

## Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de un municipio colombiano, 2013

Jaiberth Antonio Cardona-Arias\*

Elizabeth Giraldo\*\*

María Antonia Maya\*\*

\* Microbiólogo y Bioanalista. Mgtr en Epidemiología. Profesor asociado. Escuela de Microbiología. Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina. Universidad Cooperativa de Colombia. Medellín. Antioquia. Colombia.

\*\* Microbióloga y Bioanalista. Grupo de Investigación Salud y Sostenibilidad. Escuela de Microbiología. Universidad de Antioquia. Medellín. Antioquia. Colombia.

**Correspondencia:** Sr. Jaiberth Antonio Cardona Arias. Escuela de Microbiología. Universidad de Antioquia. Calle 67 Número 53-108, Bloque 5, oficina 103. Medellín. Colombia. Teléfono: 2198486. Fax: 2195486. Correo electrónico: jaiberthcardona@gmail.com

### RESUMEN

**Introducción:** la investigación en calidad de vida relacionada con la salud en los ancianos en Colombia es exigua y la mayoría se focaliza en perfiles de morbilidad o de calidad de vida según las condiciones materiales de vida. **Objetivo:** identificar factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud de adultos mayores de un municipio colombiano. **Materiales y métodos:** estudio transversal en 191 individuos seleccionados probabilísticamente, la calidad de vida se midió con el World Health Organization Quality Of Life-BREF y se aplicó una encuesta. Los análisis se realizaron en SPSS 21.0® con estadísticos descriptivos, pruebas no paramétricas y regresión lineal, controlando sesgos de información y selección. **Resultados:** la mediana de edad fue 68 años, 50% eran mujeres, 56% de zona rural, 64% del estrato social medio y 23% trabaja. El puntaje de calidad de vida fue mayor a 50. Los factores asociados con salud física fueron: 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. **Conclusiones:** los puntajes de calidad de vida fueron altos evidenciando que la adultez mayor no constituye una etapa de indefectible dependencia y deterioro. 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. **MÉD.UIS. 2016;29(1):17-27.**

**Palabras clave:** Anciano. Calidad de Vida. Salud. Organización Mundial de la Salud. Colombia.

### Associated factors with health-related quality of life of elderly from a colombian municipality, 2013

### ABSTRACT

**Introduction:** research in health-related quality of life in aged in Colombia is meager and most focus on profiles of morbidity or quality of life from the perspective of the material conditions of life. **Objective:** to identify the associated factors with health-related quality of life of elderly in a Colombian municipality. **Methods:** a cross-sectional study of 191 individuals selected probabilistically. The World Health Organization Quality Of Life-BREF and a survey were applied. Analyses were performed in SPSS 21.0® with descriptive statistics, nonparametric tests and linear regression, controlling information and selection bias. **Results:** the median age was 68 years old; 50% were female, 56% rural, 64 % of the middle social stratum, 23% still works. The scores of health-related quality of life were greater than 50. The associated factors with quality of life were in physical health: educative level, marital status, family support and hospitalization; in psychological health: age, area of residence, marital status, educative level, economic and family satisfaction, and disease; in social relations: age, marital status, family support and marijuana use, in environment: economic and family satisfaction, presence of disease, sex and consumption of snuff. **Conclusions:** health-related quality of life was good, this shows that the older adult is not a stage of unflinching dependence and deterioration. The diversity in the factors associated with health-related quality of life demonstrate the need for studies in each context as a basis for the health planning, to do evaluation in health and to formulate subsequent actions. **MÉD.UIS. 2016;29(1):17-27.**

**Keywords:** Aged. Quality of life. Health. World Health Organization. Colombia.

**¿Cómo citar este artículo?:** 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. **MÉD.UIS. 2016;29(1):17-27.**

Artículo recibido el 28 de Mayo de 2015 y aceptado para publicación el 3 de Agosto de 2015.



DOI: <http://dx.doi.org/10.18273/revmed.v29n1-2016002>

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad los cambios demográficos y epidemiológicos, la propagación de enfermedades y el aumento de la esperanza de vida, han derivado en un interés creciente por la calidad de vida y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida obedece a la percepción que las personas tienen sobre situaciones de su cotidianidad, determinadas por el contexto cultural en el que viven y relacionadas con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes; mientras que la CVRS es la percepción subjetiva de bienestar, salud y funcionalidad del individuo en diferentes áreas de su vida, la cual subsume el dominio físico, psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales y la relación con el entorno<sup>1,3</sup>.

La evaluación de la CVRS toma gran relevancia en todo tipo de población, pero el mayor interés ha estado en personas con limitaciones físicas, psicológicas o sociales, debido a que estas presentan un mayor deterioro de las dimensiones de la CVRS e implican un mayor costo sanitario. En este contexto, los adultos mayores constituyen un grupo de gran interés para evaluar este tema.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS definen el adulto mayor funcionalmente sano como aquel individuo que se adapta al cambio de esta etapa de la vida con un grado aceptable de satisfacción personal. La vejez o adultez mayor se da a partir de los 65 años, o cuando una persona con 50 años o más presenta condiciones de desgaste físico, vital y mental que ameritan incluirlo en este grupo etario<sup>4-6</sup>.

Algunos autores han definido la CVRS del adulto mayor como la interacción de condiciones propias de la existencia humana como la vivienda, el vestido, la alimentación, la educación y las libertades humanas, con eventos del proceso de envejecimiento y las adaptaciones del adulto mayor a su medio biopsicosocial. Tal interacción determina los estados de bienestar y la percepción sobre la importancia de la salud física, el temor, el abandono o aislamiento, la dependencia y las relaciones sociales significativas<sup>7,8</sup>. Sumado a ello, se debe tener presente que el envejecimiento puede presentar múltiples consecuencias para el ser humano como enfermedades crónicas, la pérdida de capacidades físicas, limitación de recursos económicos, pérdida

de amigos y familiares, mayor dependencia de las personas que le rodean, aislamiento, cambios en el estilo de vida, depresión, entre otros aspectos que deterioran la CVRS y ponen de manifiesto la importancia de su medición para identificar grupos con peor calidad de vida y buscar estrategias para vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales<sup>9,10</sup>.

En conjunción con lo anterior, la investigación en la CVRS del adulto mayor es relevante por las transformaciones políticas, económicas y del sector salud que han aumentado la longevidad pero no han posibilitado el mejoramiento de la calidad de vida, a lo que se suma la necesidad de focalizar las acciones en salud, dado que los adultos mayores presentan perfiles de vulnerabilidad diferenciales. Este último hecho impide generalizar o extrapolar datos de estudios previos que han reportado un notable deterioro de la CVRS del adulto mayor por la presencia de limitaciones en la funcionalidad física y psicológica; pérdida de la autonomía, la independencia y la adaptabilidad; limitaciones económicas y sociales, abandono por parte de sus familias y barreras para el acceso a servicios de salud<sup>11-4</sup>.

Por otra parte, en Colombia los estudios en CVRS son exigüos, dado que la mayoría se focalizan en perfiles de morbilidad o de calidad de vida desde la perspectiva de las condiciones materiales de vida, en las que se reporta la frecuencia de adultos que son habitantes de la calle o huéspedes de asilos, hospitales y manicomios, como trazadores de la CVRS<sup>15</sup>. En el departamento de Antioquia se ha documentado un acelerado crecimiento de la población adulta mayor y anciana en condiciones de dependencia, baja calidad de vida y altas tasas de pobreza<sup>16</sup>. En Medellín, la encuesta de calidad de vida fue diseñada para realizar el seguimiento y la medición de las condiciones socioeconómicas de los ciudadanos<sup>17</sup>.

Los precedentes expuestos evidencian que las mediciones de la CVRS en Colombia obstan lo social, lo psicológico y lo ambiental, a pesar que la OMS ha construido, adaptado y validado de forma transcultural el *World Health Organization Quality of Life-BREF* (WHOQOL-BREF) versión corta, como instrumento de medición de la CVRS que trasciende la perspectiva económica o de condiciones materiales de vida, al generar un perfil en cuatro dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Este instrumento se desarrolló y validó

ENERO-ABRIL

transculturalmente, es apto para comparar la CVRS entre culturas, aplicable a personas sanas o enfermas, presenta excelentes propiedades psicométricas y estructura conceptual<sup>18,19</sup>.

En coherencia con lo expuesto, se realizó un estudio con el objetivo de analizar la CVRS del adulto mayor de un municipio colombiano según las dimensiones del WHOQOL-BREF e identificar sus factores asociados.

## **MATERIALES Y MÉTODO**

### **TIPO Y SUJETOS DEL ESTUDIO**

El presente estudio observacional transversal se desarrolló en una muestra probabilística de 191 sujetos mayores de 60 años de ambos sexos y residentes de un municipio de Antioquia. De estos se excluyeron los ancianos con diagnóstico de problemas cognitivos que les impidiese contestar la encuesta. El tamaño de muestra obedece a una población de referencia de 5800 adultos mayores, una confianza del 95%, una desviación estándar de 14 en los puntajes de la CVRS y un error de muestreo del 2% (se sumaron ocho personas que pidieron ser encuestados en algunos hogares donde habitan dos o más adultos mayores). La selección de los participantes se realizó con base en un muestreo polietápico donde la unidad primaria de muestreo fueron los barrios, la secundaria fueron los domicilios y terciaria los adultos mayores, y fue llevada a cabo durante el primer semestre del 2013.

### **MEDICIÓN DE LA CVRS**

En la recolección de la información se usó una fuente de información primaria la cual fue el WHOQOL-BREF, un instrumento que genera cuatro puntajes de salud física, psicológica, social y ambiental en un rango entre 0 y 100, en los que cero indica el peor resultado de CVRS posible y 100 el mejor. La dimensión de salud física está conformada por siete ítems relacionados con dolor, dependencia de medicamentos, energía, movilidad, sueño, trabajo y actividades cotidianas. La salud psicológica se compone de seis ítems sobre sentimientos positivos, espiritualidad, pensamiento-concentración, autoimagen, autoestima y sentimientos negativos. El dominio de relaciones sociales incluye tres ítems que cualifican las relaciones personales, la actividad sexual y el apoyo social. La dimensión de ambiente tiene ocho ítems sobre seguridad, ambiente físico, recursos económicos, acceso a información, ocio, hogar, atención en salud y transporte. Cada uno de los ítems se mide con una

escala Likert de cinco niveles, lo cuales se suman y se transforman a puntajes de 0 a 100, para cada una de las dimensiones<sup>18,19</sup>.

El control de sesgos de selección se realizó con la selección aleatoria de los participantes, lo sesgos de información se controlaron con el uso de una escala validada para medir calidad de vida, capacitación de encuestados, doble digitación de la información y realización de prueba piloto.

### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Para la descripción se estimaron proporciones y medidas de resumen. Las comparaciones de los puntajes de la CVRS con variables cualitativas dicotómicas se realizaron a través de la prueba U de Mann Whitney, con las politómicas se usó la prueba H de Kruskal Wallis y para las cuantitativas coeficientes de correlación de Spearman, dado el incumplimiento del supuesto de normalidad. Se realizó prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov con corrección de la significación de Lilliefors y Shapiro Wilk. Para evaluar el efecto simultáneo y recíproco de las variables independientes sobre cada una de las dimensiones de la CVRS, y con el fin de identificar posibles predictores de sus puntajes, se realizaron regresiones lineales multivariantes, cuya pertinencia se determinó al evaluar el cumplimiento de los supuestos de linealidad, no colinealidad y normalidad, varianza constante e incorrelación de los residuos.

En todos los análisis se tomó un nivel de significación estadística de 0,05. Los datos fueron almacenados y analizados en una base de datos en SPSS 21.0®.

## **RESULTADOS**

### **CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA, ECONÓMICA Y DE SALUD**

El grupo de estudio estuvo conformado por un 50,3% de mujeres; el 56% era de procedencia rural; 64,2% perteneciente al estrato medio; el 51,3% eran casados, la mayoría con nivel educativo de primaria o más; el 23,4% aún trabaja, cerca de un tercio depende económicamente de los aportes familiares y sólo un 15,1% está insatisfecho con su situación económica (Ver Tabla 1). En el nivel educativo superior a secundaria, siete presentaron nivel tecnológico y los demás nivel universitario, y entre quienes trabajan las ocupaciones más frecuentes son trabajador independiente y obrero.

**Tabla 1. Características demográficas, económicas, sociales y de salud del grupo de estudio**

VARIABLES	FACTORES	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Procedencia	Rural	107	56,0
	Urbana	84	44,0
Sexo	Masculino	95	49,7
	Femenino	96	50,3
Estrato socioeconómico de la vivienda	Bajo	65	34,2
	Medio	122	64,2
	Alto	3	1,6
Estado civil	Soltero	19	9,9
	Casado	98	51,3
	Separado	33	17,3
	Viudo	41	21,5
Nivel educativo	Ninguno	16	8,4
	Primaria	113	59,2
	Secundaria	36	18,8
	Otros	26	13,6
Ocupación	Trabajando	44	23,4
	Oficios del hogar	73	38,8
	Otros	71	37,8
Fuente de ingresos	Aportes familiares	52	28,1
	Sueldo/Salario	37	20,0
	Pensión/Jubilación	67	36,2
	Otros	29	15,7
Satisfacción situación económica	Insatisfecho	29	15,1
	Normal	101	52,9
	Muy satisfecho	46	24,1
	Totalmente satisfecho	15	7,9
Tipo de vivienda	En arriendo	45	23,6
	Propia pagada	128	67,0
	Otros	18	9,4
Relaciones familiares	Malas	5	2,6
	Regulares	18	9,4
	Buenas	117	61,3
	Excelentes	51	26,7
Satisfacción apoyo familiar	Insatisfecho	29	15,2
	Normal	49	25,7
	Muy satisfecho	82	42,9
	Totalmente satisfecho	31	16,2
Enfermedad - Hospitalización	Enfermedad	50	26,2
	Hospitalización	43	22,6
Consumo de Cigarrillo	Nunca	106	55,5
	Ocasional	34	17,8
	A menudo	51	26,7
Consumo de alcohol	Nunca	79	41,4
	Ocasional	80	41,9
	A menudo	32	16,8

Fuente: autores.

En el grupo de adultos mayores el 26,7% tenían relaciones excelentes con miembros de la familia; el 24,9% calificó estar muy satisfecho con el apoyo que recibían de su familia y el 99% participan en algún grupo comunitario, principalmente religioso 64%. El 26,2% presentó alguna enfermedad o accidente el mes previo; el 22,6% alguna hospitalización el último año principalmente cirugías y accidentes de trabajo; aproximadamente la mitad del grupo fuma cigarrillo y consume bebidas alcohólicas, y la prevalencia de consumo de marihuana el último año fue del 6,3% (Ver Tabla 1).

El 50% del grupo de estudio presentó una edad de 68 años o más, el número de personas dependientes económicamente del adulto mayor osciló entre cero y siete, el índice de masa corporal presentó un promedio de 25 Kg/m<sup>2</sup> y los ingresos fueron de \$316 dólares (pesos constantes 2013) o menos en el 50% de los participantes (Ver Tabla 2).

**Tabla 2. Medidas de resumen de algunas características del grupo de estudio y de los puntajes de calidad de vida relacionada con la salud**

VARIABLES CUANTITATIVAS	X ± DE	Me (RIQ)	Rango
Años residencia	38,6 ± 25,2	35 (15 - 63)	1 - 94
Edad	69,5 ± 7,4	68 (64 - 73)	60 - 94
Años Estudio	3,8 ± 2,1	4 (2 - 5)	0 - 15
Horas Trabajo	31,0 ± 26,9	35 (0 - 48)	0 - 50
Número de personas con dependencia económica	0,9 ± 1,2	1 (0 - 1)	0 - 7
Valor Ingresos (USD 2013)	328 ± 203	316 (242 - 368)	0 - 1,052
IMC	25 ± 3,3	25 (23 - 27)	17 - 26
<b>Dimensiones calidad de vida</b>			
Salud Física	62,1 ± 17,0	63 (50 - 75)	14 - 96
Salud Psicológica	68,2 ± 15,5	71 (58 - 79)	25 - 100
Salud Social	55,9 ± 19,6	58 (42 - 67)	8 - 100
Salud Ambiental	62,2 ± 14,7	63 (50 - 69)	22 - 97

X: Media. DE: Desviación Estándar. Me: Mediana. RIQ: Rango Intecuartil.

Fuente: autores.

## DESCRIPCIÓN DE LA CVRS

Entre las dimensiones de calidad de vida evaluadas, la salud psicológica presentó el mejor puntaje, mientras que la salud social el más bajo. En todas las dimensiones se observaron puntajes en amplio rango, y en general se obtuvo un resultado favorable en todas las dimensiones en la medida que la media de los puntajes supera los 50 puntos (Ver Tabla 2).

En la evaluación del desempeño psicométrico de la escala de la CVRS se encontraron alfas de Cronbach superiores a 0,7 en las cuatro dimensiones evaluadas corroborando su buena fiabilidad. Los coeficientes de correlación de Pearson entre el puntaje de cada dominio de la CVRS y los ítem que lo conforman fueron estadísticamente significativos y mayores a 0,3 indicando buena consistencia interna, y las correlaciones entre los puntajes de cada dimensión y los ítem de los demás dominios (a los

cuales no pertenece el ítem) fueron menores a las correlaciones halladas en el análisis de consistencia interna con lo que se evidencia la buena validez discriminante de la escala.

## ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÓMICOS Y DE SALUD ASOCIADOS CON LA SALUD FÍSICA, PSICOLÓGICA, SOCIAL Y AMBIENTAL

Todas las dimensiones de la CVRS presentaron correlación negativa con la edad, evidenciando que en la medida que aumenta la edad disminuye la salud física, psicológica, social y ambiental. Los años de estudio presentaron asociación con la salud física (a mayor escolaridad mejor puntaje en esta dimensión). El aumento de los ingresos mensuales mejora la salud física y psicológica, mientras que el tener personas económicamente dependientes presentó correlación positiva con la salud psicológica (Ver Tabla 3).

**Tabla 3. Coeficientes de correlación de Spearman de las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud y algunas condiciones socioeconómicas.**

Variables	Salud Física	Salud Psicológica	Salud Social	Salud Ambiental
Edad	-0,244**	-0,329**	-0,162*	-0,147*
Años estudio	0,211**	0,126	0,035	0,038
Índice de masa corporal	-0,028	0,012	0,129	0,273**
Horas trabajo	0,027	0,052	-0,004	-0,135
Valor ingresos	0,301**	0,351**	0,047	0,139
Número de personas dependientes económicamente	0,099	0,162*	0,138	-0,055

\*La correlación es significativa en 0,05. \*\*La correlación es significativa en 0,01.  
Fuente: autores.

La procedencia sólo presentó asociación estadística ( $p=0,005$ ) con el puntaje de salud psicológica, siendo mejor en los residentes de la zona urbana (70,8) frente a los de zona rural (66,7). La fuente de ingreso presentó asociación con la salud física ( $p=0,032$ ) y las relaciones sociales ( $p=0,011$ ). El consumo de alcohol no presentó asociación con ninguna de las dimensiones de CVRS; el consumo de marihuana solo se asoció con el puntaje de relaciones sociales ( $p=0,006$ ) y el de tabaco con las relaciones sociales ( $p=0,002$ ) y el ambiente ( $p=0,000$ ). Las mujeres presentaron puntajes estadísticamente mayores en los componentes

psicológico, social y ambiental; el no presentar enfermedades ni hospitalización se asoció con la presencia de mayores puntajes en todas las dimensiones de la CVRS; el estado civil presentó asociación estadística con la salud física, psicológica y social; y el tener una mayor nivel educativo se relacionó con la presencia de mayores puntajes de salud física, psicológica y ambiental. Los adultos mayores que aún presentan una ocupación, que presentan mayor satisfacción con su situación económica, de mayor estrato socioeconómico y mejores relaciones familiares reportaron mayores puntajes de la CVRS (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Comparación de las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud según aspectos demográficos, socioeconómicos y de salud

Variables		Mediana del puntaje			
		Física	Psicológica	Social	Ambiental
Sexo	Masculino	60,7	66,7	50,0	56,3
	Femenino	64,3	70,8	58,3	65,6
	Valor p <sup>a</sup>	0,155	0,001	0,003	0,000
Enfermedad	No	67,9	70,8	58,3	62,5
	Si	50,0	58,3	50,0	53,1
	Valor p <sup>a</sup>	0,000	0,000	0,031	0,000
Hospitalización en el último año	No	67,9	70,8	58,3	62,5
	Si	50,0	58,3	50,0	53,1
	Valor p <sup>a</sup>	0,000	0,817	0,031	0,000
Estado civil	Soltero	67,9	75,0	58,3	62,5
	Casado	67,9	70,8	58,3	62,5
	Separado	57,1	62,5	58,3	53,1
	Viudo	53,6	70,8	50,0	59,4
	Valor p <sup>b</sup>	0,001	0,010	0,048	0,053
Nivel educativo	Ninguno	42,9	60,4	62,5	59,4
	Primaria	57,1	70,8	58,3	59,4
	Secundaria	67,9	70,8	50,0	62,5
	Otros	78,6	83,3	58,3	67,2
	Valor p <sup>b</sup>	0,000	0,000	0,179	0,003
Ocupación	Trabajando	75,0	75,0	62,5	62,5
	Oficios del hogar	64,3	70,8	58,3	62,5
	Otros	53,6	66,7	50,0	59,4
	Valor pb	0,000	0,000	0,001	0,064
Patrimonio	Ninguno	60,7	68,7	58,3	59,4
	Propiedad Raíz	64,3	70,8	58,3	62,5
	Otros	48,2	56,3	45,8	53,1
	Valor p <sup>b</sup>	0,003	0,032	0,140	0,018
Satisfacción Situación Económica	Insatisfecho	53,6	58,3	50,0	50,0
	Normal	60,7	70,8	58,3	59,4
	Muy satisfecho	64,3	70,8	58,3	62,5
	Totalmente satisfecho	78,5	79,2	66,7	78,1
	Valor p <sup>b</sup>	0,002	0,000	0,001	0,000
Estrato	Bajo	53,6	66,7	50,0	53,1
	Medio	66,1	70,8	58,3	62,5
	Alto	82,1	87,5	75,0	78,1
	Valor p <sup>b</sup>	0,000	0,025	0,003	0,000
Relaciones Familiares	Malas	64,3	70,8	33,3	53,1
	Regulares	50,0	58,3	37,5	46,9
	Buenas	60,7	70,8	58,3	59,4
	Excelentes	71,4	70,8	66,7	65,6
	Valor p <sup>b</sup>	0,002	0,001	0,000	0,000
Satisfacción Apoyo Familiar	Insatisfecho	46,4	58,3	58,3	46,9
	Normal	53,6	62,5	50,0	53,1
	Muy satisfecho	64,3	70,8	58,3	62,5
	Totalmente satisfecho	78,6	79,2	66,7	78,1
	Valor p <sup>b</sup>	0,000	0,000	0,000	0,000

<sup>a</sup> Prueba U de Mann Whitney. <sup>b</sup> Prueba H de Kruskal Wallis.

Fuente: autores.

### Potenciales predictores de la CVRS del adulto mayor

En los modelos de regresión multivariante se observó que entre las múltiples variables asociadas con el perfil de CVRS los factores que potencialmente podrían constituirse en los predictores de los puntajes de salud física fueron el nivel educativo, el estado civil, la satisfacción con el apoyo familiar y la ausencia de hospitalización; en la salud psicológica la edad, la procedencia, el estado civil, el nivel

educativo, la satisfacción económica y familiar, y la ausencia de enfermedades; en las relaciones sociales la edad, el estado civil, las relaciones familiares, la satisfacción con el apoyo familiar y el consumo de marihuana; y en el dominio de ambiente la satisfacción con la situación económica y el apoyo familiar, la ausencia de enfermedad, el sexo y el consumo de tabaco. Las variables independientes descritas explicaron entre el 27% y 45% de los puntajes obtenidos (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Modelos de regresión lineal para los puntajes de las dimensiones de calidad de vida

Dimensión	Variables del modelo	Coefficiente de regresión	Coefficiente de determinación
Salud Física	Nivel educativo	3,664**	41%
	Estado Civil (Soltero/Casado/Separado/Viudo)	-2,618**	
	Satisfacción apoyo familiar	5,958**	
	Hospitalización (Sí/No)	-11,405**	
Salud Psicológica	Edad	-0,476**	45%
	Procedencia (Rural/Urbano)	8,201**	
	Estado civil	-2,101**	
	Nivel educativo	1,842**	
	Satisfacción económica	2,324*	
	Satisfacción familiar	4,988**	
	Enfermedad	-6,037**	
Relaciones Sociales	Edad (años cumplidos)	-0,442*	27%
	Estado civil	-2,221*	
	Relaciones familiares	5,125*	
	Satisfacción familiar	5,928**	
	Consumo de marihuana	-12,287	
Ambiente	Satisfacción económica	4,014**	40%
	Sexo	5,727**	
	Consumo de cigarrillo	-2,270*	
	Satisfacción apoyo familiar	4,217**	
	Enfermedad (Sí/No)	-8,216**	

\*El Estadístico es significativo en el 0,05. \*\*El Estadístico es significativo en el 0,01.

Fuente: autores.

## DISCUSIÓN

En la población de estudio se hallaron puntajes de CVRS que superan los 55 puntos, los cuales presentaron diversos factores asociados con cada dimensión evaluada. Con esto se evidencia que la salud física, psicológica, social y ambiental de las personas de la tercera edad no puede tomarse como deteriorada *per se*, sólo por presentar la condición de adultez mayor, dado que los puntajes obtenidos

resultan similares al de personas sanas de otros grupos etarios. Además, la multiplicidad de factores asociados evidencian las particularidades de la distribución de la CVRS en los subgrupos de cada población, su multifactorialidad y la necesidad de la intersectorialidad e interdisciplinariedad para su atención, promoción o investigación.

En relación con los adultos mayores de Colombia se debe precisar que éstos representan el 6,3% de la población<sup>20</sup> y constituyen un grupo con elevada

morbilidad, mortalidad y un alto número de años de vida perdidos<sup>8</sup>, a lo que se suman situaciones de inequidad y exclusión social, que han puesto de manifiesto que el aumento de la esperanza de vida no ha sido correlativo con el mejoramiento de la calidad de vida ni la CVRS en muchos lugares<sup>1,21</sup>.

Para el departamento de Antioquia se ha reportado un crecimiento anual de esta población cercano al 6%, lo que ha sido simultáneo con el incremento de su vulnerabilidad socioeconómica y el impacto negativo sobre su CVRS, como se demuestra en cifras que indican que un 52% de los adultos mayores del departamento viven en condiciones de pobreza, 19% son analfabetas. Este grupo presenta baja cobertura en el sistema general de seguridad social en salud y baja participación ciudadana, elevado riesgo de violencia y desplazamiento, bajo soporte familiar, aislamiento, insatisfacción de necesidades básicas; lo que confluente con limitaciones en la funcionalidad física, obstáculos para el autocuidado y la dependencia socio-familiar<sup>6,22,23</sup>.

Frente a esta realidad, se debe recabar la necesidad de aumentar los estudios en CVRS dado que en Colombia esta ha sido tradicionalmente estudiada con un predominio económico o desde el modelo médico hegemónico, es decir, desde las condiciones materiales de vida o los diagnósticos de morbilidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud. En estos enfoques no se incluye la perspectiva del adulto mayor y la percepción que éste presenta sobre su bienestar y su salud, lo que no resulta pertinente al tener presente que se dispone de un instrumento válido para tal fin como el WHOQOL-BREF.

Las investigaciones que han utilizado el WHOQOL-BREF en adultos mayores son pocas, como lo demostró un estudio en el cual se describieron las aplicaciones del instrumento según región y poblaciones. En dicho estudio se caracterizaron 548 investigaciones que incluyeron 234 414 sujetos, encontrándose que los países con mayor número de publicaciones son Brasil y China, y que este instrumento se emplea con mayor frecuencia para estudiar personas enfermas. De las 548 investigaciones que aplicaron el WHOQOL-BREF entre el 2002 y el 2012, sólo el 5,5% se hizo en adultos mayores incluyendo un total de 8579 sujetos<sup>24</sup>, lo que demuestra que esta población es poco estudiada en este tema tanto en Colombia como en el ámbito mundial.

El WHOQOL-BREF presentó un 100% de éxito en la validez discriminante y consistencia interna, y fiabilidad excelente, lo que es coherente con un estudio previo desarrollado en Medellín<sup>25</sup> y en otros grupos de adultos mayores<sup>16,23</sup>, evidenciando la validez y reproducibilidad de esta escala para evaluar la CVRS en esta población<sup>26,27</sup>. Este instrumento presenta otras ventajas como el incluir los dominios centrales indicados por expertos en CVRS y la OMS, estar validado transculturalmente, ser utilizado en más de 20 países y presentar excelente desempeño psicométrico en población heterogéneas en aspectos como el estrato social, la cultura, el estar enfermo o sano y la edad<sup>28,29</sup>.

En la población de estudio los puntajes de CVRS fueron de 68 en la dimensión psicológica, 62 en la física y la ambiental y 56 en la social, esto resulta similar al perfil de CVRS en adultos mayores de hogares geriátricos de Medellín donde se presentó mejor resultado en la dimensión psicológica con 68,4; ambiental con 67,1; física con 62,5 y peor en el dominio social con 52,625. En contraste, otros estudios en adultos mayores de lugares diferentes al departamento de Antioquia han reportado otros perfiles; así, el estudio de Hsiao en Asia obtuvo puntajes de 63 para la salud física y ambiental, y 56 en salud psicológica y relaciones sociales<sup>27</sup>. Girardi reportó 75 en lo físico y psicológico, 72 para lo social y 80 en ambiente en adultos mayores de en Canadá y puntajes de 69 para lo físico y psicológico, 75 en lo social y 65 en ambiente en un grupo de Brasil<sup>30</sup>; Araújo en población no institucionalizada encontró en los dominios físico y ambiental 69 puntos y lo psicológico y social de 75<sup>31</sup> y el estudio de Marín-Monroy reportó la salud física como la dimensión más afectada y la psicológica y social como las de mejor desempeño<sup>32</sup>.

Con los perfiles de CVRS expuestos se pueden inferir varias implicaciones:

1. La necesidad de fomentar estudios descriptivos para cada población de interés como base para determinar lo que está ocurriendo con la CVRS de adultos mayores en contextos singulares, dado que cada grupo presenta divergencias sobre los dominios de la CVRS que requieren mayor cuidado.
2. El perfil de CVRS de cada población permite evaluar de forma directa o indirecta, la eficacia o efectividad de diversas acciones tendientes

- a impactar la salud física, psicológica, social o ambiental.
3. Identificar las dimensiones de CVRS con el mejor desempeño permite establecer áreas de fomento de la salud o priorización de acciones de promoción para la salud, además de determinar las acciones sanitarias que tendrían mayor impacto sobre el adulto mayor.
  4. Por su parte, establecer las dimensiones con los menores puntajes de CVRS posibilita la identificación de áreas de intervención clínica o acciones de prevención de alteraciones físicas, psicológicas o socio-ambientales.
  5. A pesar de que se presentan perfiles diferentes de CVRS, vale recabar en que todos los puntajes superan la media de 50, lo que resulta similar a lo reportado en poblaciones de adultos jóvenes y medios sanos. Esto evidencia que los imaginarios relacionados con la dependencia y el deterioro de la salud como condición *sine qua non* de la adultez mayor, son errados dado que desde la percepción del adulto mayor existe satisfacción con múltiples dominios de su cotidianidad.

Aunado a lo anterior, el conocer el perfil de la CVRS de los individuos de cada lugar hace más eficientes las acciones en salud, así por ejemplo en los grupos cuyo peor perfil correspondió al dominio social, tomaría mayor relevancia el fortalecimiento de los lazos sociales, darle voz y voto a los adultos mayores en la toma de decisiones, propiciarles espacios para la autonomía, entre otras acciones tendientes a mejorar su bienestar<sup>33</sup>. En el caso de una mayor afectación del dominio físico, las acciones en salud se podrían focalizar en la realización de prácticas como el autocuidado, el desplazamiento y otros donde se potencie una funcionalidad, o atender enfermedades de base que puedan estar afectando este dominio<sup>27,32,34</sup>.

En confluencia con lo socio-ambiental, resulta necesario mejorar la salud psicológica, se puede fomentar la participación en grupos comunitarios, fortalecer el soporte familiar, mitigar creencias relacionadas con la dependencia inminente del adulto mayor, fomentar el auto-control y la toma de decisiones relacionadas con su cotidianidad y promover la autoestima y la autonomía<sup>33</sup>. Además, las dimensiones de CVRS ameritan la intervención de morbilidades como la depresión, la ansiedad,

problemas de conducta, la satisfacción de necesidades básicas, el control de enfermedades crónicas, entre otras<sup>27,32-4</sup>.

Por otra parte, entre los factores asociados aquellos que presentan el mayor potencial predictor de la CVRS en la actual población de estudio fueron el nivel educativo, el estado civil, la satisfacción con el apoyo familiar y la ausencia de hospitalización en la salud física; en la salud psicológica la edad, la zona de residencia, el estado civil, el nivel educativo, la satisfacción económica y familiar, y la ausencia de enfermedades; en las relaciones sociales la edad, el estado civil, las relaciones familiares, la satisfacción con el apoyo familiar y el consumo de marihuana, y en el dominio de ambiente la satisfacción con la situación económica y el apoyo familiar, la ausencia de enfermedad, el sexo y el consumo de tabaco. Entre los predictores identificados en un estudio similar desarrollado en adultos mayores residentes en hogares geriátricos de Medellín, solo se halló coincidencia con la satisfacción con el apoyo familiar, dado que esta fue una variable relacionada con todas las dimensiones de CVRS en ambos estudios; mientras que los demás predictores difieren ostensiblemente a pesar de la proximidad geográfica de las personas incluidas en ambos estudios<sup>25</sup>.

En adultos mayores de otros lugares, los factores asociados con el perfil de CVRS del WHOQOL-BREF han sido la depresión, la estabilidad emocional, la satisfacción con el estado de salud, los ingresos y las actividades de ocio<sup>26,30</sup>. En general, al investigar los factores asociados con la CVRS del adulto mayor en diferentes contextos, debe tener presente la importancia del apoyo familiar, la participación en actividades lúdicas, sociales o reuniones de pares, el fortalecimiento de la autoestima y la autonomía, la prevención de entidades de alta frecuencia en este grupo como el aislamiento, la depresión e incluso ideación suicida<sup>23,33,35-9</sup>.

Estudios desarrollados desde el enfoque cualitativo han reportado que desde la perspectiva del adulto mayor, la calidad de vida alude elementos materiales, psicológicos y sociales como la paz y la tranquilidad, sumado al recibir cuidado y protección por la familia bajo criterios de dignidad, amor y respeto, a lo que suma la satisfacción de necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información; mientras que desde la perspectiva de sus familiares se ha informado como eje la satisfacción de necesidades básicas de alimentación, vestido, higiene y vivienda<sup>40</sup>.

Estos hallazgos constituyen un insumo valioso para investigaciones posteriores en esta área.

Los potenciales predictores de la CVRS descritos, sumados a las demás características que, según estudios previos, mejoran el bienestar de esta población, resultan relevantes para investigadores y clínicos interesados en la atención holística de la salud y CVRS del adulto mayor. Esto toma mayor importancia en Colombia donde es pírrica la evidencia en esta área. Además, el sistema general de seguridad social en salud no ha caracterizado la problemática inherente a la tercera edad, lo que implica un grave riesgo económico y de salud, dado que la ausencia de evidencia puede retrasar intervenciones que son susceptibles de acciones rápidas<sup>1</sup>.

Entre las limitaciones del estudio se encuentra el sesgo temporal inherente a los estudios transversales, el hecho que las asociaciones estadísticas no son causales y el no realizar diagnóstico clínico de algunas morbilidades prevalentes en esta población que pudiesen afectar el perfil de CVRS.

### CONCLUSIONES

Los resultados evidencian que la adultez mayor no debe tomarse como una etapa de indefectible dependencia y deterioro de la CVRS dado que este estudio, al igual que otros que han aplicado el WHOQOL-BREF en este grupo etario, han expuesto puntajes mayores a 50, lo que se corresponde con poblaciones sanas. 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.

### CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno de los autores declara conflicto de intereses para la publicación de este manuscrito.

### CONSIDERACIONES ÉTICAS

En toda la recolección de la información prevaleció el respeto a la dignidad de los sujetos de estudio y la protección de sus derechos y su privacidad. A los participantes se les informó el propósito, y beneficios del estudio mediante el consentimiento informado, en coherencia con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia y con aval del Comité de Bioética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Botero de Mejía BE, Pico Merchán ME. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2007;12:11-24.
2. Torres M, Quezada M, Rioseco R, Ducci M. Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF. *Rev Méd Chile*. 2008;136(3):325-33.
3. Melguiso E, Acosta A, Castellano B. Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. *Salud Uninorte*. 2012;28(2):251-63.
4. Soberantes S, González A, Moreno Y. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 2009;14(4):161-72.
5. World Health Organization (WHO). Definition of an older or elderly person. Geneva: WHO; 2014.
6. Ley 1276 de 2009 A través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros de vida (Diario Oficial 47.223 de enero 5 de 2009)
7. Velandia A. Investigación en salud y calidad de vida. 1a ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1994. p.300.
8. Krzemien D. Calidad de vida y participación social en la vejez femenina. Mar de Plata: Universidad Nacional del Mar del Plata, Grupo de investigación psicológica del desarrollo; 2001. p.3.
9. García R, Hernández M, Varona P, Chang M, Bonet M, Salvador S. Calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores en el país, 2001. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. 2010;48(1):43-52.
10. Montanet A, Bravo C, Hernández E. La calidad de vida en los adultos mayores. *Rev Ciencias Médicas*. 2009;13(1):1-10.
11. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enferm*. 2003;9(2):9-21.
12. Cardona D, Estrada A, Byron H. Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Biomédica*. 2006;26(2):206-15.
13. Tel H. Sleep quality and quality of life among the elderly people. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*. 2013;19(1):48-52.
14. Rico C. Recreación y adulto mayor la tercera edad en el Plan Nacional de Recreación. En: 1er. Congreso Nacional de atención integral al adulto mayor. Ministerio de Salud de Colombia. Bogotá, 25 de Agosto de 1.999. [Internet]. FUNLIBRE Costa Rica. 2000. [citado 22 Oct 2013]. Disponible en: <http://www.redcreacion.org/articulos/terceraedad.html>.
15. Departamento Nacional de Estadística DANE. Censo General 2005. [Publicado en línea]. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones\\_vida/calidad\\_vida/ECV\\_2012\\_Antioquia.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/ECV_2012_Antioquia.pdf).
16. Gobernación de Antioquia, Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Crecimiento población adulta mayor de Antioquia años 1993-2005-2011. [Publicado en línea]. Disponible en: <http://www.dssa.gov.co/index.php/descargas/493-4-5/file>.
17. Alcaldía de Medellín, Departamento administrativo de planeación. Encuesta calidad de vida. 2009. [Publicado en internet]. Disponible en: <http://www.medellin.gov.co/irj/portal/ciudadanos?NavigationTarget=navurl:/92f6dc3e1c1429c0ced98df28c7ea412>.
18. Quintanar A. Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo: a través del instrumento WHOQOL BREF [Tesis]. Actopan, HGO: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2010.
19. Programme on Mental Health, World Health Organization. WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Ginebra: WHO; 1996.
20. Departamento Administrativo Nacional de Estadística República de Colombia. Censo general 2005. [Publicado en internet]. Disponible en: [http://www.colombialider.org/wp-content/uploads/2011/03/censo\\_2005\\_DANE-poblacion\\_adulto\\_mayor.pdf](http://www.colombialider.org/wp-content/uploads/2011/03/censo_2005_DANE-poblacion_adulto_mayor.pdf).
21. Ham Chande, R. El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud. *Salud Pública México*. 1996;38(6):411.
22. Gobernación de Antioquia. Plan de Desarrollo Antioquia 2008 - 2011. Línea estratégica 2 Adulto mayor. 2013. [Publicado en internet]. Disponible en: [http://www.antioquia.gov.co/antioquia-v1/plandesarrollo/ordenanza/2\\_5adultomayor.html](http://www.antioquia.gov.co/antioquia-v1/plandesarrollo/ordenanza/2_5adultomayor.html)

**ENERO-ABRIL**

23. Cardona D. Comparativo de la calidad de vida del adulto mayor. Medellín, 2008. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2010;28(2):149-60.
24. Cardona Arias J, Higueta Gutiérrez L. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Rev Cubana Salud Pública*. 2014;40(2):175-89.
25. Cardona J, Álvarez M, Pastrana S. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, 2012. *Rev Cienc Salud*. 2014;12(2):139-55.
26. Brett C, Gow A, Corley J, Pattie A, Starr L, Deary I. Psychosocial factors and health as determinants of quality of life in community-dwelling older adults. *Qual Life Res*. 2012;21(3):505-16.
27. Hsiao C, Li L, Chun C, Shinn H, Liang C, Feng L. Correlates of institutionalized senior veterans' quality of life in Taiwan. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:70.
28. Grace Yao, Chia-huei Wu, Cheng-ta Yang. Examining the content validity of the WHOQOL-BREF from respondents' perspective by quantitative methods. *Soc Indic Res*. 2008;85(3):483-98.
29. Verdugo M, Gómez L, Arias B. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores. La escala FUMAT. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad; 2009.
30. Paskulin LM, Molzahn A. Quality of Life of Older Adults in Canada and Brazil. *West J Nurs Res*. 2007;29(1):10-26.
31. Araújo E, Gomes M, Paiva K. Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de Vitória – ES. *Esc Anna Nery*. 2011;15(3):518-23.
32. Marín-Monroy C, Castro-Molinares S. Adulto mayor en Santa Marta y calidad de vida. *Revista Memorias*. 2011;9(16):120-9.
33. Cardona D, Estrada A, Agudelo H. Envejecer nos “toca” a todos. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003.
34. Lizan L. Enfoque genérico de la calidad de vida desde el punto de vista de la psicología y de la medicina de familia. Concepto de calidad de vida y sus dimensiones. *Aten Primaria*. 1995;16(Supple 1):131-2.
35. Fernández S, Almuiña M, Chil OA, Blanco B. Factores psicosociales presentes en la tercera edad. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. 2001;39(2):77-81.
36. Couse C, Zamora M, Purón I, del Pinto IA. La bioética y los problemas del adulto mayor. *Medisan*. 1998;2(3):30-5.
37. Anzola E, Galinsky D, Morales F, Salas A, Sánchez M. La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa. *Publicación científica 546*. Washington D.C.: OPS; 1994. p.57-66.
38. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS; 2001.
39. Phaladze NA, Dlamini SB, Hulela EB, Hadebe IM, Sukati NA, Makoae LN, et al. Quality of life and the concept of living well with HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa. *J Nurs scholarsh*. 2005;37(2):120-6.
40. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *An Fac Med Lima*. 2007;68(3): 284-90.