



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

**CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA
SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DE ANTIOQUIA, AÑO 2012.**

**ANA MARÍA DÍAZ DÍAZ
DERLY CAROLINA GALLO ASCENCIO**

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
UNIVERSIDAD CES
Facultad de Medicina
Especialización Epidemiología**

Bogotá D.C,



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

**CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA
SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DE ANTIOQUIA**

**ANA MARÍA DÍAZ DÍAZ
DERLY CAROLINA GALLO ASCENCIO**

Asesor:
DRA DORIS CARDONA

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
UNIVERSIDAD CES
Facultad de Medicina**

**Trabajo de investigación para optar al título de
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA**

Bogotá D.C,



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

Nota de Salvedad de Responsabilidad Institucional

“Las Universidades del Rosario y CES no se hacen responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.



CONTENIDO

Resumen	1
1. Formulación Del Problema	4
1.1 Planteamiento Del Problema	4
1.2 Justificación Del Problema	6
1.3 Pregunta De Investigación	7
2.Estado Del Arte.....	8
3. Marco Teórico.....	11
3.1 Envejecimiento Como Fenómeno Social	12
3.2 Calidad De Vida En La Vejez	14
3.3 Determinantes Sociales De Salud	18
3.4. Políticas De Servicios Dirigidos A Las Personas Mayores En Latinoamérica	21
4. Objetivos.....	24
4.1 Objetivo General	24
4.2 Objetivos Específicos	24
5. Metodología.....	24
5.1 Enfoque Metodológico De La Investigación Y Tipo De Estudio	24
5.2. Población Y Muestra	25
5.2.1 Población Diana O Blanco (Target)	25
5.2.2 Población Accesible	25
5.2.3 Diseño Muestral	25
5.2.3.1 Tamaño De La Muestra.....	25
5.3. Diagrama De Variables	26
5.4. Descripción De Variables	26
6.4. Técnicas De Recolección De La Información.....	32
6.1 Fuentes De Información	32
6.2 Instrumento De Recolección De La Información.....	33
6.3. Control De Errores Y Sesos	33
7.1. Procesamiento Y Análisis De Información	33



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

8.1 Consideraciones Éticas	36
9. Resultados.....	36
10. Discusión	55
12. Referencias Bibliográficas.....	57



LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables: características sociodemográficas	27
Tabla 2. Operacionalización variables: condición de vivienda y nivel socioeconómico	28
Tabla 3. Operacionalización de variable: afiliación a servicios de salud.....	29
Tabla 4. Operacionalización de variables: conductas de salud y estilos de vida	31
Tabla 5. Operacionalización de variable: percepción de calidad de vida y estado de salud	32
Tabla 6. Distribución de patologías diagnosticadas en los adultos mayores de Antioquia, 2012	39
Tabla 7. Distribución de servicios instalados y funcionando en las viviendas de los adultos mayores, Antioquia, 2012	40
Tabla 8. Calificación de la calidad de vida y la satisfacción con el estado de salud	43
Tabla 9. Análisis bivariado de calidad de vida y variables sociodemográficas	45
Tabla 10. Análisis bivariado de calidad de vida y estilo de vida	46
Tabla 11. Análisis bivariado de calidad de vida y biología humana.....	47
Tabla 12. Análisis bivariado de calidad de vida y medio ambiente.....	48
Tabla 13. Análisis bivariado de calidad de vida y sistema sanitario.....	50
Tabla 14. Análisis bivariado de calidad de vida y características percibidas	51



LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.....	20
Figura 2. Variables para el estudio calidad de vida asociada a determinantes sociales de la salud en adultos mayores	26
Figura 3. Distribución de razones por las cuáles los adultos mayores no pudieron adquirir el tratamiento. Antioquia, 2012	42
Figura 4. Edad media de los adultos mayores e intervalo de confianza de la edad (95%), según percepción de calidad de vida, Antioquia, 2012	59
Figura 5. Calidad de vida según sexo en adultos mayores de Antioquia, 2012.....	60
Figura 6. Calidad de vida según jubilación en adultos mayores de Antioquia, 2012.....	60
Figura 7. Distribución de las actividades del tiempo libre de los adultos mayores en Antioquia,2012.....	61
Figura 8. Calidad de vida según calificación del entorno físico de la vivienda, Antioquia, 2012	61
Figura 9. Calidad de vida según calificación de las relaciones sociales de los adultos mayores, Antioquia, 2012	62
Figura 10. Distribución de régimen de afiliación según percepción de la calidad de vida de adultos mayores, Antioquia, 2012.....	62



LISTA DE CUADRAS

Cuadro 1. Definición de calidad de vida en diferentes años.....	15
Cuadro 2. Procesamiento y análisis de información de acuerdo a los objetivos de la investigación.....	34



RESUMEN

Introducción: Reconocimiento de las condiciones de vida o determinantes sociales que hacen parte del desarrollo de los adultos mayores de Antioquia, y en qué medida estas características afectan de forma positiva o negativa la calidad de vida.

Objetivo: Determinar la asociación entre calidad de vida y los determinantes sociales de la salud en los adultos mayores en el departamento de Antioquia en el año 2012.

Metodología: Estudio observacional con enfoque cuantitativo, de tipo analítico, de corte transversal, como población objeto se tuvieron 4.248 adultos mayores de 60 años de edad, residentes en las nueve subregiones del departamento de Antioquia, Colombia en el 2012. La información se analizó con la prueba de X² para hacer el análisis entre la variable dependiente y los determinantes sociales de la salud, se calculó la fuerza de asociación a través de V de Cramer y coeficientes Gamma de acuerdo a la escala de medición de la variable nominal u ordinal, respectivamente y se realizó análisis de regresión logística multinomial.

Resultados: La edad mínima de los 4.248 adultos mayores encuestados fue de 60 años, la máxima de 102 años, por cada 100 mujeres había 61,3 hombres.

La mayoría de ellos residía en área urbana, 91,9%; con relación al estado civil, el 39,3% estaba casado, seguido del 29,6% viudo, y el 16,2% soltero, el 15% restantes eran separados, convivían en unión libre o eran divorciados. Se evidenció asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas como el cigarrillo y el alcohol con la percepción que poseían los adultos mayores sobre su calidad de vida. El 63,5% de los adultos mayores presentó algún problema de salud. Se evidenció asociación estadística entre la calidad de vida y la afiliación al sistema de salud. Se realizó un modelo de regresión logística que reportó una bondad de ajuste de Pearson adecuada ($p > 0,05$). Se incluyeron las variables encontradas en la literatura como explicativas, entre ellas el sexo, el estado civil, la jubilación, régimen de afiliación al sistema de salud, apoyo social y la percepción del estado de salud.

Discusión: Está investigación nos permite entender a la calidad de vida como un reflejo de las necesidades del individuo, en este caso, los adultos mayores. La población objeto de este estudio, en ese momento de la vida requiere de la satisfacción de ciertas características diferentes a otros grupos etarios y en otro momento de la historia. Sin embargo, como se expresa anteriormente estamos en constante cambio y esta percepción es susceptible a modificaciones. Es inevitable que las personas envejeczan, aunque sí es evitable que, cuando eso ocurra, la población mayor no tenga una buena calidad de vida.

Palabras clave: Adulto mayor, calidad de vida, envejecimiento, condiciones de



salud, determinantes sociales de la salud.

ABSTRACT

Introduction: Recognition of the living conditions or social determinants that are part of the development of the elderly in Antioquia, and to what extent these characteristics positively or negatively affect the quality of life.

Objective: To determine the association between quality of life and the social determinants of health in the elderly in the department of Antioquia in 2012.

Methodology: An observational study with a quantitative, analytical, cross-sectional approach, as the target population, 4,248 adults older than 60 years of age residing in the nine sub-regions of the department of Antioquia, Colombia, in 2012. The information was analyzed with the X² test to do the analysis between the dependent variable and the social determinants of health, we calculated the strength of association through Cramer's V and Gamm coefficients according to the measurement scale of the nominal or ordinal variable, respectively And multinomial logistic regression analysis was performed.

Results: The minimum age of the 4,248 older adults surveyed was 60 years, the maximum of 102 years, per 100 women had 61.3 men. The majority of them resided in urban areas, 91.9%; 39.3% were married, followed by 29.6% widowed, and 16.2% were single, the remaining 15% were separated, lived together in a free union or were divorced. It was evidenced an association between the consumption of psychoactive substances such as cigarette and alcohol with the perception that the elderly had about their quality of life. 63.5% of older adults had a health problem. Statistical association between quality of life and affiliation to the health system was evidenced. A logistic regression model was performed that reported an adequate Pearson fit goodness ($p > 0.05$). Variables found in the literature were included as explanatory, including sex, marital status, retirement, health system affiliation, social support and the perception of health status.

Discussion: This research allows us to understand the quality of life as a reflection of the needs of the individual, in this case, the elderly. The population that is the subject of this study, at that time of life, requires the satisfaction of certain characteristics different from other age groups and at another time in history. However, as expressed above we are in constant change and this perception is susceptible to modifications. It is inevitable that people will age, although it is



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1571 del 22 de marzo de 2007

avoidable that, when that happens, the elderly population does not have a good quality of life.

Key words: Elderly, quality of life, aging, health conditions, social determinants of health



1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“Toda materia, cualquiera sea su naturaleza, envejece, lo que varía es el tiempo, la forma y el ritmo evolutivo, que son propios para cada ser vivo”(1)

El abordaje de los determinantes sociales de la salud (DSS) data desde 1974 aproximadamente, a raíz del entendimiento de la salud desde una visión biopsicosocial, por ende, es un fin que depende de la interconexión de un sin número de factores.

El análisis de los problemas de la salud con enfoque de determinantes hace parte de la agenda de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de los Ministerios de la Salud de diversos países; la OMS, los describe como: “las condiciones socioeconómicas en que las personas nacen, crecen, viven, se educan, trabajan y envejecen”(2). El reconocimiento de estas condiciones es fundamental para la creación de políticas públicas y programas de intervención que permitan el alcance de la “salud para todos” que desde el año 2000 se ha añorado para la población colombiana.

Teniendo en cuenta lo anterior, según lo estipula el Instituto de Salud Pública de México: “para conseguir el más alto nivel de salud para la población, la visión economicista de la salud y la derivación de mayores recursos hacia los servicios curativos debe replantearse nuevamente”(2). La Comisión Internacional sobre Determinantes Sociales de la Salud llevada a cabo en el 2005, genera tres recomendaciones principales: “la primera, mejorar las condiciones de vida; la segunda, luchar contra la distribución inequitativa del poder, el dinero y los recursos; y la tercera, medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones”(2).

La legislación y normatividad actual colombiana aborda los determinantes como un eje fundamental para un goce pleno del estado de bienestar, asimismo, no



desconoce que para el logro de este objetivo es necesaria la participación ciudadana activa y esfuerzos intersectoriales de las entidades públicas y privadas.

La piedra angular para la construcción de planes de acción es la evidencia científica ya que genera reconocimiento de la problemática y las grandes brechas que se esbozan a nivel cultural y socioeconómico en el país. Los determinantes de la salud son: “un marco de referencia para la investigación en diferentes áreas de la salud pública y la epidemiología. A pesar de su posicionamiento, es evidente que se trata de un campo de estudio en construcción, para algunos todavía no suficientemente delimitado, y cuya investigación presenta enormes retos metodológicos”(3).

El panorama presentado anteriormente ha sido la base para interrogarse sobre los factores que determinan la salud en la calidad de vida, constructo multidimensional influenciado “histórica y culturalmente con valores sujetos a las variables de tiempo, espacio e imaginarios”, en un momento crucial y lleno de paradigmas, la vejez.

En la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez (4) se han unido esfuerzos para transformar la sociedad en un lugar para todas las edades, planteando un enfoque inclusivo libre de prejuicios y enmarcado en el fortalecimiento de acciones intergeneracionales. A su vez, es claro que, para Colombia, al igual que para los países en desarrollo, es relevante el direccionamiento de las líneas de trabajo hacia la adultez mayor por la transición demográfica y epidemiológica; sumado a la identificación de condiciones sociales, económicas, ambientales, nutricionales y culturales en las que viven los seres humanos como determinantes del envejecimiento individual.

El envejecimiento trae consigo cambios estructurales en las diversas esferas en las cuales se desenvuelve el individuo, un ejemplo de ello, es el rol en la dinámica familiar, los patrones de trabajo, los ajustes continuos del sistema de pensiones de la nación; y, los cambios en los patrones de enfermedad; con respecto al último aspecto, los servicios de salud no sólo deben enfocarse en la atención de enfermedades agudas sino deben destinar recursos humanos, tecnológicos y físicos hacia la atención de patologías de larga data que en muchas ocasiones hacen parte de las enfermedades de alto costo.

De acuerdo a lo mencionado, es evidente que para garantizar el propósito planteado por las naciones en pro de un envejecimiento activo se requiere el reconocimiento de las necesidades de dicha población para la creación de estrategias útiles, accesibles, de calidad y costo efectivas. El fin último de “la investigación y



producción del complejo médico industrial y de la industria farmacéutica incluyendo el desarrollo tecnológico biomédico, tienen como destino mejorar la calidad de vida”(1), y a su vez, emprender acciones que a largo plazo influyen en la esperanza de vida de la población que envejece.

Por tal motivo, el presente trabajo es el primer paso, del reconocimiento de las condiciones de vida o determinantes sociales que hacen parte del desarrollo de los adultos mayores de Antioquia, y en qué medida estas características afectan de forma positiva o negativa la calidad de la misma; de esta manera, se pueden generar estrategias, y distribuir de forma adecuada los servicios para el cumplimiento de lo planteado en la Comisión Internacional de Determinantes Sociales de la Salud, en la Política de Envejecimiento y Vejez y, en el Plan Decenal de Salud.

1.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

“Las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante en la salud y la enfermedad, y esas relaciones deben estar sujetas a la investigación científica”(5)

Establecer la asociación entre los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida de los adultos mayores, reconoce importancia a nivel conceptual y científico por el escaso estudio de estos con enfoque en la población mayor; se tiene registro de un estudio realizado donde se evaluaron las capacidades de investigación de determinantes sociales de la salud en grupos registrados en Colciencias, se reportaron 126 productos, en el período de 2005 - 2012, sin embargo, con dificultades en interacción y respaldo para crear políticas públicas, y además ninguno enfocado en la población mayor(6).

Por otra parte, la atención de salud no es la principal fuerza que determina la salud, siendo más importantes los factores que permiten a las personas mejorar o mantener su salud a lo largo de la vida, dado que la mayor parte de muertes no se deben a causas naturales sino a condiciones producidas artificialmente; así como es mencionado por George Rosen: *“estaba convencido de que la pobreza, el hambre y la miseria si no eran idénticos a la muerte, la enfermedad y el sufrimiento crónico, eran por lo menos sus compañeros inseparables; el prejuicio, la ignorancia y la estupidez son la fuente inagotable en que se originan estos”(5)*.



Se tiene vital interés en la población adulta mayor dado que es considerado uno de los fenómenos demográficos más importantes de los últimos años, siendo protagonista para grandes modificaciones a nivel social, económico y cultural; reflejadas en el mundo desarrollado y teniendo la ventaja como latinoamericanos de aprender de sus experiencias; cabe resaltar que el nivel de envejecimiento que Europa logró en dos siglos lo alcanzará América Latina en apenas cincuenta años, lo que significa que se tendrá menos tiempo para adaptar sus sistemas al nuevo escenario de población con mayor vejez (7).

En las edades de adultez mayor, los tiempos y causas de muerte y la presencia de enfermedades, sus formas y efectos varían según la clase social y el género; dicha afirmación es reforzada por lo planteado por Paula Aranibar: “los cuidados en la salud, el acceso y el uso de servicios médicos, la capacidad de prevención y atención, las formas de nutrición y también los excesos, obedecen a todos a los niveles educativos, patrones culturales y disponibilidad de recursos. De la misma manera, también se determinan la capacidad y las formas de respuesta ante los problemas”(7).

El interés de este estudio, de acuerdo a lo planteado, viene promovido en fortalecer capacidad de investigación en población colombiana con el propósito de desarrollar proyectos colaborativos en red y movilizar acción colectiva con incidencia en políticas de investigación en salud pro equidad.

Teniendo claridad que nuestra responsabilidad es mostrar, a los niveles políticos de decisión y a los pueblos mismos, de modo objetivo y con las armas que nos da la ciencia y la investigación cómo encontramos a nuestra población adulta mayor, en el departamento de Antioquia, relacionando sus determinantes sociales de salud con su calidad de vida y de esta forma promover futuras investigaciones que logren cambiar mediante propuestas, programas y políticas públicas las condiciones de vulnerabilidad de esta población que va en aumento.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la asociación entre la calidad de vida y los determinantes sociales de la salud de los adultos mayores del departamento de Antioquia?



2.ESTADO DEL ARTE

La calidad de vida, de acuerdo a Hernández-Ballesteros Rocío se encuentra “asociada a los determinantes sociales de la salud tratada desde su concepto multidimensional, además en dependencia del contexto o de ciertas circunstancias del individuo”(8)

Este planteamiento iniciado por Hernández- Ballesteros desde 1997 (Universidad Autónoma de Madrid), en colaboración con el Instituto Nacional de Servicios Sociales, realizaron investigaciones con el objetivo de perfilar un concepto operacional de calidad de vida en la Vejez, en pro de diseñar un instrumento de evaluación de la calidad de vida de fácil aplicación para evaluar programas y servicios gerontológicos; realizaron un estudio aplicando una encuesta, seleccionaron una población de 1014 sujetos mayores de 65 años , seleccionados en tres contextos principalmente: con domicilio propio, residencias públicas y residencias privadas; les realizaron un cuestionario entre los cuales indagaban acerca de la salud, actividades de ocio, integración social, satisfacción con la vida, servicios sociales y sanitarios, calidad ambiental, condiciones económicas, condiciones educativas y culturales. Concluyendo que durante la vejez la posición social, la edad, el género son circunstancias más importantes que el vivir en un domicilio propio o una residencia para la mayor parte de las dimensiones de calidad de vida. (8)

En Zaragoza España, se realizó un trabajo para identificar determinantes de carácter socio demográfico, de salud y de actividad física que influyan en la aparición de la discapacidad de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de 380 individuos mayores de 64 años que asistían a centros sociales de Zaragoza; realizándose un estudio transversal, modelo multivariante de regresión logística analizando la capacidad funcional por sexo, tomando las variables sociodemográficas, enfermedades crónicas y actividad física como explicativas; concluyendo que las mujeres tenían mayor riesgo de incapacidad funcional que los hombres en las actividades básicas de la vida diaria cuando convivían con los hijos, padecían enfermedad del SNC, tenían mala salud mental y no realizaban actividad física; los hombres presentaron mayor riesgo de incapacidad funcional que las mujeres en las actividades básicas de la vida diaria si presentaban mala salud mental y problemas visuales(9).



Ahora bien, en el contexto nacional, se realizó en la ciudad de Medellín en el año 2011, un estudio transversal de 276 ancianos de 39 centros de bienestar del anciano, excluyéndose aquellos con deterioro cognitivo y los que no residían de forma permanente en la institución, se evaluó la calidad de vida mediante *World Health Organization Quality of Life of Older Adults (WHOQOL-OLD)* de la Organización Mundial de la Salud. Se halló deterioro en la calidad de vida cuando las condiciones de funcionalidad y autonomía limitaban la realización de actividades de la vida diaria, agravado por el hecho de ser mujer, tener sintomatología depresiva y de ansiedad, y sentirse maltratado por sus familiares(10).

En Cali en el 2008, se realizó un estudio exploratorio sobre la calidad de vida relacionada con la salud y las condiciones de salud en adultos mayores no institucionalizados. Con una muestra 307 adultos mayores de 65 años, sin limitación física ni psíquica que alterase la comunicación médico-paciente. Los sujetos completaron el Cuestionario de Salud SF-12 Health Survey. Las variables sociodemográficas y antropométricas fueron recogidas mediante historia clínica. Encontrándose que existe un deterioro importante de la calidad de vida de los adultos mayores, relacionados a factores de riesgo de morbilidad, más acentuado en las escalas físicas y levemente a las escalas mentales(11).

En la Comuna 18 de la ciudad de Cali, Colombia, en 2009, se realizó un estudio para evaluar la prevalencia de Auto-reporte de salud pobre e identificar los factores de riesgo asociados en adultos mayores, el estudio fue de corte transversal con un diseño de muestreo por conglomerado monoetápico. La muestra incluyó 314 personas de 60 años o más. La variable dependiente, Auto-reporte de salud fue dicotomizada en buena (excelente, muy buena y buena) y pobre (regular o mala). Las variables independientes fueron sociodemográficas, biológicas, mentales, funcionales y síndromes geriátricos. La regresión logística fue usada para modelos estadísticos multivariados. Obteniendo una autopercepción pobre en mujeres 42.9% y en hombres 35.0%, y teniendo como factores asociados diabetes mellitus, depresión, temor a caer y síndrome de fragilidad. Los hombres viudos reportaron más autopercepción pobre comparados con hombres casados, mientras teniendo otro estado marital (soltero, separado, divorciado) fue asociado con menos autopercepción pobre en mujeres(12).

Se estudiaron factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores en Cartagena en el 2009, realizándose una encuesta transversal, población de 5020 adultos mayores, muestra de 514 personas, se aplicó el instrumento "Índice



Multicultural de Calidad de Vida”. Se realizó inicialmente un análisis descriptivo de las variables y luego un análisis logístico multivariado para establecer las posibles asociaciones. Concluyendo 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 calidad de vida relacionada con salud de los adultos mayores(13).

En la ciudad de Medellín en el 2012, se realizó un estudio transversal correlacional en adultos mayores de hogares geriátricos, se incluyeron 210 sujetos, utilizándose información primaria de una encuesta individual de variables sociodemográficas, socioeconómicas, de salud y WHOQOL-BREF; y además información secundaria de historias clínicas para evaluar la prevalencia de algunas enfermedades. Se observó que la mayor prevalencia fue de hipertensión arterial con un 50%, seguido de Diabetes Mellitus tipo II 23,6 % y Dislipidemia 22,3%. En cuanto al WHOQOL-BREF, el mejor puntaje fue el de salud psicológica y el peor el de relaciones sociales. No se hallaron diferencias en la Calidad de vida relacionado con la salud según el tipo de hogar geriátrico y sus principales factores fueron la satisfacción con el apoyo familiar y del hogar, y la participación en grupos sociales(14).

En el 2013, se realizó un estudio transversal en un municipio de Antioquia-Colombia a 191 adultos mayores midiéndose por medio de World Health Organization Quality Of Life-BREF, hallándose como factores asociados con la salud física: escolaridad, estado civil, apoyo familiar y hospitalización; en la psicológica: edad, zona de residencia, estado civil, escolaridad, satisfacción económica y familiar y morbilidad; en relaciones sociales: edad, estado civil, apoyo familiar y consumo de marihuana; y en ambiente: satisfacción económica y familiar, morbilidad, sexo y tabaquismo. Se resalta el hallazgo de puntajes altos, evidenciándose que la adultez mayor no constituye una etapa de dependencia y deterioro (15).

En el 2015, se realizó el Estudio Nacional De Salud, Bienestar y Envejecimiento en Colombia (Encuesta SABE), población adulta mayor tanto del ámbito rural como urbano, respondiendo a lo definido por Colciencias en el Plan Estratégico de Investigación para Colombia 2010- 2020.(16)

Consistió en un estudio poblacional descriptivo en población de hombres y mujeres mayores de 60 años; teniendo tres componentes: Encuesta Poblacional, Estudio Cualitativo y Encuesta a Cuidadores Familiares.

Se pudo determinar que de cada 10 personas adultas mayores 8 viven en la zona



urbana, en promedio alcanzaron 5,5 años de escolaridad y menos del 1% se encontraba estudiando, los bajos niveles educativos aumentaban con la edad y eran mayores en la zona atlántica, además reportaban haber trabajado en promedio 36,6 años. También se obtuvo que el 60% de los adultos mayores trabajaban porque tenían la necesidad del dinero y alrededor de la mitad recibió menos de un salario mínimo legal vigente en Colombia. Se resalta la afiliación a Salud, 48,9% a régimen contributivo y 46,8% a régimen subsidiado. 63% viven en casa propia. Entre el 75% y 85% las personas con mayor nivel educativo y mayores ingresos económicos disminuye la religiosidad (16).

La mitad de los encuestados tiene un espacio de vida total reducido, es decir, no salen fuera de la ciudad y la frecuencia de salidas está disminuida; este espacio se restringe con el aumento de la edad, en las mujeres, en el área rural y en estratos socioeconómicos bajos.

En cuanto a determinantes de condiciones de salud, a nivel porcentual significativo se obtuvo que el 60,7% tiene prevalencia de hipertensión arterial de predominio en las mujeres, de áreas urbanas y estratos socioeconómicos bajos. El 60,7% reportó el uso de anteojos, sin embargo es menor su uso en estratos socioeconómicos bajos. El 84,8% padece de más de una condición crónica de salud (16).

Dos terceras partes de las personas adultas mayores encuestadas consideraron que no ocupaban el lugar en la sociedad que les corresponde. En cuanto al componente de Calidad de Vida(CV), en la mayoría de las regiones la percepción individual sobre la calidad de vida está volcada en tres elementos: la salud, la condición económica y la satisfacción de necesidades básicas, pero la importancia atribuida cambia el orden según las condiciones de vida; en los sitios más pobres está centrada en recursos económicos y gira alrededor de la pobreza, la falta de vivienda y de agua potable; en los estratos altos se habla de salud en primer lugar(16).

Con lo anterior descrito en cuanto a los estudios realizados, la diversidad de factores asociados con la calidad de vida evidencia la necesidad de realizar estudios en cada contexto como base para la planeación sanitaria, la evaluación en salud y la formulación de acciones posteriores.

3. MARCO TEÓRICO



3.1 ENVEJECIMIENTO COMO FENÓMENO SOCIAL

La edad cronológica no admite ambigüedades: una persona, quiera o no, cumple cada 365,25 días, por otro lado, no sucede igual con la “condición” de vejez cuyo significado ha cambiado con el tiempo, variando según el país, la región y, la cultura. Es claro que factores como la clase socioeconómica, género, etnia y lugar de residencia influyen en las implicaciones para el bienestar de los adultos mayores.

Ahora bien, de acuerdo a lo estipulado, *“todavía no es posible dar con un paradigma que dé cuenta del fenómeno social de la vejez, y si bien se ha llegado a ciertos acuerdos mínimos (por ejemplo, no considerar la vejez como una enfermedad), dentro de las ciencias sociales coexisten múltiples formas de entender, explicar y analizar la vejez como fenómeno social”*. El panorama se complica aún más si revisamos el tratamiento dado a la vejez como “problema social”, es decir, las diferentes “aplicaciones prácticas” en que se ha convertido un tratamiento muchas veces superficial y coyuntural del tema”(7).

Al hablar de vejez se necesita revisar las líneas teóricas desde las cuales se ha explicado; entre ellas se tiene la teoría de la modernización, la cual busca en el pasado la explicación del envejecimiento; enfocando su concepto en la idea de que *“a medida que aumenta el grado de modernización de las sociedades, disminuye la valoración social de la vejez”*; se rescata una visión dinámica tomando los instrumentos demográficos de *cohorte* y *generación* utilizándose una visión sociológica *“a medida que cumplen años, los individuos cambian social, psicológica y biológicamente, cambian roles y acumulan conocimiento, actitudes y experiencias. A medida que van naciendo sucesivas cohortes, ellas van envejeciendo en diferentes tiempos y responden a experiencias históricas, únicas, hasta que desaparecen”*(17).

Lo descrito anteriormente alude a dos ideas básicas; primero que personas nacidas en distintos momentos del tiempo viven y experimentan acontecimientos diferentes y segundo que las vivencias se estructuran en función del tiempo, de manera que un mismo acontecimiento, experimentado a diversas edades, traerá también diversos efectos; de este último tomándose un gran aporte trascendental, dando sentido al concepto de generación *“distintos individuos, que en un mismo momento*

del tiempo están expuestos a los mismos hechos históricos y sociales, experimentan de formas diferentes en función a la edad”(7).



Otra perspectiva utilizada es la del **ciclo de la vida**, donde se asocia la situación y la posición social; la vejez está determinada por los acontecimientos, decisiones y conductas de los individuos en etapas anteriores de su vida; también incluye su entorno a lo largo de la vida como su situación laboral anterior, pautas de matrimonio, fertilidad, y, educación.

Incluyendo en este ciclo la vejez como una etapa más, no implica una ruptura en el tiempo ni el ingreso a una etapa terminal, sino que es una parte del proceso; representando en sí mismo un conjunto de normas, roles, expectativas y estatus, por tanto, no implica una exclusión social; es importante resaltar que el ciclo de la vida también está determinado social e históricamente.

Esta perspectiva también aporta la interacción de los ciclos de la vida de los individuos relacionándose entre sí: *“Dentro del ciclo de ciclo de vida de cada generación suceden acontecimientos inesperados e involuntarios a través de los cambios en las vidas de las generaciones con las que se relacionan. Un individuo alcanza su fase de 'nido vacío' cuando los hijos se emancipan o se convierte en abuelos cuando los hijos tienen descendencia, o pierden su estatus de hijo cuando los padres mueren ”(7).*

El otro lado de la opinión, la cual se considera como el inicio para el análisis de la vejez como fenómeno social, a mediados de la década de 1960 Rose (7), propuso un agrupamiento de edades avanzadas, como una formación de una subcultura, considerándose una minoría, a pesar de ser un aporte para comprender el envejecimiento también se convierte en una posible confusión al considerarse una subcultura con marginalidad, definido por la limitación en cuanto a movilidad física y social, menor competitividad, pobreza, entre otros. Sin embargo, se consideró como una ventaja al poder enfocarse ante un grupo como es la vejez, modificando factores de la realidad social, como fue la desvinculación laboral y por tanto la jubilación obligatoria, que estuvo alternada con la teoría de actividad, donde su fundamento se basa en el envejecimiento normal, manteniendo actividades diarias por el mayor tiempo posible, siendo por tanto satisfactorio. Actualmente hay intervenciones de tipo social que se basan en esta última teoría enunciada, teniendo un marco adicional de adaptación o inadaptación

En 1970 aparece **la Gerontología Crítica**, en Europa, apoyada por muchos científicos y con alta validez actualmente dado el impulso a investigaciones y a estudios empíricos mostrando ser positiva. Considerando un enfoque más social



que psicobiológico; primando las condiciones sociales, económicas y políticas que determinan y conforman las condiciones de vida y por tanto el reflejo de las personas en adultez mayor (18).

Este enfoque considera que la idea de vejez de tipo biológico, es construida por las sociedades industrializadas, donde los ancianos ocupan una posición social y económica inferior a las de cualquier otro grupo y además dependiente, consecuencia de las exigencias del capitalismo *“que ha usado al Estado como intermediario mediante las políticas públicas dirigidas específicamente a la vejez”*(19).

Se destaca de esta posición, beneficios de una política social, generando estereotipos negativos sobre la vejez, como una condición subsidiaria, que reciben beneficios en forma de pensiones, servicios sociales y sanitarios, estos principalmente en grado de dependencia; entre 1992 y 1994 fue criticada la institución de la jubilación y su carácter ambivalente, por ser un derecho, pero al tiempo una imposición que despoja a los adultos mayores de roles sociales que crean su identidad propia. Asimismo, desde los aportes realizados por la teoría de género, incorporaron la diferenciación estructural profunda que implica la condición sexual de las personas, durante lo largo de la vida y durante la vejez (19).

3.2 CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ

La Calidad de vida un término cada vez más usado en las ciencias sociales, sus orígenes se remontan a Hipócrates, los utopistas del Renacimiento y los higienistas sociales de la segunda mitad del siglo XIX, quienes consideraron que el grado de calidad de vida que alcanzaba la vida de la población jugaba un determinante de la salud; en dependencia de las condiciones económicas y de vida (20).

El concepto de calidad de vida (CV) ha sido ampliamente debatido por diversas disciplinas debido a la complejidad y la trascendencia de su significado. La utilización del concepto, como constructo, data de la época del post-conflicto de la Segunda Guerra Mundial, debido al interés de los investigadores por conocer la percepción de las personas sobre qué tan buena era la vida que tenían(21).

Desde que este concepto comenzó a atraer el interés de los investigadores en los años 60, ha habido un rápido incremento en su uso, el cual ha evidenciado problemas tanto en la definición del concepto, las dimensiones que le comprenden, su medición y los factores que la pueden influenciar.



El desarrollo del concepto de CV deriva de dos fuentes; la primera data de los países desarrollados tomada como “Estado de bienestar”, claramente sin olvidar el desarrollo económico que genera un nivel de vida, con su aplicación se generaron servicios, prestaciones y programas sociales para poder satisfacer demandas de la población al tiempo que intervenir en objetivos previamente establecidos para estimar la calidad de vida (21).

La segunda parte del concepto de salud, establecida por la OMS en 1990, como el total bienestar físico, psicológico y social del individuo, teniendo en cuenta estas dimensiones condicionadas por indicadores psicológicos y sociales para establecer salud o su sinónimo, el bienestar de una comunidad o grupo social (22).

Actualmente la definición de CV incorpora tres ramas de las ciencias: economía, medicina y ciencias sociales; dando cada disciplina una perspectiva diferente de acuerdo a las necesidades y el abordaje de su marco teórico. Ahora bien, como definición global la CV es una propiedad en la que el individuo a través de una combinación de aspectos subjetivos y objetivos interpreta el entorno en el que se desenvuelve y cómo este aporta significativamente en el desarrollo de su vida.(22)

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, no existen definiciones únicas sobre el concepto de CV, sin embargo, estas definiciones pueden ser agrupadas en distintas categorías(22):

- Condiciones de vida: dada por la suma de condiciones medibles como salud, condiciones de vida, rol y relaciones apuntando a un concepto netamente objetivo.
- Satisfacción con la vida: desde un enfoque subjetivo es una sensación de bienestar al cubrir una necesidad.
- Condiciones de vida y satisfacción con la vida: Desde esta perspectiva, las condiciones de vida pueden ser establecidas objetivamente mediante indicadores biológicos, sociales, materiales, conductuales y psicológicos, los que sumados a los sentimientos subjetivos sobre cada área pueden ser reflejados en el bienestar general.

Según lo visto, algunas definiciones de CV que se han desarrollado a través de los tiempos y se enmarcan en las categorías establecidas son (23):

Cuadro 1. Definición de calidad de vida en diferentes años

Definición	Autor y año
------------	-------------



	Definición
Calidad de vida es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, de felicidad, satisfacción y recompensa	Levy y Anderson, 1980
Calidad de vida es la evaluación subjetiva del carácter bueno o satisfactorio de la vida como un todo.	Szalai, 1980
Calidad de vida es la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o idea.	Celia y Tulskey, 1990
La calidad de vida es la sensación subjetiva de bienestar del individuo.	Chaturvedi,1991
El indicador multidimensional del bienestar material y espiritual del hombre en un marco social y cultural determinado.	Quintero, 1992
La CV es definida como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses.	The WHOQOL Group, 1995
La CV es un concepto imbuido de significado cultural, económico y político. El producto final de cualquier modelo de CV sería un estado global de bienestar ligado a determinados puntos de vista, el cual parte de los supuestos que todos los individuos tendrían derecho a un estado de	Lefley,1998



bienestar y además que esta experiencia de bienestar puede ser medida en términos de indicadores universales objetivos	
--	--

Actualmente la vejez, es percibida como un problema, el cual no es en absoluto, es solo la manera pesimista de considerar un gran triunfo de la civilización, por tanto se considera importante evaluar la complejidad de este fenómeno, y conocer la calidad de vida en esta población (24).

La CV en la vejez, lo que nos interesa puntualmente, es una dimensión en desarrollo, dado que no ha ido evolucionando al tiempo con su masificación en toda la población, lo que dificulta su definición no solamente en Latinoamérica, dado que debemos contar previamente con antecedentes válidos que nos den cuenta, entre otras cosas, del modo de vida, el nivel de vida, las condiciones de vida y el estilo de vida de las personas mayores en interrelación con variables económicas, sociales, de género, culturales y espaciales(7).

Recapitulando información acerca de CV en la vejez, se encuentra que es liderada por organismos internacionales, como la CEPAL, el CELADE, OMS/OPS aportando insumos sobre el nivel y modo de vida de la adultez mayor, intentando llegar a una análisis más global y cualitativo, sin embargo no se ha llegado a un nivel de conocimiento que permita la soltura y certeza que requiere una adecuada conceptualización teórica de la calidad de vida en la vejez en Latinoamérica, material clave para su uso como instrumento eficaz de programación, planificación y monitoreo social (7).

La CV en personas mayores, tiene aspectos comunes con la de otros grupos de edad, tiene un perfil específico en que no intervienen factores que son importantes en otros grupos etarios (25). Dependerá directamente del contexto demográfico, histórico, político y social en el cual se experimenta -social e individualmente- la vejez (22).

La CV que manejan las personas mayores, parte del supuesto teórico que los factores relacionados con el empleo no son relevantes en la composición de la CV de las personas mayores, según un estudio realizado en España, esto en un contexto de países industrializados, pero en un país subdesarrollado como Colombia, donde su población mayor solo el 27% esta pensionada, según SABE Colombia 2015 (16), es importante tener un ingreso para sus necesidades básicas, además se reporta 12% en condición de hacinamiento, aumentando sus riesgos de



enfermedad y vulnerabilidad, es evidente la necesidad de intervención mediante políticas públicas.

La expresión “*La vida es ontológicamente multidimensional y la evaluación de su calidad habrá de serlo también*”(22) implica que, así como consideramos factores personales (la salud, las actividades de ocio, la satisfacción con la vida, las relaciones sociales y las habilidades funcionales) también habremos de considerar factores socioambientales, o externos, ya que la salud está íntimamente asociada con los servicios sociales existentes y disponibles, las actividades de ocio con la calidad del ambiente, la satisfacción con factores culturales, las relaciones sociales con el apoyo social y las habilidades funcionales con las condiciones económicas de las personas mayores.

La evaluación de la CV del anciano debe ser definida no sólo en función de su contexto de referencia sino que también debe ser multidimensional, contemplar sus elementos subjetivos y objetivos y contener diferentes métodos e instrumentos de medida; el principal problema de aplicar este modelo -si bien satisface criterios de adecuación conceptual y de rigor metodológico- es que sus requerimientos multimétodicos, aunque se haya logrado identificar los factores que inciden en la calidad de vida del grupo de personas mayores de 60 años, es que cualquier intento riguroso de evaluarla resulta muy oneroso(22).

Una limitación importante del concepto de CV, es su falta de alcance para analizar la incidencia que los factores estructurales, como la clase social, el género, la etnia, el lugar de residencia e inclusive la edad, los cuales ejercen un papel angular sobre la definición y jerarquización de los factores de calidad de vida en cualquier tipo de población sin embargo con más factores asociados en la vejez, siendo a la vez igualmente de subjetiva, por tanto difícil generar un concepto generalizado(7).

En otras palabras, difiere la percepción de CV de un hombre de 90 años a una mujer de 60 años, siendo ambos adultos mayores pero con diferentes factores ideológicos, culturales, educativos, entre otros, que influyen en su concepto de vida y por tanto en la calidad de esta; es la razón de éste proyecto, el cual inicia un acercamiento a una población determinada evaluando ámbitos desde distintas perspectivas para lograr obtener bases teóricas para próximos estudios de Calidad de Vida en relación con los determinantes sociales.

3.3 DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD

Los determinantes sociales de la salud (DSS), no es un tema nuevo, ni ajeno a la medicina social, y la salud colectiva, estas corrientes de pensamiento en salud,



parten de los planteamientos de la medicina social europea del siglo XIX, citado anteriormente, *“Las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante en la salud y la enfermedad, y esas relaciones deben estar sujetas a la investigación científica”*(5).

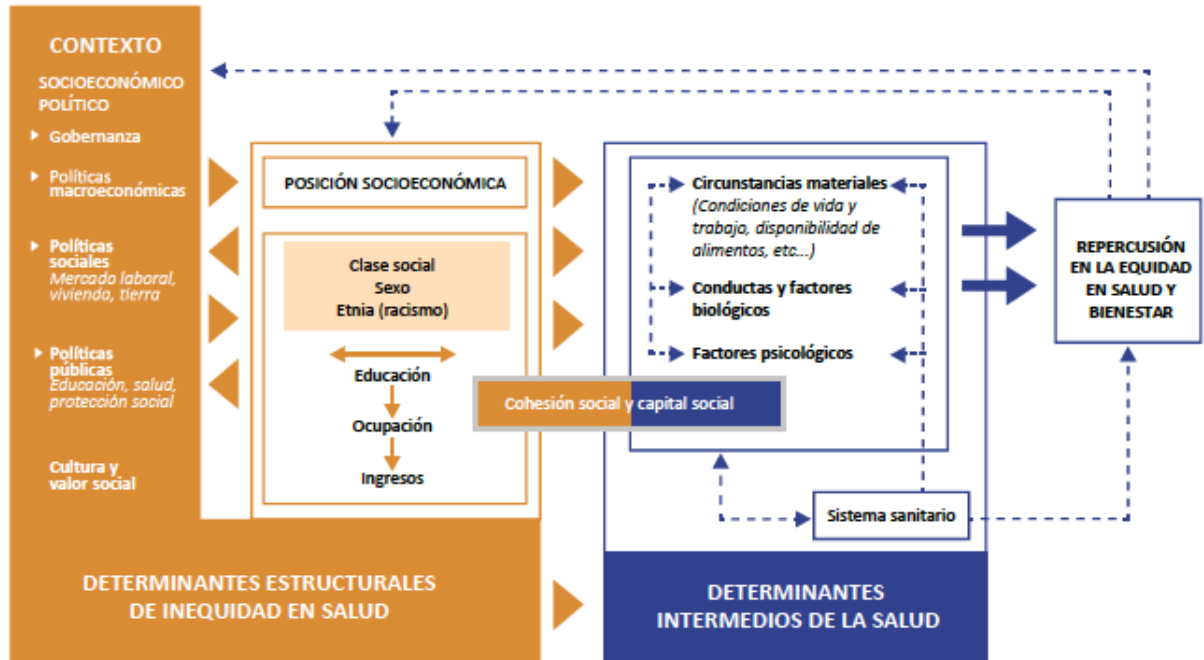
En América Latina en los años setenta, se reflejó un pensamiento innovador crítico y con base social en salud, con corrientes sociales en donde comprometía el hacer científico con la transformación de las condiciones de vida y trabajo de las poblaciones, además con la solución de los problemas de salud de las clases populares(26). Reconociendo dos principales objetivos: 1) Distribución y determinantes de la salud/enfermedad; y, 2) Interpretaciones, saberes y prácticas especializadas en torno a la salud, la enfermedad y la muerte.

Se consideró a los individuos como seres sociales, considerando desde ahí sistemas jerárquicos multidimensionales, considerando los determinantes sociales sin especificidad etiológica (27). Al considerarse la dimensión social, en donde se requiere de una intervención por parte del estado, para generar ordenamiento en cuanto a perfiles de salud enfermedad y muerte, se ponen en evidencia las desigualdades sociales dadas contradicciones económico-políticas e ideológicas que expresan en diferentes ejes.

Se resalta que en todas las formaciones capitalistas se tienen las desigualdades, dependiendo del momento del desarrollo socio-económico, sin embargo, el modelo actual ha generado diversos programas en pro de mejorar estas desigualdades en salud, garantizando servicios esenciales independiente de la capacidad de pago de las personas, a pesar que es de conocimiento público la relación con la pobreza, el analfabetismo, desempleo a mayor riesgo de enfermedad (27).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), las dimensiones bajo las que se agrupan los distintos factores que determinan las desigualdades en salud se han centrado en dos grandes esferas: La primera los *“Determinantes estructurales”*, y la segunda *“Determinantes intermedios o factores intermediarios de la salud”*, la manera como se presentan estos factores y su interacción en la sociedad se expresan en el impacto sobre las desigualdades en salud y en el bienestar (28).

Figura 1. Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS



Fuente: modificado de Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud 2010

La Comisión de los Determinantes Sociales de Salud plantea que los determinantes estructurales son aquellos que generan la estratificación social. Éstos incluyen los factores tradicionales de ingreso y educación, aunque actualmente es vital reconocer el género, la pertenencia étnica, la sexualidad y los recursos de capital social como los estratificadores sociales (29).

Por otra parte, los determinantes intermedios fluyen de la configuración de estar bajo una estratificación social y, a su vez, determinan las diferencias en la exposición y vulnerabilidad de la salud que compone las condiciones. Se incluye en la categoría de determinantes intermedios: las condiciones de vida, las condiciones de trabajo, la disponibilidad de alimentos, comportamiento de la población y barreras para adoptar estilos de vida saludables y los servicios de salud (29).

En cuanto a la situación de salud, se esperaría que mejorará a medida que mejoran sus ingresos y aumenta sus jerarquías sociales, aumentando sus capacidad de vivienda segura y capacidad de comprar buenos alimentos, lo cual generalmente viene derivado de un mejor nivel de educación, por tanto un mejor cargo laboral;



igualmente al mejorar el apoyo de amigos, familia y comunidades se vería reflejado en una mejor salud (30).

Según se reporta, las personas que tienen mayor control de las condiciones laborales son más sanas y esto podría verse reflejado en una mayor longevidad. El conjunto de valores y normas de una sociedad influye de diferentes maneras en la salud, el bienestar de los individuos y las poblaciones. Además, la estabilidad social, el reconocimiento a la diversidad, la seguridad y las buenas relaciones del trabajo y comunidades cohesivas proporcionan una sociedad de apoyo que reduce o evita muchos riesgos potenciales a la buena salud (30).

Se tienen influencias importantes en una buena salud en cuanto a los entornos físicos de los individuos como lo son; lugar de trabajo, seguridad de vivienda, calidad de recursos importante como el aire y el agua. En cuanto a prácticas de buena salud, se tienen los entornos sociales que permiten y respaldan estilos de vida saludables, así como los conocimientos, las intenciones, los comportamientos, los estilos de vida de las personas y las aptitudes de adaptación para enfrentar la vida saludable son influencias clave en la salud.

Además, también la biología básica, dotación genética que proporciona una serie de factores que afectan la salud, y predisponen a ciertas enfermedades o grados de discapacidad a la población. Algunas personas o grupos pueden enfrentarse a riesgos adicionales para la salud debido a un entorno socioeconómico determinado en gran parte por valores culturales dominantes que contribuyen a la perpetuación de condiciones como marginación, estigmatización, la pérdida del valor del idioma o la cultura, la falta de acceso a la atención de salud y los servicios culturalmente aceptados (30).

Bajo esta perspectiva se realiza esta investigación, Cómo los determinantes sociales se asocian a la calidad de vida de los adultos mayores de Antioquia, teniendo como dirección principal lo expresado por Lalonde (1974) , quien identificó como determinantes clave los estilos de vida, el ambiente, la biología humana y los servicios de salud, en un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención, destacando así discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes.

3.4. POLÍTICAS DE SERVICIOS DIRIGIDOS A LAS PERSONAS MAYORES EN LATINOAMÉRICA

- Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2019



El Ministerio de Salud en el año 2007(1) constituye esta Política como una forma para atender las necesidades de la población adulta mayor, teniendo en cuenta la transición demográfica y epidemiológica y lo que el envejecimiento puede llegar a significar en la vida de un individuo.

Debido a concepciones culturales e ideológicas, en un país en vía de desarrollo como Colombia, el término vejez se ha visto intrínsecamente relacionado con dependencia, enfermedad y falta de productividad; por tal motivo, fue necesaria la implementación de una norma que protegiera a la población en vista que cada vez son más y las condiciones en el medio en el cual se desenvuelven no es el más propicio para su pleno desarrollo.

La Política Nacional de Envejecimiento y Vejez hace especial énfasis en un término denominado envejecimiento activo, entendido como: “proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez”(1). El término activo tiene serias connotaciones a nivel físico, sin embargo, extiende su importancia en la participación dinámica del adulto mayor en la toma de decisiones y en los ámbitos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos

De acuerdo a lo establecido en la política “el envejecimiento es un fenómeno multigeneracional que plantea retos fundamentales a los sistemas de protección social integral y a las políticas de empleo en los países”, lo cual, deja clara la importancia de destinar no sólo recursos físicos sino talento humano para la implementación de políticas públicas orientadas a garantizar una vejez digna (1).

Para ello es trascendental la ejecución de intervenciones puntuales establecidas en la Política de Envejecimiento y Vejez como objetivos y metas, cuya última razón de ser es garantizar las condiciones de vida del adulto mayor (salud, empleo, educación, condiciones socio-ambientales) , generando una cultura y pensamiento del “ envejecimiento activo” que desmorone la estigmatización que se genera hacia los viejos y se revoque por un pensamiento positivo (autonomía, proactividad, utilidad, aporte a la sociedad, conocimiento) (1).

Las líneas estratégicas, según lo expuesto, son base para alcanzar las metas propuestas en la norma. De las más importantes de acuerdo al desarrollo de la presente investigación en la formación de talento humano profesional, técnico y auxiliar que permita brindar una atención integral de la población para el envejecimiento activo, teniendo claro que las condiciones propicias para llegar a este se deben dar en todos los ciclos de la vida del individuo y la comunidad.



Por otro lado, se considera fundamental en fortalecimiento de líneas de investigación sobre envejecimiento y vejez, ya que sólo de esta forma se genera conocimiento y base sólida científica que contribuya al adecuado trato, no sólo en el sector salud sino junto con otras disciplinas, del adulto mayor.

- Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021

Dentro de los enfoques establecidos en el Plan de Decenal de Salud Pública (31) se destaca la población vulnerable, siendo relevante, la población adulta mayor. Los datos censales denotan un proceso de envejecimiento y longevidad en Colombia que crece a un ritmo más acelerado que los demás países de la región. Durante los últimos 30 años la población colombiana creció a una tasa promedio anual de 1,69%, mientras que los adultos mayores lo hicieron al 3,26%, en contraste con América Latina, donde la población total creció en promedio 1,83% anual y la población mayor de 60 años a un ritmo promedio de 2,89% anual (31).

En el último censo en 2005, Colombia contaba con 3'777.900 adultos mayores de 60 años, es decir, 9,5% del total, sobrepasando en 1,5% las proyecciones del CELADES, quienes esperan que en 2020 esta proporción de adultos mayores esté en el orden del 12% (32). Esta proporción creciente de los adultos mayores con respecto al total de la población y con respecto a los demás grupos de edad, inciden en las relaciones de dependencia de distinta manera. Por ejemplo, el índice generacional de ancianos que representaba 732 personas de 35 a 64 años que podrían hacerse cargo de una persona de 65 y más en el año 1938, pasó a 471 en el censo 2005. También es evidente como bajó el índice de dependencia económica, al registrar 82 personas menor de 15 años o mayor de 60 años dependiendo de 100 personas económicamente activas en 1938 a 59 en el 2005. En contraste, la relación de dependencia demográfica de vejez muestra una tendencia creciente indicando que por cada 100 personas en edad económicamente activa (15-59 años) había 10 personas mayores en 1985 y 15 en 2005 (31).

Todos estos índices representan un gran impacto para las políticas públicas por las consecuencias económicas y sociales implícitas, dado que, a mayor proporción de personas adultas dependientes, mayor carga para la población en edad activa para la manutención de los hogares y mayor dificultad para que la población alcance niveles de calidad de vida satisfactorios. Teniendo en cuenta los niveles de aseguramiento pensional de la población colombiana, estos hechos tienen enormes repercusiones sociales no solo de las familias, sino también de la institucionalidad del sector de la Salud y la Protección Social y el Estado para responder a las necesidades crecientes de soporte social de la población mayor.



Teniendo en cuenta las cifras, el Plan Decenal de salud, destina un enfoque para la población vulnerable, haciendo parte de este la vulnerabilidad en adultos mayores y población en envejecimiento; mediante el cual se implementarán intervenciones orientadas en el fortalecimiento y desarrollo de potencialidades de las comunidades con el fin de mejorar la calidad de vida, el bienestar y propiciar la inclusión de este grupo etario

Con base en esta perspectiva se busca, una sociedad para todas las edades como en la proyección de futuras generaciones de adultos mayores menos dependientes, más saludable y productiva, lo que repercutirá en la disminución de los costos del sistema de salud colombiano y la sostenibilidad del mismo, como estrategia prioritaria para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población y de las personas mayores en particular

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre la calidad de vida y los determinantes sociales de la salud de los adultos mayores, en el departamento de Antioquia en el año 2012

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores de Antioquia.
- Estimar los determinantes sociales de la salud de los adultos mayores, categorizados en: medio ambiente, servicios de salud, genética y, estilos de vida y conductas de salud.
- Determinar la calidad de vida de los adultos mayores de Antioquia
- Estimar la calidad de vida asociados a los determinantes sociales de la salud en los adultos mayores en el departamento de Antioquia

5. METODOLOGÍA

5.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN Y TIPO DE ESTUDIO



Se realizó un estudio observacional con enfoque cuantitativo, de tipo analítico, de corte transversal en las nueve subregiones del departamento de Antioquia, Colombia, en el año 2012, ya que a través de éste se determina la asociación entre la calidad de vida y los determinantes sociales de la población adulta mayor.

5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

5.2.1 POBLACIÓN DIANA O BLANCO (TARGET)

La población diana fueron adultos mayores de 60 años que residían la zona urbana y centros poblados de las subregiones del departamento de Antioquia.

5.2.2 POBLACIÓN ACCESIBLE

Para la ejecución del estudio se tomaron los registros de la base de datos, elaborada para la investigación: “Estado de salud del adulto mayor de Antioquia, Colombia” (33), cuya población objeto fueron 4.248 adultos mayores de 60 años de edad, residentes en las nueve subregiones del departamento de Antioquia, Colombia en el 2012

5.2.3 DISEÑO MUESTRAL

5.2.3.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se tomaron los datos de los 4.248 adultos mayores de 60 años de edad encuestados para la realización del estudio “Estado de salud del adulto mayor de Antioquia, Colombia”.

Para efectos del estudio que generó la base de datos, de la cual se obtendrá la información, el tamaño de la muestra fue estimada a través del programa Epidat 3.1; con un nivel de confianza del 95%, un error de muestreo del 1,6%, y, una proporción de buen estado de salud del 50% (33).

La muestra calculada fue de 3.790 participantes y se planteó un 10% de pérdidas, quedando finalmente en 4.248 adultos mayores; ahora bien, es importante resaltar que se hizo uso del muestreo probabilístico por conglomerados, bietápico; al seleccionar 36 municipios más cuatro comunas de la capital. Dentro de los criterios de exclusión se encuentran: 1) aquellos adultos mayores que residían en hogares geriátricos; 2) quienes registraron menos de 24 puntos en el Mini Examen Cognoscitivo (MMSE), prueba que evalúa el funcionamiento cognitivo (33).

5.3. DIAGRAMA DE VARIABLES

Figura 2. Variables para el estudio calidad de vida asociada a determinantes sociales de la salud en adultos mayores



5.4. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

La variable dependiente es la calidad de vida, y las variables independientes están conformadas por las características demográficas, y los determinantes sociales de la salud, categorizados en: medio ambiente, servicios de salud, genética y conductas de salud y estilo de vida. En las siguientes tablas se pueden visualizar las variables operacionalizadas.



Tabla 1. Operacionalización de variables: características sociodemográficas

Nombre	Característica	Definición	Categoría	Naturaleza	Nivel de medición
Edad	Independiente	Tiempo que ha vivido en una persona en años	---	Cuantitativa	Escala de razón
Sexo	Independiente	Condición orgánica que comparte un conjunto de individuos	Hombre Mujer	Cualitativa	Nominal
Área de residencia	Independiente	Lugar geográfico donde la persona desarrolla actividades familiares, sociales y económicas	Urbana Rural	Cualitativa	Nominal
Nivel de escolaridad	Independiente	Nivel de formación educativa de un individuo	Sin educación Primaria Secundaria Técnico o tecnológico Universitario Postgrado	Cualitativa	Ordinal
Entia	Independiente	Conjunto de personas que tienen en común rasgos culturales	Índigena Afrocolombian o Raizal Mestizo	Cualitativa	Nominal
Ocupación	Independiente	Empleo o trabajo actual	Servicios generales Empleado Comerciante Mecánico Tendero Arriero Maestro Otro	Cualitativa	Nominal
Estado civil	Independiente	Condición particular que caracteriza a una persona referente al vínculo que posee con otro.	Soltero Casado Viudo Separado Unión libre Divorciado	Cualitativa	Nominal

Tabla 2.Operacionalización variables: condición de vivienda y nivel socioeconómico

Nombre	Característica	Definición	Categoría	Naturaleza	Nivel de medición
Actividad económica	Independiente	Tipo de proceso por el cual se obtienen los bienes y servicios	Formal Informal	Cualitativa	Nominal
Horas de trabajo al día	Independiente	Tiempo en horas que se destina para la actividad laboral	6-8 horas 8-12 horas Más de 12 horas	Cuantitativa	Ordinal
Días de trabajo a la semana	Independiente	Días de la semana que destina para la actividad laboral	1-2 días 3-4 días 5-7 días	Cuantitativa	Ordinal
Estrato socioeconómico	Independiente	Calificación de muebles y adquisiciones	0-5	Cualitativa	Ordinal
Ingreso en el mes anterior	Independiente	Presencia o ausencia de ingreso económico del mes anterior en pesos colombianos	Si No	Cualitativa	Nominal
Ingreso	Independiente	Ingreso económico del mes anterior en pesos colombianos	-----	Cuantitativa	Razón
Ayudas familiares exterior	Independiente	Obtener el ingreso de ayudas de familiares que viven en el exterior	Si No	Cualitativa	Nominal
Ayudas familiares interior	Independiente	Obtener el ingreso de ayudas de familiares que viven en el interior	Si No	Cualitativa	Nominal
Subsidio	Independiente	Obtener el ingreso por un subsidio	Si No	Cualitativa	Nominal
Alquiler/bancario	Independiente	Obtener el ingreso por un alquiler o préstamo bancario	Si No	Cualitativa	Nominal
Empleo	Independiente	Obtener el ingreso por un	Si	Cualitativa	Nominal



		empleo	No		
Jubilación	Independiente	Obtener el ingreso por la jubilación	Si No	Cualitativa	Nominal
Tipo de vivienda	Independiente	Característica estructural de la vivienda en la que reside	Casa en ladrillo Casa en madera Cambuche Casa mixta Otra	Cualitativa	Nominal
Servicios de la vivienda	Independiente	Servicios de satisfacción de necesidades con las que cuenta la vivienda	Energía eléctrica Acueducto Alcantarillado Gas Natural Recolección de basura Teléfono fijo Celular	Cualitativa	Nominal

Tabla 3. Operacionalización de variable: afiliación a servicios de salud

Nombre	Característica	Definición	Categoría	Naturaleza	Nivel de medición
Afiliación al SGSS	Independiente	Afiliación a los servicios de salud	Si No	Cualitativa	Nominal
Régimen	Independiente	Tipo de servicio que cubre los gastos de salud	Contributivo Subsidiado Vinculado Especial	Cualitativa	Nominal
Razones para no consultar al médico	Independiente	Razones que posee para no asistir a un servicio médico	No lo necesita Costo de la atención Costo del viaje No responde Tiempo requerido para el viaje Atención mala	Cualitativa	Nominal



Tiempo en el que le dieron la cita	Independiente	Tiempo que transcurre desde la solicitud y la asignación de la cita médica	Días Minutos Horas No sabe/n recuerda	Cuantitativa	Escala
Acceso al centro médico	Independiente	Tiempo que requiere para trasladarse hasta el centro de salud	Días Minutos Horas No sabe/no recuerda No responde	Cuantitativa	Ordinal
Acceso a tratamiento	Independiente	Razones por las cuales no tuvo acceso al tratamiento farmacológico	Medicamentos caros No los cubre el seguro No tenía transporte Medicamento no disponible No sabe/ no recuerda No responde	Cualitativa	Nominal
Enfermedad	Independiente	Identifica si el individuo padece de alguna alteración patológica	Hipertensión Diabetes Nerviosos Psiquiátricos Enfermedad pulmonar Enfermedad cardíaca Enfermedad cerebral Articulaciones Huesos Piel Nerviosos Otra	Cualitativa	Nominal
Fórmula de medicamentos	Independiente	Se realizó formulación de medicamentos en la consulta	Si No	Cualitativa	Nominal
Obtención de medicamentos recetados	Independiente	Obtención de medicamentos recetados en la consulta médica	Si Algunos si otros no No No sabe/No recuerda No responde	Cualitativa	Nominal

Tabla 4. Operacionalización de variables: conductas de salud y estilos de vida

Nombre	Característica	Definición	Categoría	Naturaleza	Nivel de medición
Consumo de cigarrillo actualmente	Independiente	Consumo de cigarrillo en la actualidad	Si No	Cualitativa	Nominal
Frecuencia de consumo de cigarrillo	Independiente	Número de veces en las que consume cigarrillo.	1-3 veces al día Más de 3 veces al día 1-3 veces a la semana Más de 3 veces por semana 1-3 veces por mes Mas de tres semanas por mes	Cuantitativa	Ordinal
Consumo de bebidas alcohólicas	Independiente	Consumo de bebidas que contienen alcohol para fines recreativos	Si No	Cualitativa	Nominal
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	Independiente	Número de veces en las que consume bebidas alcohólicas	Diario Una vez por semana Más de 3 veces por semana Una vez al mes Más de tres veces al mes	Cuantitativa	Ordinal
Actividad en el tiempo libre	Independiente	Actividades que realiza en el tiempo libre	Leer Practicar deporte Escribir Pintar Actividades manuales	Cualitativa	Nominal



			Otro ¿Cuál?		
--	--	--	-------------	--	--

Tabla 5. Operacionalización de variable: percepción de calidad de vida y estado de salud

Nombre	Característica	Definición	Categoría	Naturaleza	Nivel de medición
Percepción de calidad de vida	Dependiente	Percepción de la calidad de vida	Mala Regular Buena Muy bueno Excelente	Cualitativa	Ordinal
Percepción de recursos sociales	Independiente	Cómo califica las relaciones sociales	Mala Regular Buena Muy bueno Excelente	Cualitativa	Nominal
Percepción de situación económica	Independiente	Cómo califica la situación económica	Mala Regular Buena Muy bueno Excelente	Cualitativa	Nominal
Satisfacción con el estado de salud	Independiente	Qué tan satisfecho se encuentra con el estado de salud actual	Altamente insatisfecho Insatisfecho Satisfecho Muy satisfecho Altamente satisfecho	Cualitativa	Nominal
Percepción del entorno físico de la vivienda	Independiente	Cómo califica el entorno físico de la vivienda	Mala Regular Buena Muy bueno Excelente	Cualitativa	Nominal

6.4. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

6.1 FUENTES DE INFORMACIÓN



La fuente de información es secundaria, ya que se tomaron los registros de la base de datos elaborada con la información obtenida a través del formulario “Situación de salud y condiciones de vida del adulto mayor Antioquia, 2012” (33).

6.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

En el estudio “Situación de salud y condiciones de vida del adulto mayor Antioquia, 2012”, fue aplicada una encuesta dirigida por 12 encuestadores capacitados previamente, durante dos semanas, por los investigadores que diseñaron el estudio. Esta encuesta fue calibrada a través de una prueba piloto conformada por 104 preguntas; y la recolección de la información tardó 1,5 meses.

Posterior, a la recolección, los investigadores tabularon la información obtenida, creando una base de datos que fue usada como fuente de información secundaria para el desarrollo de la presente investigación.

6.3. CONTROL DE ERRORES Y SEGOS

En el presente estudio se puede concurrir en el sesgo de información por estar este ejecutado con una fuente secundaria, por ende, se concibe la posibilidad de la existencia de datos faltantes, errores de codificación y/o digitación. El control de ello se efectuará haciendo la revisión pertinente de las variables que fueron escogidas para la investigación, de acuerdo al objetivo de la misma; no incluyendo aquellas que tengan más del 20% de datos faltantes.

Ahora bien, con el fin de controlar las posibles variables de confusión, se realizará un análisis multivariado con el modelo estadístico de la regresión logística.

7.1. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Para el análisis de datos se hizo uso del programa estadístico IBM SPSS Statistics.

Se realizó un análisis univariado, bivariado y multivariado; para el univariado se emplearon herramientas de estadística descriptiva básica (rango, media aritmética, desviación estándar, etc.).

En el análisis bivariado se realizaron pruebas de hipótesis X^2 de Pearson, entre las tres categorías de la calidad de vida (mala, buena y excelente) y las cuatro



categorías propuestas por Lalonde para definir los determinantes sociales de la salud. Se definió un valor de significancia estadística del 5%; y una confiabilidad del 95%

Por otra parte, se calcularon varias medidas que cuantifican la intensidad de la asociación entre las dos variables, se hizo uso de pruebas pertinentes para la relación de variables en escala de medición ordinal y nominal. En las variables nominales se utilizó V de Cramer, este asume valores entre 0 y 1; entre más cerca de 1 mayor relación; entre más cerca de 0 la relación no es importante o no existe tal dependencia. En las variables ordinales se usó el coeficiente Gamma este asume valores entre -1 y 1; de acuerdo con el nivel de significancia del coeficiente, se concluye si existe dependencia significativa entre el factor y la calidad de vida. (34)

Además, se realizó un modelo estadístico multivariado a través de la regresión logística para el control de variables confusoras. En el cuadro 2, se pueden evidenciar en detalle las pruebas estadísticas usadas para el análisis de datos.

Cuadro 2. Procesamiento y análisis de información de acuerdo a los objetivos de la investigación

Objetivo	Variables	Presentación
Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores de Antioquia.	Sexo Edad Área de residencia Etnia Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> ● Se evaluó la distribución normal de los datos a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. ● Con el paquete estadístico se calcularon datos como: media, mediana, desviación estándar, varianza, rango intercuartílico, mínimo y máximo de acuerdo a las características de la información. ● La información obtenida se presentó en tablas para las variables cuantitativas con frecuencias absolutas y relativas; y por otro lado, gráficas de resumen para las cualitativas.



<p>Estimar los determinantes sociales de la salud de los adultos mayores, categorizados en: medio ambiente, servicios de salud, genética y, estilos de vida y conductas de salud.</p>	<p>Variables que corresponden a: determinantes medio ambiente, servicios de salud, genética y, estilos de vida y conductas de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se evaluó la distribución normal de los datos a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. • Con el paquete estadístico se calcularon datos como: media, mediana, moda, desviación estándar, varianza, rango intercuartílico, mínimo y máximo de acuerdo a las características de la información. • La información obtenida se presentó en tablas para las variables cuantitativas con frecuencias absolutas y relativas; y por otro lado, gráficas de resumen para las cualitativas
<p>Determinar la calidad de vida de los adultos mayores de Antioquia</p>	<p>Calidad de vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se evaluó la distribución normal de los datos a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. • Con el paquete estadístico se calcularon datos como: media, mediana, moda, desviación estándar, varianza, rango intercuartílico, mínimo y máximo de acuerdo a las características de la información.
<p>Estimar los determinantes sociales de la salud asociados a la calidad de vida en adultos mayores en el departamento de Antioquia</p>	<p>Calidad de vida Determinantes sociales de la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se evaluó la distribución normal de los datos a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. • Se utilizó la prueba de X2 para hacer el análisis entre la variable dependiente y los determinantes sociales de la salud.



		<ul style="list-style-type: none"> • Se calculó la fuerza de asociación a través de V de Cramer y Coeficiente Gamma, de acuerdo a la escala de medición de la variable, nominal u ordinal, respectivamente. • Se realizó un análisis de regresión logística multinomial para hacer el control de las variables de confusión
--	--	---

8.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio fue realizado a través de una fuente secundaria, para su ejecución se hizo uso de la base de datos del estudio “Estado de salud del adulto mayor de Antioquia, Colombia” previa autorización de los investigadores. Dicho estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Ética de la Universidad CES, y solicitó consentimiento informado escrito a los adultos mayores, previa realización de la encuesta.

De acuerdo a la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, por el cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, la presente investigación representa un riesgo mínimo para los adultos mayores.

9. RESULTADOS

- **Características sociodemográficas**

La edad mínima de los 4.248 adultos mayores encuestados en el departamento de Antioquia en el 2012, fue de 60 años, la máxima de 102 años, con una mediana¹ de 70 años, +/- 13 años; de la muestra analizada por cada 100 mujeres había 61,3 hombres.

¹ Se realiza la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con un valor de p de 0.000, por ende, la medida de tendencia central para la variable edad es la mediana



La etnia que prevalece en el grupo es mestiza, en un 85,9% de los casos, seguido de afrocolombiano en un 12,9% de los casos; y, en menor proporción se encuentran la etnia indígena y raizal con 0,4% y 0.1% respectivamente.

La mayoría de ellos reside en área urbana, 91,9%, y tan sólo el 8,1% en el área rural.

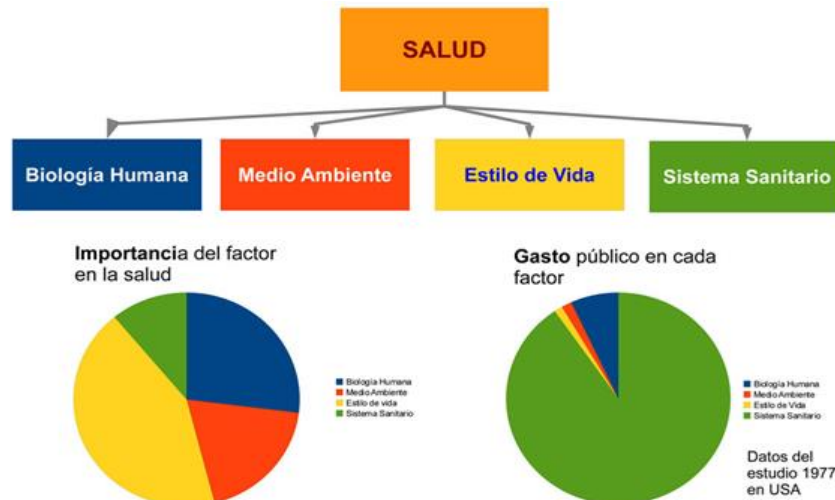
Con relación al estado civil, el 39,3% estaba casado, seguido del 29,6% viudo, y el 16,2% soltero, mientras que el 7,8%, el 6,7% y el 0,5% de los adultos mayores eran separados, convivían en unión libre o eran divorciados, respectivamente.

Ahora bien, en cuanto al nivel educativo, más de la mitad de la muestra, el 61,9%, cursó la primaria; el 23,5% no poseía educación, el 11,4% realizó estudios secundarios, mientras el 1,7% realizó un estudio técnico/ tecnológico, y en una minoría, tan sólo el 1.3% tuvo acceso a educación superior, habiendo sido esta culminada o no.

- **Descriptivos de determinantes sociales y calidad de vida**

Abordar a los determinantes sociales de la salud implica reconocer los múltiples modelos y teorías que a lo largo de los años han surgido al respecto; para efectos del análisis del estudio, se tendrá en cuenta, el modelo establecido por Lalonde en 1974 en Canadá, quien reconoce al estilo de vida, el ambiente- incluyendo el social- la biología humana y los servicios de la salud como aquellos factores modificadores de la salud de los individuos (figura 4) (35).

Figura 4. Determinantes sociales de la salud de acuerdo al Modelo de Mac Lalonde, 1974.



** Figura tomada de la publicación de G. Pilar: *la importancia de la vida saludable*

Estilo de vida

Dentro el ítem de estilo de vida se evaluaron hábitos de consumo de sustancias psicoactivas y realización de actividades de recreación. De los adultos mayores un 65.5% fumó alguna vez en su vida y un 23,4% lo hace actualmente, en su mayoría más de tres veces al día, un 55%; seguido del 37,3% quienes fuman de 1 a 3 veces en el día y un 5,0% de 1 a 3 veces a la semana, los adultos mayores en menor proporción fuman de 1 a 3 veces en el mes, sólo el 1,6%.

En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas el 62,2% hizo uso de ellas en algún momento de la vida, pero actualmente sólo el 19,5% lo hace, con una frecuencia de una vez por mes de forma mayoritaria, el 68,9% consume bebidas alcohólicas con dicha frecuencia; mientras tanto, el 17,8% lo hace una vez a la semana, el 6,7% más de tres en el mes y el 4,6% diariamente.

En relación a las actividades del tiempo libre, hay una variabilidad notable en estas, siendo la más destacada la lectura, puesto que aproximadamente 15 de cada 100 adultos mayores dedica su tiempo en ello; no obstante, es relevante mencionar que sólo 6,6% de los adultos mayores practica algún deporte, sin embargo 14,5 de cada 100 adultos mayores posee el hábito de caminar como actividad del tiempo libre. Lo anterior, esta intrínsecamente relacionado con la realización de actividad física que se ve reflejado directamente en la salud de la población objeto de estudio.

Biología humana



En el ámbito de biología humana o genética se hizo una revisión de las alteraciones fisiológicas y/o mentales que padecen estos individuos durante la vejez y que por representar la consecución de un proceso de salud-enfermedad impactan en el estado de salud, y transforman la dinámica y el rol tanto personal como de quienes los rodean. En la tabla se evidencian las frecuencias relativas de cada una de las patologías.

Tabla 6. Distribución de patologías diagnosticadas en los adultos mayores de Antioquia, 2012

Enfermedad	N	%
Hipertensión arterial	2383	56,7
Diabetes	708	16,9
Tumores	98	2,3
Enfermedad pulmonar	301	7,2
Enfermedad cardíaca	509	12,1
Enfermedad cerebral	204	4,9
Enfermedad en articulaciones	921	21,9
Enfermedades de la piel	234	5,6
Enfermedad psiquiátrica	40	1,0
Otra**	1790	42,1

** Las más frecuentes en esta sección son: cataratas, niveles altos de colesterol, gastritis, enfermedad de la próstata, alteraciones visuales y de la tiroides

Medio ambiente

Referente al medio ambiente, se abordarán tres aspectos: 1) las condiciones de vivienda; 2) ámbito laboral; y, 3) recursos sociales.

Dentro de las condiciones de vivienda se destaca que el 0,5%, 26,4%, 47,9% y 19,3% de los adultos mayores pertenece al estrato 0, 1, 2 y 3 respectivamente; en su mayoría viven en una casa elaborada en ladrillo, 76,6%; el 7,2% vive en casa de madera, el 6,5% en una casa mixta², y el 0,7% en un cambuche³.

² Casa elaborada en ladrillo y madera

³ Casa elaborada en plástico



Las viviendas poseen con frecuencia los servicios públicos mínimos para garantizar la satisfacción de necesidades básicas (Tabla 7)

Tabla 7. Distribución de servicios instalados y funcionando en las viviendas de los adultos mayores, Antioquia, 2012

Servicios públicos	N	%
Luz eléctrica	4236	97,9
Acueducto	3899	92,1
Alcantarillado	3701	87,6
Gas natural	1637	38,8
Recolección de basura	4010	95,0
Teléfono fijo	2186	51,7
Celular	2131	50,4

Por otro lado, se les cuestionó a los adultos mayores, cómo considera las condiciones de la vivienda en la que residía; aproximadamente la mitad de ellos plantea que el entorno físico es bueno, el 53,6%, y el 31,4% regular, seguido de un 8,1% que lo califica como muy bueno y un 5,8% lo considera malo.

El segundo aspecto, el ámbito laboral, es sin lugar a dudas, uno de los factores más trascendentales en las condiciones de salud no sólo por representar la forma de adquisición sino porque el ejercicio de actividades remuneradas implica tiempo, dedicación, habilidad, y esfuerzo. En cuanto a este ítem, de los adultos mayores que desempeñan una ocupación como fuente de ingreso, el 83% pertenece al sector informal y el 17% al formal.

Con respecto al tiempo dedicado en el desempeño de la ocupación y/o empleo, 55,5% trabajo entre 5-7 horas al día, y, el 67,5% trabaja con una frecuencia de 5-7 días a la semana, lo cual, permite reconocer que los horarios de trabajo están siendo en su mayoría acordes a lo planteado por la normatividad colombiana con respecto a las obligaciones de un trabajador.



Por otro lado, se evidenció que el 56,1% tuvo un ingreso económico en el último mes, de 200.000 pesos colombianos⁴, dicha adquisición fue en un 22,2% de los casos a través de un empleo, 21,2% a través de un subsidio, el 26,6% recibió ingresos de familiares y el 5,9% por alquileres/préstamos bancarios. Por otro lado, el 74,2% de los adultos mayores no adquirieron pensión o jubilación, mientras un 25,8% no lo obtuvo.

Al indagar por la calificación que los adultos mayores dan a su situación económica actual, el 53,8% considera que es regular el 24,5% buena, el 17,4% mala, el 3,3% muy buena; y, sólo el 1,2% excelente.

Aquellos adultos mayores que recibieron ingresos por medio de un empleo se desempeñaban en un 13,1% como comerciantes, y en un 11% en el área de servicios generales, el 8,6% era empleado y el 2,4% mecánico

Ahora bien, el último aspecto a tratar, son los recursos sociales; el 68,4% considera que sus relaciones sociales son buenas, mientras que el 16,3% las califica como muy buenas y un 10,7% regulares.

Sistema Sanitario

El 44,4% de los adultos mayores califica su estado de salud actual como bueno, el 39% considera que es regular, y un 8,6% lo percibe su estado actual de salud como malo. A pesar de ello, el 63,5% de los adultos mayores presentó un problema de salud en el último mes anterior a la realización de la encuesta.

De los adultos mayores encuestados, el 97% se encuentra afiliado al sistema de seguridad social de salud, y de ellos, el 66% pertenece al régimen subsidiado, y el 33% al contributivo, el 0,3% al régimen vinculado y el 0,6% al especial.

En cuanto a acceso al servicio de salud de forma oportuna, el 84,5% no ha asistido a consulta en los últimos cuatro meses porque no lo necesita, el 6,2% se automedicó, el 3,4% consideró que su problema de salud no era grave para solicitar una consulta médica, el 3,0% porque la atención era mala, y en una minoría 1,6%,

⁴ Mediana del ingreso en pesos colombianos

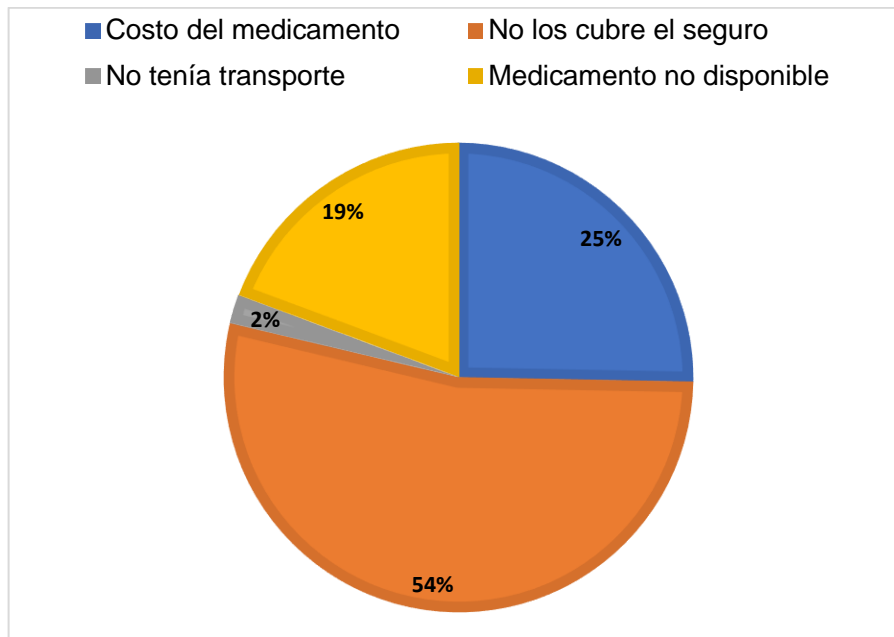


0,9% y 0,4% por el costo de atención, el tiempo de viaje y el costo de este, respectivamente.

Al momento de solicitar una cita para consulta médica, el tiempo estimado para que fuera asignada la cita es de días en un 55,0% de los casos, el 16,9% esperaron minutos y un 14,4% horas.

El tiempo de espera en el consultorio desde la llegada hasta la atención es de minutos en un 80,3% de los casos, horas en un 9,0%, y días en un 1,2%. Ahora bien, de los adultos mayores que requieren inicio de tratamiento farmacológico, el 91,3% pudo obtener los mismos, mientras un 8,6% no tuvo acceso a estos, o tuvo un acceso parcial; las razones por las cuáles no pudieron adquirir el tratamiento se visualiza en la Figura 3.

Figura 3. Distribución de razones por las cuáles los adultos mayores no pudieron adquirir el tratamiento. Antioquia, 2012



Calidad de vida

Más de la mitad de los adultos mayores calificaron como buena su calidad de vida, para el 31,4% ésta fue regular, y para una minoría fue valorada como mala.



Con relación a la satisfacción con la salud, más de la mitad de los adultos mayores se encuentran satisfechos, un 57,1% exactamente, sin embargo, el 28,6% se encuentra insatisfecho con su salud actual, el 8,1% muy satisfecho, y el 3,8% altamente insatisfecho.

Tabla 8. Calificación de la calidad de vida y la satisfacción con el estado de salud

¿Cómo califica su calidad de vida actual?		
Categoría	N	%
Mala	239	5,8
Regular	1297	31,4
Buena	2215	53,6
Muy buena	336	8,1
Excelente	49	1,2
¿Qué tan satisfecho está con su salud?		
Altamente insatisfecho/a	155	3,8
Insatisfecho/a	1183	28,6
Satisfecho/a	2358	57,1
Muy satisfecho/a	336	8,1
Altamente satisfecho/a	101	2,4

Análisis bivariado de la información.

Para efectos del análisis bivariado se recategorizó la variable dependiente calidad de vida en tres categorías: mala, buena y excelente.

Posterior a ello, se hicieron uso de tablas de contingencia y a través de ellas se identificaron distribuciones de las variables independientes en relación a la calidad de vida. - Ver tablas 10 a 14 -



Se encontró en este sentido, significancia estadística entre la mayoría de variables independientes que comprenden las categorías de determinantes sociales de la salud (estilo de vida, biología humana, medio ambiente, sistema sanitario) y las variables sociodemográficas y la calidad de vida (valor de $p < 0,05$) – Ver Anexo 1-

Dentro de las variables sociodemográficas, ocupación, etnia, estado civil, y escolaridad presentan los mayores valores en la prueba X², con una significancia dada por un valor de $p \leq 0,001$. Lo cual indica que hay una asociación entre las variables en mención y la calidad de vida de los adultos mayores.



Tabla 9. Análisis bivariado de calidad de vida y variables sociodemográficas

Variables sociodemográficas		Calidad de vida			Prueba X ²	Valor de P	Gamma	V de Cramer
		Malo	Bueno	Excelente				
		N (%)	N (%)	N (%)				
Ocupación	Servicios generales	12 (21,4)	38 (67,9)	6 (10,7)	26,318	0,001	NA	0,161
	Empleado	9 (20,9)	26 (60,5)	8 (18,6)				
	Comerciante	21 (31,3)	39 (58,2)	7 (10,4)				
	Mecánico	2 (16,7)	9 (75)	1 (8,3)				
	Otros	151 (45,8)	145 (43,9)	34 (10,3)				
Área de residencia	Urbana	1299 (34,8)	2080 (55,8)	349 (9,4)	5,355	0,069	NA	0,036
	Rural	130 (39)	183 (55)	20 (6)				
Sexo	Hombre	599 (38)	845 (53,5)	134 (8,5)	8,318	0,016	NA	0,045
	Mujer	861 (33,6)	1455 (56,8)	245 (9,6)				
Etnia	Indígena	3 (20)	12 (80)	0 (0)	40,218	0	NA	0,07
	Afrocolombiana	247 (46,5)	250 (47,1)	34 (6,4)				
	Mestizo	1175 (33,7)	1971 (56,6)	339 (9,7)				
	Otro	14 (42,4)	18 (54,5)	1 (3)				
Estado civil	Soltero	284 (42,9)	329 (49,7)	49 (7,4)	73,501	0	NA	0,094
	Casado	483(29,7)	966 (59,4)	176 (10,8)				
	Viudo	428 (35,2)	689 (56,7)	99 (8,1)				
	Separado	125 (38,6)	171 (52,8)	28 (8,6)				
	Unión libre	128 (45,7)	132 (47,1)	20 (7,1)				
	Divorciado	5 (25)	8 (40)	7 (35)				



Escolaridad	Sin educación	475 (49,1)	451 (46,6)	41 (4,2)	415,3	0,001	0,41	NA
	Primaria	884 (34,5)	1499 (58,6)	176 (6,9)				
	Secundaria	91 (19,1)	272 (57)	114 (23,9)				
	Téc./tecnólogo	3 (4,2)	43 (60,6)	25 (35,2)				
	Universidad	2 (4,8)	20 (47,6)	20 (47,6)				
	Posgrado	2 (16,7)	7 (58,3)	3 (25)				

** NA: no aplica

Tabla 10. Análisis bivariado de calidad de vida y estilo de vida

Estilo de vida		Calidad de vida			Prueba X2	Valor p	Gamma	V de Cramer
		Malo	Bueno	Excelente				
		N(%)	N(%)	N(%)				
Consumo de cigarrillo	Si	276 (43,5)	309 (48,7)	50 (7,9)	7,859	0,02	NA	0,054
	No	783 (37,7)	1141 (54,9)	154 (7,4)				
Frecuencia de consumo de cigarrillo	Diario	255 (43,7)	280 (48)	48 (8,2)	2,085	0,72	0,006	NA
	Semanal	15 (41,7)	19 (52,8)	2 (5,6)				
	Mensual	5 (38,5)	8 (61,5)	0 (0)				
Consumo de bebidas alcohólicas	Si	145 (28,9)	293 (58,4)	64 (12,7)	25,607	0	NA	0,1
	No	802 (38,7)	1115 (53,8)	154 (7,4)				
Frecuencia de bebidas alcohólicas	Diario	8 (38,1)	11 (52,4)	2 (9,5)	1,647	0,8	0,007	NA
	Semanal	27 (29,7)	50 (54,9)	14 (15,4)				
	Mensual	102 (29,5)	203 (58,7)	41 (11,8)				

** NA: no aplica



Tabla 11. Análisis bivariado de calidad de vida y biología humana

		Calidad de vida			Prueba X2	Valor p	V de Cramer
		Malo N (%)	Bueno N (%)	Excelente N (%)			
Biología humana	Si						
	No						
Hipertensión arterial	Si	846 (36,1)	1322 (56,4)	176 (7,5)	16,67	0,000	0,064
	No	612 (34,2)	976 (54,6)	200 (11,2)			
Diabetes	Si	263 (38,5)	353 (51,6)	68 (9,9)	5,331	0,07	0,036
	No	1195 (34,7)	1945 (56,4)	308 (8,9)			
Tumores	Si	38 (39,6)	48 (50)	10 (10,4)	1,259	0,533	0,017
	No	1420 (35,2)	2250 (55,7)	366 (9,1)			
Enfermedad pulmonar	Si	137 (47,1)	136 (46,7)	18 (6,2)	19,69	0,000	0,069
	No	1321 (34,4)	2162 (56,3)	358 (9,3)			
Enfermedad cardíaca	Si	210 (42,5)	240 (48,6)	44 (8,9)	13,31	0,001	0,057
	No	1248 (34,3)	2058 (56,6)	332 (9,1)			
Enfermedad cerebral	Si	89 (46,1)	93 (48,2)	11 (5,7)	11,309	0,004	0,052
	No	1369 (34,8)	2205 (56)	365 (9,3)			
Enfermedad en articulaciones	Si	337 (37)	490 (53,7)	85 (9,3)	1,732	0,421	0,02
	No	1121 (34,8)	1808 (56,1)	291 (9)			
Enfermedades de la piel	Si	87 (37,8)	122 (53)	21 (9,1)	0,735	0,692	0,013
	No	1371 (35,1)	2176 (55,8)	355 (9,1)			
Enfermedad psiquiátrica	Si	18 (48,6)	17(45,9)	2 (5,4)	3,077	0,215	0,027
	No	1440 (35,2)	2281 (55,7)	374 (9,1)			
	Si	91 (52)	75 (42,9)	9 (5,1)	22,96	0,000	0,075



Enfermedad sistema nervioso							
	No	1367 (34,5)	2223 (56,2)	367 (9,3)			

** NA: no aplica

Tabla 12. Análisis bivariado de calidad de vida y medio ambiente

Medio Ambiente		Calidad de vida			Prueba X2	Valor p	Gamma	V de Cramer
		Malo	Bueno	Excelente				
		N (%)	N (%)	N (%)				
Actividad económica	Formal	20 (23,8)	49 (58,3)	15 (17,9)	10,58	0,005	NA	0,146
	Informal	169 (41,2)	200 (48,8)	41 (10)				
Horas de trabajo al día	5-8 horas	120 (43,6)	130 (47,3)	25 (9,1)	15,96	0,003	0,171	NA
	8-12 horas	58 (31)	106 (26,7)	23 (12,3)				
	Más de 12 horas	16 (47,1)	10 (29,4)	8 (23,5)				
Días de trabajo a la semana	1-2 días	13 (38,2)	16 (47,1)	5 (14,7)	4,571	0,334	0,059	NA
	3-4 días	57 (44,5)	55(43)	16 (12,5)				
	5-7 días	122 (36,4)	179 (53,4)	34 (10,1)				
Estrato socioeconómico	0-2 (Bajo)	1209 (39,6)	1674 (54,8)	171 (5,6)	391,89	0,0000	0,383	NA
	3-5 (Medio/Alto)	149 (16,3)	565 (61,8)	200 (21,9)				
	No asignado	76 (75,2)	24 (23,8)	1 (1)				
Tipo de vivienda	Casa de ladrillo	970 (31)	1838 (58)	325 (10,4)	165,1	0,000	NA	0,142
	Casa en madera	191 (64,5)	98 (33,1)	7 (2,4)				
	Cambuche	12 (44,4)	15 (55,6)	0 (0)				
	Casa mixta	116 (43,6)	126 (4,4)	24 (9)				



Servicios de la vivienda	Energía eléctrica	Sin servicio	23 (62,2)	14 (37,8)	0 (0)	14,64	0,005	NA	0,042
		Instalado	20 (42,6)	24 (51,1)	3 (6,4)				
		Funcionando	1408 (34,9)	2256 (55,9)	374 (9,3)				
	Acueducto	Sin servicio	155 (54,8)	117 (41,3)	11 (3,9)	53,62	0,000	NA	0,081
		Instalado	16 (34)	27 (57,4)	4 (8,5)				
		Funcionando	1279 (33,7)	2151 (56,7)	362 (9,5)				
	Alcantarillado	Sin servicio	233 (49,4)	218 (46,2)	21 (4,4)	54,89	0,0000	NA	0,082
		Instalado	10 (23,3)	30 (69,8)	3 (7)				
		Funcionando	1207 (33,5)	2147 (56,8)	353 (9,8)				
	Gas natural	Sin servicio	928 (37,8)	1381 (56,3)	146 (5,9)	102,75	0,000	NA	0,112
		Instalado	16 (24,2)	30 (45,5)	20 (30,3)				
		Funcionando	505 (31,6)	884 (55,3)	211 (13,2)				
	Recolección de basura	Sin servicio	96 (55,8)	68 (39,5)	8 (4,7)	34,15	0,000	NA	0,064
		Instalado	13 (36,1)	20 (55,6)	3 (8,3)				
		Funcionando	1341 (34,3)	2206 (56,4)	366 (9,4)				
	Celular	Sin servicio	677 (33,7)	1157 (57,7)	172 (8,6)	7,344	0,119	NA	0,03
		Instalado	6(30)	11 (55)	3 (15)				
		Funcionando	767 (36,6)	1127 (53,8)	202 (9,6)				
	Teléfono fijo	Sin servicio	938 (48,4)	932 (48,1)	68 (5,5)	350,02	0,000	NA	0,206
		Instalado	15 (25)	40 (66,7)	5 (8,3)				
		Funcionando	496 (23,4)	1323 (62,3)	304 (14,3)				
	Ingreso	Si	779 (33,2)	1288 (54,9)	281 (12)	53,58	0,0000	NA	0,114
		No	678 (38)	1010 (56,6)	98 (5,5)				
	Ingreso/Jubilación	Si	90 (15,5)	364 (62,5)	128 (22)	141,8	0,000	NA	0,25
No		658 (39,2)	870 (51,8)	151 (9)					



Ingreso/Empleo	Si	197 (39,2)	251 (50)	54 (10,8)	11,33	0,003	NA	0,071
	No	543 (31,3)	969 (55,8)	224 (12,9)				
Ingreso/Subsidio	Si	235 (49,9)	208 (44,2)	28 (5,9)	82,36	0	NA	0,191
	No	513 (28,7)	1026 (57,3)	251 (14)				

** NA: no aplica

Tabla 13. Análisis bivariado de calidad de vida y sistema sanitario

Sistema Sanitario		Calidad de vida			Prueba X2	Valor de p	Gamma	V de Cramer
		Malo	Bueno	Excelente				
		N (%)	N (%)	N (%)				
Afiliación al SGSS	Si	1939 (34,8)	2243 (56)	369 (9,2)	7,144	0,028	NA	0,042
	No	58 (46,4)	57 (45,6)	10 (8)				
Régimen	Contributivo	253 (19,6)	857 (65,2)	204 (15,5)	259,37	0,0000	NA	0,18
	Subsidiado	1123 (42,7)	1352 (51,4)	155 (5,9)				
	Vinculado	4 (36,4)	5 (45,5)	2 (18,2)				
	Especial	7 (26,9)	17 (65,4)	2 (7,7)				
Razones para no consultar	No lo necesita	264 (27)	582 (59,5)	132 (13,5)	48,84	0,000	NA	0,145
	Costo de la atención	11 (57,9)	8 (42,1)	0 (0)				
	Costo del viaje	3 (60)	2 (40)	0 (0)				
	Tiempo requerido para viaje	5 (45,5)	6 (54,5)	0 (0)				
	Problema no grave	13 (33,3)	15(38,5)	11 (28,2)				
	Mala atención	22 (62,9)	13 (37,1)	0 (0)				
	Se automedicó	22 (30,6)	45 (62,5)	5 (6,9)				



Tiempo en el que le dieron la cita	Días	674 (31,3)	1230 (57,2)	246 (11,4)	43,142	0,000	-0,141	NA
	Minutos	236 (35,2)	372 (55,5)	62 (9,3)				
	Horas	207 (36,3)	329 (57,7)	34(6)				
Acceso al centro médico	Días	16 (33,3)	29 (60,4)	3 (6,3)	35,54	0,000	-0,074	NA
	Minutos	1129 (34,3)	1855 (56,4)	305 (9,3)				
	Horas	122 (32,9)	196 (52,8)	53 (14,3)				
Acceso al tratamiento	Medicamentos caros	36 (57,1)	26 (41,3)	1 (1,6)	13,8	0,032	NA	0,167
	No los cubre el seguro	48 (36,1)	79 (59,4)	6 (4,5)				
	No tenía transporte	1 (20)	4 (80)	0(0)				
	Medicamento no disponible	27 (56,3)	21 (43,8)	0 (0)				

** NA: no aplica

Tabla 14. Análisis bivariado de calidad de vida y características percibidas

Características percibidas		Calidad de vida			Prueba X2	Valor p	Gamma
		Malo	Bueno	Excelente			
		n	n	n			
Satisfacción con salud	Altamente insatisfecho	114 (73,5)	25 (16,1)	16 (10,3)	1022	0,000	0,587
	Insatisfecho	673 (59,9)	466 (39,4)	43 (3,6)			
	Satisfecho	615 (26,2)	1582 (67,4)	151 (6,4)			
	Muy Satisfecho	37 (11,1)	179 (53,9)	116 (34,9)			
	Altamente satisfecho	9 (9)	38 (38)	53 (53)			
Entorno físico	Mala	167 (70,2)	70 (29,4)	1 (0,4)	1228	0,000	0,539
	Regular	608 (47)	651 (50,3)	35 (2,7)			



	Bueno	636 (28,8)	1429 (64,7)	144 (6,5)			
	Muy bueno	38(11,3)	140 (41,8)	157 (46,9)			
	Excelente	5 (10,4)	3 (6,3)	40 (83,3)			
Relaciones sociales	Mala	60 (65,9)	29 (31,9)	2 (2,2)	451,1	0,000	0,397
	Regular	247 (56,3)	170 (38,7)	22 (5)			
	Bueno	960 (33,9)	1706 (60,3)	165 (5,8)			
	Muy bueno	164 (24,3)	362 (53,7)	148 (22)			
	Excelente	26 (26,8)	29 (29,9)	42 (43,3)			
Situación económica	Mala	503 (70,1)	212 (29,5)	3 (0,4)	1755	0,000	0,762
	Regular	879 (39,6)	1273 (57,3)	69 (3,1)			
	Bueno	69 (6,8)	764 (75,8)	175 (17,4)			
	Muy bueno	2 (1,5)	41 (30,4)	92 (68,1)			
	Excelente	2 (4,3)	6 (12,8)	39 (83)			
Calificación de estado de salud	Mala	194 (79,2)	47 (19,2)	4 (1,6)	1467	0,000	0,677
	Regular	860 (53,4)	715 (44,4)	36 (2,2)			
	Bueno	349 (19)	1346 (73,4)	139 (7,6)			
	Muy bueno	37 (10,4)	169 (47,6)	149 (42)			
	Excelente	14 (16,3)	21 (24,4)	51 (59,3)			



Se ha comprobado en estudios, en especial, la existencia de relación entre la escolaridad y calidad de vida. En el departamento de Bolívar una investigación afirma: “en la medida que aumenta el grado de escolaridad se observa una tendencia a reportar mejor autocuidado, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal y plenitud personal” (13) y, en otros países de Latinoamérica, se ha evidenciado de igual forma, la asociación indirecta entre calidad de vida y escolaridad, en un estudio realizado en Cuba afirman: “Hubo diferencias importantes en el comportamiento de la calidad de vida por edad y escolaridad, con tendencia a empeorar en la medida que se disminuye la escolaridad”(36).

En cuanto al estilo de vida, se evidencia asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas como el cigarrillo (p 0,020) y el alcohol (p 0,000) con la percepción que poseen los adultos mayores sobre su calidad de vida. Sin embargo, no hay asociación entre la frecuencia de consumo de cigarrillo, alcohol y la calidad de vida (p 0.720 y p 0,80, respectivamente)

Durante el último mes, el 63,5% de los adultos mayores presento algún problema de salud, dentro de las enfermedades de larga data -y alta morbilidad- diagnosticadas, se encontró asociación estadística con: hipertensión, enfermedad pulmonar, enfermedad cardíaca, enfermedad cerebral, y enfermedad del sistema nervioso.

Sin embargo, es de resaltar que no hubo significancia con la diabetes mellitus, enfermedades psiquiátricas, enfermedades de la piel, enfermedad de las articulaciones; lo cual puede explicarse por las bajas frecuencias relativas de adultos mayores que padecían las enfermedades en mención (diabetes mellitus 16,6%; enfermedades psiquiátricas 0,9%; enfermedad de la piel 5,6%; enfermedad de articulaciones 22,1%; y, tumores 2,3 %)

Con respecto al medio ambiente, se encontró asociación significativa con las variables actividad económica (p 0,005), horas de trabajo al día (0,003), estrato socioeconómico (p 0,000), tipo de vivienda (p 0,000) y servicios de vivienda (todos los servicios con valor de $p < 0,05$ excepto el uso del celular con una p de 0,119). De igual forma, se evidencia asociación significativa entre el ingreso en el último mes, y la fuente del ingreso, específicamente por empleo, jubilación y subsidios.



En cuanto al sistema sanitario, se evidencia asociación estadística entre la calidad de vida y la afiliación al sistema de salud (p 0,028), régimen de afiliación de salud (p 0,000), razones para no consultar al médico (p 0,000), tiempo en el que le dieron la cita (p 0,000), acceso al centro médico (p 0,000) y al tratamiento (p 0.032). El incremento en tiempo en el que le dieron la cita médica (γ -0,141), y el tiempo gastado para el acceso al centro médico (γ -0,074) disminuyen la calidad de vida percibida por los adultos mayores.

Es de vital importancia resaltar que a pesar de la significancia estadística evidenciada al ejecutar la prueba de hipótesis X^2 de Pearson; las medidas de la fuerza de asociación, V de Cramer y Γ , evidencian que esta asociación para la población del estudio, adultos mayores de Antioquia en el año 2012, entre la calidad de vida, las variables sociodemográficas y los determinantes sociales de la salud es débil; por ende, no es posible afirmar que las variables indagadas en la investigación determinen la calidad de vida percibida de los adultos mayores.

Análisis multivariado de la información.

Se realizó un modelo de regresión logística que reportó una bondad de ajuste de Pearson adecuada ($p > 0,05$). Se incluyeron las variables encontradas en la literatura como explicativas, entre ellas el sexo, el estado civil, la jubilación, régimen de afiliación al sistema de salud, apoyo social y la percepción del estado de salud. El modelo fue capaz de explicar el 39,9% (R^2 Nagelkerke) de la varianza de los casos de calidad de vida. Todas las variables relacionadas con la ocurrencia del evento son significativas con un valor de $p < 0,05$. Así mismo, con el modelo propuesto se obtuvo 65,2 % de asertividad.

De acuerdo a esto, los hombres tienen 1,38 veces el riesgo de percibir la calidad de vida como mala en comparación de una calidad de vida buena ($p=0,005$ IC 1,106-1,745). Con respecto al estado civil divorciado, estar soltero presenta 1,69 veces más probabilidad de percibir una calidad de vida mala en comparación con una buena ($p=0,540$ IC 95% 0,315- 9,09); ser casado 1,09 veces más probabilidad ($p=0,914$ IC 95% 0,206-5,850); ser viudo 1,19 veces más probabilidad ($p= 0,836$ IC 95% 0,224- 6,640); estar separado 1,27 más probabilidad ($p=0,782$ IC 95% 0,236-6,99); y, vivir en unión libre 2,00 veces más probabilidad ($p= 0,426$ IC 95% 0,66-11,02).



En cuanto a la pensión, los adultos mayores que si se encuentran jubilados tienen 37,9% menor probabilidad de percibir la calidad de vida como mala ($p=0,008$ IC 95% 0,437-0,884). Por otro lado, el estar afiliado al régimen subsidiado 3,53 veces más probabilidad de percibir una calidad de vida mala en comparación con una buena ($p= 0,036$ IC 95% 1,08-11,56); y, estar afiliado al régimen contributivo tiene 1,62 más probabilidad de percibir la calidad de vida como mala ($p= 0,421$ IC 95% 0,49-5,34).

Los adultos mayores que perciben el estado de salud actual como malo tiene 10,59 veces más probabilidad de presentar una calidad de vida malo con respecto a quienes perciben el estado de salud como excelente ($p=0,000$ IC 95% 2,92-38,421); y quienes perciben el estado de salud como regular tiene 3,72 más probabilidad de tener mala calidad de vida con respecto a quienes perciben el estado de salud como excelente ($p=0,034$ IC 95% 1,107-12,547).

10. DISCUSIÓN

Según las cifras reportadas por el Dane en Colombia para el año 2020: “habrá en el país alrededor de 6.500.000 de personas mayores, lo que marca un crecimiento del 39,2% con respecto a 2011. Bogotá con un 55%; Atlántico con un 43,2%; Antioquia con un 42,2% y Córdoba con un 38,8% se encuentran entre las ciudades y departamentos que más crecimiento porcentual tendrán para ese año”(37).

De acuerdo a la médica psiquiatra González L.: “Estas cifras demuestran que Colombia requiere generar programas que le permitan prepararse como país y sociedad frente al tema de envejecimiento y vejez en todas sus dimensiones e implicaciones, teniendo en cuenta que actualmente nuestro país atraviesa por un período denominado ‘bono demográfico’, donde la tasa de dependencia, en términos de relación entre población económicamente activa y población considerada dependiente (menores de 15 años y mayores de 60/65 años) aún es favorable(37).

Lo anterior, implica pensar en la calidad de vida de las población mayor. El término calidad de vida es un constructo, lo que explica porque a lo largo de los años de la humanidad, y a medida que el interés en esta temática ha incrementado, su definición ha tomado diversos rumbos, aportando información en ella múltiples ramas de la ciencia tanto dura como blanda.



El concepto de calidad de vida, por ende, es multidimensional, y el garantizar el alcance de una buena percepción de ésta, como del bienestar y la salud, es responsabilidad de todos como sociedad y requiere un trabajo intersectorial y dinámico.

Esta investigación nos permite entender a la calidad de vida como un reflejo de las necesidades del individuo, en este caso, los adultos mayores. La población objeto de estudio, en ese momento de la vida requiere de la satisfacción de ciertas características diferentes a otros grupos etarios y en otro momento de la historia.

Es decir, a través de ello, se tiene plena consciencia que los tiempos cambian, la sociedad transcurre, día a día se incrementan los avances tecnológicos, la concepción de la vida y de las normativas que como sociedad y red social se deben seguir son distintas, y esto, sin lugar a dudas, representa cambios en la percepción que tenemos de la calidad de la vida. La calidad de vida es sensible a los cambios en nuestro sistema y en el sistema que nos rodea.

Al ser este, un estudio de corte transversal únicamente nos ofrece una fotografía de lo que los adultos mayores consideran que afecta o no su calidad de vida. Sin embargo, como se expresa anteriormente estamos en constante cambio y esta percepción es susceptible a modificaciones.

Otro aspecto importante para mencionar, es el método para medir la calidad de vida; como recomendación se considera pertinente evaluar la calidad de vida de los adultos mayores con una escala de medición validada para que los datos obtenidos no estén tan sujetos a la subjetividad del participante.

Por último, es fundamental continuar el estudio en esta área y con esta población específica, como lo menciona Montenegro A.: “El problema no es la población de más edad, sino que no existan políticas que trabajen para mitigar los posibles cambios. Es inevitable que las personas envejecan, aunque sí es evitable que, cuando eso ocurra, la población mayor no tenga una buena calidad de vida”(38)

Es claro que la transición demográfica y el incremento de la esperanza de vida, representa un reto para la ejecución de políticas públicas; la focalización de esfuerzos por parte de entes gubernamentales y no gubernamentales, la evaluación del sistema de salud, el sistema de pensiones y la economía en salud, para la satisfacción de las necesidades de una población que ha sido estigmatizada y requiere mayor atención para el alcance del bienestar



12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Social Mdp. Política Nacional de Envejecimiento y Vejez Bogotá 2007. p. 1-50.
2. Urbina M, Block MG. La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. Instituto Nacional de Salud Pública, y Academia Nacional de México de Medicina. 2012.
3. Castaño LSÁ, Stella L. Los determinantes sociales de la Salud, más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia*. 2009;69-79.
4. BETANCOURT DP, RODRIGUEZ CJ, VOGEL SH, SOLER AV, PEREZ J, MONTOYA S, et al. Política nacional de envejecimiento y vejez. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2007.
5. Rosen G. De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud: Siglo XXI; 1985.
6. Morales B, Concha SC, Eslava JC. Las capacidades de investigación en Determinantes Sociales de la Salud de grupos registrados en Colciencias, Colombia (2005-2012). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2013;31:126-38.
7. Aranibar P. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina: CEPAL; 2001.
8. Ballesteros RF. Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*. 1997(73):89-104.
9. Rubio E, Comín M, Montón G, Martínez T, Magallón R, García-Campayo J. Determinantes de la capacidad funcional en personas mayores según el género. *Gerokomos*. 2013;24(2):69-73.
10. Estrada A, Cardona D, Segura ÁM, Chavarriaga LM, Ordóñez J, Osorio JJ. Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*. 2011;31(4):492-502.
11. Ramírez-Vélez R, Agredo RA, Jerez AM, Chapal LY. Calidad de vida y condiciones de salud en adultos mayores no institucionalizados en Cali, Colombia. *Rev salud pública*. 2008;10(4):529-36.
12. Ocampo-Chaparro JM, Zapata-Ossa HdJ, Cubides-Munévar ÁM, Curcio CL, Villegas JdD, Reyes-Ortiz CA. Prevalence of poor self-rated health and associated risk factors among older adults in Cali, Colombia. *Colombia Médica*. 2013;44(4):224-31.
13. Herrera EM, López AA, Pérez BC. Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*. 2012;28(2).
14. Arias JAC, Mendieta MIÁ, Restrepo SP. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, 2012. *Revista Ciencias de la Salud*. 2014;12(2):139-55.
15. Cardona-Arias JA, Giraldo E, Maya MA. Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de un municipio colombiano, 2013. *Medicas UIS*. 2016;29(1):17-27.
16. Colciencias MdSy. SABE Colombia 2015: Estudio Nacional de salud, bienestar y envejecimiento. Colombia 2015. p. 1-11.
17. Chackiel J. El envejecimiento de la población latinoamericana. *Sociología del desarrollo, políticas sociales y democracia: estudios en homenaje a Aldo E Solari*, México, Siglo XXI/CEPAL. 2001:166-85.
18. Aranibar P. Entorno y vejez. *Extraído el*. 2003;7.



19. Ortiz LP. Las necesidades de las personas mayores en España: vejez, economía y sociedad 1998.
20. Lima MGQ, Garrote UG, editors. Calidad de vida, contexto socioeconómico y salud en personas de edad avanzada. Gerontología y salud: Perspectivas actuales; 1997: Biblioteca Nueva.
21. Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*. 2012;30(1):61-71.
22. Fernández-Ballesteros R, Maciá A. Calidad de vida en la vejez. *Intervención psicosocial*. 1993;2(5):7-94.
23. AROILA R. CALIDAD DEVIDA: UNA DEFINICIÓN INTEGRADORA. *Revista Latinoamericana de psicología*. 2003;35(2):161-4.
24. mayores OMdlsyOdp. Salud y envejecimiento. Un documento para el debate. 2001. p. 1-36.
25. Ruíz MÁ, Baca E. Design and validation of the "Quality of Life Questionnaire" ("Cuestionario de Calidad de Vida", CCV): A generic health-related perceived quality of life instrument. *European Journal of Psychological Assessment*. 1993.
26. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major national groups. *The Lancet*. 2001;358(9278):315-23.
27. Laurel AC. Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. *Desarrollo de Recursos Humanos: OPS*; 1994. p. 1-12.
28. Salud OMdl. Subsanan la desigualdad en una generación: alcanzar la equidad sanitaria utilizando los determinantes sociales de la salud. *Argentina 2009*. p. 1-26.
29. González ECGC, Gelis MM, Cruz MES, Figueroa EM, Hernández MV, Pérez LdAC. Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. *Revista INFODIR*. 2012(15).
30. Aristizábal Vélez PA, García Chamorro DA, Vélez Álvarez C. Asociación de los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida con el sobrepeso y la obesidad en adolescentes entre 15 y 19 años de Manizales 2011: estudio de casos y controles. 2013.
31. Colombia MdSyPS. Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021. MinSalud Bogotá DC; 2013.
32. MODELO DATRU. PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012-2021. Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá. 2013.
33. Arango DC, Cardona AS, Duque MG, Cardona AS, Sierra SMC. Estado de salud del adulto mayor de Antioquia, Colombia. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2016;19(1):71-86.
34. Claro YGO, Clavijo AAL, Sepúlveda MAJ, Angarita OMV. Características sociodemográficas asociadas a la sobrecarga de los cuidadores de pacientes diabéticos en Cúcuta. *Revista Cuidarte*. 2013;4(1).
35. Ávila-Agüero ML. Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud. *Acta Médica Costarricense*. 2009;51(2):71-3.
36. Dueñas González D, Bayarre Veja HD, Triana Álvarez E, Rodríguez Pérez V. Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. *Revista cubana de medicina general integral*. 2009;25(2):0-.
37. Narváez LF. Para el año 2050 la población mayor de 60 años reunirá a más de 2.000 millones de personas. *Crónicas del Quindío*. 2011.
38. Montenegro A. Tiempo E, editor 2016. Available from: <http://blogs.eltiempo.com/la-escuela-blog/2016/02/26/ancianos-serian-mayoria-en-2050/>.

ANEXOS

Anexo 1.

Figura 4. Edad media de los adultos mayores e intervalo de confianza de la edad (95%), según percepción de calidad de vida, Antioquia, 2012

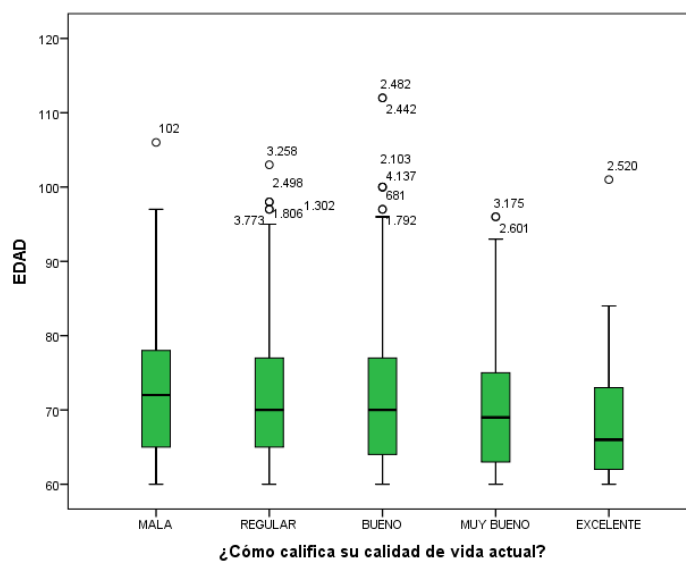




Figura 5. Calidad de vida según sexo en adultos mayores de Antioquia, 2012

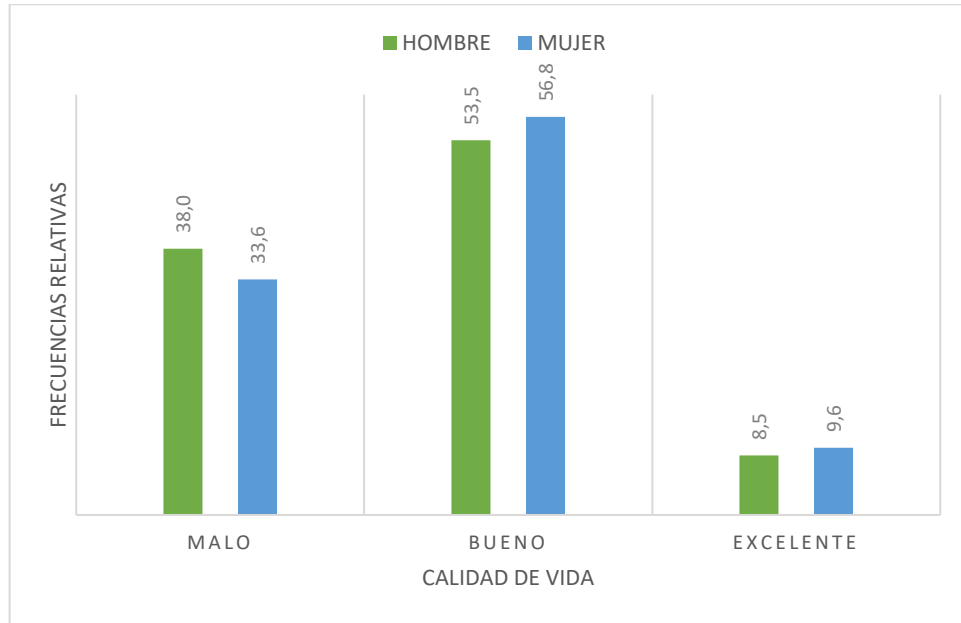


Figura 6. Calidad de vida según jubilación en adultos mayores de Antioquia, 2012

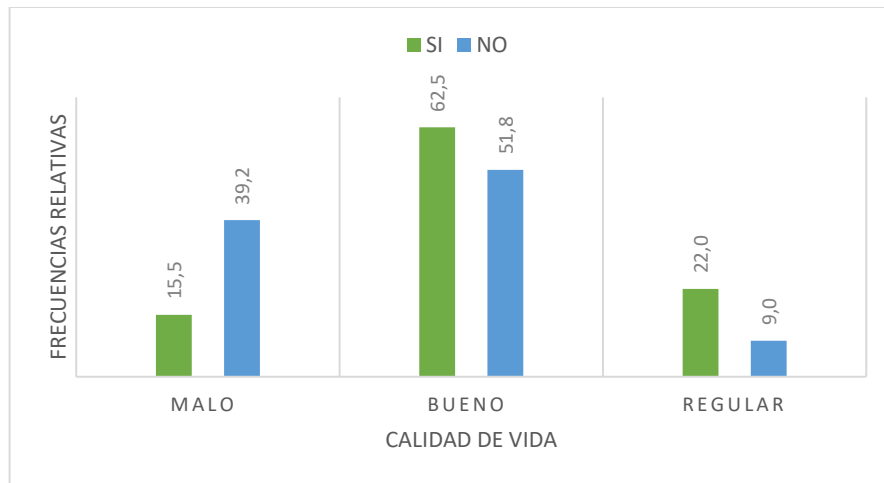
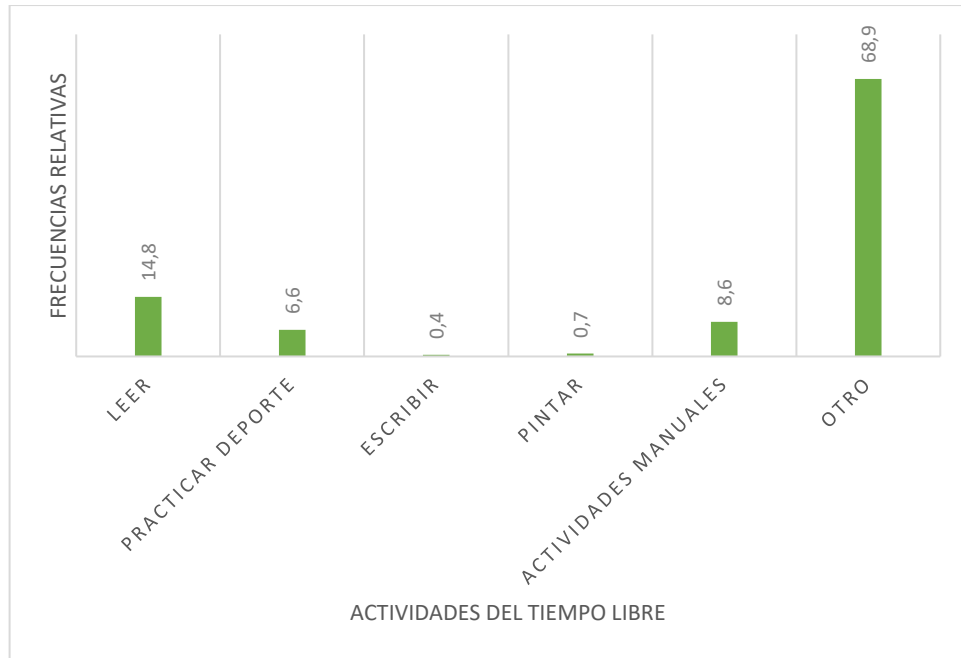




Figura 7. Distribución de las actividades del tiempo libre de los adultos mayores en Antioquia, 2012



** Otros como: ver televisión (15,6%), caminar (14,5%), descansar (4,4%), dormir (1,2%), escuchar música (1,1%)

Figura 8. Calidad de vida según calificación del entorno físico de la vivienda, Antioquia, 2012

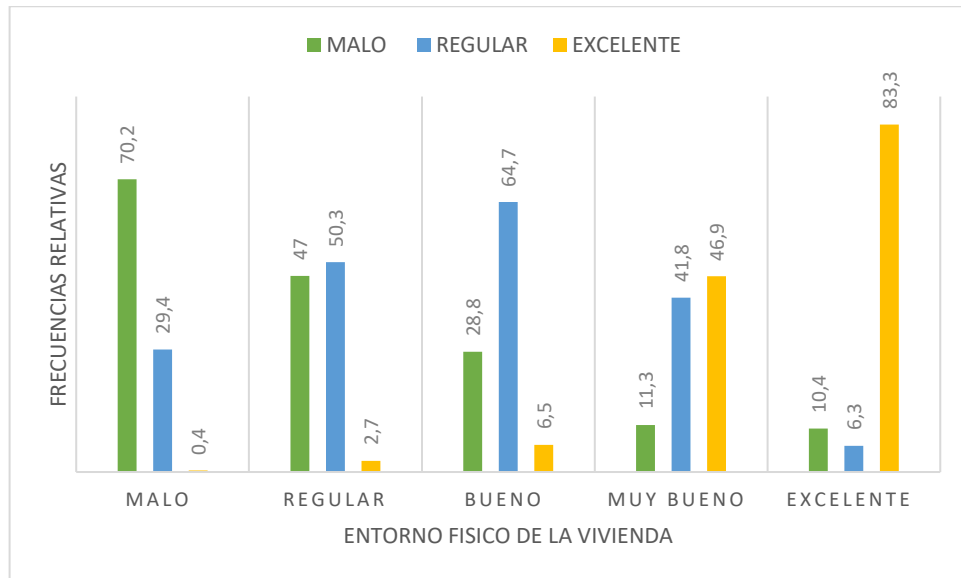




Figura 9. Calidad de vida según calificación de las relaciones sociales de los adultos mayores, Antioquia, 2012

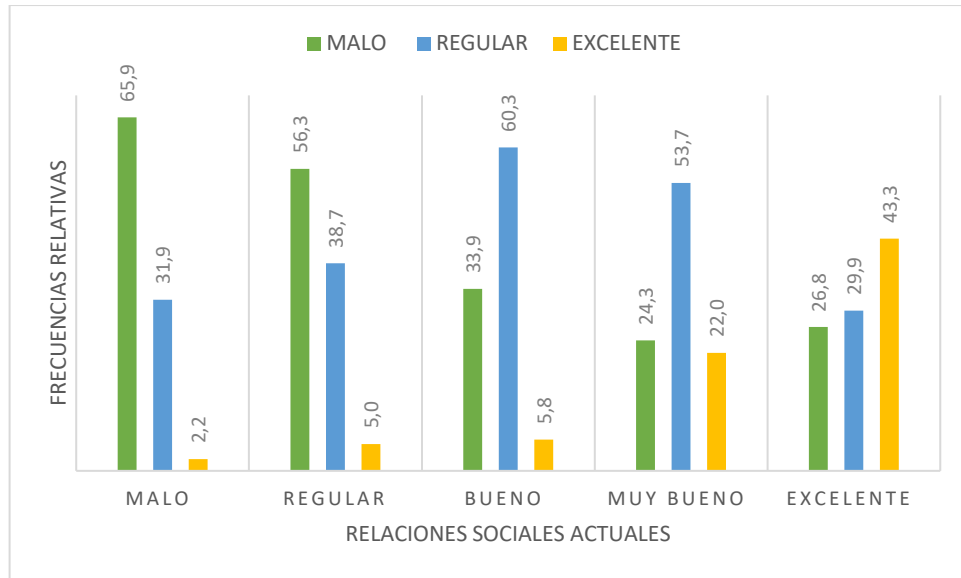


Figura 10. Distribución de régimen de afiliación según percepción de la calidad de vida de adultos mayores, Antioquia, 2012

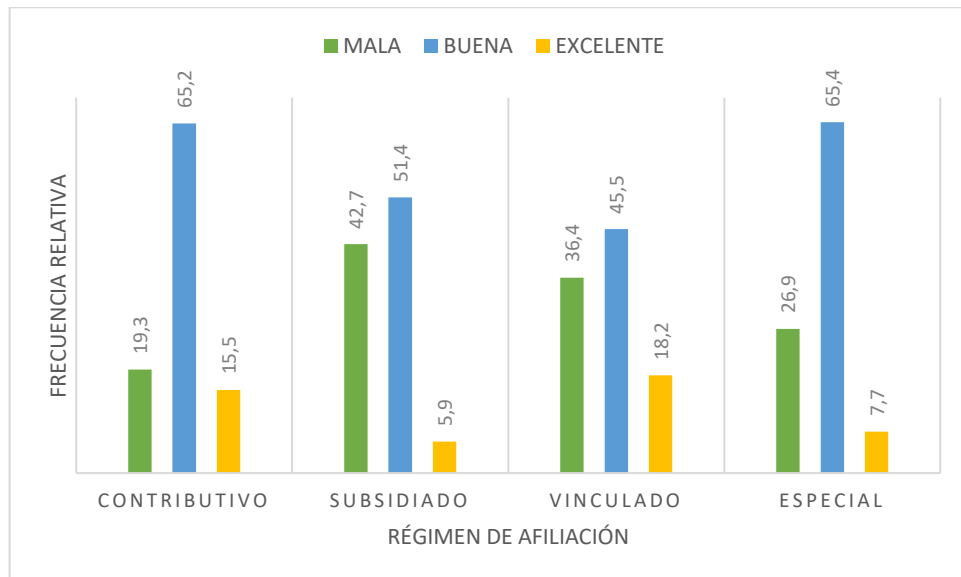




Figura 8. Calidad de vida según satisfacción del estado de salud de adultos mayores, Antioquia, 2012

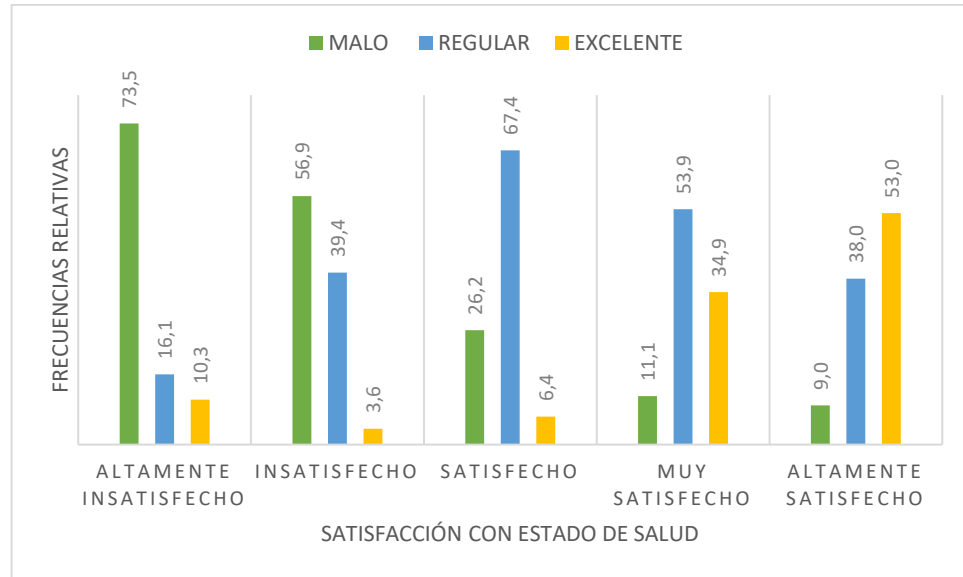


Figura 9. Calidad de vida según la situación económica de adultos mayores, Antioquia, 2012

