



Fecha de recepción: 31 de octubre de 2023
Fecha de aceptación: 26 de febrero de 2024

ARTÍCULO ORIGINAL

<https://dx.doi.org/10.14482/sun.40.03.159.357>

Calidad de vida y su influencia en la Salud Autopercebida de los adultos mayores atendidos en una empresa social del Estado de primer nivel de complejidad en un municipio del Caribe colombiano

Quality of life and its influence on the Self-Perceived Health of older adults cared for in a State social enterprise of first level of complexity in a municipality in the Colombian Caribbean

DAVID GALVÁN BORJA¹, LORENA RAMOS RACERO²,
LORENA CONTRERAS MOJICA³

¹ Docente, Universidad de Sucre (Colombia). david.galvan@unisucrevirtual.edu.co.
<https://orcid.org/0000-0002-4653-0694>. https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001591622

² Bacterióloga, E.S.E Unidad de Salud San Francisco de Asís. loreramosracero@gmail.com. <https://orcid.org/0009-0004-8953-0223>. https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0002142707

³ Bacterióloga, E.S.E Unidad de Salud San Francisco de Asís. lacontreras02@gmail.com.
<https://orcid.org/0009-0006-1794-5096>. https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0002142686

Correspondencia: David Galván Borja. david.galvan@unisucrevirtual.edu.co

RESUMEN

Objetivo: Determinar la influencia de la calidad de vida en la Salud Autopercebida de los adultos mayores que asisten a los Programas de Promoción y mantenimiento de la Salud en una empresa social del Estado del municipio de Sincelejo, Sucre.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, transversal analítico, en una muestra de 393 adultos mayores, seleccionados por muestreo no aleatorio por conveniencia. Se aplicó el instrumento de calidad de vida: Índice Multicultural de Calidad de Vida incluyendo la Salud Autopercebida. Se hicieron análisis univariados, bivariados y multivariados, este último utilizando el modelo lineal generalizado de Regresión de Poisson con varianzas robustas. Se mantuvo la confidencialidad de la información, el anonimato de los participantes y se diligenció el consentimiento informado.

Resultados: El 55.98 % de los participantes percibió positivamente su estado de salud, mientras que el 44.02 % tuvo una percepción negativa. Existe relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida global y la Salud Autopercebida: a menor calidad vida, menor es la prevalencia de Salud Autopercebida positiva (Calidad de vida Buena; $RP = 0,814$; $IC95 \% = 0,750 - 0,884$; Calidad de vida Regular $RP = 0,923$ $IC95 \% = 0,857 - 0,993$).

Conclusiones: El envejecimiento es una etapa de la vida que por sus características afecta la salud física y mental, que incide sobre la calidad de vida de los adultos mayores y, a su vez, sobre la forma como estos perciben su estado de salud.

Palabras clave: Adulto mayor, calidad de vida, calidad de vida relacionada con salud, salud, auto-percepción, enfermedades crónicas no transmisibles.

ABSTRACT

Objective: To determine the influence of quality of life on the self-perceived health of older adults who attend the Health Promotion and Maintenance Programs in a State-run social enterprise of the municipality of Sincelejo, Sucre.

Materials and methods: A quantitative, observational, analytical, cross-sectional study was carried out in a sample of 393 elderly, selected by non-random convenience sampling. The quality-of-life instrument was applied: Multicultural Quality of Life Index, including Self-Perceived Health. Data were submitted to univariate, bivariate, and multivariate analyses, the latter using the generalized linear model of Poisson Regression with robust variances. The confidentiality of the information was maintained, the anonymity of the participants and the informed consent was completed.

Results: 55.98 % of the participants had a positive perception of their health status, while 44.02 % had a negative perception. There is a statistically significant relationship between global quality-of-life and Self-perceived Health, the lower the quality-of-life, the lower the prevalence of positive Self-perceived Health (Good quality of life; $RP=0.814$; 95 % $CI=0.750 - 0.884$; Regular quality of life $RP=0.923$ 95% $CI=0.857 - 0.993$).

Conclusion: Aging is a stage of life that, due to its characteristics, affects physical and mental health, which, in turn, affects the quality-of-life of elderly, and sequentially, the way in which they perceive their own state of health.

Keywords: **Elderly**, quality of life, health-related quality of life, health, self-perception, non-communicable chronic disease.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la evaluación y abordaje que se le hace al adulto mayor (AM) con enfermedad crónica no transmisible (ECNT) no incluye la estimación de la autopercepción del paciente sobre su salud, desconociendo, entre otros, su entorno cultural, valores, objetivos, expectativas y preocupaciones frente a su padecimiento (1).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) advirtió que el 71 % de las muertes a nivel mundial fue causada por las ECNT (2). En 2019, la mortalidad a nivel mundial por la enfermedad cardiovascular (ECV) fue de 17,9 millones, por diabetes 1,5 millones, cáncer y enfermedades respiratorias con 9,0 y 3,9 millones, respectivamente (2), (3). Mientras el 30 % de la población adulta mundial y entre el 30 - 48 % de los AM en las Américas fueron declarados hipertensos (2), (4), (5) (6).

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) señaló que el país está en una etapa avanzada de transición demográfica y epidemiológica (7). Siendo esto último significativo, debido a que los datos disponibles informan que la prevalencia de las ECNT aumenta de manera sostenida con la edad, más en mujeres que en hombres.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) describe el impacto del estado de salud y/o los tratamientos recibidos en la calidad de vida de una persona. Al medir la CVRS, se intenta cuantificar las perspectivas de las personas y/o cuidadores mediante distintos dominios, como bienestar físico, emocional y social, considerando la interacción de factores personales y ambientales (8),

(9). Históricamente, el concepto evolucionó a partir de la definición de la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, que la describe como “un estado de completo bienestar físico, emocional y social y no solo como ausencia de la enfermedad” (10), y más tarde definió la Calidad de vida como “la percepción de un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (11).

Investigar e intervenir la calidad de vida (CV) en el envejecimiento adquiere importancia, ya que la CV no se limita a la salud física; esta va más allá y engloba el bienestar psicológico/emocional, funcionamiento independiente-interpersonal, incluyendo el apoyo social/comunitario; además de creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno no tenidas en cuenta al momento de tratarlo (12). Cabe señalar que la OMS considera como adulta mayor a toda persona mayor de 60 años (13).

En vista que el fenómeno de envejecimiento poblacional impacta a la sociedad actual, la percepción de CV del AM se convierte en un reto para los sistemas de salud. Por lo tanto, se vuelve preponderante realizar investigaciones para generar nuevo conocimiento que sirva como base para el diseño de políticas de salud y de bienestar general que garanticen una CV que mejoren la auto-percepción en salud de este grupo. En aras de contribuir al entendimiento de este fenómeno se realizó este estudio, cuyo propósito fue determinar la influencia de la calidad de vida en la Salud Autopercebida de los adultos mayores que asisten a los Programas de Promoción y Mantenimiento de la Salud en una empresa social del Estado del municipio de Sincelejo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, de tipo transversal analítico y enfoque cuantitativo en el que participaron 393 AM con ECNT mayores de 60 años, asistentes a programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, de una empresa social del Estado del municipio de Sincelejo, en el departamento de Sucre (Colombia). La participación fue voluntaria y requirió firma de consentimiento informado. Se seleccionaron participantes sin déficit neurológico, escogidos por muestreo no aleatorio por conveniencia.

Para fines de este estudio se adaptó el instrumento diseñado por Mezzich et al. Índice Multicultural de Calidad de Vida (MQLI-Sp), adicionado la pregunta sobre Salud Autopercebida, complementada con la información de la cédula de datos personales (CDP). El instrumento (MQLI) multidimensional que mide la CVRS incluye 10 Ítems: bienestar físico, psicológico/emocional, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional e interpersonal; apoyo social-emocional, comunitario y de servicios; satisfacción personal, espiritual y Calidad de Vida global (14).

Los participantes se captaron al momento de acudir a sus controles médicos de rutina. El instrumento se les aplicó mientras se encontraban la sala de espera, de manera previa al ingreso a su consulta. La información fue recolectada por los investigadores bajo la dirección de la profesional de psicología de la institución. La duración total del periodo de recolección de la información fue de tres meses.

La determinación tanto de la fiabilidad como la comprensión del instrumento se dio a través de la prueba piloto, aplicada a 38 participantes atendidos en otra sede de la empresa social del Estado que fueron excluidos del estudio. La prueba consistió en aplicación del instrumento con el fin de determinar el nivel de comprensión de este por parte de los participantes. Al final de esta no fue necesario realizar ningún ajuste al cuestionario. Adicionalmente, al finalizar la prueba se midió la fiabilidad del instrumento mediante el coeficiente Alpha de Cronbach, que arrojó un valor de 0.82.

El indicador de Salud Autopercebida se estimó mediante la pregunta *¿cómo considera usted su estado de salud?*, valorada en una escala ordinal, dentro de las alternativas de repuestas: “muy mala”, “mala”, “regular”, “buena” y “muy buena”. Esta fue posteriormente dicotomizada, identificándose las categorías “muy mala”, “mala” y “regular” como Salud Autopercebida negativa, y las categorías “buena” y “muy buena” como Salud Autopercebida positiva, de acuerdo con lo realizado por Tuesca y col. en su estudio (15).

El MQLI-Sp consta una serie de preguntas en escala Lickert, en las cuales el participante puede calificar la respuesta a cada pregunta entre 0 y 10. Las variables relacionadas con Calidad de vida fueron agrupadas en cinco categorías, dependiendo de su puntuación, de la siguiente manera: “Muy malo” (menor o igual a 1), “Malo” (entre 2 y 4), “Regular” (entre 5 y 6), “Bueno” (entre 7 y 9), “Excelente” (mayor o igual a 10).

Para el análisis estadístico se emplearon los paquetes estadísticos SPSS versión 28.0.1 y el código abierto OPEN EPI. Se realizaron análisis univariados a través de análisis de frecuencias; análisis bivariados mediante la Prueba de independencia de Chi cuadrado, cálculo de razones de prevalencias bivariados y el estadístico V de Cramer, permitiendo establecer dependencia en las variables con $p\text{-valor} < 0,05$ y razones de prevalencias con IC95 % que no incluyeran la unidad. Además, se realizó un análisis multivariado con el modelo lineal generalizado de Regresión de Poisson con varianzas robustas, con el que se estimaron las razones de prevalencias multivariadas para las variables que arrojaron $p\text{-valor}$ menor o igual a 0.2 en el análisis bivariado. Como la recolección de la información se ejecutó siempre bajo la dirección de al menos uno de los investigadores, se garantizó que no quedaran campos vacíos en los registros, por lo que no fue necesario hacer tratamiento estadístico a datos perdidos.

La investigación se ejecutó bajo las consideraciones éticas descritas en las pautas éticas internacionales del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud en Colombia. El estudio contó con el aval del Comité de Ética institucional. Se expone como principal limitación del estudio la selección de participantes por muestreo no aleatorio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los participantes presentaron las siguientes características sociodemográficas (tabla 1): una distribución por sexo masculino y femenino de 34.60 y 65.39 %, respectivamente, en su mayoría de estrato 1 (80.40 %), con edades entre 60 a 85 años. El 60.05 % vive en pareja, la mayor parte con nivel educativo de básica primaria (51.14 %) y el 70.99 % no trabaja.

En cuanto a la red de apoyo, el 92.87 % halla este apoyo socioemocional en la familia cercana y en el 100% de los casos se afirmó no tener apoyo de instituciones. Las ECNT que aquejan a los AM son, en orden de descendente: hipertensión arterial (96.43 %), diabetes (25.70 %), enfermedad coronaria (4.58 %), enfermedad respiratoria (2.03 %) y cáncer (0.50 %) (tabla 1).

La mayoría de las dimensiones de CV fueron calificadas como “buena” en el 80 % de los casos; la plenitud espiritual fue la mejor puntuada. En cuanto a la percepción global de la CV, obtuvo valo-

razones de “buena” 55.72 %, “regular” (28.49 %) y “mala” (15.77 %); para el calificativo “excelente” no se obtuvo ninguna puntuación.

El otro aspecto evaluado fue la Salud Autopercebida (figura), que reveló que los AM auto perciben su salud de forma positiva y negativa en un 55.98 y 44.02 %, respectivamente (tabla 1).

Tabla 1. Variables del estudio

Variables (n=393)		Frecuencia	Porcentaje (%)
Sexo	Femenino	257,000	65,394
	Masculino	136,000	34,606
Edad	De 60 a 64 años	115,000	29,262
	De 65 a 69 años	85,000	21,628
	De 70 a 74 años	92,000	23,410
	De 75 a 80 años	101,000	25,700
Zona de residencia	Rural	27,000	6,870
	Urbana	366,000	93,130
Condición de migrante	No	392,000	99,746
	Sí	1,000	0,254
Etnia	Ninguno	383,000	97,455
	Afrocolombiano	5,000	1,272
	Indígena	5,000	1,272
Estado Civil	No vive en pareja	157,000	39,949
	Vive en pareja	236,000	60,051
Escolaridad	Sin estudios	135,000	34,351
	Primaria	201,000	51,145
	Bachillerato	54,000	13,740
	Técnico	1,000	0,254
	Tecnólogo	1,000	0,254
	Universitario	1,000	0,254
Situación laboral	No trabaja	279,000	70,992
	Trabaja	11,000	2,799
	Independiente	103,000	26,209
Religión	Ninguna	21,000	5,344
	Catolicismo	262,000	66,667
	Evangélica	102,000	25,954
	Testigo de Jehová	8,000	2,036

Continúa...

Jefe de hogar	No	282,000	71,756
	Si	111,000	28,244
Estrato socioeconómico	Estrato 1	316,000	80,407
	Estrato 2	69,000	17,557
	Estrato 3	8,000	2,036
Ingresos económicos mensuales	Sin ingresos	277,000	70,483
	Menos de 1 SMLV	115,000	29,262
	Mayor a 1 SMLV	1,000	0,254
Número de personas en el hogar	1 persona	26,000	6,616
	2 personas	51,000	12,977
	3 personas	59,000	15,013
	4 personas	73,000	18,575
	5 personas	107,000	27,226
	Más de 5 personas	77,000	19,593
Tipo de hogar	Unipersonales	31,000	7,888
	Nucleares	72,000	18,321
	Extensos	191,000	48,601
	Compuestos	99,000	25,191
Tipo de vivienda	Casa	291,000	74,046
	Apartamento	54,000	13,740
	Cuarto	43,000	10,941
	Otras	5,000	1,272
Material del piso de la vivienda	Sin piso	111,000	28,244
	Piso sin pulir	171,000	43,511
	Piso pulido	98,000	24,936
	Baldosa	13,000	3,308
Tenencia de vivienda	Propia	141,000	35,878
	Familiar	210,000	53,435
	Arriendo	42,000	10,687
Afiliación a seguridad social	E.P.S Subsidiado	384,000	97,710
	E.P.S Contributivo	9,000	2,290
Servicios públicos			
Acueducto	No	18,000	4,580
	Sí	375,000	95,420
Alcantarillado	No	41,000	10,433
	Sí	352,000	89,567
Energía eléctrica	No	4,000	1,018
	Sí	389,000	98,982

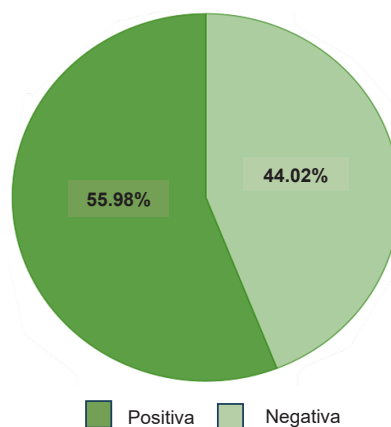
Continúa...

Gas	No	36,000	9,160
	Sí	357,000	90,840
Recolección de basuras	No	1,000	0,254
	Sí	392,000	99,746
Redes de apoyo			
Amigos	No	259,000	65,903
	Sí	134,000	34,097
Vecinos	No	218,000	55,471
	Sí	175,000	44,529
Familia cercana	No	28,000	7,125
	Sí	365,000	92,875
Familia lejana	No	388,000	98,728
	Sí	5,000	1,272
Iglesia	No	391,000	99,491
	Sí	2,000	0,509
Institución	No	393,000	100,000
No tiene	No	372,000	94,656
	Sí	21,000	5,344
Diagnósticos previos			
Hipertensión arterial	No	14,000	3,562
	Sí	379,000	96,438
Enfermedad respiratoria	No	385,000	97,964
	Sí	8,000	2,036
Diabetes	No	292,000	74,300
	Sí	101,000	25,700
Cáncer	No	391,000	99,491
	Sí	2,000	0,509
Enfermedad coronaria	No	375,000	95,420
	Sí	18,000	4,580
Bienestar físico	Malo	71,000	18,066
	Regular	77,000	19,593
	Bueno	245,000	62,341
Bienestar psicológico/emocional	Malo	34,000	8,651
	Regular	37,000	9,415
	Bueno	322,000	81,934
Autocuidado y funcionamiento independiente	Malo	48,000	12,214
	Regular	35,000	8,906
	Bueno	310,000	78,880

Continúa...

Funcionamiento ocupacional	Malo	52,000	13,232
	Regular	36,000	9,160
	Bueno	305,000	77,608
Funcionamiento interpersonal	Malo	3,000	0,763
	Regular	17,000	4,326
	Bueno	373,000	94,911
Apoyo social-emocional	Malo	4,000	1,018
	Regular	30,000	7,634
	Bueno	359,000	91,349
Apoyo comunitario y de servicios	Malo	15,000	3,817
	Regular	48,000	12,214
	Bueno	330,000	83,969
Plenitud personal	Muy Mala	2,000	0,509
	Malo	100,000	25,445
	Regular	66,000	16,794
	Bueno	225,000	57,252
Plenitud espiritual	Malo	8,000	2,036
	Regular	11,000	2,799
	Bueno	374,000	95,165
Percepción global de calidad de vida	Malo	62,000	15,776
	Regular	112,000	28,499
	Bueno	219,000	55,725

Fuente: elaboración propia.



Fuente: elaboración propia.

Figura. Autopercepción de la salud de los adultos mayores.

Tabla 2. Análisis bivariado de la calidad de vida con la autopercepción en salud de los adultos mayores

Variables en la ecuación (n=393)			Salud autopercebida		Total	χ^2	p-valor	Cramer's V	Razón de Prevalencias	IC 95%	
			Negativo	Positivo						Inferior	Superior
Edad	De 60 a 64 años		30	85	115	33,614	0,000	0,292	0,507	0,365	0,704
		%	26,1%	73,9%	100,0%						
	De 65 a 69 años		32	53	85				0,822	0,610	1,109
		%	37,6%	62,4%	100,0%						
	De 70 a 74 años		47	45	92				1,220	0,960	1,552
		%	51,1%	48,9%	100,0%						
Etnia	Ninguno		165	218	383	7,014	0,030	0,134	0,539	0,386	0,750
		%	43,1%	56,9%	100,0%						
	Afrocolombiano		5	0	5				2,310	2,061	2,588
		%	100,0%	0,0%	100,0%						
	Indígena		3	2	5				1,369	0,664	2,826
		%	60,0%	40,0%	100,0%						
Estado civil categorías	No vive en pareja		82	75	157	7,149	0,007	0,135	1,355	1,087	1,687
		%	52,2%	47,8%	100,0%						
	Vive en pareja		91	145	236				0,738	0,593	0,920
		%	38,6%	61,4%	100,0%						
Escolaridad	Sin estudios		74	61	135	25,185	0,000	0,253	1,149	1,149	1,776
		%	54,8%	45,2%	100,0%						
	Primaria		90	111	201				1,036	0,829	1,295
		%	44,8%	55,2%	100,0%						
	Bachillerato		9	45	54				0,345	0,188	0,632
		%	16,7%	83,3%	100,0%						
	Técnico		0	1	1				-	-	-
		%	0,0%	100,0%	100,0%						
	Tecnólogo		0	1	1				-	-	-
		%	0,0%	100,0%	100,0%						
Situación laboral	No trabaja		158	121	279	62,924	0,000	0,400	4,304	2,656	6,974
		%	56,6%	43,4%	100,0%						
	Trabaja		0	11	11						
		%	0,0%	100,0%	100,0%						
	Independiente		15	88	103				0,267	0,166	0,432
		%	14,6%	85,4%	100,0%						

Continúa...

Religión	Ninguna		5	16	21	9,004	0,029	0,151	0,425	0,197	0,920
		%	23,8%	76,2%	100,0%						
	Catolicismo		111	151	262				0,895	0,712	1,126
		%	42,4%	57,6%	100,0%						
	Evangélica		55	47	102				1,330	1,060	1,669
		%	53,9%	46,1%	100,0%						
Jefe de hogar	No		150	132	282	34,074	0,000	0,294	2,567	1,756	3,754
		%	53,2%	46,8%	100,0%						
	Sí		23	88	111				0,390	0,266	0,570
		%	20,7%	79,3%	100,0%						
		%									
Número de personas en el hogar	1 persona		11	15	26	16,551	0,005	0,205	0,958	0,603	1,523
		%	42,3%	57,7%	100,0%						
	2 personas		20	31	51				0,877	0,611	1,258
		%	39,2%	60,8%	100,0%						
	3 personas		31	28	59				1,236	0,941	1,623
		%	52,5%	47,5%	100,0%						
	4 personas		31	42	73				0,957	0,713	1,284
		%	42,5%	57,5%	100,0%						
	5 personas		34	73	107				0,654	0,483	0,884
		%	31,8%	68,2%	100,0%						
Tipo de vivienda	Casa		126	165	291	7,801	0,050	0,141	0,940	0,734	1,204
		%	43,3%	56,7%	100,0%						
	Apartamento		18	36	54				0,729	0,491	1,082
		%	33,3%	66,7%	100,0%						
	Cuarto		26	17	43				1,440	1,098	1,888
		%	60,5%	39,5%	100,0%						
	Otras		3	2	5				1,316	0,638	2,716
		%	60,0%	40,0%	100,0%						
		%									
Ingresos económicos mensuales	Sin ingresos		156	121	277	57,679	0,000	0,383	3,843	2,447	6,034
		%	56,3%	43,7%	100,0%						
	Menos de 1 SMLV		17	98	115				0,263	0,168	0,414
		%	14,8%	85,2%	100,0%						
	Mayor a 1 SMLV		0	1	1						
		%	0,0%	100,0%	100,0%						

Continúa...

Material del piso de la vivienda	Sin piso		73	38	111	36,846	0,000	0,306	1,855	1,508	2,281
		%	65,8%	34,2%	100,0%						
	Piso sin pulir		71	100	171				0,937	0,719	1,135
		%	41,5%	58,5%	100,0%						
	Piso pulido		27	71	98				0,557	0,396	0,783
		%	27,6%	72,4%	100,0%						
Baldosa		2	11	13	0,342	0,095	1,229				
	%	15,4%	84,6%	100,0%							
Servicios Públicos											
Alcantarillado	No		24	17	41	3,914	0,048	0,100	1,383	1,040	1,839
		%	58,5%	41,5%	100,0%						
	Sí		149	203	352				0,723	0,544	0,962
		%	42,3%	57,7%	100,0%						
Energía eléctrica	No		4	0	4	5,139	0,023	0,114	2,302	2,055	2,578
		%	100,0%	0,0%	100,0%						
	Sí		169	220	389				0,434	0,388	0,487
		%	43,4%	56,6%	100,0%						
Red de apoyo											
Amigos	No		131	128	259	13,260	0,000	0,184	1,614	1,222	2,131
		%	50,6%	49,4%	100,0%						
	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí				Sí	Sí	Sí
		%	31,3%	68,7%	100,0%						
Vecinos	No		107	111	218	5,091	0,024	0,114	1,301	1,030	1,644
		%	49,1%	50,9%	100,0%						
	Sí		66	109	175				0,768	0,608	0,971
		%	37,7%	62,3%	100,0%						
Enfermedades crónicas											
Enfermedad respiratoria	No		166	219	385	6,265	0,012	0,126	0,493	0,370	0,656
		%	43,1%	56,9%	100,0%						
	Sí		7	1	8				2,029	1,525	2,701
		%	87,5%	12,5%	100,0%						
Enfermedad coronaria	No		160	215	375	6,088	0,014	0,124	0,591	0,434	0,805
		%	42,7%	57,3%	100,0%						
	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí				Sí	Sí	Sí
		%	72,2%	27,8%	100,0%						
Bienestar psicológico/emocional	Malo		33	1	34	80,242	0,000	0,452	2,489	2,159	2,869
		%	97,1%	2,9%	100,0%						
	Regular		32	5	37				2,184	1,823	2,616
		%	86,5%	13,5%	100,0%						
	Bueno		108	214	322				0,366	0,309	0,434
		%	33,5%	66,5%	100,0%						

Continúa...

Autocuidado y funcionamiento independiente	Malo		44	4	48	106,806	0,000	0,521	2,452	2,087	2,880
		%	91,7%	8,3%	100,0%						
	Regular		34	1	35				2,502	2,171	2,883
		%	97,1%	2,9%	100,0%						
Funcionamiento ocupacional	Malo		49	3	52	93,210	0,000	0,487	2,591	2,218	3,028
		%	94,2%	5,8%	100,0%						
	Regular		29	7	36				1,997	1,628	2,449
		%	80,6%	19,4%	100,0%						
Funcionamiento interpersonal	Bueno		95	210	305	26,797	0,000	0,261	0,351	0,293	0,422
		%	31,1%	68,9%	100,0%						
	Malo		3	0	3				2,294	2,049	2,568
		%	100,0%	0,0%	100,0%						
Apoyo social-emocional	Regular		17	0	17	14,441	0,001	0,192	2,410	2,138	2,718
		%	100,0%	0,0%	100,0%						
	Bueno		153	220	373				0,410	0,363	0,463
		%	41,0%	59,0%	100,0%						
Apoyo comunitario y de servicios	Malo		4	0	4	9,417	0,009	0,155	2,302	2,055	2,578
		%	100,0%	0,0%	100,0%						
	Regular		21	9	30				1,672	1,284	2,176
		%	70,0%	30,0%	100,0%						
Plenitud personal	Bueno		148	211	359	124,397	0,000	0,563	0,561	0,443	0,710
		%	41,2%	58,8%	100,0%						
	Malo		12	3	15				1,878	1,421	2,482
		%	80,0%	20,0%	100,0%						
	Regular		24	24	48	9,417	0,009	0,155	1,158	0,851	1,575
		%	50,0%	50,0%	100,0%						
	Bueno		137	193	330				0,727	0,566	0,932
		%	41,5%	58,5%	100,0%						
	Muy Mala		1	1	2	124,397	0,000	0,563	1,137	0,283	4,565
		%	50,0%	50,0%	100,0%						
	Malo		83	17	100				2,702	2,227	3,279
		%	83,0%	17,0%	100,0%						
	Regular		43	23	66	124,397	0,000	0,563	1,639	1,314	2,045
		%	65,2%	34,8%	100,0%						
	Bueno		46	179	225				0,270	0,206	0,355
		%	20,4%	79,6%	100,0%						

Continúa...

Plenitud espiritual	Malo		6	2	8	7,139	0,028	0,135	1,729	1,141	2,621
		%	75,0%	25,0%	100,0%						
	Regular		8	3	11				1,684	1,152	2,461
		%	72,7%	27,3%	100,0%						
	Bueno		159	215	374				0,577	0,430	0,774
		%	42,5%	57,5%	100,0%						
Percepción global de calidad de vida	Malo		60	2	62	128,444	0,000	0,572	2,835	2,424	3,315
		%	96,8%	3,2%	100,0%						
	Regular		67	45	112				1,586	1,281	1,963
		%	59,8%	40,2%	100,0%						
	Bueno		46	173	219				0,288	0,219	0,378
		%	21,0%	79,0%	100,0%						

Nota. Los valores en negrilla representan las relaciones estadísticamente significativas.

Fuente: elaboración propia de los autores con SPSS (versión 28.0.1), 2023.

En el análisis bivariado (tabla 2), las variables que mostraron relación estadísticamente significativa con la Salud Autopercebida ($p < 0.05$) fueron: edad, etnia, estado civil, escolaridad, situación laboral, religión, jefe de hogar, número de personas en el hogar, tipo de vivienda, ingresos económicos mensuales, material del piso de la vivienda, servicios públicos (alcantarillado, energía eléctrica), red de apoyo (amigos y vecinos) y ECNT (enfermedad respiratoria, enfermedad coronaria).

En cuanto a las dimensiones de CV, mostraron relación el bienestar psicológico-emocional, autocuidado-funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional e interpersonal; apoyo social-emocional, comunitario y de servicios, plenitud personal, espiritual y, finalmente, la percepción global de la CV (tabla 2).

Las variables relacionadas previamente mostraron un tamaño del efecto débil con la Salud Autopercebida (V de Cramér ≤ 0.2), exceptuando: la situación laboral, ingresos económicos mensuales, material del piso de la vivienda, bienestar psicológico-emocional y funcionamiento ocupacional, cuyo tamaño del efecto en la Salud Autopercebida fue moderado ($0.2 < V$ de Cramér ≤ 0.6). La plenitud personal, el autocuidado y funcionamiento independiente y la percepción global de CV indicaron un tamaño del efecto fuerte con esta (V de Cramér > 0.6) (tabla 2).

De acuerdo con las razones de prevalencias calculadas (tabla 2), los atributos que aumentaron la prevalencia de autopercepción negativa de la salud incluyeron edades entre 75 a 85 años, ser afrocolombiano, no tener ningún grado de escolaridad, no trabajar, ser evangélico, no ser jefe de

hogar, convivir con más de 5 personas y padecer afecciones respiratorias y coronarias. También influyeron la carencia de ingresos económicos, piso de la vivienda, alcantarillado, energía eléctrica, amigos y vecinos.

Las dimensiones de CV puntuadas como “mala” y “regular” que aumentaron la prevalencia de autopercepción negativa de la salud fueron: bienestar psicológico/emocional, autocuidado, funcionamiento independiente, ocupacional e interpersonal, apoyo social-emocional, comunitario y de servicios, plenitud personal, espiritual y la percepción global de CV.

Tabla 3. Análisis multivariado con regresión de Poisson con varianzas robustas

Variables	Parámetro	B	Error estándar	IC 95%		Contraste de hipótesis			Razón de Prevalencias	IC 95%	
				Inferior	Superior	Chi-cuadrado	gl	Sig.		Inferior	Superior
(Interceptación)		0,892	0,2644	0,373	1,410	11,367	1	0,001	2,439	1,452	4,095
Etnia	Indígena	0,018	0,1019	-0,182	0,217	0,030	1	0,863	1,018	0,833	1,243
	Afrocolombiano	0,406	0,0598	0,288	0,523	46,046	1	0,000	1,500	1,334	1,687
	Ninguno	0ª							1		
Nivel educativo	Tecnólogo	-0,070	0,1200	-0,306	0,165	0,344	1	0,558	0,932	0,737	1,179
	Técnico	-0,071	0,0427	-0,154	0,013	2,737	1	0,098	0,932	0,857	1,013
	Bachillerato	0,070	0,0307	0,010	0,130	5,227	1	0,022	1,073	1,010	1,139
	Primaria	0ª							1		
Estrato socioeconómico	Estrato 3	0,121	0,1194	-0,113	0,355	1,029	1	0,310	1,129	0,893	1,426
	Estrato 2	0,080	0,0399	0,002	0,158	4,021	1	0,045	1,083	1,002	1,171
	Estrato 1	0ª							1		
Energía eléctrica	Sí	-0,198	0,0836	-0,362	-0,034	5,619	1	0,018	0,820	0,696	0,966
	No	0ª							1		
Cáncer	Sí	0,281	0,0800	0,125	0,438	12,373	1	0,000	1,325	1,133	1,550
	No	0ª							1		
Autocuidado y funcionamiento independiente	Bueno	0,031	0,0726	-0,111	0,173	0,186	1	0,667	1,032	0,895	1,189
	Regular	0,174	0,0717	0,034	0,315	5,902	1	0,015	1,190	1,034	1,370
	Malo	0ª							1		
Apoyo social-emocional	Bueno	0,136	0,0997	-0,060	0,331	1,858	1	0,173	1,146	0,942	1,393
	Regular	0,216	0,1025	0,015	0,417	4,432	1	0,035	1,241	1,015	1,517
	Malo	0ª							1		
Apoyo comunitario y de servicios	Bueno	-0,118	0,0583	-0,232	-0,004	4,092	1	0,043	0,889	0,793	0,996
	Regular	-0,180	0,0624	-0,302	-0,057	8,283	1	0,004	0,836	0,739	0,944
	Malo	0ª							1		
Percepción global de calidad de vida	Bueno	-0,206	0,0421	-0,288	-0,123	23,880	1	0,000	0,814	0,750	0,884
	Regular	-0,081	0,0375	-0,154	-0,007	4,613	1	0,032	0,923	0,857	0,993
	Malo	0ª							1		

Nota. Los valores en negrilla representan las relaciones estadísticamente significativas.

Fuente: elaboración propia con SPSS (versión 28.0.1), 2023.

El Modelo de Poisson con varianzas robustas (tabla 3) reveló que ser AM afrocolombiano aumenta la prevalencia ($RP = 1.50$ $p < 0.05$) de autopercepción negativa de la salud comparados con aquellos sin pertenencia étnica. En los AM bachilleres incrementó la prevalencia de una percepción negativa de salud ($RP = 1.07$ $p < 0.05$) frente a los AM que solo cursaron primaria (tabla 3).

En lo referente al nivel socioeconómico, estar clasificados en estrato dos aumentó la prevalencia de Salud Autopercebida negativa ($RP = 1.08$ $p < 0.05$), y si el inmueble contaba con energía eléctrica, disminuyó la prevalencia de la percepción negativa de salud ($RP = 0.82$ $p < 0.05$) (tabla 3). En los AM con cáncer, aumentó la prevalencia de Salud Autopercebida negativa ($RP = 1.32$ $p < 0.05$) (tabla 3).

Al estimar la CV relacionada con salud, las dimensiones de autocuidado-funcionamiento independiente ($RP = 1.19$ $p < 0.05$) y apoyo social emocional ($RP = 1.24$ $p < 0.05$), calificadas como “regular”, aumentaron la prevalencia de auto percibir la salud de forma negativa (tabla 3).

Por consiguiente, para aquellos que calificaron el apoyo comunitario y de servicios como “bueno” ($RP = 0.88$ $p < 0.05$) o “regular” ($RP = 0.83$ $p < 0.05$) disminuyó la prevalencia de auto percibir su salud de forma negativa, revirtiendo esta percepción en quienes estimaron este aspecto como malo (tabla 3).

La percepción “buena” ($RP = 0.81$ $p < 0.05$) o “regular” ($RP = 0.93$ $p < 0.05$) de la CV global, disminuyó la prevalencia de Salud Autopercebida como negativa, aumentando esta al ser mal calificada (tabla 3).

En este estudio sobre la CV y su influencia en la Salud Autopercebida del AM con ECNT predominó el sexo femenino de estrato uno. Similar a lo encontrado por Valdez Huirache et al., en su trabajo sobre CV y apoyo familiar en el AM adscrito a una unidad de medicina familiar en México (16).

La edad afecta la autopercepción de salud del AM con 75 años y más, debido a que el deterioro biológico en esta etapa de vida es inevitable, haciéndolos más propensos a padecer ECNT (2). Similar a las indagaciones en Chile y España, que afirman que tener mayor o menor edad influye en la percepción de CVRS (17).

En los AM afrocolombianos aumentó la prevalencia de autopercebir su salud negativamente, hecho que pudiese estar ligado a concepciones culturales en la sociedad. El informe de Rodríguez

Batioja et al. sobre los afroecuatorianos coinciden con esta investigación (18). En contraparte, Bustamante et al. observó que la etnia no resultó significativa en ningún caso (19).

El hecho de no vivir en pareja aumentó la autopercepción negativa de salud, dato análogo reportaron Vargas-Ricardo et al. en su análisis (20); probablemente al cónyuge se le atribuya la facilidad adaptativa del AM a las situaciones cambiantes de la vida diaria; similar a otros estudios que informan que la carencia de apoyo familiar o conyugal disminuyó la motivación de los AM para cuidarse y perjudicó su estado de salud (20).

Teniendo en cuenta la formación educativa, los AM bachilleres informaron su estado de salud negativo, infiriendo que no siempre se establece una relación directamente proporcional entre el nivel educativo y la percepción positiva de la salud.

Se observó aumento de la prevalencia de la autopercepción negativa de la salud en los participantes que practican la religión evangélica. Dato semejante señalaron Flores Herrera et al., quienes expusieron que conforme se incrementa la edad y el no tener ningún grado escolaridad, afecta con mayor incidencia la percepción de salud de los AM que son testigos de Jehová y cristianos (21).

La tipología familiar frecuente fue la extensa. Los AM que cohabitan con más de 5 personas, manifestaron tener una mala percepción de su salud. Respecto a que la mayoría de los AM no trabajan, se asoció a la poca disponibilidad económica, ya que el gasto en el hogar es directamente proporcional a la cifra de individuos que integran la familia (20). Al respecto Vargas Ricardo establece una relación entre ingresos económicos y una excelente percepción de CVRS; para Botero et al., lo económico figura como determinante de la CV del AM (20), (22).

Los participantes encuentran el sustento socioemocional en la familia cercana, al percibir en ellos un espacio de mayor intimidad y confianza (23). Siendo esto coincidente con lo reportado por Bustamante-Ubilla et al., investigadores que le imprimen un carácter familiar al asunto, fundamentándose en el urbanismo, ya que este se asocia con la idea de recibir menos apoyo de otros en general (24).

Al estimar el bienestar psicológico-emocional, los AM no están bien consigo mismo; al estar ausente sentimientos de satisfacción y felicidad con su vida general, se infiere un deterioro de la

salud mental (cognitivo emotivo), ya que esta es fundamental en el proceso de envejecimiento, en virtud de que esta influye en la salud del cuerpo, y a la inversa (25).

El material y calidad del revestimiento del piso se relacionó con problemas de vivienda, impactan negativamente la salud de los AM cuyo inmueble carece piso, coincidentes con los estudios citados por Licona et al (26). Es así como la calidad del entorno de las viviendas y las brechas socio ambientales se traducen en inequidades sanitarias que representen de manera negativa en la CV y el bienestar (27).

En cuanto al funcionamiento ocupacional, los AM dependen económicamente de sus familiares para la toma de decisiones, primando la puntuación “malo” o “regular” en esta dimensión. Esto difiere de los hallazgos indicados por de Melguizo Herrera et al que obtuvieron buenos calificativos en este aspecto por parte de AM más independientes (28).

El estudio de Villarreal Amaris et al. observó la asociación positiva entre la CV con el funcionamiento interpersonal y apoyo social-emocional, lo cual sugiere que acorde con la satisfacción del apoyo recibido, será mejor el funcionamiento interpersonal, constituyendo un factor protector para la salud del AM (29). Esto difiere con este estudio, debido a que estas dimensiones obtuvieron calificativos de “malo” y “regular”.

En resumen, la percepción global de la CV obtuvo calificaciones en su mayoría “buena” y “regular”, en contraste con el trabajo de Peña Marcial et al., demostró que el 80 % de los AM manifestó mala CV, ligado a problemas físicos, emocionales y sociales, lo cual origina una baja perspectiva de su salud y vida (30).

Al ser la Salud Autopercebida una medida válida para estimar la CV del AM, se encontró asociación estadísticamente significativa de esta con la CV global. Aspectos como la edad, el tipo de comorbilidad, el apoyo social y el funcionamiento personal, aunado a la influencia de manifestaciones somáticas o procesos psicológicos que empeoran el bienestar del AM, influyen para la autopercepción negativa de salud el AM.

CONCLUSIONES

Las variables socioeconómicas y sociodemográficas intervienen en la influencia que ejerce la CV sobre la Salud Autopercebida del AM, incluso más que el propio padecimiento de ECNT, a excepción del cáncer. En los afrocolombianos aumentó la prevalencia de la Salud Autopercebida negativa, hecho posiblemente ligado a pertenecer a las minorías étnicas o grupos socialmente excluidos.

La calidad de la vivienda y el entorno impacta la CV del AM; el acceso a servicios públicos y el material del revestimiento de los pisos aumentan las expectativas de CV y un autorreporte positivo de su salud.

En general, los AM tienen una buena percepción de la CV y salud. Entre las dimensiones que influyeron de forma positiva o negativa con la salud destacaron: el bienestar psicológico-emocional, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, interpersonal, apoyo social-emocional, comunitario y de servicios, plenitud personal y espiritual.

Esta investigación aportó información de aquellas dimensiones que constituyen factores protectores y aquellas que requieren intervenciones profundas con políticas públicas, planeación del cuidado desde un enfoque multidisciplinar orientado desde la atención médica, psicológica, social, cultural y artística.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado por los autores.

Financiación: Este estudio fue financiado por los autores.

REFERENCIAS

1. Maldonado Guzmán G, Mendiola Infante V. Autopercepción de la Calidad de Vida en Adultos Mayores. Contribuciones a las Ciencias Sociales. 2009 abril.
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Enfermedades no transmisibles: hechos y cifras. 2019.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Diabetes. 2023.
4. Organización Mundial de la Salud(OMS). Enfermedades no transmisibles. 2020.

5. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud(OMS). Hipertensión. 2023.
6. Organización Mundial de la Salud(OMS). Enfermedades cardiovasculares. 2020.
7. Flórez CE, Martínez L, Aranco N. Envejecimiento y atención a la dependencia en Colombia. División de Protección Social y Salud; 2019 septiembre.
8. DM. M. Health-related quality of life. Mult Scler. 2002 agosto; 8(2): 269-270.
9. Eugenia Fernández Scotto AE. Calidad de vida relacionada con la salud en niños y niñas con síndrome de Down. Archivos argentinos de pediatría. 2023 octubre; 121(4).
10. World Health Organization (WHO). Constitution. En WHO. Basic Document. Geneva: WHO; 1948.
11. World Health Organization (WHO). Quality of life Assessment. An annotated bibliography. Geneva: WHO (MNH/PSF/94.1); 1994.
12. Organización Mundial de la Salud(OMS). ¿Qué calidad de vida? Foro Mundial de la Salud. 1996; 17(4): 385-387.
13. Pinedo LFV. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2016 junio; 33(2).
14. Jatuff D, Zapata-Vega MI, Montenegro R, Mezzich JE. El Índice Multicultural de Calidad de Vida en Argentina: un estudio de validación. Actas Esp Psiquiatr. 2007; 35(4): 253-258.
15. Tuesca-Molina R, Amed-Salazar E. Capital social y su relación con la percepción de salud. Encuesta Nacional de Salud 2007. Colombia Médica. 2014 marzo; 45(1).
16. Valdez-Huirache MG, Álvarez-Bocanegra C. Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. Horizonte sanitario. 2018 agosto; 17(2)
17. Urzúa M A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Rev Med Chile. 2010 marzo; 138(3)
18. Rodríguez Batioja JL, Rojano Analuisa CE. Factores socioeconómicos y sociodemográficos que han incidido en el estado de salud autopercebido por la población ecuatoriana (2018) [tesis]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2022.

19. Bustamante MA, Lapo MdC, Torres JD, Camino SM. Factores Socioeconómicos de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores en la Provincia de Guayas, Ecuador. *Información Tecnológica*. 2017 octubre; 28(5): 165-176.
20. Vargas Ricardo SR. Factores Asociados a la Calidad de Vida Relacionada con Salud en Adultos Mayores Cartagena 2015 [tesis magíster]. Cartagena, Ccolombia: Universidad de Cartagena; 2015.
21. Flores-Herrera I, Castillo-Muraira Y, Ponce-Martínez D, Miranda-Posadas C, Peralta-Cerda EG, Durán-Badillo T. Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2018 enero; 26(2).
22. Botero de Mejía B, Pico Merchan 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(1): 11-24.
23. Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Situación de las mujeres rurales desde las estadísticas oficiales. 2022. Serie de notas estadísticas.
24. Bustamante-Ubilla M, Lapo-Maza M, Zambrano-Chumo L. Factores de satisfacción con la vida en adultos mayores en zonas urbanas y rurales de Guayas, Ecuador. *Revista Empresarial*. 2020 junio; 14(1): 23-29.
25. Morales Ojeda GM. Calidad de Vida del Adulto Mayor del Asentamiento Humano “Chiclayito” Castilla-Piura 2021 [tesis]. Piura: Universidad Nacional de Piura, Salud Pública; 2021.
26. Licona Rivera S, Mejía Verdial A, Paredes Moreno FA, Licona KJ, González Tróchez SJ, Salinas Gómez R. Determinantes sociales de salud percibida y calidad de vida en mayores de dieciséis años de edad, Honduras. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2022 junio; 48(2).
27. Organización Mundial de la Salud (OMS). Directrices de la OMS sobre vivienda y salud. 2018. Resumen de Orientación.
28. Melguizo Herrera E, Acosta López A, Castellano Pérez B. Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*. 2012; 28(2).
29. Villarreal Amaris GE, Pérez Aguas P, Usta Carrillo A. Salud y calidad de vida autopercebida de los adultos mayores en un municipio del caribe colombiano. *Salud Uninorte*. 2022 agosto; 38(1).

30. Peña Marcia E, Bernal Mendoza LI, Reyna Avila L, Pérez Cabañas R, Onofre Ocampo DA, Cruz-Arteaga IA, et al. Calidad de vida en adultos mayores de Guerrero, México. Universidad y Salud. 2019 mayo-agosto; 21(2).



Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81782334003>

Cómo citar el artículo

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista en redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante
Infraestructura abierta no comercial propiedad de la
academia

DAVID GALVÁN BORJA, LORENA RAMOS RACERO,
LORENA CONTRERAS MOJICA

**Calidad de vida y su influencia en la Salud Autopercebida
de los adultos mayores atendidos en una empresa social
del Estado de primer nivel de complejidad en un
municipio del Caribe colombiano**

**Quality of life and its influence on the Self-Perceived
Health of older adults cared for in a State social
enterprise of first level of complexity in a municipality in
the Colombian Caribbean**

Revista Salud Uninorte

vol. 40, núm. 3, p. 706 - 728, 2024

Fundación Universidad del Norte, División de Ciencias de la,

ISSN: 0120-5552

ISSN-E: 2011-7531

DOI: <https://doi.org/10.14482/sun.40.03.159.357>