

Condiciones físicas, psicológicas, sociales, emocionales y calidad de vida de la población adulta mayor en el departamento de Antioquia

Physical, psychological, social, emotional conditions and quality of life of the adult population of the department of Antioquia

Doris Cardona-Arango
Ángela Segura-Cardona
María Osley Garzón-Duque
Lina Marcela Salazar-Quintero

Facultad de Medicina, Universidad CES, Medellín-Colombia

Resumen

Las condiciones físicas, psicológicas, sociales y emocionales que rodean a la persona a lo largo de su vida, afectan su calidad de vida y si a esto se suma una limitación funcional, hace que esta percepción sea negativa, y que pueda estar acompañada por la dependencia hacia su familia. En Antioquia Colombia se realizó un estudio de prevalencia en 4,248 personas de 60 años o más de edad, donde 78.4 por ciento consideró que su calidad de vida era buena/excelente; sin embargo, la percepción de mala calidad de vida está más asociada a las mujeres, los mayores con baja o nula escolaridad, que presentan deterioro cognitivo, tienen pocas relaciones y perciben un mal estado de salud, situación que puede llevarlos a demandar más cuidado de su familia, la sociedad y las instituciones.

Palabras clave: Calidad de vida, atención domiciliar de salud, adulto mayor.

Abstract

Physical, psychological, social and emotional conditions that surround the person throughout his life, affect their quality of life and if this a functional limitation adds, makes this perception is negative, since it requires care and dependence on his family. In Antioquia Colombia was conducted a study prevalence on 4 248 people aged 60 and older, where 78.4 por ciento felt that their quality of life was good / excellent; but the perception of poor quality of life is more associated with women, seniors with low or no schooling, who have cognitive impairment, have few relationships and receive a bad state of health, which can lead them to demand more family care, society and institutions.

Keywords: Quality of life, home nursing, ageing.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población a nivel mundial no solo debe interpretarse como el éxito de las políticas en salud pública, ya que esta situación constituye un reto a la adaptación y al mejoramiento continuo de la salud, capacidad funcional (Soberanes *et al.*, 2009: 161-172), participación social y seguridad de los adultos mayores. El aumento de la esperanza de vida en las personas mayores es un tema que ha tomado gran importancia para la salud pública a nivel mundial (World Health Organization, 2015); la Organización Mundial de la Salud, indica que para el año 2020 la población mayor a 60 años superará en número a los menores de cinco años, concentrándose 80 por ciento de la población mayor en los países con bajos y medianos ingresos (World Health Organization, 2014).

Este aumento considerable de personas mayores trae consigo retos, desafíos y oportunidades en diferentes ámbitos, principalmente en lo relacionado con la salud, por la mayor longevidad del ser humano, situación que puede llevarlo a depender física, psicológica y socialmente de la familia, la sociedad y del Estado.

La población mundial vive más tiempo, pero no bajo las mejores condiciones ni con la más óptima calidad de vida, ya que una cuarta parte de la morbilidad se registra en las personas mayores de 60 años (World Health Organization, 2014), entendiendo que cada persona la valora desde su percepción individual, su sistema cultural, normas y preocupaciones (World Health Organization, 2002: 74-105), pero también con todo aquello que le proporciona felicidad, satisfacción y bienestar psicológico (Steptoe *et al.*, 2014; Urzúa y Caqueo, 2012: 61-71) independiente de su estado de salud.

Visto de esta forma, la calidad de vida tiene un gran componente de subjetividad, ya que el término bienestar está ligado con éste ámbito y hace referencia a la obtención de satisfacción a través del disfrute de los recursos y no únicamente a la posesión de estos; es la valoración global que la persona realiza de acuerdo a sus propios criterios. En la persona mayor, el bienestar económico también es un factor influyente refiriéndose al entorno socioeconómico, como indicador de pobreza y de desigualdad (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2001).

Este bienestar subjetivo puede ser mirado desde tres aspectos: el evaluativo o satisfacción con la vida; hedónico relacionado con la felicidad, tristeza, ira, estrés y dolor y el eudaimónico que abarca la autorealización,

desarrollo, crecimiento personal y significado de la vida. Estos aspectos hacen que exista una relación directa entre bienestar subjetivo y salud física, ya que uno afecta al otro sin poder determinar cual está primero (Steptoe *et al.*, 2014).

El análisis de la calidad de vida en la etapa de la vejez implica la inclusión de aspectos que estén relacionados con el ciclo vital, ya que simultáneamente debe enfrentar el envejecimiento cronológico y el envejecimiento funcional (Soberanes *et al.*, 2009: 161-172), es decir, la disminución de sus capacidades físicas, psicológicas y sociales, que de una u otra forma afectan el desempeño y la realización de las actividades de la vida diaria (Palomba, 2002), y esto impide estar bien y envejecer bien (World Health Organization, 2014).

Suele hablarse de calidad de vida, generalizando los diferentes contextos que se presentan al interior de los países y regiones; la definición puede tener inmersos componentes desde lo ético (Lukomski, 2000: 153-161), económico (Cohen, 1998: 27-53), medios y relaciones de vida (Rodado y Grijalba, 2001), sociológico (Allardt, 1998: 126-134) y de la obtención de la libertad medida por el desarrollo de las capacidades, tal como lo describe Amartya Sen (Sen, 1998: 54-120).

El amplio espectro que implica el término de la calidad de vida conlleva dificultades para entender su definición, al ser este un concepto amplio que depende de los elementos subjetivos, relacionados con la personalidad, además del componente objetivo compuesto por los determinantes sociales y de salud, y el nivel de desarrollo de la sociedad en la cual se encuentra inmerso el individuo (Millán, 2011: 1-13). También puede mirarse desde lo individual o privado, como percepción, sentido de vida, utilidad, valoración, felicidad, satisfacción y demás aspectos que son difíciles de cuantificar, pero que hacen que una vida tenga calidad con responsabilidad moral. La mirada colectiva o pública de este concepto, puede darse según el contexto cultural que le da significado y valoración a los eventos de la vida cotidiana, según criterios colectivamente válidos en la sociedad en que vive (Cardona y Agudelo, 2005: 79-90).

En lo que tiene que ver con la salud, la calidad de vida ha sido medida desde el estado de salud y como proceso dinámico, en la vejez éste varía según funcionalidad, deterioro, dolor, incapacidad, entre otros (Chatterji *et al.*, 2014: 563-575), lo que hace más difícil su medición, aunque se han dado instrumentos para hacerlo, como el WHOQOL-OLD (Power *et al.*, 2005: 2197-2214) en versiones larga y cortas (Fang *et al.*, 2011: 66-78) incluyendo las dimensiones: capacidad sensorial, autonomía, actividades pa-

sadas, presentes y futuras, participación, intimidad y muerte; validadas en México (Acosta *et al.*, 2013: 241-250) y Chile (Urzúa y Navarrete, 2013: 28-33). También existen instrumentos genéricos como el *Health Survey Update* (SF-36) y sus versiones cortas (Vilagut *et al.*, 2005: 135-150), el EuroQol usado en estudios de costo-utilidad, siendo a partir de este que se calculan los años de vida ajustados por calidad (Durán *et al.*, 2015).

El envejecimiento viene acompañado por una serie de cambios fisiológicos y funcionales, que pueden alterar la capacidad para realizar actividades de la vida diaria (AVD) originando estados de dependencia (Millán, 2011: 1-13). La funcionalidad se convierte en uno de los factores más influyentes en el adulto mayor en el momento de valorar su calidad de vida, principalmente por la limitación para realizar sus actividades en el momento deseado (Cardona *et al.*, 2003).

Según la OMS la calidad de vida en las personas adultas mayores está relacionada con los estilos de vida, por lo tanto las acciones de autocuidado influyen positivamente ya que muchas de las enfermedades de la vejez no dependen directamente de la edad sino que son el resultado de los hábitos, razón por la cual éstas podrían ser evitadas con la modificación de comportamientos; la alimentación, la actividad física, el buen dormir, la sexualidad, la recreación, entre otros (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2014; Jewel *et al.*, 2007), los cuales pueden ser alterados por conductas poco saludables que se adquieren a lo largo de la vida y son difíciles de cambiar (García, 2010: 831-837).

Los riesgos acumulados propician la aparición de las enfermedades crónicas que deterioran la calidad de vida, principalmente la relacionada con la salud, sumado al aumento de personas mayores en la sociedad que cada vez buscan un mayor bienestar subjetivo, físico y social para la conservación de las capacidades y de la autonomía que suelen irse perdiendo con la llegada de la vejez (Findling y López, 2015: 177).

También es importante tener presente que siempre han existido personas mayores con algún grado de dependencia que requieren de apoyo y cuidados especiales, sin embargo la forma en que la sociedad y las familias asumen esta responsabilidad ha cambiado con las transformaciones culturales y sociales (Naciones Unidas, 2005), es así como también requieren de cuidado psicológico y social, dejando en segundo plano, las repercusiones sobre su capacidad funcional, su estado emocional, su bienestar (Romero, 2008: 288-294) y finalmente su calidad de vida.

La disminución de la fecundidad, acompañada de la inclusión de la mujer en el mercado laboral, disminuye las capacidades de las familias para

apoyar y cuidar a personas de edad avanzada, aumentando la necesidad de soporte por parte de los gobiernos y políticas de envejecimiento (Naciones Unidas, 2005).

Las limitaciones físicas con las que llega una persona a la edad adulta, trae consigo la dependencia y necesidad de ayuda para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (Findling y López, 2015: 177); situación que afecta la calidad de vida del adulto mayor, a su núcleo familiar o personas con las que convive (Ministerio de Salud de Chile, 2009), siendo éstos los distintos grupos poblacionales en los que intervienen el Estado, el mercado laboral, las familias y los hogares (Findling y López, 2015: 177; Naciones Unidas, 2005).

El cuidado realizado por familiares, amigos o vecinos también implica un sentimiento de responsabilidad por el bienestar de la persona cuidada (Red Latinoamericana de Gerontología, 2010).

La modernización, industrialización y urbanización moviliza la población más joven a las ciudades, abandonando los familiares de mayor edad, disminuyendo la inserción laboral y mayor expectativa de vida, situación que pone a la mujer claramente en desventaja (Red Latinoamericana de Gerontología, 2010), a la hora de asumir responsabilidades con las personas que tiene a su cargo, dentro de las que se pueden encontrar adultos mayores.

De otro lado, también es importante tener presente que aunque las personas mayores tienden a mantener el deseo y la costumbre de ser cuidados por sus propios hijos así como ellos lo hicieron con sus padres, las transformaciones sociales, económicas y culturales han modificado las expectativas individuales en las nuevas generaciones (Findling y López, 2015: 177) y se orientan otras acciones. Como consecuencia, el aumento de personas mayores residentes en instituciones geriátricas en las que no necesariamente se cuenta con infraestructura y personal especializado para su atención, repercutiendo negativamente en la salud y calidad de vida de la persona mayor (Hernández, 2006: 40-44), quien al lado de su vejez debe afrontar las limitaciones y por consiguiente dependencia física, que requiere cuidado de la salud y la calidad de vida (Dirección de Desarrollo Institucional, 2011). Estos procesos a su vez, pueden ser acompañados por parte de las enfermeras, particularmente, para quienes no están en sus viviendas, esto con el fin de adelantar acciones que garanticen su bienestar (Escudero, 2006: 45-48), tanto en el ámbito institucional como familiar, con acciones que ayuden en la mejora de la calidad de vida, no solo del adulto mayor sino también de su familia (Zea y Torres, 2007: 40-49).

Otro tema que afecta la calidad de vida del adulto mayor, es el maltrato que puede presentarse como comportamientos destructivos o negligencia al descuidar sus necesidades principales ya sean físicas o psicológicas como la nutrición, vestido y cuidados; éste se presenta tanto por parte de familiares como de personas externas que se encargan de acompañarlos en sus actividades cotidianas (Gómez *et al.*, 2010). El maltrato es un problema de salud pública que debe visibilizarse como un paso para encontrar soluciones (Adams, 2012: 84-90), principalmente el maltrato psicológico (Cano *et al.*, 2014: S99-S106).

En la Declaración de Toronto, para la prevención del maltrato de las personas mayores este fue definido como "...la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona adulta...". El maltrato puede ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero, negligencia intencional o por omisión; "...Es necesario destacar que el adulto mayor maltratado es víctima de sufrimientos innecesarios, de lesiones o dolor, pérdida o violación de sus derechos humanos y deterioro generalizado de su calidad de vida..." (World Health Organization, 2003).

Las razones anteriormente expuestas, pueden afectar positiva o negativamente la calidad de vida del adulto mayor, la cual esta dada, además, por múltiples factores, razón por la cual, con el presente estudio se buscó determinar los factores demográficos, sociales, de seguridad social, económicos y del estado de salud, los cuales están asociados a la calidad de vida del adulto mayor residente en las nueve subregiones y en la capital del departamento de Antioquia en el año 2012, con el fin de aportar evidencia, que le facilite a las autoridades municipales y departamentales identificar el avance en el cumplimiento de la política pública de envejecimiento y vejez.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación cuantitativa de tipo observacional, descriptivo transversal en las nueve subregiones del departamento de Antioquia, Colombia, y Medellín, la ciudad capital, en el año 2012, para efectos de diseño muestral se consideraron 10 regiones. Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó la fórmula de Fleiss para poblaciones finitas en el programa Epidat 3.1, se estimó para una población de 671,590 adultos mayores en la región, según las proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (Departamento Adminis-

trativo Nacional de Estadística, 2011), ubicados espacialmente en la zona urbana y centros poblados. Como población de estudio se tomaron 4,248 adultos mayores, representativos por subregión. Cálculos con un nivel de confianza de 95 por ciento, un error de muestreo de 1.6 por ciento, una proporción de buen estado de salud de 50 por ciento y un efecto de diseño (*deff*) de uno. La muestra mínima se estimó en 3,790 adultos mayores y se amplió en diez por ciento para corregir posibles pérdidas de información, ampliándose hasta 4,215 adultos mayores. Al interior de la región, fue seleccionada mediante muestreo probabilístico por conglomerados, bietápico, sistemático y aleatorio, representativo por región.

Los factores de expansión fueron utilizados para reconstruir la población de referencia. Estos factores se calculan con base en las probabilidades finales de selección de los adultos mayores, que residen en una manzana específica, de uno de los municipios seleccionados dentro de cada región. Finalmente, la población expandida debe aproximarse a la población de referencia que en este caso fue de 654,473, con una tasa de no respuesta global de 22.9 por ciento (Tabla 1).

A todos los adultos mayores se les aplicó una encuesta, con los instrumentos del Manual de indicadores de calidad de vida en la vejez (Naciones Unidas, 2006). Los datos fueron analizados en el paquete estadístico SPSS 21.0. El análisis realizado fue univariado con factores de expansión y se calcularon medidas de frecuencia absoluta y relativa; así mismo, medidas descriptivas de resumen como: promedio, mediana, moda, desviación estándar, rango intercuartil, etc. En el bivariado se relacionó la calidad de vida (buena, regular y mala) con las variables demográficas y con otras escalas, utilizando pruebas de hipótesis como chi cuadrado, y el cálculo de medidas epidemiológicas, como la razón de prevalencias (RP) con su intervalo de confianza del 95 por ciento. Se estimó significación estadística, con valor *p* menor de cinco por ciento. El análisis multivariado se realizó para ajustar los RP por las variables sexo, nivel de escolaridad y área de residencia, con el uso de la regresión logística multinomial.

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad CES, de Medellín, Colombia y se solicitó consentimiento informado escrito por parte de los adultos mayores para la realización de la encuesta.

Tabla 1: Distribución de la no respuesta obtenida en el trabajo de campo según región. Departamento de Antioquia, 2012

Región	AM en las manzanas seleccionadas	AM encuestados	AM que no respondieron	% no respuesta	Población estimada	Población expandida
Bajo Cauca	576	433	143	24.8%	17,149	16,561
Magdalena medio	632	450	182	28.8%	11,089	11,005
Medellín	656	475	181	27.6%	335,523	345,820
Nordeste	471	434	37	7.9%	16,973	11,983
Norte	550	405	145	26.4%	23,174	15,813
Occidente	501	399	102	20.4%	21,334	13,426
Oriente	613	400	213	34.7%	56,961	56,217
Suroeste	439	423	16	3.6%	39,344	36,753
Urabá	433	418	15	3.5%	34,246	31,535
Valle de Aburrá	638	411	227	35.6%	115,797	115,350
Total Departamento	5,509	4,248	1,261	22.9%	671,590	654,473

Fuente: elaboración propia de las investigadoras con datos del estudio.

RESULTADOS

Características demográficas

De la población adulta mayor del departamento, 72.8 por ciento son mujeres, por cada hombre hay 2.67 mujeres. Las regiones donde más se registra población femenina son Medellín, Valle de Aburrá y Oriente; en lo que tiene que ver con el estado civil, predominó el casado seguido de los viudos. El 72.7 por ciento de los adultos mayores tenía como máximo nivel de educación la primaria completa y 14.8 por ciento no había alcanzado ningún grado de instrucción. La mayor proporción de adultos mayores están ubicados en el área urbana (Tabla 2).

Tabla 2: Distribución porcentual de los adultos mayores según características demográficas. Departamento de Antioquia, 2012

Características demográficas	Frecuencia	Porcentaje
<i>Sexo</i>		
Hombre	177,728	27.2
Mujer	476,745	72.8
<i>Edad</i>		
Jóvenes	476,980	72.4
Viejos	156,615	23.9
Longevos	20,347	3.1
Centenarios	431	0.1
<i>Estado civil</i>		
Soltero	97,165	14.8
Casado	250,818	38.3
Viudo	218,310	33.4
Separado	56,045	8.6
Unión libre	31,266	4.8
<i>Escolaridad</i>		
Sin educación	97,188	14.8
Primaria incompleta	257,938	39.4
Primaria completa	120,941	18.5
Secundaria incompleta	82,973	12.7
Secundaria completa	54,819	8.4
Técnico o tecnólogo	24,867	3.8
Universitario incompleto	5,680	0.9
Universitario completo	8,025	1.2
Postgrado	751	0.1
<i>Área de residencia</i>		
Urbana	597,736	91.3
Rural	33,560	5.1

Fuente: elaboración propia de las investigadoras, con datos del estudio.

El 23.2 por ciento de los adultos mayores calificó su calidad de vida al momento de la encuesta como mala o regular, y para el restante 77 por ciento esta era buena, muy buena y excelente; observándose que para dos de cada tres adultos mayores su valoración de la calidad de vida es buena; sin embargo, 2.5 por ciento la calificó como mala.

En la región de Urabá se registró la mayor proporción de adultos mayores que calificaron como mala su calidad de vida actual (8.5 por ciento), en Magdalena Medio se encontró un reporte de calidad de vida regular (64.3 por ciento), en Valle de Aburrá el porcentaje mayor fue para la buena calidad de vida (69.9 por ciento) y en Medellín se registró la mayor percepción de muy buena y excelente calidad de vida con 17.9 y 6.5 por ciento, respectivamente (Figura 1).

Factores demográficos asociados a la calidad de vida

Se observa una asociación estadísticamente significativa entre las variables sexo, región, edad, etnia, nivel de escolaridad, área de residencia y estado civil de los adultos mayores (Tabla 3).

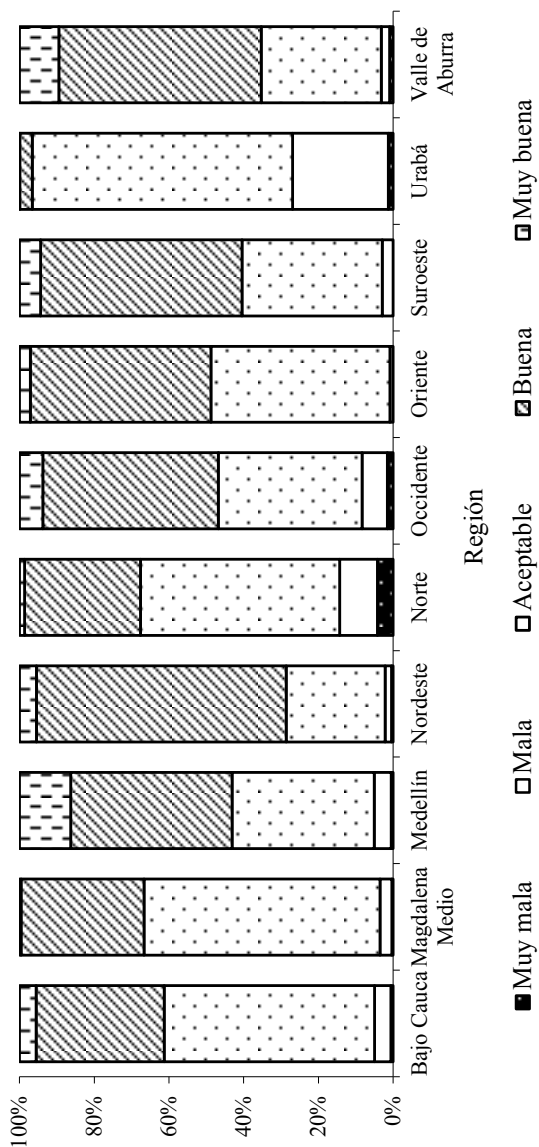
Se observa que 41 por ciento de las personas que consideran su calidad de vida como mala son hombres, con una prevalencia de 1.27 (IC95% 1.1;1.6). Por otra parte, de los adultos mayores que consideran su calidad de vida como excelente, 64.6 por ciento son del sexo femenino.

El Magdalena Medio (21.6 por ciento), Norte (15 por ciento) y Urabá (12.3 por ciento) son las subregiones del departamento donde más adultos mayores consideran su calidad de vida como mala. Se observa que por cada adulto mayor que habita en el Valle de Aburrá y tiene una percepción de mala calidad de vida, hay 40 (IC95% 13.8; 115), 15 (IC95% 4.9; 18.6) y 2.8 (IC95% 1.57; 4.58) adultos mayores con mala calidad de vida en las tres subregiones, respectivamente (Tabla 3).

También se observa una asociación estadísticamente significativa ($p = 0.000$) entre el nivel de escolaridad y la calidad de vida, presentando mayor insatisfacción en los adultos mayores que no han tenido acceso a la educación (RP = 60.8, IC95% 19.9; 185) o que sólo han cursado la primaria (RP = 13.8, IC95% 4.54;41.4), con respecto a aquellos que tuvieron estudios universitarios o de posgrado (Tabla 3).

El estado civil en relación con la calidad de vida del adulto mayor muestra que por cada persona mayor de 60 años que se encuentra casado y considera su calidad de vida como mala, hay 1.57 (IC95% 1.19; 2.08) personas que enviudaron y 2.11 (IC95% 1.49; 2.99) personas que aún se encuentran solteras.

Figura 1: Distribución porcentual de los adultos mayores según región, por percepción de la calidad de vida.
Departamento de Antioquia, 2012



Fuente: elaboración propia de las investigadoras, con datos del estudio.

Entre las personas que consideran su calidad de vida como excelente 26.1 por ciento son viudos y 12.9 por ciento solteros (Tabla 3).

Factores económicos asociados a la calidad de vida

También se observa una asociación estadísticamente significativa entre el origen de los ingresos y la calidad de vida, donde si estos provienen de jubilación y rentas por alquiler o bancos se convierten en un factor protector para tener una menor percepción de mala calidad de vida. Por cada (IC95% 0.12; 0.22) adultos mayores que tienen esta misma consideración (Tabla 4).

Por otra parte, el subsidio y el empleo favorecen la percepción de mala calidad de vida en los adultos mayores del departamento, donde por cada adulto mayor que no obtiene subsidios y consideran como mala su calidad de vida, hay 4.1 (IC95% 2.69; 6.25) adultos mayores que sí lo reciben y presentan esta misma percepción. En cuanto al empleo, se observa que por cada adulto mayor que no labora y tiene percepción de mala calidad de vida, hay 1.51 (IC95% 0.89; 2.04) que si lo hace (Tabla 4).

Para aquellos adultos mayores que tienen alguna ocupación u oficio se observa una asociación estadísticamente significativa con calidad de vida ($p = 0.000$); donde por cada adulto mayor que desempeñe “otro oficio” y considera su calidad de vida como mala, hay 0.17 (IC95% 0.06; 0.50) que se encuentran empleados en una organización y tienen esta misma percepción (Tabla 4). Así mismo, por cada adulto mayor que se encuentra laborando en el sector informal y considera como mala su calidad de vida, hay 0.32 (IC95% 0.15; 0.67) adultos mayores que trabajan en el sector formal y presentan esta misma percepción con respecto a su calidad de vida (Tabla 4).

Factores de salud asociados a la calidad de vida

Cuando se analiza su sintomatología emocional, se observa una asociación estadísticamente significativa entre calidad de vida y depresión, ansiedad, capacidad funcional ($p = 0.000$) y deterioro cognitivo (Tabla 5).

Se determinó que los adultos mayores que fueron clasificados con sintomatología de ansiedad tienen 3.53 veces (IC95% 2.73; 4.55) mayor prevalencia de percepción de mala calidad de vida, que aquellas personas que no se encuentran con una mayor prevalencia de ansiedad.

Tabla 3: Asociación factores demográficos y calidad de vida de los adultos mayores del departamento de Antioquia. 2012

Factores demográficos	Buena			Mala			Excelente			X2	Valor p
	No.	%	RP	IC	No.	%	RP	IC	No.	%	
<i>Sexo</i>											
Hombre	599	41.0	1.27	1.01-1.61	845	36.7	1.062	0.84-1.33	134	35.4	0.016
Mujer	861	59.0	1.0		1455	63.3	1.00		245	64.6	
<i>Región</i>											
Bajo Cauca	158	10.8	4.00	2.18-7.34	240	10.4	1.63	0.92-2.87	20	5.3	0.000
Magdalena medio	316	21.6	40.0	13.8-115	130	5.7	4.41	1.54-12.6	4	1.1	
Medellín	87	6.0	0.40	0.25-0.65	264	11.5	0.33	0.22-0.49	109	28.8	
Nordeste	118	8.1	2.59	1.43-4.70	292	12.7	1.72	1.00-2.96	23	6.1	
Norte	219	15.0	9.24	4.59-18.6	156	6.8	1.76	0.89-3.47	12	3.2	
Occidente	128	8.8	1.58	0.93-2.67	224	9.7	0.74	0.46-1.19	41	10.8	
Oriente	63	4.3	1.38	0.74-2.57	280	12.2	1.65	0.96-2.84	23	6.1	
Suroeste	116	7.9	0.78	0.48-1.27	231	10.0	0.41	0.27-0.64	75	19.8	
Urabá	180	12.3	2.68	1.57-4.58	203	8.8	0.81	0.49-1.33	34	9.0	0.000
Valle de Aburra	75	5.1	1.0	--	280	12.2	1.0	--	38	10.0	
<i>Edad</i>											
Adulto mayor joven	997	67.0	1.71	0.16-18.9	1595	69.3	1.12	0.13-9.62	285	75.4	0.035
Adulto mayor viejo	448	30.7	2.6	0.23-29.2	668	29.0	1.6	0.18-13.5	86	1.6	
Adulto mayor longevo	32	2.2	2.7	0.21-34.3	32	1.4	1.1	0.11-10.8	6	1.6	
Adulto mayor centenario	2	0.1	1.0		5	0.2	1.00		1.00	0.3	0.000
<i>Etnia</i>											
Indígena	3	0.2	NC	--	12	0.5	NC	--	0.0	0.0	0.000
Afrocolombiano/Raizal mestizo	250	17.4	2.18	1.44-3.08	253	11.2	1.27	0.87-1.86	34	9.1	
Nivel de Escolaridad	1186	82.4	1.0		1986	88.2	1.0		340	90.9	0.000
Sin Educación	475	32.6	60.8	19.9-185	451	19.7	10.5	5.33-20.7	41	10.9	
Primaria Incompleta	689	11.9	35.8	12.1-106	1109	48.5	10.4	5.57-19.7	101	26.8	0.000
Primaria Completa	195	13.4	13.8	4.54-41.1	390	17.1	4.96	2.59-9.48	75	19.9	
Secundaria Incompleta	68	4.7	5.41	1.76-16.6	185	8.1	2.68	1.38-5.18	66	17.5	0.000
Secundaria Completa	23	1.6	2.51	0.77-8.18	87	3.8	1.73	0.86-3.46	48	12.7	
Técnico/Tecnólogo	3	0.2	0.63	0.13-3.14	43	1.9	1.64	0.75-3.56	25	6.6	0.000
Universitario/Posgrado	4	0.3	1.0		22	1.0	1.0		21	5.6	
<i>Área residencia</i>											
Rural	130	9.1	1.74	1.07-2.83	183	8.1	1.53	0.95-2.47	20	5.4	0.069
Urbana	1299	90.9	1.0		2080	91.9			349	94.6	
<i>Estrato Civil</i>											
Soltero	284	19.5	2.11	1.49-2.99	329	14.3	1.22	0.87-1.72	49	12.9	0.000
Unión libre	128	8.8	2.33	1.41-3.85	132	5.8	1.20	0.73-1.97	20	5.3	
Unión	428	29.5	1.57	1.19-2.08	689	30.0	1.27	0.97-1.65	99	26.1	
Separado/Divorciado	130	8.9	1.35	0.89-2.04	179	7.8	0.93	0.62-1.38	35	9.2	
Casado	483	33.2	1.0		966	42.1	1.0		176	46.4	

Fuente: elaboración propia de las investigadoras, con datos del estudio.

Tabla 4: Asociación entre las factores económicos y calidad de vida de los adultos mayores del departamento de Antioquia, 2012

Factores económicos	Mala			Buena			Excelente		X2	Valor p	
	No.	%	RP	IC	No.	%	RP	IC			No.
<i>Origen de Ingresos</i>											
Jubilación	Si	90	12	0,16	0,12-0,22	364	29,5	0,494	0,38-0,64	128	45,9
Ayudas familiares	No	658	88	1,0		870	70,5	1,0		151	54,1
Exteriores	Si	37	4,9	0,64	0,38-1,18	114	9,2	1,32	0,80-2,16	20	7,2
Ayudas familiares	No	711	95,1	1,0		1120	90,8	1,0		259	92,8
Interiores	Si	211	28,2	1,37	0,99-1,90	322	26,1	1,23	0,91-1,68	62	22,2
	No	537	71,8	1,0		912	73,8	1,0		217	77,8
Alquiler/Bancos	Si	28	3,7	0,21	0,12-0,34	60	4,9	0,27	0,18-0,41	44	15,8
	No	720	96,3	1,0		1174	95,1	1,0		235	84,2
Subsidio	Si	235	31,4	4,1	2,69-6,25	208	16,9	1,82	1,20-2,76	28	10,0
	No	513	68,6	1,0		1026	83,1	1,0		251	90,0
Empleo	Si	197	26,6	1,51	1,07-2,11	251	20,6	1,07	0,77-1,49	54	19,4
	No	543	73,4	1,0		969	79,4	1,0		224	80,6
<i>Ocupación/ Oficio</i>											
Servicios generales		12	6,2	0,30	0,10-0,91	38	14,8	1,11	0,42-2,97	6	10,7
Empleado		9	4,6	0,17	0,06-0,50	26	10,1	0,57	0,23-1,43	8	14,3
Comerciante		21	10,8	0,46	0,17-1,22	39	15,2	0,97	0,38-2,49	7	12,5
Mecánico		2	1,0	0,31	0,02-3,53	9	3,5	1,58	0,19-13,2	1	1,8
Tendero		14	7,2	0,24	0,09-0,62	21	8,2	0,41	0,16-1,02	9	16,1
Arriero		6	3,1	0,46	0,09-2,42	8	3,1	0,70	0,14-3,54	2	3,6
Maestro		0	0,0	NC	--	2	0,8	NC	--	3	5,4
Otros*		131	67,2	1,0		114	44,4	1,0		20	35,7
<i>Sector actividad económica</i>											
Formal		20	10,6	0,32	0,15-0,67	49	19,7	0,67	0,34-1,31	15	26,8
Informal		169	89,4	1,0		200	80,3	1,0		41	73,2
* Otros: ocupación u oficio diferente a los mencionados en la tabla, como cocer, bordar, etc.											

* Otros: ocupación u oficio diferente a los mencionados en la tabla, como cocer, bordar, etc.
Fuente: elaboración propia de las investigadoras, con datos del estudio.

Tabla 5: Asociación entre estado de salud y calidad de vida de los adultos mayores del departamento de Antioquia, 2012

Estado de salud	Mala			Buena			Excelente		Valor p
	No.	%	RP	IC	No.	%	RP	IC	
Depresión									
Riesgo leve de depresión	404	28,7	5,73	3,89-8,45	388	17,4	2,41	1,64-3,54	31 8,4
Riesgo de depresión establecida	242	17,2	26,6	9,83-72,15	105	4,7	5,06	1,85-13,8	4 1,1 356,2 0,000
Normal	763	54,2	1,0		1741	77,9	1,0		336 90,6
<i>Ansiedad</i>									
Con riesgo de Ansiedad	777	54,0	3,53	2,73-4,55	935	41,1	2,10	1,64-2,69	94 24,9
Sin riesgo de Ansiedad	662	46,0	1,0		1338	58,9	1,0		283 75,1 121,4 0,000
<i>Características funcionales</i>									
Riesgo de dependencia severa	27	1,9	1,52	0,58-3,98	25	1,1	0,82	0,31-2,17	5 1,3
Riesgo de dependencia moderado	21	1,4	2,96	0,69-12,6	24	1,1	1,98	0,46-8,42	2 0,5 33,24 0,000
Riesgo de dependencia leve	250	17,2	1,67	1,18-2,37	267	11,7	1,05	0,74-1,48	42 11,2
Independiente	1153	79,5	1,0		1968	86,2	1,0		325 86,9
<i>Estado cognitivo</i>									
Riesgo severo	36	2,5	6,86	2,05-22,9	44	1,9	3,37	1,02-11,09	3 0,8
Riesgo moderado	508	35,0	4,54	3,16-6,52	678	29,5	2,43	1,73-3,42	64 16,9
Riesgo leve	741	51,1	1,96	1,46-2,63	1160	50,5	1,23	0,94-1,61	216 57,1 83,64 0,000
Sin riesgo	166	11,4	1,0	-	413	18,0	1,0		95 25,1

Fuente: elaboración propia de las investigadoras, con datos del estudio.

Asimismo, se observa que por cada adulto mayor sin sintomatología depresiva que considera tener mala calidad de vida, hay 5.73 (IC95% 3.89; 8.45) con sintomatología leve de depresión y 26.6 (IC95% 9.83; 72.15) con sintomatología de depresión establecida, que tiene esta misma percepción (Tabla 5).

De otro lado, quienes tenían una dependencia severa presentan un exceso 0.9 veces mayor de percepción de mala calidad de vida, en comparación con los adultos mayores independientes. Sin embargo, el exceso en la prevalencia de percepción de mala calidad de vida fue para aquellos adultos mayores con riesgo de dependencia moderada (RP = 2.96. IC95% 0.69; 12.6) para considerar su calidad de vida como mala (Tabla 5).

En lo que tiene que ver con la presencia de deterioro cognitivo y su asociación con la percepción de una mala calidad de vida, se observó que, por cada adulto mayor sin presencia de deterioro cognitivo y mala calidad de vida, hay 6.86 (IC95% 2.05; 22.9) adultos mayores con deterioro cognitivo severo y mala calidad de vida. Por otra parte, por cada adulto mayor sin presencia de deterioro cognitivo y buena calidad de vida, hay 3.37 (IC95% 1.02; 11.09) con riesgo severo de deterioro cognitivo y buena calidad de vida (Tabla 5).

Factores sociales asociados a la calidad de vida

Al relacionar el apoyo social y la calidad de vida se observa una asociación estadísticamente significativa ($p = 0.000$) entre la participación en organizaciones comunitarias, el vivir con la pareja, vivir con los hijos y los recursos sociales y presentar una mala percepción de calidad de vida (Tabla 6).

En cuanto a las organizaciones comunitarias, se observa que por cada adulto mayor perteneciente a un grupo recreativo o artístico y que consideran su calidad de vida como mala, hay 0.52 (IC95% 0.32; 0.85) que pertenecen a un grupo religioso, y tiene esta misma consideración sobre su calidad de vida, convirtiéndose esto en un factor protector para la mala calidad de vida. Así mismo, dentro del grupo de adultos mayores que consideran su calidad de vida como excelente 57.4 por ciento refiere no pertenecer a ninguna organización comunitaria (Tabla 6).

Al observar la relación entre calidad de vida y las personas con las que convive el adulto mayor, las personas mayores de 60 años que viven con su pareja o hijos tienen 32 por ciento menos prevalencia de mala calidad de vida que aquellas (IC95% 0.54; 0.87) y 0.73 (IC95% 0.56; 0.94) respectivamente, frente a aquellas personas que no conviven con estos familiares y manifiestan tener mala calidad de vida, por lo tanto vivir con estos

familiares, puede considerarse como un factor protector para mejorar la percepción de mala calidad de vida (Tabla 6).

Al tratar de establecer la asociación entre los recursos sociales y la calidad de vida, se observa que por cada adulto mayor con recursos sociales buenos o ligeramente deteriorados y mala calidad de vida, hay 17.8 por ciento (IC95% 7.01; 44.7) con recursos sociales totalmente deteriorados y mala calidad de vida, convirtiendo a los recursos sociales totalmente deteriorados en un factor que indica una percepción de mala calidad de vida (Tabla 6).

También se observó una relación estadísticamente significativa entre calidad de vida y maltrato ($p = 0.000$), tal como se presenta en la Tabla 6.

En relación con el cuidado en caso de enfermedad o incapacidad, 86.6 por ciento de los adultos mayores consideran que tendrían a alguien que les prestaría ayuda en caso de enfermedad o incapacidad y sería principalmente la hija (33.9 por ciento), hijo (14.8 por ciento), esposa/esposo (12.3 por ciento), hermana/hermano (7.9 por ciento), o amiga (2.1 por ciento). Es llamativo que 8.4 por ciento considera que nadie lo ayudaría y cinco por ciento restante no contesta. Por subregión, 98.7 por ciento de los adultos mayores del Magdalena Medio tendría cuidador y en Bajo Cauca, 16.2 por ciento considera que no tendría a nadie que desee o que sea capaz de ayudar (Figura 2).

El cuidado según tiempo de ayuda en caso de necesitarlo, fue de forma indefinida para 74.7 por ciento, por un período corto de tiempo tendría ayuda, 12.2 por ciento y para 13.1 por ciento restante solo tendría ayuda de vez en cuando, por ejemplo, para acompañar al médico o haciéndole una comida ocasionalmente. Esto indica que uno de cada cuatro adultos mayores no tendría quien le brindara cuidados en forma definitiva, siendo más llamativa la falta de apoyo en la subregión de Magdalena Medio, frente a Norte y Oriente (Figura 3).

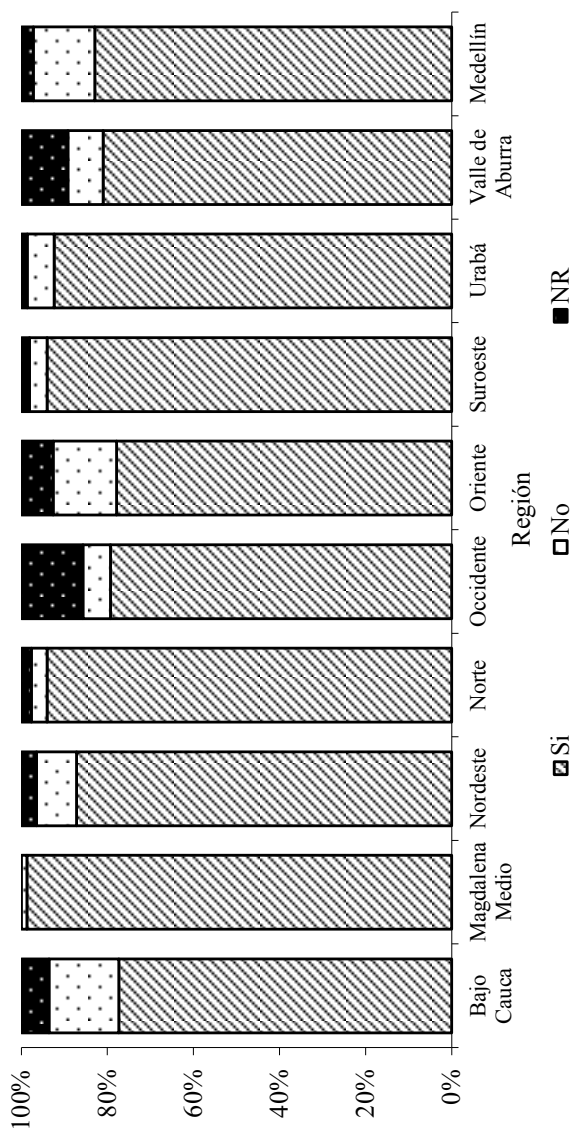
En lo que tiene que ver con el análisis multivariado, se tomó como categoría de referencia “excelente” calidad de vida y para realizar el ajuste, fueron tenidas en cuenta las variables sociodemográficas que mostraron asociación estadísticamente significativa, tales como sexo, nivel de escolaridad y área de residencia. Se observa un leve aumento en la percepción de mala calidad de vida por parte de los hombres, de quienes se desempeñan como comerciantes y en los trabajadores del sector formal.

Tabla 6: Asociación factores sociales y calidad de vida de los adultos mayores del departamento de Antioquia, 2012

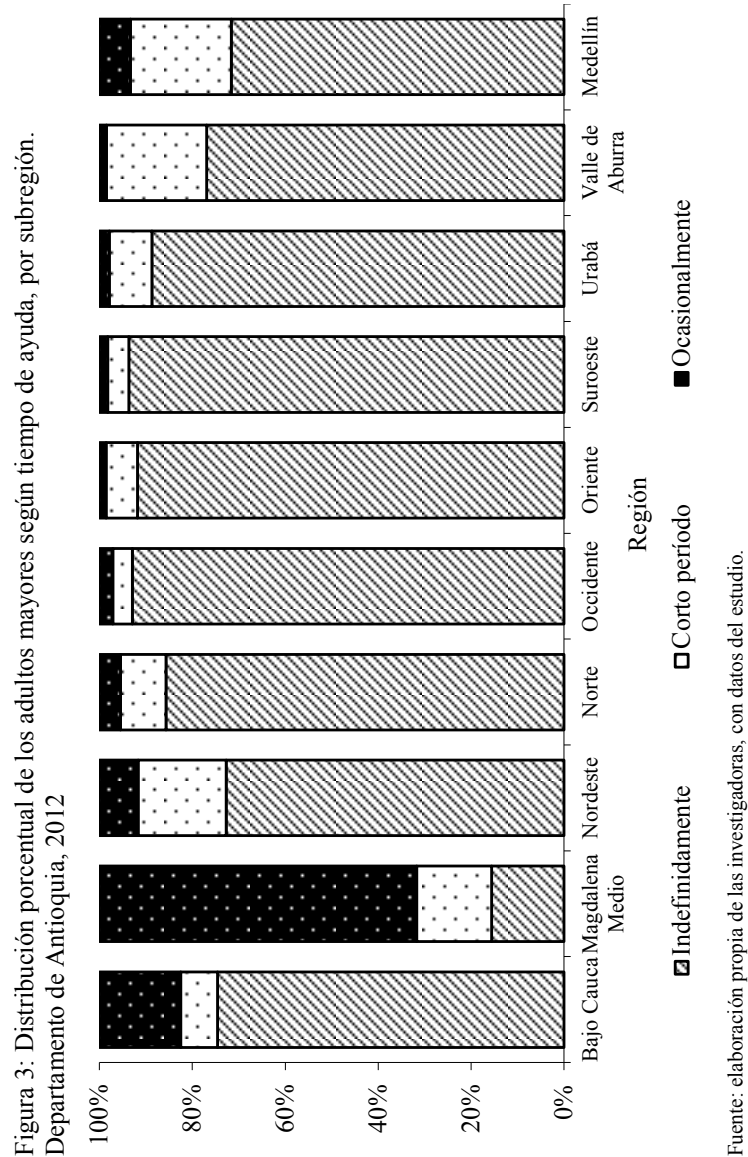
Factores sociales		No.	%	Mala		Buena		Excelente		X2	Valor p
				RP	IC	No.	%	RP	IC	No.	%
<i>Participación en Organización comunitaria</i>											
Ninguna		972	67	0.99	0.66-1.48	1441	63.2	1.11	0.68-1.51	216	57.4
Organización religiosa		154	10.6	0.52	0.32-0.85	444	19.5	1.06	0.33-0.85	64	17
Programa de Salud		148	10.2	1.25	0.71-2.19	105	4.6	0.62	0.35-1.08	26	6.9
Grupo Deportivo/político		27	1.9	0.16	0.08-0.22	74	3.2	0.31	0.18-0.52	37	9.8
Grupo Recreativo/artístico		150	10.3	1.0		216	9.5	1.0		33	8.8
<i>Con quien vive</i>											
Pareja	Si	556	38.2	0.68	0.54-0.87	983	42.9	0.85	0.67-1.069	175	46.2
	No	900	61.8	1.0		1310	57.1	1.0		204	53.8
Hijos	Si	732	50.3	0.73	0.56-0.94	1390	60.6	1.17	0.92-1.49	209	55.1
	No	724	49.7	1.0		903	39.4	1.0		170	44.9
Nietos	Si	506	34.8	1.28	0.98-1.66	851	37.1	1.24	0.96-1.59	119	31.4
	No	950	65.2	1.0		1442	62.9	1.0		260	68.6
Padres	Si	25	1.7	1.48	0.51-4.34	53	2.3	2.33	0.83-6.54	4	1.1
	No	1431	98.3	1.0		2240	97.7	1.0		375	98.9
Abuelos	Si	0	0.0	NC	--	1	0.0	NC	--	1	0.3
	No	1456	100	1.0		2292	100	1.0		378	99.7
Hermanos	Si	138	9.5	0.78	0.52-1.15	224	9.8	1.01	0.69-1.48	40	10.6
	No	1318	90.5	1.0		2069	90.2	1.0		339	89.4
Otros familiares	Si	154	10.6	0.69	0.48-0.98	208	9.1	0.59	0.42-0.83	51	13.5
	No	1302	89.4	1.0		2085	90.9	1.0		328	86.5
Amigos	Si	22	1.5	0.71	0.29-1.69	22	1.0	0.52	0.21-1.23	7	1.8
	No	1434	98.5	1.0		2271	99.0	1.0		372	98.2
Ayudas pagas	Si	13	0.9	NC	--	18	0.8	NC	--	0	0.0
	No	1443	99.1	1.0		2275	99.2	1.0		379	100
<i>Maltrato</i>											
Si		96	6.6	1.0	0.58-1.72	82	3.6	0.58	0.34-0.99	19	5.0
No		1364	93.4	1.0		2218	96.4	1.0		360	95.0
<i>Recursos sociales</i>											
Moderadamente deteriorado		575	43.7	5.38	4.04-7.16	919	44.6	3.08	2.37-3.98	108	32.0
Bastante deteriorado		462	35.1	15.1	9.94-22.8	544	26.4	6.35	4.26-9.45	31	9.2
Totalmente deteriorado		88	6.7	17.8	7.01-44.7	61	3.0	4.41	1.74-11.15	5	1.5
Bueno o Ligeramente deteriorado		192	14.6	1.0		536	26.0	1.0		194	57.4

Fuente: elaboración propia de las investigadoras, con datos del estudio.

Figura 2: Distribución porcentual de los adultos mayores según percepción de ayuda por enfermedad o incapacidad, por subregión. Departamento de Antioquia, 2012



Fuente: elaboración propia de las investigadoras, con datos del estudio.



De otro lado, tal como se presenta en la Tabla 7, puede observarse un aumento importante en la percepción de mala calidad de vida de las personas del grupo de edad “viejo”, pasando de 2.6 a 3.53 (IC95% 0.31; 40.22) respectivamente, presentando incluso mayor prevalencia de mala percepción de su calidad de vida que las personas del grupo de edad “longevo” (Tabla 7).

La percepción de mala calidad de vida de las personas con dependencia moderada pasó de 2.96 a 5.36 (IC95% 0.69; 41.6); los adultos que participan en programas de salud, de quienes viven con sus padres y de aquellos que reciben algún tipo de maltrato también mostraron aumento considerable después del ajuste. En contraste a esto, se observó disminución importante en la percepción de mala calidad de vida, en los adultos con ingresos provenientes de subsidios (RP ajustado = 2.62, IC95% 1.67; 4.11), con estado cognitivo (síntomatología emocional) severo (RP ajustado = 3.66, IC95% 1.07; 12.57) y en las personas con recursos sociales totalmente deteriorados (RP ajustado = 12.07, IC95% 4.92;32.8) (Tabla 7).

DISCUSIÓN

Actualmente el cuestionario WHOQOL-OLD es considerado como la mejor medida genérica de calidad de vida para el adulto mayor, debido a que logra integrar los diferentes aspectos que impactan directamente en ésta percepción, generando información sobre las vivencias de las personas en esta etapa de sus vidas (Cortez *et al.*, 2011: 725–731), sin embargo, la satisfacción en salud es uno de los principales dominios del cuestionario, puesto que, el adulto mayor ve ligado el proceso de envejecer a una pérdida progresiva de ella, por el desgaste biológico, físico y emocional que ha tenido durante el transcurso de su vida (Wong *et al.*, 2007: 436–447).

En Antioquia 71.4 por ciento de los adultos mayores se encuentra satisfecho con su salud, lo cual puede influir positivamente en la percepción de calidad de vida, ya que en muchas ocasiones esta percepción no está influida por el estado real de salud, si no, por el auto-concepto que se tiene de ella (Urzúa *et al.*, 2011: 1006-1014).

De igual forma, una proporción de adulto mayores de Medellín y Valle de Aburra, tienen una percepción desfavorable de la atención en salud, lo cual puede deberse a que en estos centros urbanos se presta la mayor parte de la atención de enfermedades crónicas de alta complejidad para el Departamento de Antioquia, saturando los servicios y disminuyendo la atención, que sumado a la crisis en el sistema de salud colombiano, favorecen la mala percepción (Agudelo *et al.*, 2011: 2817–2828) tanto del estado de salud como de la calidad de vida de los adultos mayores.

Tabla 7: Condiciones sociodemográficas, laborales y de percepción de salud mental que aportan a la explicación de una mala calidad de vida de los adultos mayores del departamento de Antioquia. 2012

Variable	Calidad de vida							
	Crudo				Ajustado			
	Mala		Buena		Mala		Buena	
	RP	IC	RP	IC	RP	IC	RP	IC
<i>Sexo</i>								
Masculino	1.27	1.01-1.61	1.06	0.85-1.33	1.36	1.06-1.75	1.13	0.89-1.43
<i>Región</i>								
Bajo Cauca	4.00	2.18-7.34	1.63	0.92-2.87	2.65	1.42-4.96	1.3	0.72-2.32
Magdalena medio	40.00	13.8-115	4.41	1.54-12.6	26.1	8.96-76.2	3.46	1.20-9.98
Medellín	0.40	0.25-0.65	0.33	0.22-0.49	0.56	0.33-0.92	0.43	0.28-0.66
Nordeste	2.59	1.43-4.70	1.72	1.00-2.96	2.47	1.34-4.57	1.71	0.98-3.00
Norte	9.24	4.59-18.6	1.76	0.89-3.47	6.84	3.34-13.99	1.52	0.76-3.02
Occidente	1.58	0.93-2.67	0.74	0.46-1.19	1.35	0.78-2.33	0.68	0.42-1.11
Oriente	1.38	0.74-2.57	1.65	0.96-2.84	1.20	0.64-2.26	1.5	0.86-2.61
Suroeste	0.78	0.48-1.27	0.41	0.27-0.64	0.70	0.42-1.15	0.4	0.26-0.62
Urabá	2.68	1.57-4.58	0.81	0.49-1.33	2.00	1.15-3.47	0.68	0.41-1.14
<i>Grupo Edad</i>								
Adulto mayor viejo	2.60	0.23-29.2	1.60	0.18-13.5	3.53	0.31-40.22	2.5	0.28-22.77
<i>Etnia</i>								
Afrocolombiano/Raizal	2.18	1.44-3.08	1.27	0.87-1.86	1.56	1.05-2.32	1.04	0.71-1.53
<i>Nivel de Escolaridad</i>								
Sin Educación	19.15	12.76-28.74	5.21	3.59-7.55	18.1	12.03-27.3	4.99	3.44-7.25
<i>Área residencia</i>								
Rural	1.74	1.07-2.83	1.53	0.95-2.47	1.32	0.80-2.19	1.28	0.79-2.09
<i>Estado Civil</i>								
Unión libre	2.33	1.41-3.85	1.20	0.73-1.97	2.29	1.32-3.97	1.29	0.76-2.19
<i>Origen de ingresos</i>								
*Subsidio	4.1	2.69-6.25	1.82	1.20-2.76	2.62	1.67-4.11	1.3	0.83-2.03
<i>Ocupación u oficio</i>								
Comerciante	0.46	0.17-1.22	0.97	0.38-2.49	0.66	0.23-1.87	1.17	0.44-3.14
<i>Sector actividad económica</i>								
Formal	0.32	0.15-0.67	0.67	0.34-1.31	0.61	0.26-1.43	0.95	0.45-2.02
<i>Depresión</i>								
Riesgo de depresión establecida	26.6	9.83-72.15	5.06	1.85-13.8	24.9	9.04-68.44	4.73	1.71-13.07
<i>Ansiedad</i>								
Con riesgo de ansiedad	3.53	2.73-4.55	2.1	1.64-2.69	3.37	2.57-4.41	1.99	1.54-2.58
<i>Características funcionales</i>								
Riesgo de dependencia moderado	2.96	0.69-12.6	1.98	0.46-8.42	5.36	0.69-41.6	3.57	0.47-27.25
<i>Estado cognitivo</i>								
Riesgo severo	6.86	2.05-22.9	3.37	1.02-11.09	3.66	1.07-12.57	2.19	0.65-7.34
<i>Participación en organización comunitaria</i>								
Programa de Salud	1.25	0.71-2.19	0.62	0.35-1.08	2.89	1.23-6.79	0.95	0.43-2.04
<i>Con quien vive</i>								
Padres	1.48	0.51-4.34	2.33	0.83-6.54	2.56	0.85-7.71	2.93	1.03-8.37
<i>Maltrato</i>								
Si	1	0.58-1.72	0.58	0.34-0.99	1.79	1.03-3.14	0.83	0.48-1.44
<i>Recursos sociales</i>								
Totalmente deteriorado	17.8	7.01-44.7	4.41	1.74-11.15	12.7	4.92-32.8	3.51	1.36-9.03

Fuente: elaboración propia de las investigadoras con datos del estudio.

La vida de los adultos mayores es entendida desde las relaciones interpersonales, ésta permite observar la estructura familiar y la serie de contactos con las que cuentan las personas en la vejez, pues es a través de ellos donde el adulto mayor puede escuchar y ser escuchado, manteniendo su identidad social y recibiendo apoyo emocional (Carmona, 2009: 48–65).

En el departamento de Antioquia para el año 2012, 54.3 por ciento de los adultos mayores, se encontraban inconformes con su situación económica, lo que puede deberse a que sus ingresos no lograban sustentar sus necesidades y obligaciones básicas. Situación que implica para el adulto mayor una disminución del poder, la autonomía y las redes de apoyo, generando una transformación en el rol que ocupa en la sociedad, por lo cual se puede llegar redefinir muchas de sus relaciones personales, así como la manera de enfrentar la vida, repercutiendo en todos los niveles de su bienestar (Urzúa *et al.*, 2011: 1006-1014; Yanguas *et al.*, 2006). Así mismo, la percepción económica negativa está relacionada con otros aspectos de la vejez como la soledad, la depresión, la ansiedad, los recursos sociales deteriorados, entre otros, los cuales al conjugarse pueden favorecer una percepción negativa de la calidad de vida (Aranibar, 2001).

En lo que tiene que ver con el presente estudio, más de la mitad de la población adulta mayor del departamento tiene una buena percepción de sus relaciones sociales, esto puede deberse a que se encuentran satisfechos con el modo como emplean su tiempo, su nivel de actividad dentro del entorno familiar y su oportunidad de participar en la comunidad, todo esto contribuye a mejorar los niveles de dependencia ya que le permite al adulto mayor una libertad de acción, comunicación y opinión (Urzúa *et al.*, 2011: 1006-1014).

En este estudio se destaca que en la subregión del Norte se observan más adultos mayores con una percepción desfavorable de sus relaciones sociales, lo cual puede estar relacionado con la alta prevalencia de sintomatología emocional (depresión y ansiedad) que se presenta en la región.

Gran parte de la población antioqueña adulta mayor considera como favorable el entorno físico de la vivienda que habita, lo cual favorece la percepción de calidad de vida, debido a que para el adulto mayor es importante continuar conservando un espacio físico dentro de la vivienda, que su familia se mantenga unida y que respeten sus bienes materiales (Vera, 2007: 284–290).

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, los adultos mayores del departamento de Antioquia para el año 2012 tenían una percepción positiva de su calidad de vida, donde 78.6 por ciento la consideraban como

buena o más. También se observa como en los estudios de calidad de vida, se demuestra que el grado de percepción varía debió a las condiciones políticas, económica, sociales y culturales propias de cada lugar, es así como, en España la percepción de buena calidad de vida puede llegar a ser de 91 por ciento (Yanguas *et al.*, 2006) y en Chile de 60 por ciento (Herrera, 2011), lo cual sitúa al departamento de Antioquia por debajo del nivel de satisfacción de los países industrializados, pero en concordancia con lo encontrado en países latinoamericanos.

Las subregiones del departamento de Antioquia, en las que se observó una percepción más desfavorable de calidad de vida, fueron: el Magdalena Medio y Norte, subregiones en las cuales se presentan las condiciones más desfavorables en cuanto al deterioro cognitivo, el estado de salud y factores sociales, lo cual puede influir en la percepción de calidad de vida en el adulto mayor.

La calidad de vida es un concepto que se está comenzando a emplear dentro del diseño de políticas públicas y privadas que favorezcan el pleno desarrollo del adulto mayor, pues éste integra todos los aspectos del ser humano como la satisfacción con la vida actual, vulnerabilidad, características sociodemográficas, económicas, psicosociales, familiares, funcionales, de la salud, entre otras, razón por la cual conocer cuáles son los factores que más influyen en la percepción de calidad de vida permite aportar información que facilite la toma de decisiones informadas y enfocadas al pleno bienestar del adulto mayor (Herrera, 2011; Botero y Pico, 2007: 11–24) por parte de las autoridades departamentales.

La calidad de vida está directamente proporcional al nivel de escolaridad, pues a mayor grado alcanzado mejor percepción de calidad de vida se tiene, estos resultados son similares a los encontrados en otros estudios en Latinoamérica y España. Así mismo, las personas que se encuentran solteras o en unión libre tienen una más baja apreciación de calidad de vida, esto puede deberse al sentimiento de soledad y abandono, así como la poca estabilidad emocional que puede generar la falta de compromiso dentro de una relación (Urzúa *et al.*, 2011: 1006-1014; Herrera, 2011; Flores *et al.*, 2010: 1–24; Garrido, 2009).

Las condiciones económicas que mejor explican la calidad de vida del adulto mayor de Antioquia para el año 2012 son el origen de los ingresos, la ocupación u oficio y sector económico. Es por esto que aquellas personas que no poseen una entrada fija de dinero que les permita suplir sus necesidades mes a mes, tienen mayor probabilidad de considerar su calidad de vida como mala, debido a que los ingresos económicos proporcionan

independencia y le permiten al adulto mayor proyectarse a futuro en la última etapa de su vida, debido a que los ingresos se convierten en un medio para alcanzar las nuevas metas trazadas (Yanguas *et al.*, 2006).

Por otra parte en este estudio se encontró que el desempeñar alguna ocupación u oficio es un factor protector para disminuir la percepción de mala calidad de vida, ya que le permite mantenerse activo mental y físicamente, así como obtener ingresos como remuneración a sus servicios. Por otra parte, aquellos adultos mayores que pertenecen al sector informal tiene un riesgo mayor de considera su calidad de vida como mala, lo cual puede deberse a la usencia de prestaciones sociales y garantías que le brinden seguridad para los años venideros, puesto que la mayoría de estas personas no se encuentran cotizando para adquirir una jubilación (Yanguas *et al.*, 2006).

En lo que tiene que ver con el estado de salud, la sintomatología depresiva en el adulto mayor de Antioquia para el año 2012 este se constituye en uno de los factores que explica su calidad de vida, dado que estos se encuentran sometidos a situaciones propias de la vejez, las cuales afectan directamente en el estado de ánimo, entre las que se destaca la pérdida de seres queridos, situaciones crónicas estresantes, desempleo, condiciones biológicas limitantes y características sociales (Canto y Castro, 2004: 257–270).

Otra de las características de la sintomatología emocional que aporta a la explicación de la calidad de vida en el adulto mayor es la ansiedad, la cual puede ser producto de un análisis en retrospectiva de la vida como preparación para la muerte, otros estudios han demostrado que el deseo de estar en familia, el aumento de enfermedades crónicas y la incapacidad para valerse por sí solo, aumenta el grado de ansiedad disminuyendo la percepción en la calidad de vida (Canto y Castro, 2004: 257–270).

El deterioro cognitivo de los adultos mayores del departamento de Antioquia aporta a la explicación de la percepción de calidad de vida, pues esté se encuentra relacionado con características de funcionamiento neurológico, así como, algunas enfermedades que afectan de forma directa o indirecta el estado del cerebro, generando dependencias, estrés, ansiedad y depresión en el adulto mayor, lo que favorece una mala percepción en la calidad de vida (Mejía *et al.*, 2007: 475–481).

Estos hallazgos sugieren que la salud mental es un aspecto que tiene gran peso en la calidad de vida de las personas adultas mayores, tal como lo reportó un estudio realizado en Guadalajara (México) donde se usó el instrumento WHOQOL-BREF para calidad de vida y para salud mental, el

cuestionario de Salud General de Goldberg; entre sus resultados se destaca mayor participación de mujeres, 60 por ciento de los adultos participantes del estudio manifestaron percibir su calidad de vida como buena, y las personas percibían su salud como excelente tuvieron cuatro veces la probabilidad de calificar como buena su calidad (Durán *et al.*, 2015).

Tener buenos recursos sociales es un factor determinante que ayuda a explicar la calidad de vida del adulto mayor de Antioquia en el año 2012, debido a que considerar que aún ejerce un rol en la sociedad, sentirse amado por su familia y valorado por su red de amigos hace que el adulto mayor fortalezca su autoestima y la confianza en el otro. Tener a alguien que lo cuide, en quien confiar al cual pueda contarle sus problemas y compartir sus alegrías, así como vivir el día a día, genera en el adulto mayor una mejor percepción de calidad de vida, por el contrario, sentirse solo, desvalido, con problemas financieros y sin personas que lo puedan apoyar favorece la mala percepción de calidad de vida (Araníbar, 2001; Ramírez, 2009; Zavala *et al.*, 2006: 53–62).

Estos hallazgos son similares a los encontrados en estudios de calidad de vida, usando otros instrumentos de medición (SF-36) como el realizado en Chiclayo (Perú) donde 64.5 por ciento de los adultos consideraron su situación de salud como regular, la dimensión que mostró los resultados más favorables fue la de función social y la más desfavorable la salud general. El estudio mostró que un mejor nivel educativo reduce la probabilidad de percibir mala calidad de vida (Coronado *et al.*, 2009: 230-238), similar a los hallazgos del estudio en Antioquia, donde la mala calidad de vida fue mayor en personas sin ninguna educación.

En Lima se llevó a cabo un estudio con el fin de conocer el significado que tiene la calidad de vida del adulto mayor, concluyendo que ésta está en tener paz y tranquilidad, sentirse cuidado y respetado por su familia, poder comunicarse y expresarse libremente (Vera, 2007: 284–290), similar a lo planteado por el Ministerio de Salud de Chile al considerar que la base para la buena calidad de vida de las personas mayores, es el apoyo de la familia (Ministerio de Salud de Chile, 2015).

En México en 1997 fue realizado un estudio con el fin de identificar factores relacionados a la calidad de vida de adultos mayores en el Estado de Morelos, y el principal hallazgo sugiere que realizar algún tipo de actividad física y haber consultado los servicios de salud durante el último año, dejar de fumar también mostró tener efectos positivos sobre la calidad de vida (Gallegos *et al.*, 2003: 260-269), en Medellín otro estudio encontró que los componentes que mejor explican la calidad de vida son principal-

mente subjetivos como la independencia, la economía, la seguridad social y las redes de apoyo social (Cardona *et al.*, 2006: 206-215) y en Santiago de Chile, 77 por ciento de los adultos mayores percibieron mala su calidad de vida en relación con la salud oral (Cardona *et al.*, 2006: 206-215).

En Quito, el Equipo de Atención Primaria en Salud y Trabajo Social, el cual se encuentra ubicado en el noroccidente del Distrito Metropolitano, en busca de mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores, que no siempre cuentan con familiares que los apoyen para poder acceder a servicios de salud, realizan semanalmente jornadas de visitas donde se verifican las condiciones en las cuales vive el adulto, realizan examen médico general y un diagnóstico de su estado de salud; además hacen contacto con las personas encargadas de su cuidado (Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2014).

Otro aspecto que cobra importancia está relacionado con los trastornos de salud mental y física de quien se encarga de estos cuidados, tema que suele pasar a segundo plano y que puede afectar y tener repercusiones negativas sobre el cuidado que se brinda a la persona mayor (Hernández, 2006: 40-44), y podría ser una de las línea de trabajo que se sugiere explorar en estudios posteriores. Respecto a esto, un estudio realizado en Cuba con el fin de conocer las características psicosociales de cuidadores informales de adultos mayores con demencia, mostró que la primera motivación manifestada para cuidar de la persona anciana fueron los lazos afectivos (74 por ciento); pero afecta negativamente por el poco tiempo que queda libre para otras actividades, ya que el cuidado de una persona mayor dependiente demanda muchas tareas, tiempo y dedicación (Espín, 2008).

Una investigación realizada en Gran Buenos Aires (Argentina), encontró que esta situación es más crítica en las mujeres cuidadoras de estratos socioeconómicos bajos y con menores niveles educativos (Findling y López, 2015: 177).

CONCLUSIONES

El envejecimiento poblacional pone de manifiesto la necesidad de generar estrategias que sean especialmente enfocadas en la atención de las personas adultas mayores, lo cual no solo requiere la profundización en el estudio de esta población y de los elementos que pueden ayudar en la mejora de su calidad de vida, sino también la concientización de la importancia que tiene el trato diferenciado de esta población, dar un trato digno y especializado a las personas mayores; se debe considerar la importancia del disfrute de esta última etapa de la vida considerándola como una fase de plenitud.

Las investigaciones que se han realizado alrededor del tema en la vejez, recalcan la relación que existe entre el género y la calidad de vida, poniendo de manifiesto las diferencias entre hombres y mujeres, lo cual posiblemente se encuentre vinculado a motivos de tipo social y cultural. Aunque la tendencia mundial al envejecimiento poblacional ha puesto en marcha en diferentes países acciones que vayan en pro del mejoramiento de la calidad de vida durante esta última etapa de la vida, aun es evidente la necesidad de modificaciones en los sistemas de salud y principalmente de un cambio cultural; la mirada debe ir enfocada en lograr que las personas adultas mayores conserven su autonomía, independencia y salud el mayor tiempo posible y de que sus problemas sean atendidos con calidad y rapidez.

Los sistemas de salud se ven en la necesidad y la responsabilidad de encontrar estrategias que le permitan abordar de manera efectiva el problema del envejecimiento de la población, que ha traído consigo el aumento en las enfermedades crónicas y la reducción del bienestar, lo que afecta principalmente la calidad de vida y puede llevar a un aumento en la demanda de cuidados.

La percepción de buena calidad de vida en los adultos mayores del departamento de Antioquia se encuentra por encima de las reportadas en otras poblaciones de Latinoamérica, aun así, falta trabajar mucho en políticas públicas acertadas para poder alcanzar las prevalencias de satisfacción de los países europeos, los cuales sobrepasa 90 por ciento.

Para Antioquia se determinó que las mujeres solteras, sin educación, residentes en la subregión del Magdalena Medio son las que peor perciben su calidad de vida en comparación con el resto de mujeres adultas mayores del departamento. Se destaca que en la subregión del Norte es donde hay más adultos mayores con una percepción desfavorable de sus relaciones sociales, lo cual puede estar relacionado con la alta prevalencia de depresión y ansiedad que se presenta en este lugar.

Los principales factores que explican la mala calidad de vida de los adultos mayores del departamento de Antioquia para el año 2012 son ser mujer, sin escolaridad, subregión, fuente de los ingresos, ocupación u oficio, depresión, ansiedad, deterioro cognitivo, pocas relaciones sociales y mala percepción de su salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, C. et al., 2013, “Confiabilidad y validez del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos” en *Psicología y Salud*. vol. 23, núm. 2, pp. 241-250.
- Adams, Y., 2012, “Maltrato en el adulto mayor institucionalizado: realidad e invisibilidad”, en *Revista Médica Clínica Las Condes*. vol. 23, núm. 1, p 84-90.
- Agudelo, C. et al., 2011, “Sistema de salud colombiano: 20 años de logros y problemas”, en *Ciência & Saúde Coletiva*. vol. 16, núm. 6, pp. 2817–2828.
- Allardt, E., 1998, “Tener, amar, ser: una alternativa al modelo sueco de investigación sobre el bienestar”, en Sen, A. y Nussbaum, M. (comp.), *La calidad de vida. México*, Fondo de Cultura Económica, pp. 126-134.
- Araníbar, P., 2001, *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Centro Latinoamericano. Santiago de Chile, Naciones Unidad.
- Botero, B. y Pico, M., 2007, “Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica”, en *Hacia la Promoción de la Salud*. Vol. 12, pp. 11–24.
- Cano, S. et al., 2014, “Maltrato psicológico en los adultos mayores del departamento de Antioquia, 2012”, en *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. vol. 32, Suplemento 1, S99-S106.
- Canto, H. y Castro, E., 2004, “Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo”, en *Enseñanza e Investigación en Psicología*, vol. 9, núm. 2, pp. 257–270.
- Cardona, D.; Estrada, A. y Agudelo, H., 2003, *Envejecer nos toca a todos: caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor en Medellín, 2002*. Medellín, Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.
- Cardona, D.; Estrada A. y Agudelo, H., 2006, “Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín”, en *Biomédica*, vol. 26, pp. 206-215.
- Cardona, D. y Agudelo, H., 2005, “Construcción cultural del concepto calidad de vida”, en *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 23, núm. 1, pp. 79-90.
- Carmona, S., 2009, “El bienestar personal en el envejecimiento”, en *Iberoforum*, vol. 4, núm. 7, pp. 48–65.
- Chatterji, S. et al., 2014, “Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications”, en *The Lancet*, vol. 385, núm. 9967, pp. 563-575, febrero, disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673614614628>, citado el 20 de octubre de 2015.

Cohen, G., 1998, “¿Igualdad de qué? sobre el bienestar, los bienes y las capacidades”, en Sen, A. y Nussbaum, M. (comp.), *La calidad de vida*. México, Fondo de Cultura Económica, pp. 27-53.

Coronado, J., 2009, “Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo”, en *Acta Médica Peruana*, vol. 26, núm. 4, pp. 230-238.

Cortez, A. *et al.*, 2011, “Evaluación geriátrica integral del adulto mayor”, en *Revista Médica Chilena*, vol. 139, núm. 6, pp. 725-731.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2011, *Proyecciones de Población 2006-2015*, Colombia, Alcaldía de Medellín.

Dirección de Desarrollo Institucional, 2011, “Guía de Cuidados de Salud para Adultos Mayores”, en *Administración de los Servicios de Salud del Estado*, disponible en http://www.asse.com.uy/uc_5065_1.html, citado el 17 de septiembre de 2015.

Durán, L.; Salinas, G. y Gallegos, K., 2015, *Estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor en México*, disponible en <http://salud.edomexico.gob.mx/html/descarga.php?archivo=Medica/SALUD%20DEL%20ADULTO%20MAYOR.%20CALIDAD%20DE%20VIDA.PDF>, citado el 23 de octubre de 2015.

Escudero, B., 2006, “El discurso de las enfermeras ante el cuidado de las personas mayores dependientes y sus cuidadores familiares”, en *Index de Enfermería*, vol. 15, núm. 52-53, pp. 45-48.

Espín, A., 2008, “Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia”, en *Revista Cuba Salud Pública*, vol. 34, núm. 3.

Fang, J. *et al.*, 2011, “Development of Short Versions for the WHOQOL-OLD Module”, en *The Gerontologist*, vol. 52, núm. 1, pp. 66-78.

Findling, L. y E. López, 2015, *De cuidados y cuidadoras: acciones públicas y privadas*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Editorial Biblos, p 177.

Flores, M.; Troyo, R. y Vega, M., 2010, “Calidad de vida y salud en adultos mayores de viviendas multifamiliares en Guadalajara Jalisco, México”, en *Procesos psicológicos sociales*, vol. 6, núm. 1, pp. 1-24.

Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2001, “Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina” en *repositorio CEPAL*, disponible en http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7157/S01121061_es.pdf?sequence=, citado 24 de septiembre de 2015.

Gallegos, K., 2003, “Factores asociados con las dimensiones de calidad de vida del adulto mayor en Morelos”, en *Revista de Investigación Clínica*, vol. 55, núm. 3, pp. 260-269.

García, C., 2010, “Algunas estrategias de prevención para mantener la autonomía y funcionalidad del adulto mayor”, en *Revista Médica Clínica Las Condes*, vol. 21, núm. 15, pp. 831-837.

Garrido, G., 2009, *Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba*, Tesis Doctoral, Valencia, España, Universidad de Valencia.

Gómez, D. et al., 2010, “Caracterización del maltrato a ancianos. Consejo Popular Capitán San Luis. Pinar del Río”, en *Revista Ciencias Médicas*, vol. 14, núm. 2.

Hernández, Z., 2006, “Cuidadores del adulto mayor residente en asilos”, en *Index de Enfermería*, vol. 15, núm. 52-53, pp. 40-44.

Herrera, S., 2011, *Chile y sus mayores: resultados segunda encuesta nacional calidad de vida en la vejez (2010)*. Santiago, Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Jewel, T.; Rossi, M. y Triunfo, P., 2007, “El estado de salud del adulto mayor en América Latina”, en *Cuadernos de Economía*, vol. 46.

Lukomski, A., 2000, “Calidad de vida: historia y futuro de un concepto problema”, en *Bioética y Calidad de Vida*. Bogotá, D.C, Ediciones El Bosque, pp. 153-161.

Mejía, S. et al., 2007, “Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México”, en *Salud Pública de México*, vol. 49, núm. 4, pp.- 475-481.

Millán, J., 2011, “Envejecimiento y Calidad de Vida”, en *Revista Galega de Economía*, vol. 20, pp. 1-13.

Ministerio de Salud de Chile, 2009, *Manual del cuidado de personas mayores dependientes y con pérdida de autonomía*, disponible en <http://www.enfermeriaaps.com/portal/manual-del-cuidado-de-personas-mayores-dependientes-y-con-perdida-de-autonomia-minsal-2009>, citado 17 de septiembre de 2015.

Ministerio de Salud de Chile, 2015, *Salud del Adulto Mayor*, disponible en <http://web.minsal.cl/salud-del-adulto-mayor/>, citado 31 de agosto de 2015.

Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2014, *Equipos de atención mejoran calidad de vida al adulto mayor en Gualea*, disponible en <http://www.salud.gob.ec/equipos-de-atencion-mejoran-calidad-de-vida-al-adulto-mayor-en-gualea/>, citado 31 de agosto de 2015.

Naciones Unidas, 2005, *Políticas hacia las familias con adultos mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada* CEPAL, disponible en http://www.cepal.org/dds/noticias/paginas/2/21682/jguzman_shuenchuan.pdf, citado 31 de agosto de 2015.

Naciones Unidas, 2006, *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, disponible en http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3539/S2006000_es.pdf?sequence=1, citado el 23 de octubre de 2015.

Organización Panamericana de la Salud y Organización mundial de la salud, 2014, “Autocuidado: clave para una buena calidad de vida en los adultos mayores”, en *Salud del adulto mayor*, disponible en <http://www.paho.org/arg/index>.

php?option=com_content&view=article&id=1289:autocuidado-clave-buena-calidad-vida-adultos-mayores&Itemid=290, citado 31 de agosto de 2015.

Palomba, R., 2002, *Calidad de Vida: Conceptos y medidas*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, disponible en http://www.cepal.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientorpl_pp.t.pdf, citado 16 de septiembre de 2015.

Power, M. *et al.*, 2005, “Development of the WHOQOL-Old module”, en *Quality of Life Research*, vol. 14, pp. 2197-2214.

Ramírez, J., 2009, *Situación Actual de La Persona Adulta Mayor en Colombia*, disponible en <http://es.scribd.com/doc/20297780/Situacion-Actual-de-La-Persona-Adulta-Mayor-en-Colombia>, citado el 5 de junio de 2014.

Red Latinoamericana de Gerontología, 2010, “Programa de la tercera edad, caritas cubanas”, en *Boletín del Adulto Mayor*, disponible en <http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Boletin-Caritas-Cubana-2010.pdf>, citado el 18 de octubre de 2015.

Rodado, C., y Grijalba, E., 2001, *La tierra cambia de piel: Una visión integral de la calidad de vida*. Bogotá, D.C, Editorial Planeta Colombiana S.A.

Romero, A., 2008, “Perspectivas actuales en la asistencia sanitaria al adulto mayor”, en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 24, núm. 4, pp. 288-294.

Sen, A., 1998, *Capacidad y bienestar*, en Sen, A. y Nussbaum, M. (comp.), *La Calidad de Vida*. Fondo de Cultura Económica, pp. 54-120.

Soberanes, S.; González, A. y Moreno, Y., 2009, “Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida, en *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, vol. 14, núm. 4, octubre-diciembre, pp.161-172

Steptoe, A.; Deaton, A y Stone, A., 2014, “Subjective wellbeing, health, and ageing”, en *The Lancet*, disponible en [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)

Urzúa, A. *et al.*, 2011, “Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor”, en *Revista Médica Chilena*, vol. 139, pp. 1006-1014.

Urzúa, A y Caqueo, A., 2012, “Calidad de vida: una revisión teórica del concepto”, en *Terapia Psicológica*, vol. 30, pp. 61-71.

Urzúa, A. y Navarrete, M., 2013, “Calidad de vida en adultos mayores: análisis factoriales de las versiones abreviadas del WHOQOL-OLD en población chilena”, en *Revista médica de Chile*, vol. 141, núm. 1, pp. 28-33.

Vera, M., 2007, “Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia”, en *Anales de la Facultad de Medicina*, vol. 68, núm. 3, pp. 284-290.

Vilagut, G. *et al.*, 2005, “The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new developments”, en *Gaceta Sanitaria*, vol. 19, núm. 2, pp. 135-150.

Wong, R.; Espinoza, M. y Palloni, A., 2007, “Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento”, en *Salud Publica Mexicana*, vol. 49, núm. 4, pp. 436–447.

World Health Organization, 2002, “Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político”, en *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, vol. 37, núm. S2, pp. 74-105.

World Health Organization, 2003, “Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores”, disponible en http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_es.pdf, citado el 23 de octubre de 2015.

World Health Organization, 2014, ‘*Envejecer bien*’, una prioridad mundial, en Centro de prensa, disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/es/>.

World Health Organization, 2015, *World report on ageing and health*, World Health Organization. disponible en http://www.who.int/kobe_centre/mediacentre/world_report_on_ageing_and_health_eng.pdf, citado el 10 de octubre de 2015.

Yanguas, J., 2006, *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

Zavala, M. et al., 2006, “Funcionamiento social del adulto mayor”, en *Ciencias de Enfermería*, vol. 12, núm. 2, pp. 53–62.

Zea, M. y Torres, B., 2007, “Adultos mayores dependientes hospitalizados: La transición del cuidado”, en *Investigación y Educación en Enfermería*, vol. 25, núm. 1, pp. 40-49.

RESUMEN CURRICULAR DE LAS AUTORAS

María Dorys Cardona Arango

Doctora en Demografía, Magíster en Epidemiología, Magíster en Salud Pública, docente en la Universidad CES (Medellín, Colombia), integrante de grupos de investigación en epidemiología y bioestadística, y observatorio de la Salud Pública. Ofrezco asignaturas en diferentes programas de posgrado y coordino la Maestría en Salud Pública en la Universidad CES. He realizado estudios y publicaciones en envejecimiento poblacional, situación de salud y calidad de vida de las personas mayores; también he publicado sobre mortalidad y morbilidad por diferentes causas. Soy tutora y cotutora de estudiantes de doctorado, maestría y especialización. Dirección electrónica: dcardona@ces.edu.co

Angela María Segura Cardona

Doctora en Epidemiología y Magíster en Epidemiología, docente en la Universidad CES (Medellín-Colombia) donde soy Directora de la Escuela de Graduados y coordino el Doctorado en Epidemiología y Bioestadística, y el Doctorado en Salud Pública. Mi área de experiencia es la aplicación de modelos estadísticos en el estudio de diferentes eventos de salud pública. Soy tutora y cotutora de estudiantes de doctorado, maestría y especialización.

Dirección electrónica: asegura@ces.edu.co

María Osley Garzón Duque

Estudiante de Doctorado en Epidemiología y Bioestadística, Magíster en Epidemiología, docente en la Universidad CES (Medellín-Colombia). He realizado estudios y publicaciones en epidemiología ambiental y mi área de interés es el trabajo informal. Soy tutora de estudiantes de maestría, especialidades clínicas y no clínicas, y de pregrado.

Dirección electrónica: mgarzon@ces.edu.co

Lina Marcela Salazar Quintero

Magíster en Epidemiología y de profesional microbióloga y bioanalista. Mi especialidad es en la realización y evaluación de ensayos clínicos.

Dirección electrónica: linasalazar@pecet-colombia.org

Artículo recibido el 3 de septiembre de 2016 y aprobado el 28 de junio de 2018.