLY LIFE QUALITY SELF-PERCEPTION AT THE BOGOTA'S "DIA" CENTERS

Se objetivó identificar el perfil sociodemográfico asociado a la calidad de vida e identificar las variables asociadas a las dimensiones que la evalúan y determinar la autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor que asiste a los centros día del distrito. Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario WHOQoL Bref y cuestionario con variables sociodemográficas y cuestionario semiestructurado para ser aplicado en grupos focales. Participaron 300 adultos mayores conformada con igual porcentaje de adultos mayores de los dos géneros de 5 localidades de 60 a 74 años con un 69% (n: 207) y de 75 años y más 31% (n: 93), para el género masculino se encontró una media de 72 años de edad y 69 años de edad para las mujeres. Las dimensiones obtuvieron la siguiente puntuación: Físico (66.2), psicológico (70,1), social (56,3) y ambiental (56). Se concluyó que el 17% (n: 48) de los adultos mayores se encuentran insatisfechos con su calidad de vida, el 36,3% (n: 109) auto percibe como lo normal y el 48% (n: 143) se encuentra satisfecho. Los dominios social y ambiental representan mayor correlación frente a la autopercepción de la calidad de vida. El análisis cualitativo al interpretar la calidad de vida mostró exclusión de necesidades básicas, estado y comunidad. La autonomía mostró un gran porcentaje de los evaluados, desempeño de roles cuidador de algún familiar o trabajador familiar sin remuneración para poder subsistir.

Palabras Clave: Cuestionario WHOQoL Bref calidad de vida, adulto mayor, población vulnerable.

It was objectivized to identify the sociodemographic profile associated to the quality of life and to identify the variables associated to the dimensions that evaluate them and to determine the self-perception of the quality of life of the elderly people who attends to the "Dia" district centers. For the data gathering it was used the WHOQoL Bref questionnaire, questionnaire with sociodemographic variables and semi-structured questionnaire to be used in focal groups. 300 elderly people participated, they were from both sexes in equal numbers, and they proceed from 5 zones in Bogota. The sample ranged from 60 to 74 years old with a 69% (N:207) and older than 75 years old a 31% (m:93). Regarding adult males there was an average of 72 years and 69 years old for women. The obtained dimensions got the following punctuation: Physical (66.2), psychological (70.1), social (56.3) and environmental (56). It was concluded that the 17% (n: 48) of elderly population is not satisfied with their quality of life, 36.3% (n: 109) self-perceives it as a normal situation and 48% (n. 143) is satisfied. Social and environmental domains represent a bigger correlation towards the self-perception of the quality of life. The qualitative analysis to interpret the quality of life showed exclusion of basic needs, state and community. Autonomy showed a great percentage on the evaluated people, any relative caregiver or home worker without wage to be able to survive.

Keywords: Questionnaire, WHOQoL Breq, quality of life, the elderly, vulnerable population.



INTRODUCCIÓN

La calidad de vida definida OMS (1994) como **“la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive, con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones”**. (Botero Beatriz y Pico María Eugenia, 2007). La cual ha pasado por varias evaluaciones a través de la historia como término multidimensional o unidimensional, el primero se refiere a la inclusión de aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros. El segundo basado en evaluaciones subjetivas sería el mismo para todos los individuos dada su naturaleza (Sawatzky, Ratner, & Chiu, 2005). Culturalmente **“el adulto mayor ha perdido poderes y derechos que lo han marginado de la sociedad creándose una serie de estereotipos negativos, de enfermedad, incapacidad de producción y de asumir tareas y ejercer funciones”**. (Maya, 1997). Según Butler (1969) describió el término **“ageism”**, que engloba los estereotipos que soportan las personas por razón de su edad como las actitudes y prejuicios de que son objetos similares a la gerontofobia y los resultados en la calidad de vida de este grupo.

Para poder hablar de la calidad de vida en las personas mayores que hace referencia a **“mujeres y hombres que tienen 60 años o más (o mayores de 50 años si son poblaciones de riesgo por ejemplo habitantes de calle o población indígena)”** (Ministerio de Salud y Protección Social Colombia, 2007-2019, p.10). En países en desarrollo un individuo de esta edad puede reflejar condiciones de vida que han limitado un envejecimiento saludable. Para evaluar la calidad de vida de esta población se tomó el modelo conceptual de la OMS con el cuestionario WHOQoL Bref que contiene 4 dimensiones (Salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente). Para los autores Urzúa & Caqueo (2012) incluyeron a este modelo conceptual dos premisas -la percepción en condiciones objetivas- (Dominio físico y psicológico) que es la evaluación de la persona de su funcionamiento objetivo capacidades y conductas la dimensión del nivel de independencia y los- auto reportes subjetivos que son la satisfacción o insatisfacción evaluadas en las dimensiones medio ambiente y relaciones sociales la dimensión de espiritualidad religión y creencias personales. (pág.65).

Se ha evidenciado una clara transformación en la dinámica poblacional, presentándose una inversión de las pirámides poblacionales a nivel mundial. Según la OMS (2015), se estima que en el mundo hay unos 605 millones de personas de más de 60 años; la proporción de personas mayores seguirá aumentando durante las próximas décadas, y se estima que para el año 2025 habrá 1.200 millones de personas mayores en todo el mundo. Lo anterior ha preocupado a entidades como la OMS y la Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL), lo que ha llevado a

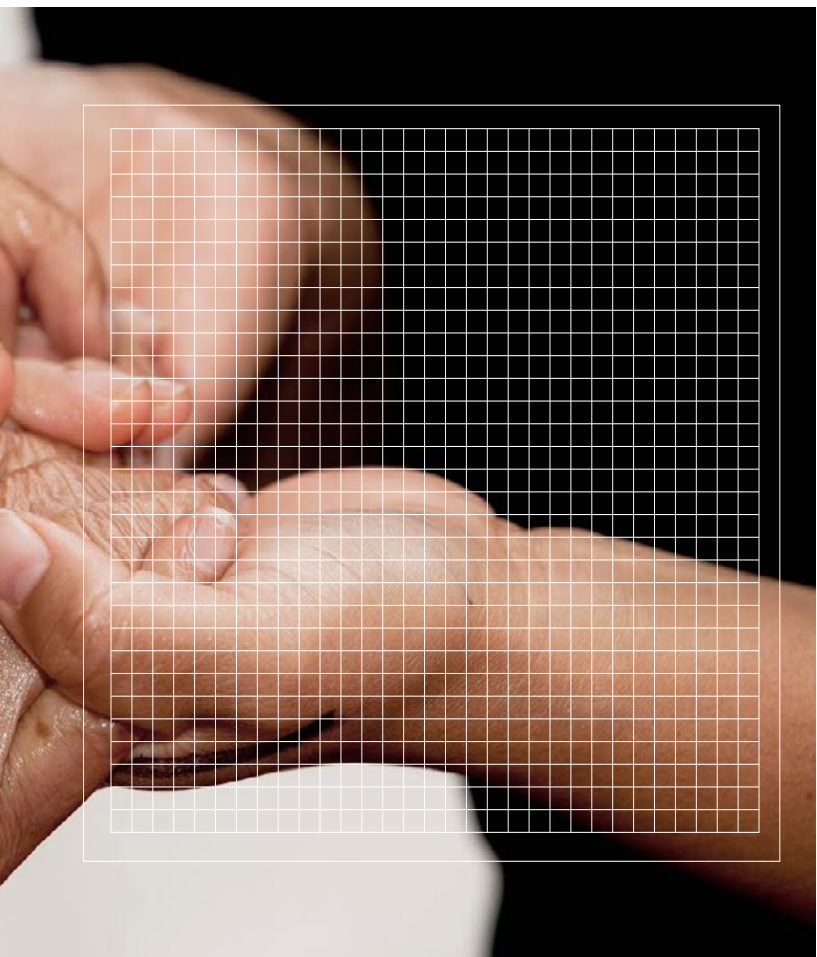


fijar la atención en las personas mayores, para promocionar una calidad de vida en la vejez resulta ser un desafío para la nación lo cual se debe trabajar en el desarrollo de políticas sociales que generen un envejecimiento con calidad de vida en las poblaciones viejas y en proceso de envejecimiento, para las familias de cómo enfrentarse a la enfermedad crónica y a una dependencia de algunos de sus miembros adultos mayores de la familia.

Dentro de las causas del envejecimiento en Colombia se encuentran: un aumento de la esperanza de vida, disminución de la mortalidad, el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, el descenso de las tasas de la fecundidad, la atenuación del ritmo de incremento de la población y los procesos de migración. Esto ha llevado a un rápido envejecimiento poblacional con cifras como las proporcionadas por el DANE la población mayor de 60 años ha pasado de, aproximadamente el 6% en 1975, a algo más de 10% en el 2012 y se prevé que para el 2050 será superior al 20% (Dulcey, 2013).

Actualmente el Distrito cuenta con una Política de Envejecimiento y Vejez 2010 - 2025, en la cual se reconoce a las personas mayores como sujetos de derechos, que deben ser vistas desde una perspectiva biopsicosocial frente a su cuidado y protección.





En este sentido para la territorialización de la política pública social para el envejecimiento y la vejez la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) ha venido adelantado programas que dignifican las condiciones de vulnerabilidad y exclusión de las personas mayores, encaminadas en las cuatro dimensiones expuestas por la política: vivir como se quiere en la vejez, vivir bien en la vejez, vivir sin humillaciones en la vejez, envejecer juntos y juntas). Sin embargo los aspectos culturales materiales (vivienda, alimentación y vestido) siguen siendo una influencia para las personas mayores, donde la política no trasciende lo cultural, así como las condiciones sociales (tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones) y económicas. A nivel nacional la línea de pobreza extrema según el DANE 2013 per cápita (mínimo necesario para adquirir bienes alimentarios o no), una persona es pobre si el ingreso económico es inferior a 202,083 pesos mensuales, los adultos mayores reciben 120,000 pesos mensuales, razones que llevan al adulto mayor a participar en el mercado laboral informal, incluso a poder contribuir como trabajadores familiares sin remuneración para poder subsistir. Situaciones diversas que podrán ser cambiantes en la medida en que se conciba la vejez, desde una perspectiva distinta (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2010)

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal en grupos definidos de los centros día de Bogotá y (mixto con diseño cuantitativo- cualitativo). La recolección se realizó

de julio a noviembre de 2016. Universo 3650 adultos mayores que asisten al primer componente (jornada mañana) que están en el programa de centros día de Bogotá de la Secretaría de Integración Social SDIS, la muestra aleatorizada simple de 300 adultos mayores de 5 centros día del distrito con distribución por género de las localidades (norte, sur, noroccidente, suroriental y centro). Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario WHOQoL Bref y la entrevista semiestructurada.

Criterios de Inclusión

- Persona habitante en Bogotá, Distrito capital, mayor de 60 años que asiste al programa centros día primer componente de la SDIS de cinco localidades del distrito.
- Adulto mayor con ingreso al programa superior o igual a 3 meses.
- Adulto mayor que realice actividades de la vida diaria de manera autónoma e independiente (de acuerdo al criterio de ingreso a centro día)

Criterios de Exclusión

- Adulto mayor que voluntariamente no acepte participar en el estudio.
- Adulto mayor que presente patologías psiquiátricas asociadas (de acuerdo con criterio de ingreso a centro día).

RESULTADOS

Perfil sociodemográfico

La muestra se conformó con igual porcentaje de adultos mayores de los dos géneros por localidad, para el grupo étnico se realizó la categorización de 60 a 74 años con un 69% (n: 207) y de 75 años y más 31% (n: 93), para el género masculino se encontró una media de 72 años de edad (min 60 máx. 93) y 69 años de edad para las mujeres (min 60 máx. 87). Los hombres encuestados del centro día Macondo presentaron un 5,3% (n: 16) entre 75 años y más a diferencia de los demás centros día. (Ver tabla n° 1)



Variables			%	n
Género				
Masculino			50	150
Femenino			50	150

Grupo etáreo						
Localidad	Ubicación geográfica	Género	60-74 años de edad		75 años y más	
			%	n	%	n
Usaquén	Norte	H	6,6	20	3,3	10
		M	6,3	19	3,6	11
Engativá	Noroccidente	H	8	24	2	6
		M	8,3	25	1,6	5
Tunjuelito	Sur	H	4,6	14	5,3	16
		M	7,6	23	2,3	7
Rafael Uribe	Sur oriente	H	6,3	19	3,6	11
		M	8	22	2,6	8
Mártires	Centro	H	6,3	19	3,6	11
		M	7,3	22	2,6	8
Total			69		31	

Escolaridad		Género	%	n
Analfabeta		H	5	15
		M	5	15

Alfabetizado	% Primaria incompleta	n	% Primaria completa	n	% Bachiller incompleto	n	% Bachiller	n	% Técnico	n	% Universitario	n
H	45,3	68	24,6	37	10	15	7,3	11	0,6	1	2	3
M	24	73	11	34	5,6	17	3,3	10	0,6	1	0,6	1

Estado civil										
	% Casado	n	% Unión libre	n	Separado	n	Soltero	n	Viudo	n
H	36,6	55	16,6	25	8,6	13	26	39	12	18
M	21,3	32	4,6	7	11,3	17	33,3	50	29,3	44

Ocupación	Genero	%	n
Desempleados	H	86,6	130
	M	92	138
Trabajadores no calificados	H	13,3	20
	M	8	12

Tabla 1 Perfil sociodemográfico de los adultos mayores en los Centros Día por localidad

El 10% de la muestra de los adultos mayores de ambos géneros encuestados no han tenido acceso a la educación formal. El 90% (n:135) de hombres y mujeres cursó estudios de educación: primaria 24,6% (n:37) y 22% (n:33), un porcentaje menor, 7,3% (n:11) y 6,6% (n:10) respectivamente ha hecho estudios secundarios o bachillerato y menos del 2,6 (n:4), 1,3% (n:2) respectivamente estudios superiores o universitarios. (Ver tabla 1).

El estado civil de los hombres mostró un 53,3% (n: 80) casado o en unión libre, frente a un 46,6% (n: 70) en las categorías de separado, soltero o viudo. Para las mujeres ocupó el 26% (n: 39) casadas o en unión libre y un 74% (n: 111) para separadas, solteras o viudas. Esta variable muestra un mejor bienestar psicológico para los hombres.

El 10,6% (n: 32) de los adultos mayores que trabajan lo hacen en ocupaciones informales: hombres vendedores ambulantes de frutas, dulces y catálogos, entrenador de perros (habitante de la calle), manejo de bici taxi, pintor, entre otras. Mujeres: vendedores ambulantes de frutas, dulces y catálogos, recicladoras, modistas, servicio doméstico, entre otras.

La calificación de la calidad de vida en general de acuerdo a la escala para los géneros masculino y femenino predominó la categoría "lo normal" con un 36% (n: 54) y 37% (n: 55) respectivamente, se observó que las diferentes escalas fueron superiores para el género masculino predominando las categorías "bastante bien" con un 25% (n: 38) y 23% (n: 35) respectivamente. La categoría "muy bien" con 21% (n: 32) y 25% (n: 38) respectivamente. (Ver figura 1).



Centro día	Localidad	Género	1. Muy mal %	n	2. Poca%	n	3. Lo normal %	n	4. Bastante bien %	n	5. Muy bien %	n	% Calidad de vida percibida
Bosque	Engativá	H	0,7	1	0,7	1	8	12	6	9	4,7	7	33,5
		M	0		2	3	6,7	10	4,7	7	6,7	10	
El refugio	Mártires	H	0		4	6	9,3	14	6	9	0,7	1	40
		M	2	3	3,3	5	8,7	13	4	6	2	3	
La casa del árbol	Usquén	H	0		2	3	7,3	11	4	6	6,7	10	40
		M	0,7	1	0,7	1	8	12	5,3	8	5,3	8	
Macondo	Tujuelito	H	2,7	4	4,7	7	4,7	7	4	6	4	6	40,1
		M	0,7	1	2,7	4	7,3	11	3,3	5	6	9	
Palabras mayores	Rafael Uribe	H	2,7	4	4,7	7	4,7	7	4	6	4	6	40,1
		M	0,7	1	2,7	4	7,3	11	3,3	5	6	9	

El 88,7% (133) de los hombres mencionaron tener algún tipo de enfermedad, estas fueron categorizadas en Enfermedades No Transmisibles (ENT) propias de la edad; las enfermedades cardiovasculares ocuparon el 55,3% (n: 83), cáncer y diabetes el 4,7% (n: 7) y otras enfermedades ocuparon el 35,3% (n: 53) como cataratas, miopía, hipertrofia prostática, epilepsia y discapacidad motora, auditiva y visual.

Las mujeres que mencionaron tener algún tipo de enfermedad fueron el 84% (n: 126), de este grupo se categorizó de acuerdo a la ENT, enfermedades cardiovasculares ocupó el 46% (n: 70), diabetes el 6,6% (n: 10), enfermedades respiratorias crónicas 6% (n: 9), cáncer 1,3% (n: 2). La categoría otras enfermedades ocupó el 36,6% (n: 58), dentro de ellas tenemos una subcategoría de artrosis u osteoartritis ocupó el 18,6% (n: 28) y trastorno lipídico, en menor proporción.



FOTO: OFICINA DE COMUNICACIONES SENA D.C.
- CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD

Los adultos mayores de los centros día Rafael Uribe y Macondo perciben mayor porcentaje de calidad de vida 40,1% seguido de la casa del árbol y El refugio ambos con 40%. Los adultos mayores de El Bosque son los que perciben menor porcentaje 33,5%.

DANE Resultados de pobreza monetaria y de desigualdad 2012. Boletín De prensa 18 de abril del 2013. Pág. 5 ENH

Águila, J., & Alvares, J. (2013). Factores que determinan la calidad de vida de las personas mayores. Desafíos y perspectivas actuales de la psicología en el mundo adulto y envejecimiento, 161.

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2010). Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital, 2010 - 2025. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá.

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Secretaria Distrital de Integración Social. (2014). Cartilla resultados de la línea de base noviembre 2014 - política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital 2010 - 2025. Bogotá: IE.

Ávila, R. (2003). Calidad de Vida: una definición Integradora. Revista Latinoamericana de Psicología, 161-164.

Botero, B., & Pico, M. E. (Enero - Diciembre de 2007). Calidad de Vida Relacional con la Salud (CVRS) en Adultos Mayores de 60 Años: Una Aproximación Teórica. Hacia la Promoción de la Salud, 12, 11 - 24.

Cardona Arias, J. A., Hernández Petro, A. M., & León Mira, V. (2014). Validez, fiabilidad y consistencia interna de tres instrumentos de medición de calidad de vida relacionada con la salud en personas con fibromialgia, Colombia. Revista Colombiana de Reumatología, 21(2). Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-81232014000200002

Cardona Arias, J., Peláez Vanegas, L., López Saldarriaga, J., Duque Molina, M., & Leal Álvarez, O. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con VIH/sida, Medellín, Colombia, 2009.

Biomédica, 31(4), 532-544. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v31n4/v31n4a08.pdf>

Cardona, D., & Agudelo, H. (Enero - Junio de 2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, 23(1), 79-90.

Cardona, J. A., Ospina, L. C., & Eljadue, A. P. (2015). Validez discriminante, convergente/divergente, fiabilidad y consistencia interna, del WHOQOL-BREF y el MOSSF-36 en adultos sanos de un municipio colombiano. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 50-57. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12033879007>

Dulcey, E. (2013). Envejecimiento y Vejez en Colombia. Colombia: Profamilia.

Fernández Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. Barcelona, España.

Paula, E. (2010). Valores Subjetivos de las Dimensiones de Calidad de Vida en Adultos Mayores. Revista Española de Geriátría y Gerontología, 45(2), 67 - 71.

Planeación, S. D. (2014). Poblaciones, demografía y diversidad: hacia la inclusión y la equidad en Bogotá. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá.

Prado Antonio, S. A. (2010). Envejecimiento en América Latina, Sistema de Pensiones y Protección Social Integral. Chile: CEPAL.

Profamilia. (2011). 1ra Encuesta Distrital de Demografía y Salud Bogotá. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá.

Salas, C., & Garzón, M. (2013). La noción de calidad de vida y su medición. CES Salud Pública, 4, 36-46. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4549356.pdf> Salud, O. O. (2015). Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 12 de 08 de 2015, de http://www.who.int/ageing/publications/alc_elmanual.pdf?ua=1

SDIS, S. D. (2014). Secretaria Distrital de Integración Social. Recuperado el 12 de 09 de 2015, de http://www.integracionsocial.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=8&Itemid=4



Urzúa, A. M., & Caqueo-Úrizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30, 61-71, doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>

Velarde, E., & Ávila, F. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Publica de México*, 44(4), 349.

Verdugo, M., Gómez, L., & Arias, B. (2009). Evaluación de la Calidad de Vida en Personas Mayores: la Escala FUMAT. Salamanca, España.

WORLD HEALTH ORGANIZATION GENEVA. (12 de 1996). World health Organization. Obtenido de WHO: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf

NOTAS

¹Investigador SENNOVA, Centro de Formación de Talento Humano en Salud Servicio Nacional de Aprendizaje SENA; Docente universitaria promoción de la salud y familia y gerencia de la calidad servicios de salud.



FOTO: OFICINA DE COMUNICACIONES SENA D.C.
- CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD