

Original

Imagen tomada de Freepik



11

INTRODUCCIÓN

El mundo experimenta transformaciones demográficas sin precedentes, caracterizadas por un incremento notable en el número de personas mayores de 60, ya que a partir del año 2015 se presentó un predominio en el crecimiento de la población de adultos mayores. Según Cardona D (2016) en su estudio “Calidad de vida en adultos mayores: reflexiones sobre el contexto colombiano desde el modelo de Schalock y Verdugo”, establece para el 2050 un aumento entre 10% y 21% en el número de adultos con más de 60 años, configurándose esta situación como un fenómeno de alcance mundial, tanto para los países desarrollados, como para aquellos en vía de desarrollo, con implicaciones en el individuo, la familia y la sociedad de manera particular en el sistema de seguridad social y dentro de él, en aquellos sectores comprometidos con la atención integral a la adultez mayor.

En Colombia, los cambios demográficos comenzaron a evidenciarse desde los años treinta como producto de la urbanización e industrialización, el crecimiento de la economía y las oportunidades de trabajo, el desarrollo científico y tecnológico. De esta forma, el avance de la transición demográfica ha generado un proceso de envejecimiento de la población de estudio, debido a una disminución de la mortalidad desde los años treinta y de la fecundidad desde mediados de los años sesenta.

De acuerdo con las proyecciones poblacionales del DANE, para el 2021, se estimó que en Colombia habría 7.107.914 personas adultas mayores (60 años y más), es decir 13.9% de la población del país. De ellas, el 44.9% son hombres (3.189.614 personas) y el 55.1% son mujeres (3.918.300 personas). De acuerdo con XV Congreso internacional de envejecimiento y vejez “Década del envejecimiento saludable 2020 – 2023” Colombia 2021, se pudo establecer que la población adulta mayor es considerada en Colombia como vulnerable, debido a que un gran porcentaje de ellos cuenta con recursos económicos mínimos, poca inclusión social y familiar, fenómenos que se relacionan con la calidad de vida desde sus múltiples dimensiones. Por tal motivo, Ardila (2003) considera que la calidad de vida es un concepto polidimensional que conjuga factores económicos, estilos de vida, condiciones de salud, hábitat, auto satisfacciones y entorno social, entre otros aspectos. Se conceptúa de acuerdo con un sistema de valores, que cambian en las personas, entre grupos y lugares; así, la estructura conceptual de calidad de vida la integran, otros aspectos como la sensación de bienestar que es experimentada por los individuos y que representa la suma de sensaciones personales objetivas y subjetivas.





Foto de Daniel Cely: <https://www.pexels.com/es>

“En cuanto a los adultos mayores, en diferentes estudios se ha definido la calidad de vida de forma positiva y negativa; positiva, cuando se cuenta con buenas relaciones familiares y sociales, con atención en salud, asociándola también con aceptables condiciones materiales; pero se hace una valoración negativa de la calidad de vida, cuando son dependientes, tienen limitaciones funcionales, son infelices o tienen una reducción de sus redes sociales. De esta forma, han manifestado que pérdidas del estado de salud, de contactos sociales y limitaciones funcionales, son principalmente las que empeoran la calidad de vida.” (Pérez I. 2015. p.14).

De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida se consideró como una percepción individual de la situación de vida dentro del contexto cultural, y el conjunto de valores en el que vive y con respecto a sus propósitos, expectativas, normas y preocupaciones. La calidad de vida un concepto amplio y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

Actualmente el proyecto SABAM, apoyado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología de Colombia y la Universidad CES (Cardona D, Segura AM, Segura DA, Robledo CA. Salud y Bienestar mental de la persona mayor en cinco ciudades de Colombia (2020-2022). Proyecto financiado por Minciencias (código 122884467945) y la Universidad CES (COII Acta 215Proy001). Medellín: Editorial CES. 2022. ISBN: 978-958-5101-62-3). El cual se pudo analizar variables de interés como calidad de vida, fragilidad, salud mental, bienestar social, y trastornos mentales. Los resultados fueron un gran aporte a las políticas públicas en la ciudad de Bucaramanga con el ánimo de garantizar una mejor calidad de vida en la población de estudio que cuentan con falencias anteriormente descritas, asegurando de esta forma factores socio económicos e integralidad en salud que pudieran mejorar la calidad de vida.

De esta manera se planteó el objetivo de describir la calidad de vida de la persona mayor de Bucaramanga.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación se basó en un estudio con enfoque cuantitativo analítico, ya que se realizó mediante la aplicación de conocimientos estadísticos considerando la hipótesis y las variables descritas en el objetivo, presentando un componente analítico, con una muestra de 500 personas mayor de 60 años de la ciudad de Bucaramanga.

Para la realización del estudio se analizó una fuente secundaria de información de los adultos mayores de la ciudad de Bucaramanga. El instrumento de recolección de información que utilizó fue una encuesta que contempló 89 variables estructuradas.

Para la inclusión de estos registros en el análisis, previamente se solicitó la autorización de los autores del proyecto en el uso de las variables con el ánimo de responder el objetivo propuesto en el presente artículo. Posteriormente, fueron seleccionados los registros de información desarrollando una base final para crear los diversos análisis.

Una vez obtenida la base de datos, la información fue trasladada al software SPSS 21® para el procesamiento y análisis requerido, donde se verificó la calidad de los datos. Para la generación de cuadros de salida y gráficos se utilizó los programas Microsoft Excel y SPSS y para la presentación de los resultados se desarrolló con el procesador de texto Microsoft Word.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó medidas de frecuencias simples, proporciones de cada una de las variables nominales y un análisis estadístico descriptivo para las variables de naturaleza cuantitativa, esto con el fin de detectar errores de digitación, datos perdidos y valores extremos que pudieran afectar el análisis.

Durante el análisis univariado, se pudo describir las variables sociodemográficas y de calidad de vida de la población de estudio, se tomó el sexo como variable trazadora, lo cual permitió hacer una presentación más integral de los datos. Para las variables cualitativas se calculó frecuencias o proporciones y en las variables cuantitativas se graficó medidas de tendencia central y de dispersión; presentándose los intervalos de confianza del 95%, y resultados mediante tablas y gráficos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se basa en un análisis secundario que adoptó los principios y guías éticos para la protección de humanos de acuerdo con la investigación del reporte de Belmont, considerándose sin riesgo para los participantes, sus familias o la comunidad, a la vez se desarrolló tomando los principios éticos dictados en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, como sustento de un proyecto base que cumple los requerimientos solicitados como consentimiento informado y respeto a las personas, de la misma manera, durante la recolección de la información y del análisis de la misma, los datos se manejaron con total confidencialidad por los investigadores.

Para fortalecer la membrana ética de la investigación, de acuerdo con la Resolución 8430 artículo 11 y 12 de octubre 4 de 1993, que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia y, que proclama por la protección de la privacidad, dignidad y derechos del individuo, realizando investigaciones que permitan obtener información pertinente en el área de la salud Según el artículo 11, acorde al Reporte de Belmont, este estudio se clasifica sin riesgo porque no hay una intervención invasiva en ningún ámbito de los sujetos de estudio.

Por lo anterior, se obtuvo el permiso de la Universidad CES para acceder a la base de datos del proyecto SABAM 2021, bajo los parámetros que esta institución refiere. Así mismo, se solicitó la revisión y aprobación expedita del comité de ética de la Universidad CES. El estudio base también contó con aprobación del comité de ética.

Con base en principios éticos de la investigación, se mantuvo la confidencialidad de los participantes y la base de datos se usó solo para fines del presente estudio.

RESULTADOS

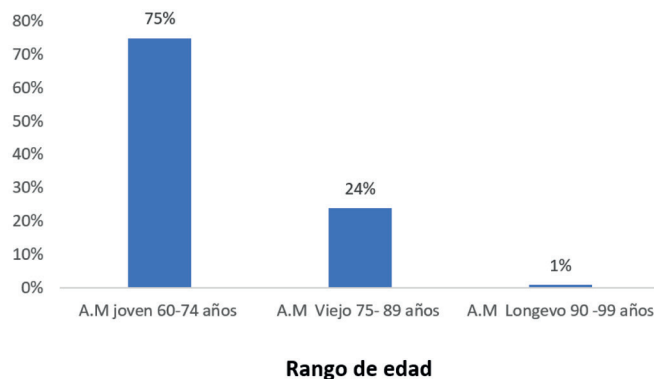
Descripción de las personas adultas mayores, según características demográficas.

Se obtuvo información de 500 personas mayores en un rango de edades de 60 a 95 años, residentes de la ciudad de Bucaramanga, Santander, de las cuales el 63% eran mujeres. La edad media de los adultos mayores (AM) fue de 70 años (con desviación estándar de 71 años), la edad más común fue de 63 años y la mediana de 68 años, es decir que el 50% de la población de estudio tenía 68 años o menos.

En la figura 1 se puede observar que, tanto para mujeres como hombres, la mayor población se encontró en la categoría adulto mayor joven en un 74% y 77% respectivamente, siendo los longevos la mínima cantidad de la población encuestada.

Figura 1

Distribución porcentual de los adultos mayores según rango de edad. Bucaramanga, 2021



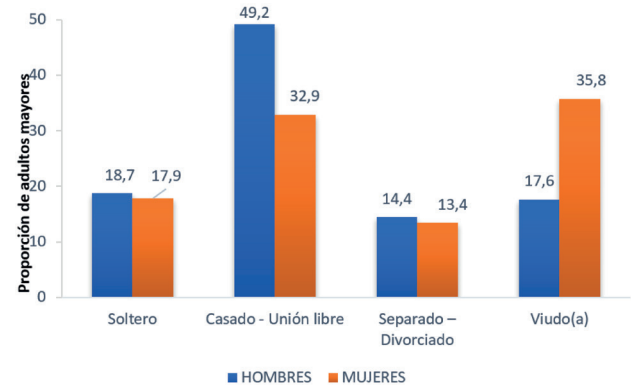
Fuente: Elaboración propia con base proyecto SABAM 2021.

Con relación al estado civil de los adultos mayores, el 39% están casados o viven en unión libre, el 18% eran solteros, viudos un 29% y el restante son separados, lo cual nos indica que más de la mitad de los encuestados no tienen una pareja como compañía.

Cuando se observó la distribución del estado civil de acuerdo con el sexo, se encontró que, en la población de estudio, las mujeres se encuentran en estado de viudez en una doble proporción que los hombres. Figura 2.

Figura 2

Distribución de la Población adulta mayor de Bucaramanga según estado civil por sexo, 2021

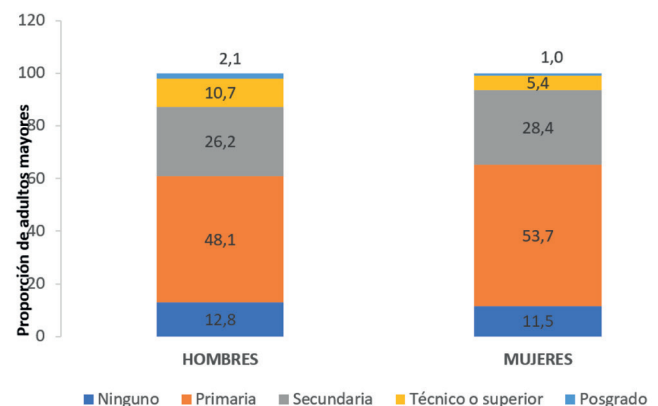


Fuente: Elaboración propia con base proyecto SABAM 2021.

En cuanto a la escolaridad se puede evidenciar que más de la mitad de la población de estudio (52%), cursó la primaria y solo el 28% alcanzaron estudios de secundaria, mientras que 12% tienen ausencia de escolaridad, la educación superior se logró percibir que por una mujer que alcanzó el nivel técnico superior o el nivel de posgrados, hay dos hombres con el mismo nivel educativo.

Figura 3

Máximo nivel educativo alcanzado por la población adulta mayor de Bucaramanga, según sexo, 2021

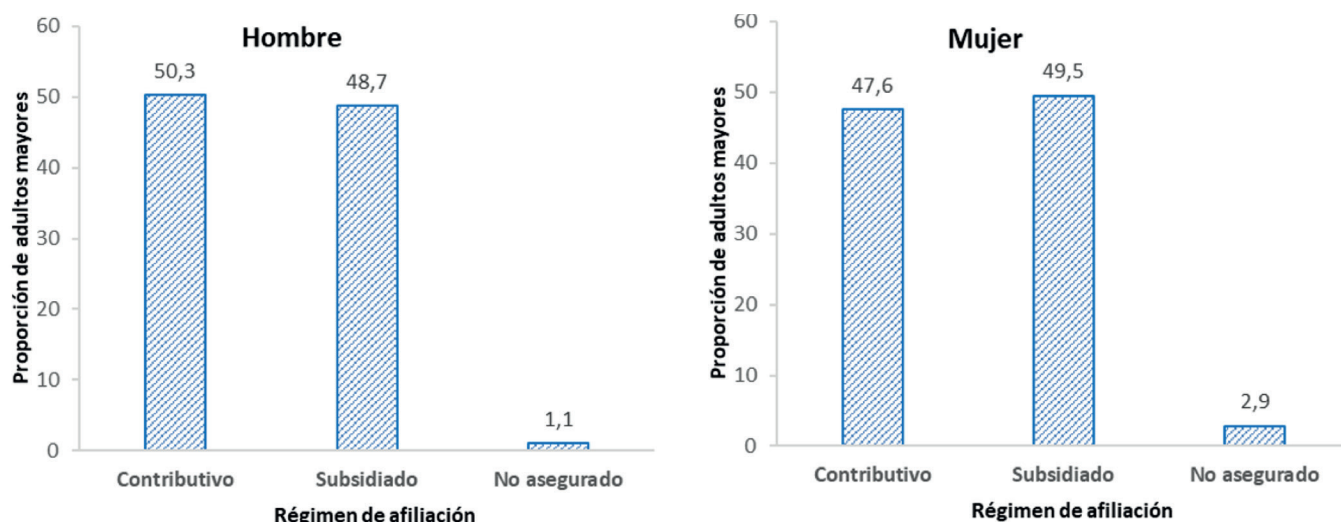


Fuente: Elaboración propia con base proyecto SABAM 2021.

En cuanto al Sistema General de Seguridad en Salud (SGSSS), los participantes respondieron pertenecer, tanto hombres como mujeres, al régimen contributivo en un 50% y 48% respectivamente y subsidiado en un 49% para ambos géneros, el 2% respondieron estar desprotegidos del régimen en salud, evidenciándose que por cada hombre desprotegido hay 4 mujeres en la misma condición. Figura 4.

Figura 4

Distribución proporcional de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de la población adulta mayor de Bucaramanga, según sexo, 2021

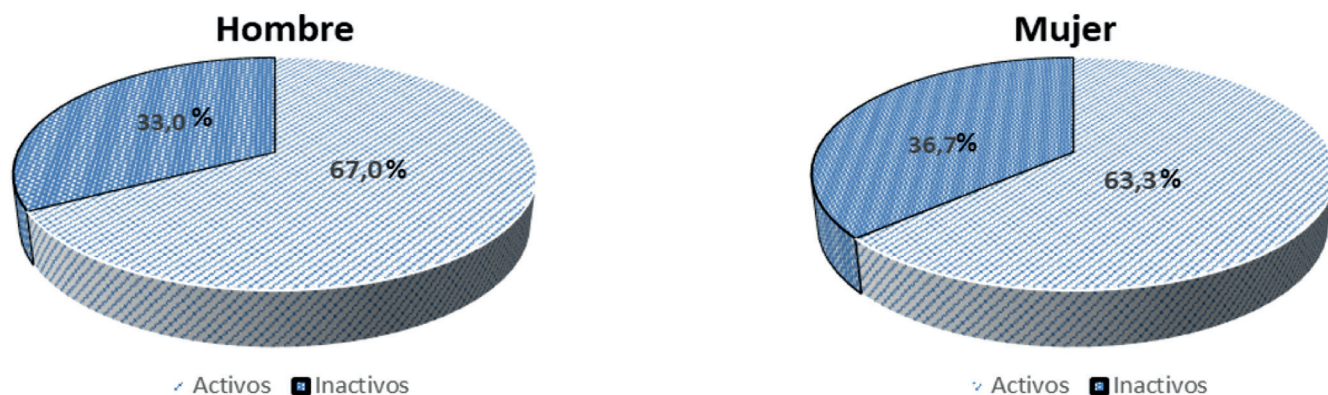


Fuente: Elaboración propia con base proyecto SABAM 2021.

En lo relacionado con la actividad física, el 65% (323) de los adultos mayores de Bucaramanga realizan actividad física; las mujeres que no realizan actividad física solo se diferencian de los hombres en esta misma condición en un 4% (63,3% y 67% respectivamente). Figura 5.

Figura 5

Distribución proporcional de la población adulta mayor de Bucaramanga, según su actividad física, 2021



Fuente: Elaboración propia con base proyecto SABAM 2021.

En lo que respecta al nivel socio económico, se puede verificar que más de la mitad de los encuestados (55%) pertenecían a un estrato socio-económico bajo (1 y 2), el 43% se identificó en estrato social medio (3 y 4) y solo el 2% respondieron ser de estrato alto (5 y 6). Tabla 1.

Con relación a la seguridad de recibir ingresos económicos, más de la mitad de los encuestados (55%) dicen haber recibido algún tipo de recurso económico el mes anterior, los cuales provienen de algún tipo de subsidios, y solo el 28% contaban con una asequibilidad a una pensión o jubilación (tabla 1). En cuanto a los ingresos económicos recibidos en la población de estudio, se pudo establecer que la media de dinero recibido fue de \$803.344,20 COP (con desviación estándar de \$750.183,98 COP), siendo el mínimo de \$60.000 COP y el máximo de dinero recibido de \$5.000.000 COP. El ingreso común recibido fue de \$160.000 COP (por Bono Solidario) y la mediana de los ingresos recibidos fue de \$700.000 COP; es decir que el 50% de la población obtiene este recurso y hasta menos.

Dentro de los ingresos mensuales, el 41% dicen haber recibido menos de un salario mínimo legal vigente (SMLV) que para el año 2021 equivalía a \$908.526 COP y el 45% de la población de estudio respondieron no haber recibido ningún tipo de recurso económico; es importante resaltar que, dentro del grupo de las mujeres, el 51% (160) mujeres no reciben ningún tipo de ingreso, en comparación con los hombres 34% (64). Tabla 1.

En relación con el tipo de vivienda, en esta etapa de la vida, la mitad de los adultos mayores encuestados (51%) son propietarios de la vivienda donde residen, el restante se distribuye en un 26% (128) de los adultos mayores pagan un canon y un 23% (114) de los individuos residen en viviendas familiares; esta distribución se comportó igual al analizar las categorías por sexo. Tabla 1.

Tabla 1

Distribución proporcional de la población adulta mayor de Bucaramanga, según características sociales comparadas por sexo, 2021

Características		Hombre (n:187)		Mujer (n:313)		Total (n:500)	
		n	%	n	%	n	%
Nivel económico de la vivienda	Bajo (1-2)	107	57,2	167	53,4	274	54,8
	Medio (3-4)	75	40,1	141	45,0	216	43,2
	Alto (5-6)	5	2,7	5	1,6	10	2
Recibió ingresos el mes anterior	Si	123	65,8	153	48,9	276	55,2
	No	64	34,2	160	51,1	224	44,8
Ingresos en el último mes	Sin ingresos	64	34,2	160	51,1	224	44,8
	Menos de 1 SMMLV	87	46,5	120	38,3	207	41,4
	Entre 1 y 2 SMMLV	29	15,5	28	8,9	57	11,4
	Más de 2 SMMLV	7	3,7	5	1,6	12	2,4
Tipo de vivienda	En arriendo	52	27,8	76	24,3	128	25,6
	Familiar	36	19,3	78	24,9	114	22,8
	Hipotecario	1	0,5	3	1,0	4	0,8
	Propia	98	52,4	156	49,8	254	50,8

Fuente: Elaboración propia con base proyecto SABAM 2021.

En la siguiente tabla se presenta la distribución de hábitos de consumo de sustancias psicoactivas. Para el caso de consumo de tabaco, se evidencia una baja proporción del 8,8% (44 individuos), de los cuales los hombres equivalen al 15,5% (29) y las mujeres y 5% (15). Comportamiento un tanto similar en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, el 14% (26) y 4% (13) en hombres y mujeres respectivamente. Tabla 2.

En cuanto al consumo de sustancias como cannabis, cocaína, anfetaminas, inhalantes, tranquilizantes, alucinógenos y opiáceos, los adultos mayores respondieron en un 99,6% en hombres y 99,8% en mujeres, no haber consumido en los últimos 3 meses ninguna de las mencionadas. Tabla 2.

Tabla 2

Distribución porcentual de la población adulta mayor de Bucaramanga según el consumo de sustancias psicoactivas comparadas según género, 2021

Consumo SPA		Hombre (n= 187)		Mujer (n= 313)		Total (n= 500)	
		n	%	n	%	n	%
Tabaco	Si	29	15,5	15	4,8	44	8,8
	No	158	84,5	298	95,2	456	91,2
Alcohol	Si	26	13,9	13	4,2	39	7,8
	No	161	86,1	300	95,8	461	92,2
Cannabis	Si	0	0,0	2	0,6	2	0,4
	No	187	100,0	311	99,4	498	99,6
Cocaína	Si	0	0,0	1	0,3	1	0,2
	No	187	100,0	312	99,7	499	99,8
Anfetaminas/Inhalantes	Si	0	0,0	1	0,3	1	0,2
	No	187	100,0	312	99,7	499	99,8
Tranquilizantes	Si	0	0,0	7	2,2	7	1,4
	No	187	100,0	306	97,8	493	98,6
Alucinógenos	Si	0	0,0	1	0,3	1	0,2
	No	187	100,0	312	99,7	499	99,8
Opiáceos	Si	0	0,0	1	0,3	1	0,2
	No	187	100,0	312	99,7	499	99,8

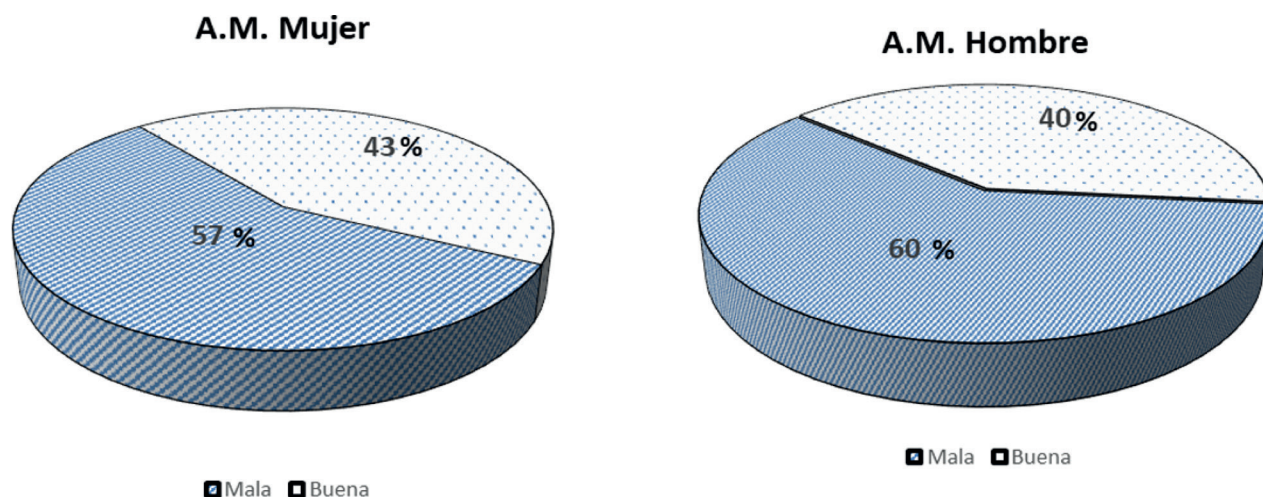
Fuente: Elaboración propia con base proyecto SABAM 2021.

De acuerdo con los resultados encontrados al aplicar la escala WHOQOL-OLD para valorar calidad de vida, se observó que el 42% (210) indica tener una buena calidad de vida; sin embargo, la prevalencia de una percepción mala de la calidad de vida fue del 58% (290).

Al relacionarlo con sexo, se pudo evidenciar que las mujeres presentaron una menor percepción de mala calidad de vida (57%) que los hombres (60%). Figura 6. Al hablar de mala percepción de calidad de vida, se encontró que, por cada mujer había 1,1 hombre que tenían esta opinión.

Figura 6

Distribución proporcional de la población adulta mayor de Bucaramanga, según su percepción de calidad de vida, 2021

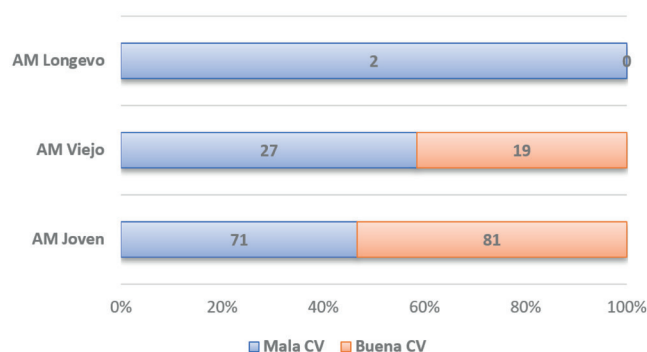


Fuente: Elaboración propia con base proyecto SABAM 2021.

Las personas adultas mayores jóvenes reportaron en mayor proporción percibir una buena calidad de vida con un 81% (170); y el 71% (206) de las personas indicaron percibir una mala calidad de vida. El adulto mayor longevo percibe que su calidad de vida es mala, al igual que el adulto mayor viejo que considera en un 27% esta misma percepción. Figura 7.

Figura 7

Percepción de calidad de vida de los grupos de edad de la población adulta mayor de Bucaramanga, 2021



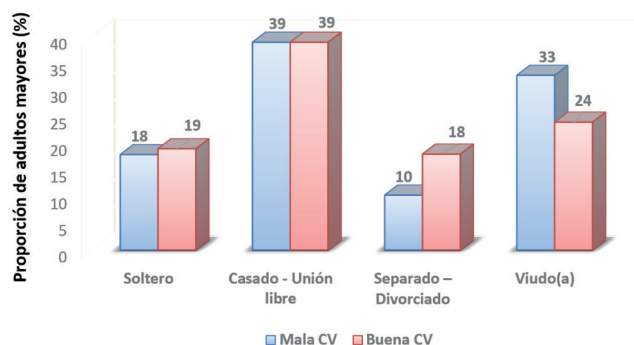
Fuente: Elaboración propia con base proyecto SABAM 2021.

En lo relacionado con el estado civil, se observó que las personas que tienen una percepción de mala calidad de

vida, el 39% (113) de ellas son casadas o viven bajo unión libre, igual distribución para este estado civil, se presentó en las personas con una percepción de buena calidad de vida (39%, n=82). La condición de viudez se identifica también en una mala percepción en el momento de considerar su calidad de vida (33%). Lo que contrasta con el separado o divorciado, que representa la menor proporción en el grupo de mala percepción de calidad de vida (10%). Figura 8.

Figura 8

Distribución proporcional de la población adulta mayor de Bucaramanga, según estado civil y Percepción de calidad de vida, 2021

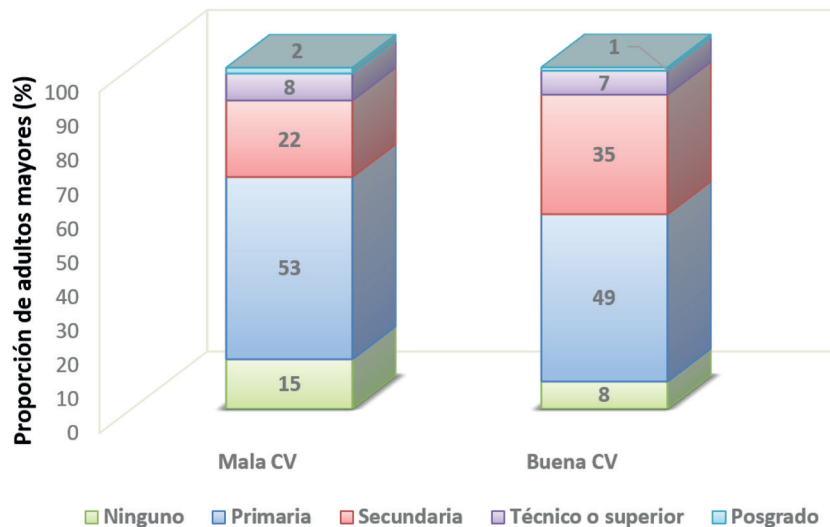


Fuente: Elaboración propia con base proyecto SABAM 2021.

Respecto a la percepción de la calidad de vida y el máximo nivel educativo alcanzado por la población de estudio, se pudo observar que de las personas que indicaron tener mala calidad de vida, un 32% alcanzaron estudios entre secundaria y posgrado, mientras que en el grupo de los adultos mayores que se perciben con buena calidad de vida, estas condiciones representan un 43%. Figura 9.

Figura 9

Distribución proporcional de la población adulta mayor, según el máximo nivel educativo alcanzado y Percepción de calidad de vida Bucaramanga, 2021.

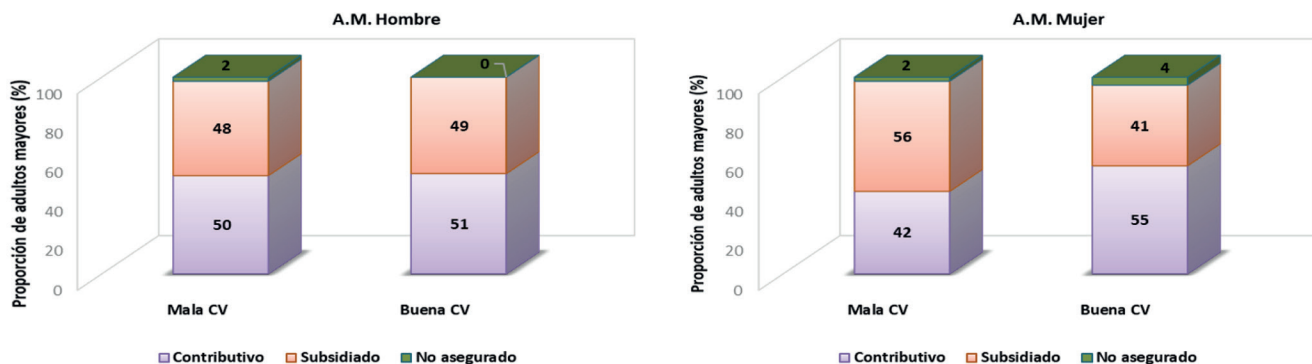


Fuente: Elaboración propia con base proyecto SABAM 2021.

En cuanto al régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), dentro de los que manifestaron percibir tener una mala calidad de vida, el 53% (154) pertenecen al régimen subsidiado, en lo que respecta al grupo que percibe una buena calidad de vida, se mantuvo igual proporción a la anterior, de adultos mayores que tienen como régimen de afiliación al SGSSS, el régimen contributivo. Para la categoría “No asegurado”, la distribución en cuanto a tener una percepción buena o mala de su calidad de vida, fue similar (2%). Al analizar estas variables diferenciadas por el sexo, se encontró que las mujeres que pertenecían al régimen subsidiado perciben mayor mala calidad de vida, a diferencia de los hombres, pues los que presentan mayor proporción con esta misma percepción (mala calidad de vida), pertenecen al régimen contributivo. Figura 10.

Figura 10

Percepción de calidad de vida de la población adulta mayor de Bucaramanga por sexo y según régimen de afiliación al SGSSS, 2021



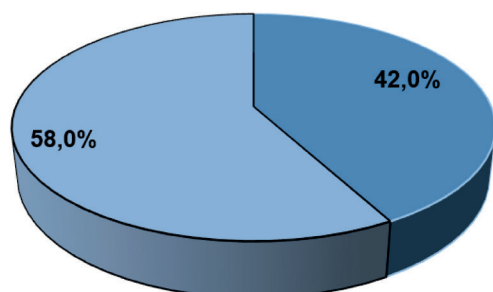
Fuente: Elaboración propia con base proyecto SABAM 2021.

Se pudo observar que por cada adulto mayor que no realiza actividad física y tiene una percepción de buena calidad de vida, existen dos adultos mayores que tampoco realizan actividad física y perciben una mala calidad de vida. Figura 11.

Figura 11

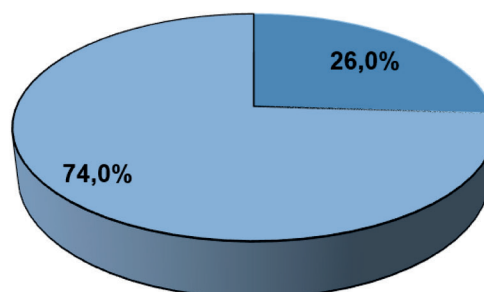
Distribución proporcional de la población adulta mayor de Bucaramanga, según su percepción de calidad de vida, 2021

Percepción mala calidad de vida



■ Inactivos ■ Activos

Percepción buena calidad de vida



■ Inactivos ■ Activos

Fuente: Elaboración propia con base proyecto SABAM 2021.

Con relación al nivel económico de la vivienda, se pudo evidenciar que las personas que consideran tener una mala calidad de vida, el 64% (186) viven en el estrato bajo 1 y 2, y solo el 0,3% (1) viven en estrato alto 5 y 6; este mismo nivel económico solo representa el 4% (9) de los que indicaron tener una buena calidad de vida. Tabla 3.

Al analizar los ingresos recibidos en el último mes antes de la encuesta, se pudo evidenciar que el mayor porcentaje de percepción de una mala calidad de vida, lo tienen con un 45% (131) de individuos sin recibir ingresos, sin embargo, este mismo grupo poblacional con la misma falencia de ingresos tiene una frecuencia porcentual parecida (44%, n:93) en cuanto a la percepción de buena calidad, en general, se observa una distribución similar de las categorías de ingresos respecto a tener una percepción de buena o mala calidad de vida. Tabla 3.

El mayor porcentaje de los adultos mayores incluidos en el estudio poseen vivienda propia, de los cuales tienen una mala percepción de calidad de vida el 57% (164), y un 43% (90) a una buena calidad de vida. En cuanto a la condición de casa en arriendo la proporción es 23 % con percepción de mala calidad de vida y 30% se identifican con buena calidad de vida. Tabla 3.

Tabla 3

Características sociodemográficas comparadas por percepción de la calidad de vida de los Adultos Mayores, Bucaramanga 2021

Características		Percepción calidad de vida					
		Mala (n= 290)		Buena (n=210)		Total (n= 500)	
		n	%	n	%	n	%
Nivel económico	Bajo (1-2)	186	64,1	88	41,9	274	54,8
	Medio (3-4)	103	35,5	113	53,8	216	43,2
	Alto (5-6)	1	0,3	9	4,3	10	2
Recibió ingresos el mes anterior	Si	159	54,8	117	55,7	276	55,2
	No	131	45,2	93	44,3	224	44,8
Nivel de ingresos	Sin ingresos	131	45,2	93	44,3	224	44,8
	Menos de 1 SMMLV	119	41,0	88	41,9	207	41,4
	Entre 1 y 2 SMMLV	36	12,4	21	10,0	57	11,4
	Mas de 2 SMMLV	4	1,4	8	3,8	12	2,4
Tipo de vivienda	En arriendo	66	22,8	62	29,5	128	25,6
	Familiar	59	20,3	55	26,2	114	22,8
	Hipotecario	1	0,3	3	1,4	4	0,8
	Propia	164	56,6	90	42,9	254	50,8

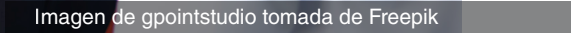
Fuente: Elaboración propia con base proyecto SABAM 2021.

DISCUSIÓN

Al estar institucionalizado conlleva a disminuir la calidad de vida de los adultos mayores, estas situaciones en su mayoría se realizan en contra de su voluntad, disminuyendo de forma consistente el contacto con la familia y allegados, conllevando a una reducción de su funcionalidad, muchas decisiones van a estar sujetas a sugerencias e imposiciones de la misma institución; situaciones similares fueron descritas por las personas mayores en el estudio de Castellanos (2008). Dichos factores no se tiene un consenso entre algunos autores, pues Pinilla (2022) y Melguizo (2014), plantean que los ancianos que están institucionalizados presentan mejores cuidados de enfermería y modifican hábitos, lo que mejora su calidad de vida; contrario a otros autores, quienes observaron que se creaba una mayor dependencia funcional en los ancianos allí residenciados en comparación con los que viven con sus familias.

El nivel educativo, fue otra característica de nivel bajo en el adulto mayor de Bucaramanga que al ser encuestado se relaciona con países de América Latina y del Caribe de acuerdo con estudios ya descritos por Findling, en el III congreso de asociación latinoamericana de población, Córdoba 2008, debido a que, en épocas pasadas, el nivel

Por tanto, las personas mayores se encuentran en conglomerados poblacionales con escaso grado de nivel educativo, dado que contemplaron su fase de acumulación de activos educativos en el pasado, cuando el índice del sistema de enseñanza formal en la región era muy inferior al actual. Efectivamente, el analfabetismo comparado con otros estudios es mayor entre los ancianos de 60 años y oscila entre un 50% en Bolivia y 13% en Chile.



Calidad de vida asociado al estrato social y afiliación al sistema.

En las generalidades del estrato social y los ingresos económicos de la población de estudio, se puede evidenciar de acuerdo con los registros en la encuesta SABE, que más de la mitad de los adultos mayores residen en estratos 1 y 2, igual porcentaje recibieron ingresos el mes anterior de los cuales solo el 28% es una pensión y/o jubilación. En el caso de las mujeres, más de la mitad no reciben ningún tipo de ingreso, el cual nos puede reflejar condiciones de vulnerabilidad que se relacionan con una mala percepción de calidad de vida.

En condiciones de afiliaciones al SGSSS de los adultos mayores que se encuentran afiliados al régimen subsidiado, 53% referenciaron tener una mala calidad de vida, mientras que las respuestas de una buena percepción de calidad de vida se relacionan con la afiliación al régimen contributivo, el cual evidencia que el régimen de afiliación puede relacionarse con el tipo de atención y programas de salud integral (condición física, mental y social), razón por la cual es indispensable realizar propuestas de nuevas políticas públicas que intervengan para una mejor atención para este tipo de población.

La asociación entre transición demográfica y epidemiológica responde a la demanda de servicios de salud, el derecho a acceder y al disfrute de un mejor nivel de salud. El informe sobre la salud en el mundo (2008), dice que la etapa geriátrica ha puesto de relieve unas situaciones que se relacionan en especial importancia para las instituciones de prestación de servicio.

Las personas mayores consultan con mayor frecuencia temas de salud específicos y complejos, pero los sistemas de vigilancia epidemiológica no tienen registrada esta información, al igual que los factores que inciden en las condiciones de salud complejas en esa fase de la vida, puesto que las personas mayores necesitan una valoración más integral en ámbitos de prevención de enfermedades y promover su independencia con el propósito de mantener una buena calidad de vida.

En cuanto a la percepción del estado de la calidad de vida, el 58% de la población de estudio encuestado lo consideraron regular o malo, y por sexo, los hombres 60%, resultados medianamente superiores a los reportados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y del 40% de las mujeres y 50% de los hombres mayores de 60 años de Santiago de Chile, Ciudad de México y La Habana que declaran tener regular o mala calidad de vida.

Esta diferencia en la opinión de la calidad de vida de los

adultos mayores, según el sexo, se ha confirmado por los problemas de salud que incide de diferentes formas a ambos sexos, y según Peláez (2020) “dado que las mujeres han participado menos en la fuerza laboral, su acceso a fuentes de ingreso en la vejez es mucho menor que el de los hombres. A no ser que el apoyo familiar compense esa diferencia, es de esperar que el deterioro de la salud y el bienestar de las mujeres de edad avanzada sea peor que el de los hombres de la misma edad” (p.322) Cierta parte de los individuos del estudio que respondieron tener deficiencias de algún factor, varía desde poco menos de 14% en la muestra de Barbados, hasta un 22% en la de Chile. Las proporciones son superiores en comparación con los que informaron tener dificultades en algún tipo de actividad instrumental de la vida diaria (AIVD), cambiando desde poco más de 17% en Uruguay hasta un 32% en Brasil.

En muchas investigaciones se ha podido asociar la práctica de la actividad física con la buena salud del individuo, entre ellos según Orazza Fraiz (2003), “la llamada tercera edad, también conocida con los términos de vejez, adultez mayor o tardía, ha sido abordada en la literatura de manera aislada o como fase de involución y no como una auténtica etapa del desarrollo humano”(p.12) esta misma autora señala que hasta hoy en día los autores estudiosos de la edad los incluyen a todos como adultos mayores, y comienzan a separarlos más bien en estudios demográficos o por proyectos específicos de trabajo. Por tal motivo se pudo establecer que más de la mitad de la población de estudio realiza actividad física, lo cual indica que pueden mantener un buen desarrollo social y emocional. Para aquellos que perciben buena calidad de vida, el 74% desarrollan de una manera recurrente en la actividad física y de aquellos que refieren una mala calidad de vida, el 58 % continúan con esta práctica.

CONCLUSIONES

Es importante resaltar que en la ciudad de Bucaramanga, la persona mayor no presenta diferencias significativas frente a los otros grupos poblacionales usados como comparación (nivel educativo, estado civil, afiliaciones al SGSSS e ingresos), aunque las variables de control como la edad, lo hacen más vulnerable en lo económico y en condiciones de salud al tener más dificultades para acceder a las oportunidades en la sociedad y por ende, podrían presentar más inequidad social y de salubridad, considerada como la desventaja socioeconómica que tiene el adulto mayor de 65 años y más, frente a los demás grupos poblacionales, debido a que ellos no presentan algunas funcionalidades físicas y cognitivas para el medio productivo que la sociedad requiere, dejando de lado su

experiencia y el conocimiento que han adquirido en el transcurrir de sus vidas.

Según la encuesta WHOQOL-OLD, aplicada en el estudio previo en la ciudad de Bucaramanga, se puede establecer que el grupo etario de mayor porcentaje son los adultos mayores jóvenes. La longevidad tiene una representación mínima. La categoría con más predominio en el estado civil de los individuos encuestados fue casado y/o unión libre, seguidos por separados, se evidenció asociación estadística entre el estado civil y el sexo mostrando la condición de casado más relacionado con el sexo masculino, mientras la categoría de viudez se relacionó en mayor medida con el sexo contrario. El mayor nivel educativo finalizado fue el de primaria y en segunda instancia la secundaria, seguido por un porcentaje de adultos mayores de la ciudad sin ninguna escolaridad que evidencia la disminución de oportunidades y les resta posibilidades de acceder a mejores condiciones de vida. Vale recordar que ellos son de generaciones nacidas a principios del siglo XX, donde el nivel de primaria era un alto grado educativo finalizado y al avanzar el tiempo se identificó adultos mayores con nivel de secundaria, universitaria y de posgrado.

En factores relacionados con la población de estudio se estableció, que la mayor representación son los adultos mayores jóvenes, los hombres se encuentran casados en más proporción y la viudez es propia de las mujeres. Por otro lado, presentan un alto grado de primaria, y solo los hombres alcanzaron un nivel educativo técnico, y que la mínima cantidad se encuentra desprotegida del régimen de salud, el cual refleja una buena cobertura en salud para esta población, garantizando la atención ante cualquier dificultad que se presente.

Los estratos sociales 1 y 2 fueron los más identificados en la mayoría de la población y solo un 28% tenían una pensión y/o jubilación. El ingreso más común son los bonos solidarios por valor de \$160.000 pesos, el cual para la economía colombiana es una cifra poco alentadora, limitando al adulto mayor al acceso a muchas de sus necesidades esenciales. En cuanto a la vivienda solo la mitad de la población de estudio posee vivienda propia.

Durante el presente estudio se aplicó la escala WHOQOL-OLD para interpretar la percepción de la calidad de vida, la cual indicó que más de la mitad de los adultos mayores encuestados perciben una mala calidad de vida, pero en el grupo de adultos mayores jóvenes, el 81% percibió tener una buena calidad de vida.

El estado civil no determinó un grado significativo en la percepción de la calidad de vida, aunque muchos estu-

dios relacionan que el acompañamiento de la pareja es una condición que ofrece tranquilidad en el adulto mayor. Respecto a la población de estudio, la limitación hallada fue la falta de participantes con discapacidades o afectaciones mentales.

La muestra objeto de investigación estuvo conformada por adultos mayores (60 años de edad o más) de la ciudad de Bucaramanga. Las características sociales, demográficas y calidad de vida del grupo fueron las siguientes: en su mayoría pertenecen al grupo de edad de “adultos mayores jóvenes” (entre 60 y 74 años de edad), se tienen más mujeres que hombres (en proporción aproximada de 60% - 40%), en su estado civil la mayor proporción son casados.

En cuanto al nivel de escolaridad en su mayoría tienen primaria concluida, la mayor parte de los individuos que residen en un estrato social bajo, y, respecto al ingreso del último mes antes de la encuesta la mayoría está agrupado entre cero ingresos y menos de un salario mínimo legal vigente para ese año en Colombia, por lo que pueden verse disminuidos los recursos económicos y la adquisición de necesidades básicas, el cual es un factor asociado a la mala calidad de vida. Aspectos relacionados con la salud, la discapacidad funcional y el sentirse maltratado por parte de sus familiares, reducen la calidad de vida, mientras que la voluntariedad para la reclusión, aumentan su puntuación.



Imagen de andreas tomada de Freepik

AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos a la Universidad CES, por el suministro de la base de datos SABAM 2021, para realizar el proyecto de grado titulado: Asociación de la polifarmacia y la fragilidad en el adulto mayor de la ciudad de Bucaramanga, 2021.

A la Dra. Martha Arismendi Solano, MSc en Epidemiología, por sus aportes estadísticos.

A la Dra. Doris Cardona Arango, PHd, Profesora facultad de Medicina U. CES.

Grupo de Investigación Epidemiología y Bioestadística, por su valiosa asesoría, autora del proyecto SABAM 2021.



Foto de César Coni: <https://www.pexels.com/es>

BIBLIOGRAFÍA

Abbing, H. R. (2016). Health, healthcare and ageing populations in Europe, a human rights challenge for European health systems. *European Journal of Health Law*. <https://doi.org/10.1163/15718093-12341427>

Alber, J., Delhey, J., Keck, W., & Nauenburg, R. (2005). *Quality of life in Europe*. Luxembourg: Office for Official Publications of European Communities.

Alfaqueh, G., Cook, E. J., Randhawa, G., & Ali, N. (2017). Access and utilisation of primary health care services comparing urban and rural areas of Riyadh Province, Kingdom of Saudi Arabia. *BMC Health Services Research*, 17, 106. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-1983-z>

Allardt, E. (1998). Tener, amar, ser: una alternativa al modelo sueco de investigación sobre el bienestar. En M. Sen & M. Nussbaum (Eds.), *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica.

Aranibar, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Ávila-Funes, J. A., Garant, M. P., & Aguilar-Navarro, S. (2006). Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*.

Azpiazu, M., Cruz, A., Villagrasa, J. R., Abanades, J. C., García, N., & Álvarez, C. (2003). Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. *Atención Primaria*.

Bacca, A. M., González, A., & Uribe, A. F. (2005). Validación de la escala de depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensamiento Psicológico*.

Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J., Dowding, L. M., Evans, O., & Fleissig, A. (2003). Let's ask them: Definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *International Journal of Aging & Human Development*, 56(4), 269-306.

Cano, C. G., Samper, R. J., Cabrera, J., & Rosell, D.

- (2016). Uso de medicamentos en adultos mayores de Bogotá, Colombia. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*.
- Cardona, D., & Agudelo, H. B. (2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23, 79-90.
- Casas, P. V., Ortiz, O. S., & Montenegro, E. P. (2016). Estrategias para optimizar el manejo farmacológico en el adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*.
- Castro, J. A., Orozco, J. P., & Marín, D. S. (2016). Polifarmacia y prescripción de medicamentos potencialmente no apropiados en ancianos. *Revista Médica Risaralda*.
- Castro-Rodríguez, J. A., Orozco-Hernández, J. P., & Marín-Medina, D. S. (2015). Polifarmacia y prescripción de medicamentos potencialmente no apropiados en ancianos. *Revista Médica Risaralda*, 21.
- CELADE, CEPAL, UNFPA, OPS, OIT, BID, et al. (2003). Las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas. Santiago de Chile: CELADE/CEPAL.
- CELADE. (2016). La dinámica demográfica en América Latina. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Duch, F. R., Ruiz, L., Gimeno, D., Allué, B., & Palou, I. (1999). Psicometría de la ansiedad, la depresión y el alcoholismo en atención primaria. *Semergen*.
- Dulcey, E., & López, J. H. (2006). Calidad de vida en adultos mayores de Medellín. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Elorza, M. E., Moscoso Nebel, S., & Lago, F. P. (2017). Delimitación conceptual de la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*.
- Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1439-1446.
- Findling, L., Lehner, M., Ponce, M., Venturiello, M., & Mario, S. (2008). Adultos mayores: percepción de salud y redes sociales. Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Córdoba.
- Gabriel, Z., & Bowling, A. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing & Society*, 24(5), 675-691.
- Gallegos, K., Durán, G. J., López, L., & López, M. (2003). Factores asociados con las dimensiones de calidad de vida del adulto mayor en Morelos. *Revista de Investigación Clínica*.
- Goldberg, D., & Bridges, K. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ*.
- Guigoz, Y., & Vellas, B. (1994). Mini-nutritional assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Research in Gerontology*.
- Guinness, L., Paul, R. C., Martins, J. S., Asante, A., Price, J. A., & Hayen, A. (2018). Determinants of health care utilisation: the case of Timor-Leste. *International Health*, 10(1), 44. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihy044>
- Hamano, T., Takeda, M., & Tominaga, K. (2017). Is accessibility to dental care facilities in rural areas associated with number of teeth in elderly residents? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(3), 327. <https://doi.org/10.3390/ijerph14030327>
- Herberholz, C., & Phuntsho, S. (2018). Social capital, outpatient care utilization and choice between different levels of health facilities in rural and urban areas of Bhutan. *Social Science & Medicine*, 211, 7-15. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.06.010>
- Hernández, R. (2008). Cuba: el estado conyugal de los adultos mayores. Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Córdoba.
- Jackson, A. S., & Pollock, M. L. (1985). Practical assessment of body composition. *Physician and Sportsmedicine*.
- Jaul, E., & Barron, J. (2017). Age-related diseases and clinical and public health implications for the 85 years old and over population. *Frontiers in Public Health*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00335>.
- Loewy, M. (2004). La vejez en las Américas. *Perspectivas de Salud*.

- Martínez, J., Onís, M. C., Dueñas, R., & Aguado, C. (2005). Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesavage para el cribado de la depresión. *Aten Primaria en Salud*.
- Mejía Blanquicet, P.A. (2024). Relación ente la polifarmacia y la fragilidad en el adulto mayor de la ciudad de Bucaramanga. (Tesis de maestría no publicada) Universidad Autónoma de Bucaramanga.
- Mejía, D., Ramírez, M., & Tamayo, J. (2009). Transición demográfica en Colombia. Reportes del Emisor.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020 dinámica demográfica y estructuras poblacionales. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Oficina de Promoción Social, Ministerio de Salud y Promoción Social. (2020). Boletín Poblacional personas Adultos Mayores de 60 Años.
- Organización de las Naciones Unidas, Huenchuan, S. (2009). Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. Santiago de Chile: ONU.
- Organización Mundial de la Salud, Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. (2002). Envejecimiento activo: un marco político.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Manual WHOQOL-OLD. Brazil. Recuperado de <http://www.ufrgs>.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Informe sobre la salud en el mundo: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS.
- Ortiz-Hernández, L., Delgado-Sánchez, G., & Hernández-Briones, A. (2006). Cambios en factores relacionados con la transición alimentaria y nutricional en México. *Gaceta Médica de México*, 181-193.
- Peláez, M., & Palloni, A. (2021). La salud en el envejecimiento: agenda de investigación para América Latina y el Caribe. Recuperado de http://books.google.com.co/books?id=LTmfalAQ3dQC&printsec=frontcover&dq=%22MAS+VALE+POR+VIEJO%22+%26+PELAEZ&source=bl&ots=qQ-VemCWXLj&sig=Z8cg09sG9zLoGgh8j2twm87e-g4U&hl=es&ei=kxRfS9rBGs2Vtgej7930Cw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CAcQ6AEwAA#v=onepage&q=&f=false
- Quintero, G., & González, U. (1997). Calidad de vida, contexto socioeconómico y salud en personas de edad avanzada. En G. Quintero & U. González (Eds.), *Gerontología y salud: perspectivas actuales* (pp. 45-67). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Real, T. (2005). Dependencia funcional, depresión y calidad de vida en ancianos institucionalizados. *Informaciones Psiquiátricas, Spain. Social Science & Medicine*.
- Saad, P. (2003). Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: estudio comparativo de encuestas SABE. *Papeles de Población*.
- Sanchez-Rodriguez, J. R. (2019). Polifarmacia en adulto mayor, impacto en su calidad de vida. *Revisión de literatura. Revista de Salud Pública*, 21(2), 271-277. <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n2.76678>.
- Sardi, E. (2007). Cambios sociodemográficos en Colombia: Período Intercensal 1993-2005. *Revista de la Información Básica*. Recuperado de http://www.dane.gov.co/revista_ib/html_r4/articulo2_r4.htm
- SPSS. (2008). Statistical package for the social sciences, versión 0 for Windows. Chicago
- Stijnen, M. M., Jansen, M. W., Duimel-Peeters, I. G., & Vrijhoef, H. J. (2014). Nurse-led home visitation programme to improve health-related quality of life and reduce disability among potentially frail community-dwelling older people in general practice: a theory-based process evaluation. *BMC Family Practice*. <https://doi.org/10.1186/s12875>
- The WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*.
- Ward, S. A., Parikh, S., & Workman, B. (2011). Health perspectives: international epidemiology of ageing. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 25(3), 237-249. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2011.05.002>

Weinhold, I., & Gurtner, S. (2018). Rural-urban differences in determinants of patient satisfaction with primary care. *Social Science & Medicine*, 213, 18-26. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.06.019>



Imagen suministrada por el autor

NOTAS

¹ Fisioterapeuta, Licenciatura en educación Básica con Énfasis en Educación Física, Recreación y Deportes, Especialización en gerencia en Salud Ocupacional. Maestría en Salud Pública. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9416-115X?lang=en>. Correo: pamejia@sena.edu.co

² Administradora de Empresas, Doctorado en Demografía, Maestría en Epidemiología, Maestría en Salud Pública. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4338-588X>. Correo: doris.cardona@gmail.com

³ Bióloga, Maestría en Epidemiología, Doctorado en Ciencias de Salud. Correo: martha.arismendi@castillo.edu.co

⁴ Estadística Informática, Doctorado en Epidemiología, Maestría en Epidemiología. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0010-1413>. Correo: asecura@ces.edu.co

⁵ Psicóloga, Doctora en Epidemiología y Bioestadística, Universidad CES y Doctorado en Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, España (doble titulación), Maestría en Epidemiología. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1624-0952>. Correo: dsegura@ces.edu.co

⁶ Licenciado en Educación, Posdoctorado en Salud Pública de la Universidad CES, Doctorado en Humanidades, Maestría en Desarrollo Humano, Especialización en Promoción de la salud. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6944-561X>. Correo: deuto83@gmail.com