

Calidad de vida relacionada con la salud de adultos mayores pensionados y no pensionados en Santa Marta, Colombia

Cristina Marín Monroy, Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia
Suly Castro Molinares, Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia

Resumen: El incremento de la población de adultos mayores genera una problemática tanto a nivel social, económico y de atención en salud, parámetros relacionados con tener o no una buena calidad de vida. Este estudio es de enfoque cuantitativo, de diseño descriptivo y comparativo, de corte transversal; la muestra estuvo constituida por 177 adultos de 60 años en adelante, a quienes se les aplicó una ficha de datos socio demográfico y el cuestionario SF36. Los resultados indican que el 44,1% no son pensionados, mientras que el restante 55,9% poseen algún tipo de pensión; las mujeres representan la población mayoritaria con 56% pensionadas y 52% no pensionadas; predomina en ambos grupos el estado civil casado; en cuanto a escolaridad, el 22% de los pensionados terminó su bachillerato, mientras que sólo el 8,5% de los no pensionados lo hicieron. Al comparar los datos obtenidos de la población pensionada y no pensionada de adultos mayores de Santa Marta, se encontró que no hay diferencias significativas en las dimensiones Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Salud Mental y Salud en el Tiempo. Con el estudio se concluye que la calidad de vida de los adultos mayores de Santa Marta se percibe como buena, sin embargo, se encontraron promedios significativamente diferentes entre las dos poblaciones comparadas, se observa que los pensionados manifiestan tener mejor Función Física que los no pensionados; situación contraria para la dimensión Rol Emocional, donde los no pensionados expresaron mejor función que los pensionados.

Palabras clave: salud, adulto mayor, SF-36, dimensiones de la calidad de vida, pensionado y no pensionado.

Abstract: The increase of the population of major adults generates a problematic so much at the social level, economical-ly and of attention in health, parameters related with having or not a good quality of life. This study is of quantitative approach, of descriptive and comparative design, of transverse court; the sample was constituted by 177 60-year-old adults in forward, to who were applied a card of information demographic partner and the questionnaire SF36. The results indicate that 44.1% is not pensioned, whereas the remaining one 55.9% possesses any type of pension; the women represent the majority population with 56% pensioned and 52% not pensioned; it predominates in both groups over the marital status married; in terms of education, 22% of pensioned completed their bacculaureate, while 8.5% of non-pensioned did. On having compared the information obtained of the population pensioned and not pensioned of major adults of Santa Marta, was found that there are no significant differences in the dimensions Physical Role, Corporal Pain, General Health, Vitality, Social Function, Mental Health and Health in the Time. With the study is concluded that the quality of life of the major adults of Santa Marta is perceived as good, nevertheless, they found significantly different averages between both compared populations is observed that the pensioned ones demonstrate better physical function has that the not pensioned ones; situation contradicts for the dimension Emotional Role, where the not pensioned ones expressed better function that the pensioned ones.

Keywords: Health, Major Adult, SF-36, Dimensions of the Quality of Life, Pensioned and not Pensioned.



Introducción

El aumento de la longevidad es producto de los cambios socio demográficos y del desarrollo científico y tecnológico, este aumento ha modificado la pirámide poblacional la cual muestra el proceso de envejecimiento de la sociedad trayendo como consecuencias cambios políticos, económicos y psicosociales, generando una problemática a nivel mundial, nacional y local para la cual se formulan leyes, planes, pero la ejecución de los mismos no logra brindar una calidad de vida adecuada a la población de adultos mayores, la cual define Giusti (citado por Mora, Villalobos, Araya y Ozols, 2004) como el estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas.

Lograr una buena calidad de vida de la población de adultos mayores exige identificar sus rasgos sociales, culturales, económicos y de su salud tanto física como mental para poder establecer programas y estrategias adecuados a las necesidades y expectativas de las personas de la tercera edad, población que en el último censo realizado en Colombia, presentó un incremento del 6.31% con tendencia a aumentar al 10.5% para el año 2020 (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas en Colombia – DANE –, 2005).

Los bienes económicos y no económicos constituyen un aspecto importante para la calidad de vida de los adultos mayores, por cuanto garantizan su seguridad económica, definida por Huenchuan y Guzmán (2006), como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares, y en montos suficientes, para asegurar la calidad de vida. Esta seguridad económica, afirman los autores, permite la satisfacción de las necesidades objetivas que agregan calidad a los años, mejora la autonomía y la autoestima, favorece el desempeño de roles significativos y la participación en la vida cotidiana, como ciudadanos con plenos derechos.

En Colombia, la seguridad económica de esta población se ve comprometida si se tiene en cuenta que cerca del 58.8% de la población de adultos mayores no recibe ningún tipo de ingreso (DANE, 2005), el 66,3% es pobre y el 26% se encuentra en la indigencia (Centro de Investigaciones para el Desarrollo, 2004).

Según Giraldo y Cardona (2010), el registro de la dinámica del empleo, desempleo y subempleo en el mercado laboral reporta que el 29% de personas adultas mayores entre 60 y 79 años continúa activa. A partir de los 80 años esa participación se reduce a 5,8%. Es poco lo que se conoce de las consecuencias en el adulto mayor al ser retirado de su entorno laboral, porque cada quien vive su drama en silencio; pero perder la independencia económica, pasar a la escasez, a la imposibilidad de cubrir necesidades básicas en una edad que necesita de tranquilidad económica como derecho adquirido gracias a toda una vida de trabajo, no es fácil de medir, de estimar o de calcular, pero puede intuirse su costo emocional y su calidad de vida.

El estudio busca establecer la calidad de vida con relación a la salud y a la economía de los adultos mayores que residen en Santa Marta Colombia, mediante la aplicación del cuestionario SF-36 HealthSurvey V2 (Coronado, Díaz y Apolaya 2009), estableciendo el estado de salud en cuanto a las funciones y roles en lo físico, mental y social, asimismo su relación con la seguridad económica en cuanto a tener pensión por jubilación o no.

Metodología

Este estudio es de enfoque cuantitativo, de diseño descriptivo y comparativo, de corte transversal. La población estuvo conformada por adultos mayores de 60 años de la ciudad de Santa Marta DTCH Colombia.

La muestra se determinó utilizando la fórmula para cálculo de tamaño de muestra para una proporción. La población de Santa Marta para el 2005, según reporte del DANE (2005), es de 414.387 habitantes; de estos, 35.400 corresponden a sujetos mayores de 60 años, de los cuales se

tomó un 5%, con lo que se obtuvo un tamaño de muestra de 177 sujetos para la realización del estudio.

Se aplicaron dos instrumentos de recolección de datos, una ficha de datos sociodemográficos que incluye (edad, sexo, estado civil, tiempo que lleva viviendo en la casa, con cuántas personas vive, familiar y no familiar, procedencia de ingreso y grado de escolaridad), y el cuestionario SF – 36 V2 (Short Form – 36 HealthSurvey).

El cuestionario SF36 consta de 36 temas, que exploran ocho dimensiones del estado de salud: función física; función social; limitaciones del rol (por problemas físicos y por problemas emocionales); salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general. Se incluyó una categoría adicional denominada salud en el tiempo, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año (Coronado, Díaz y Apolaya, 2009).

Para su evaluación se utilizó la puntuación propuesta por el Rand Group con una graduación de las respuestas para cada tema desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor, ya que dependen del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta. Preguntas de dos categorías se puntúan 0-100, de tres categorías se puntúan 0-50-100; con cinco categorías se puntúan 0-25-50-75-100; con seis categorías 0-20-40-60-80-100. Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las ocho escalas que van de 0 a 100. Los valores superiores o inferiores de 50 deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente que la población de referencia. (Secretaría de Salud de México, 2006).

Los instrumentos utilizados en este estudio fueron aplicados por personal capacitado previamente, en un tiempo aproximado de 20 minutos. Para la inclusión al estudio, previamente, se procedió a explicar la metodología del estudio y se solicitó aceptar a participar mediante la firma del consentimiento informado.

Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS 17 con presentación de datos con porcentajes y con las medias \pm desviación estándar.

Fundamentación teórica

Este tópico se aborda desde cuatro ópticas, la primera hace referencia a la calidad de vida, la segunda a su relación con la salud, la tercera los ingresos económicos del adulto mayor haciendo énfasis en los provenientes de la pensión o jubilación y la última a la medición de la calidad de vida.

La calidad de vida ha sido un tema y un concepto de interés desde hace tiempo, pero la preocupación por su evaluación científica es reciente, se populariza en los 60 y hoy el concepto es utilizado en ámbitos como la salud, la educación, la economía, la política y en el mundo de los servicios en general (Iglesias, Bárcena, Valle, Abella y Galán, 2010).

Para algunos autores (Reyes, Triana, Matos y Acosta, sf), la calidad de vida (CV) en la tercera edad, debe estar ajustada a la esperanza de vida, de lo contrario, aumentaría la expectativa de incapacidad. Por lo que matemáticamente se puede expresar que el aumento de la calidad de vida es inversamente proporcional a la expectativa de incapacidad.

Sin embargo, González y Rangel (2010) consideran que aunque la esperanza de vida haya aumentado no necesariamente indica que la calidad con la que se vivan los años en la última etapa de la vida haya mejorado. De ahí que sea necesario buscar estrategias que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas mayores. El hecho de que la población anciana vaya en aumento deriva en la necesidad de que se desarrollen planes de acción para la atención adecuada y necesaria en el ámbito de la salud, en lo social y en lo económico. El garantizar una vida de calidad a las personas mayores es un reto que cada vez cobra mayor importancia en el contexto de la cooperación internacional y en las agendas nacionales en la mayoría de los países del mundo.

La calidad de vida se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida. La evaluación objetiva es externa, para ello se utilizan indicadores objetivos; se realiza un juicio del

individuo o población en términos de su nivel económico, escolaridad, estado de salud, vivienda o alimentación. La evaluación subjetiva la realiza el propio individuo; se emplea la percepción del bienestar subjetivo, incorporando las valoraciones de los individuos sobre el proceso, condiciones e importancia que tienen para ellos mismos en su vida. Así, el concepto de calidad de vida, abarca tres dimensiones globales: a) aquello que la persona es capaz de hacer, el estado funcional; b) el acceso a los recursos y las oportunidades; y c) la sensación de bienestar. Las dos primeras dimensiones se designan como calidad de vida objetiva mientras que la última se considera como calidad de vida subjetiva (González y Rangel, 2010).

En este sentido, el concepto planteado por la Organización Mundial de la Salud (citado por Jiménez, 2007), abarca tanto lo subjetivo como lo objetivo y define calidad de vida como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes". Así, este concepto puede emplearse para evaluar las condiciones de vida de una persona o una comunidad, valorando el nivel de progreso alcanzado, el logro de una vida digna en la que goce de condiciones de salud, libertad, equidad y bienestar para su realización plena.

La calidad de vida tiene diferentes componentes como salud y seguridad personal, relaciones familiares, relación conyugal, amistades, aprendizaje, comprensión de uno mismo, trabajo, autoexpresión creativa, ayuda a los demás, participación en asuntos públicos, socialización, actividades de descanso, actividades recreativas, ambiente, pero esta investigación se centra en el factor de la salud en donde tiene su máxima expresión (González, 2005).

Para Naughton y Schumaker, 1996 (citado por Schwartzmann, 2003), el concepto de calidad de vida relacionada con la salud CVRS, incorpora esencialmente la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiéndose por tanto, desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable, y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud. La CVRS como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida, en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud, es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual y la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

Diversos estudios han demostrado que la CVRS de los adultos mayores está asociada a tener mayor edad, convivir fuera del núcleo familiar, morbilidad, medicamentos que consumen, capacidad funcional, género, actividad física, sentimientos de abandono por parte de su familia, ingresos económicos, nivel educativo, servicios de salud, recreación, interacción social, bienestar espiritual, escolaridad, estado civil, autonomía y residir en medio urbano (Paternina y Melguizo, 2010).

En Medellín, Colombia, Cardona, Estrada y Agudelo (2002) hallaron un deterioro en la calidad de vida cuando las condiciones de funcionalidad y autonomía limitaban la realización de actividades de la vida diaria. En Cali, Ramírez, Agredo, Jerez y Chapal (2008) reportaron un deterioro importante de la CV de adultos mayores, no institucionalizados, relacionados con factores de riesgo de morbilidad, más acentuado en las escalas físicas y levemente en las escalas mentales.

Mientras que en Cartagena, en un estudio sobre CVRS de los adultos mayores realizado por Melguizo, Acosta y Castellanos (2012), se determinó el índice multicultural de calidad de vida de los adultos mayores en la Comuna 9 de esta ciudad, observándose que tiende a valores que pueden considerarse como una buena auto-percepción de la CVRS. En dicho estudio se resaltó el auto-cuidado, plenitud espiritual y funcionamiento interpersonal, como las dimensiones que presentaron una mejor auto-percepción entre los adultos mayores.

En este orden de ideas, es necesario destacar la importancia de la seguridad económica en la calidad de vida del adulto mayor, aspecto que depende en gran medida de su poder adquisitivo, que a su vez puede provenir, entre otras fuentes, del trabajo, de ahorros, de una jubilación o de redes de apoyo, principalmente las familiares (CEPAL, 2003).

Para el caso de América Latina, la participación económica, la seguridad social y los apoyos familiares son las principales fuentes de ingreso en la edad avanzada. Datos de 13 países de la

región indican que en promedio, el 43% de las personas mayores no recibía ingresos de ningún tipo en 1997, cifra que aumentó ligeramente en 2002 y llegó al 39% en el 2008. Los promedios ocultan diferencias, y una mirada a los países con débiles sistemas de seguridad social revela que el porcentaje de personas mayores sin ingresos fluctuaba entre el 40% y el 66% en 2005. Se trata de un segmento de la población de alta vulnerabilidad económica, que además está desprotegido frente a riesgos relacionados con la salud, la discapacidad y la reducción de sus redes de apoyo social. El propósito de los sistemas de jubilaciones y pensiones es brindar protección frente al riesgo de pérdida de ingresos y asegurar la suficiencia económica de las personas mayores. Sin embargo, y de acuerdo al último estudio del Banco Mundial, “la reforma del sistema de pensiones a lo largo de más de una década le ha brindado a América Latina importantes beneficios fiscales, sociales y financieros; pero el fracaso en la extensión de acceso a la previsión social formal a un segmento más amplio de la sociedad, ha sido decepcionante” (CEPAL, 2009).

La jubilación es uno de los cambios más grandes por los que pasa un adulto mayor, pues generalmente conduce a una pérdida de estatus, reducción de redes de apoyo y disminución o pérdida de los ingresos, lo que implica una redefinición en las relaciones con todas las personas que le rodean, así como también en la manera de enfrentar lo que le espera, repercutiendo en todos los niveles de la vida de la persona. Ejemplo de ello es la ruptura o pérdida de las redes de apoyo, hecho alarmante, ya que éstas son de vital importancia para todo ser humano, más aún para los adultos mayores, pues son éstas las que los ayudan a salir adelante, a no sentirse solos o deprimidos y a mejorar la percepción que tengan de sí mismos. La principal red de apoyo es la familia, por ser el primer contacto del ser humano con la sociedad (González y Rangel, 2010).

Existen pocos estudios que muestren la influencia de la pensión o jubilación sobre la calidad de vida en la salud; los aportes Del Llano, Pérez e Hidalgo (2004), muestran que los jubilados tienen mejor salud percibida que sus coetáneos no jubilados. Excepción a esta regla lo constituyen los prejubilados o jubilados antes de los 65 años, cuyo nivel medio de salud percibida es más bajo que el de las personas de 55 a 65 no jubiladas. A partir de los 65 años, el diferencial de salud percibida se hace favorable a los jubilados de forma continua y creciente. Respecto a los ingresos, existe una correlación positiva entre éstos y la autovaloración positiva del estado salud, aunque en el caso de los hombres sean los ingresos propios los determinantes y en el de las mujeres los ingresos del resto de los miembros del hogar. En definitiva, tanto para las mujeres como para los hombres el hecho de estar jubilado supone unos mayores ingresos, aunque los efectos que esta circunstancia tiene son diferentes a través de la edad. Para las mujeres los ingresos personales crecen con la edad, en buena medida debido a las pensiones no contributivas, mientras que para los varones sus ingresos descienden a medida que envejecen como consecuencia de unas pensiones inferiores a sus ingresos en la época de actividad laboral o empresarial.

Hay múltiples escalas para medir la calidad de vida en relación con la salud, algunas son genéricas que permiten comparaciones entre poblaciones, muestran diferentes aspectos del estado de salud, pueden no detectar diferencias y pueden no focalizar en áreas de interés; las específicas son clínicamente sensibles, pueden ser más discriminativas, no permiten comparación entre poblaciones, valor limitado en intervenciones poblacionales (González, 2005).

Como escalas genéricas se encuentran:

El EuroQol, que analiza cinco dimensiones con una pregunta cada una y con una escala de tres puntos: Morbilidad, Auto-cuidado, Actividades usuales, Dolor e incomodidad, Ansiedad y depresión (Duran, Salinas y Gallegos, 2003).

El SF-12, es la adaptación realizada para España por Alonso, Prieto y Anto (1995), es una versión reducida del Cuestionario de Salud SF-36 diseñada para usos en los que éste sea demasiado largo. Ha demostrado ser una alternativa útil cuando el tamaño de muestra es elevado (500 individuos o más) debido a la pérdida de precisión con respecto al SF-36 (Instituto Municipal de Investigaciones Médicas de Barcelona, 2008).

El SF-36 es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS). Detecta tanto

estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental. A partir de 36 preguntas pretende medir ocho conceptos genéricos sobre la salud, los cuales son:

1. Función física: grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos (10 temas).
2. Rol físico: grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades (4 temas).
3. Dolor corporal: intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (2 temas).
4. Salud general: valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse (5 temas).
5. Vitalidad: sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 temas).
6. Función social: grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (2 temas).
7. Rol emocional: grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (3 temas).
8. Salud mental: salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 temas).

Resultados

En este estudio, los datos demográficos como tipo de comunidad, estado civil, sexo, edad, escolaridad y el ítem salud actual, fueron analizados mediante la aplicación de estadísticos descriptivos y de contingencia para conocer las frecuencias, porcentajes y el recuento de variables considerada de interés para asociar entre sí. Para cada una de las ocho dimensiones del instrumento SF-36, sus ítems fueron codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (cero) (peor valoración para esa dimensión) hasta 100 (cien) (mejor valoración). La interpretación se obtiene mediante puntuaciones estandarizadas de las poblaciones, de forma que un valor de 50 (± 10), es la media de la población general, y los valores superiores o inferiores a ésta, se interpretan como mejores o peores respectivamente, según procedimiento descrito para la adaptación del instrumento por Alonso y colaboradores (1995). Una dimensión denominada Salud en el tiempo (ST) fue adicionada. Se utilizó la prueba no paramétrica *U* de Mann-Whintney, para contrastar las medias de cada dimensión por tipo de comunidad (pensionados y no pensionados), como criterio de agrupación.

Tabla 1. Recuento de población de adultos mayores pensionados y no pensionados, según el sexo.

| | | Sexo | | Total |
|-----------|---------------|-----------|----------|-------|
| | | Masculino | Femenino | |
| Comunidad | Pensionado | 43 | 56 | 99 |
| | No pensionado | 26 | 52 | 78 |
| | Total | 69 | 108 | 177 |

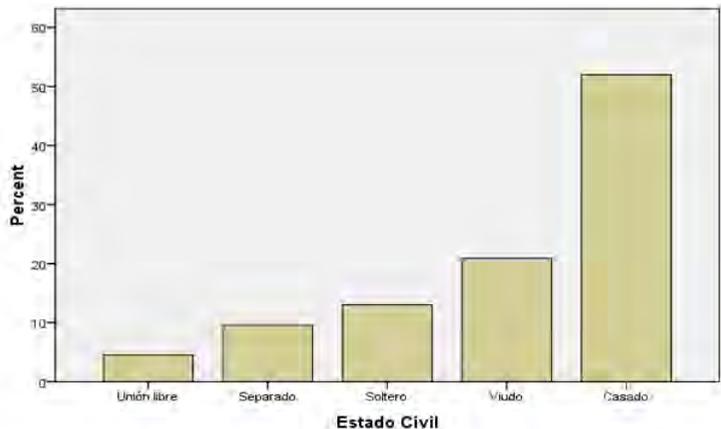
FI. Ficha Socio demográfica, Santa Marta Colombia, 2010.

Un total ciento setenta y siete (177) adultos mayores fueron incluidos en el análisis, de los cuales el 44,1% no son pensionados, mientras que el restante 55,9% poseen algún tipo de pen-

sión. Contrastando la comunidad de adultos mayores de pensionados y no pensionados según el sexo, se observó (Tabla 1), que tanto en el grupo de pensionados como en el de no pensionados, las mujeres representan la población mayoritaria, con 56 y 52 personas respectivamente. El menor recuento lo presentaron los hombres, con un total de 26 adultos mayores dentro del grupo de los no pensionados.

En la gráfica 1, se observa el porcentaje de adultos mayores agrupados según el estado civil, donde se identifica que la menor población corresponde a personas en unión libre (4,5%) y la mayor a personas con estado civil casado (52%).

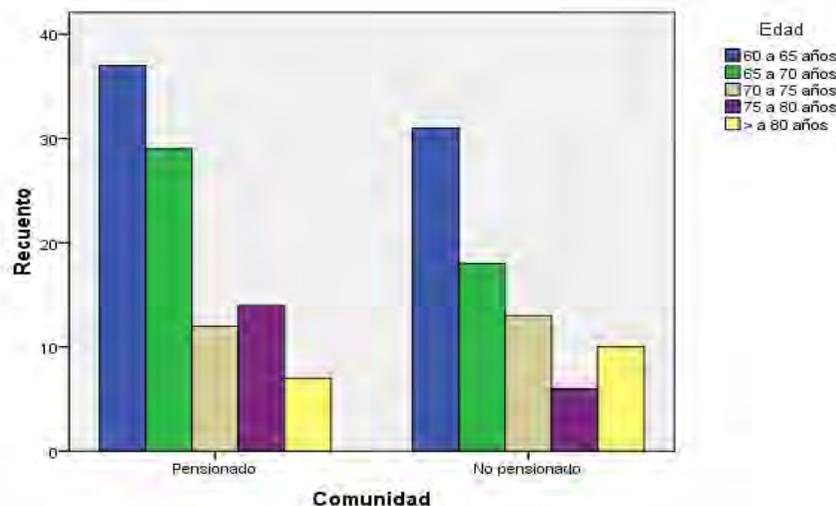
Gráfica 1. Estado civil de la población incluida en el estudio (Escala en porcentaje)



FI. Ficha Socio demográfica, Santa Marta Colombia, 2010.

Analizando la población de adultos mayores incluidos en el estudio, independientemente del tipo de comunidad de pensionados o no pensionados, se encontró que el 38,4% tiene una edad comprendida entre los 60 y 65 años, siendo la población mayoritaria, seguidos de las personas entre los 65 y 70 años, el 26,6%. La población muestreada mayor a los 80 años de edad, representó el 9,6% del total.

Gráfica 2. Recuento de adultos mayores según la edad y agrupados por el tipo de comunidad de pensionados y no pensionados



FI. Ficha Socio demográfica, Santa Marta Colombia, 2010.

Sin embargo, considerando la edad de la población, en función del tipo de comunidad de pensionados y no pensionados, se observó que la mayor población en ambas comunidades, se ubica entre los 60 y 65 años de edad (37 y 31 personas respectivamente). Por su parte, en el grupo de los pensionados, sólo siete personas son mayores de los 80 años, y en el grupo de los no pensionados, sólo seis están entre los 75 y 80 años (Gráfica 2).

La Tabla 2, permite observar la distribución de la población de adultos mayores pensionados y no pensionados, según niveles de escolaridad. Un total de 28,24% de personas con escolaridad de primaria incompleta y primaria completa pertenecen al grupo de no pensionados, mientras que 10,7% de adultos mayores pensionados se ubican en los mismos niveles de escolaridad. Por otra parte, un 29,9% del total de adultos mayores con bachillerato incompleto y bachillerato completo son pensionados y sólo 14,1% son no pensionados.

En los niveles de escolaridad de educación superior (tecnólogo, profesional y posgrado), el 15,2% de los adultos mayores hace parte del grupo de los pensionados y únicamente 1,7%, son no pensionados. En general, 37,3% del total de la población, que tenía nivel educativo de bachillerato completo, tecnólogo, profesional y posgrado, pertenecía al grupo de pensionados, frente al 10,2% del grupo de los no pensionados.

Tabla 2. Nivel de escolaridad de adultos mayores pensionados y no pensionados

| Comunidad | Escolaridad | | | | | | | Total |
|---------------|---------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------|-----------|-------------|----------|-------|
| | Primaria incompleta | Primaria completa | Bachillerato incompleto | Bachillerato completo | Tecnólogo | Profesional | Posgrado | |
| | % | | | | | | | |
| Pensionado | 3,39 | 7,34 | 7,91 | 22,03 | 5,08 | 7,34 | 2,82 | 55,91 |
| No pensionado | 10,73 | 17,51 | 5,65 | 8,47 | 0 | 1,69 | 0 | 44,05 |
| Total | 14,12 | 24,86 | 13,56 | 30,51 | 5,08 | 9,04 | 2,82 | 100,0 |

FI. Ficha Socio demográfica, Santa Marta Colombia, 2010.

Se resalta como un total de 38 y 31 adultos mayores pensionados y no pensionados respectivamente, de la población entre los 60 y 70 años de edad, manifiesta que su estado de salud actual al momento del estudio es más o menos igual que un año antes. En total, 100 adultos mayores entre pensionados y no pensionados, manifestaron esta misma respuesta. Sólo una persona pensionada, del grupo de edad entre los 70 y 75 años, responde que su estado de salud actual es mucho peor al momento del estudio, que un año antes. Por el contrario, 9 adultos mayores pertenecientes al tipo de comunidad pensionada y 5 de la comunidad no pensionada, en todos los grupos de edad incluidos en el estudio, manifestaron que su estado de salud es mucho mejor al momento del estudio, que un año antes (Tabla 3).

Tabla 3. Recuento de asociación entre el tipo de comunidad, la edad y el ítem Salud actual, de la población de adultos mayores incluidos en este estudio

| Ítem Salud actual | Comunidad | Edad | | | | | Total |
|----------------------------------|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------|
| | | 60 a 65 años | 65 a 70 años | 70 a 75 años | 75 a 80 años | > A 80 años | |
| Mucho peor ahora que hace un año | Pensionado | | | 1 | | | |
| | Total | | | 1 | | | 1 |

| | | | | | | | |
|--|----------------------|----|----|----|----|---|-----|
| <i>Algo peor ahora que hace un año</i> | <i>Pensionado</i> | 7 | 6 | 3 | 4 | 2 | 22 |
| | <i>No pensionado</i> | 6 | 3 | 6 | 2 | 4 | 21 |
| | <i>Total</i> | 13 | 9 | 9 | 2 | 6 | 43 |
| <i>Más o menos igual que hace un año</i> | <i>Pensionado</i> | 23 | 15 | 7 | 7 | 3 | 55 |
| | <i>No pensionado</i> | 19 | 12 | 4 | 4 | 6 | 45 |
| | <i>Total</i> | 42 | 27 | 11 | 11 | 9 | 100 |
| <i>Algo mejor ahora que hace un año</i> | <i>Pensionado</i> | 5 | 4 | 1 | 2 | 1 | 13 |
| | <i>No pensionado</i> | 4 | 1 | 1 | 0 | 0 | 6 |
| | <i>Total</i> | 9 | 5 | 2 | 2 | 1 | 19 |
| <i>Mucho mejor ahora que hace un año</i> | <i>Pensionado</i> | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 9 |
| | <i>No pensionado</i> | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 5 |
| | <i>Total</i> | 4 | 6 | 2 | 1 | 1 | 14 |

FI. Cuestionario SF36, Santa Marta Colombia, 2010.

Los promedios de los rangos de cada dimensión agrupada por la variable Comunidad (pensionados y No pensionados), se detallan en la Tabla 4.

Tabla 4. Promedio de rangos de 9 dimensiones, agrupados por tipo de Comunidad

| | <i>Comunidad</i> | <i>N</i> | <i>Rango promedio</i> | <i>Suma de rangos</i> |
|-----------------------|----------------------|----------|-----------------------|-----------------------|
| <i>Salud General</i> | <i>Pensionado</i> | 99 | 92.18 | 9126.00 |
| | <i>No pensionado</i> | 78 | 84.96 | 6627.00 |
| | <i>Total</i> | 177 | | |
| <i>Función Física</i> | <i>Pensionado</i> | 99 | 96.49 | 9553.00 |
| | <i>No pensionado</i> | 78 | 79.49 | 6200.00 |
| | <i>Total</i> | 177 | | |
| <i>Rol Físico</i> | <i>Pensionado</i> | 99 | 86.18 | 8532.00 |
| | <i>No pensionado</i> | 78 | 92.58 | 7221.00 |
| | <i>Total</i> | 177 | | |
| <i>Rol Emocional</i> | <i>Pensionado</i> | 99 | 83.39 | 8256.00 |
| | <i>No pensionado</i> | 78 | 96.12 | 7497.00 |
| | <i>Total</i> | 177 | | |
| <i>Función Social</i> | <i>Pensionado</i> | 99 | 93.36 | 9243.00 |
| | <i>No pensionado</i> | 78 | 83.46 | 6510.00 |

| | | | | |
|---------------------|----------------------|-----|-------|---------|
| | <i>Total</i> | 177 | | |
| <i>Dolor</i> | <i>Pensionado</i> | 99 | 86.67 | 8580.50 |
| | <i>No pensionado</i> | 78 | 91.96 | 7172.50 |
| | <i>Total</i> | 177 | | |
| <i>Vitalidad</i> | <i>Pensionado</i> | 99 | 95.08 | 9413.00 |
| | <i>No pensionado</i> | 78 | 81.28 | 6340.00 |
| | <i>Total</i> | 177 | | |
| <i>Salud Mental</i> | <i>Pensionado</i> | 99 | 87.57 | 8669.00 |
| | <i>No pensionado</i> | 78 | 90.82 | 7084.00 |
| | <i>Total</i> | 177 | | |
| <i>TS</i> | <i>Pensionado</i> | 99 | 92.38 | 9145.50 |
| | <i>No pensionado</i> | 78 | 84.71 | 6607.50 |
| | <i>Total</i> | 177 | | |

FI. Cuestionario SF-36, Santa Marta Colombia, 2010.

El estadístico de contraste de los promedios de rangos, establecidos por la prueba no paramétrica de Mann-Whitney, se muestra en la Tabla 5.

Tabla 5. Prueba de Mann-Whitney, para las 9 dimensiones agrupadas por tipo de Comunidad (Pensionados y No pensionados)

| | <i>Salud General</i> | <i>Función física</i> | <i>Rol Físico</i> | <i>Rol Emocional</i> | <i>Función social</i> | <i>Dolor</i> | <i>Vitalidad</i> | <i>Salud mental</i> | <i>TS</i> |
|---------------------------------|----------------------|-----------------------|-------------------|----------------------|-----------------------|--------------|------------------|---------------------|-----------|
| <i>U de Mann-Whitney</i> | 3546.0 | 3119.0 | 3582.0 | 3306.0 | 3429.0 | 3630.5 | 3259.0 | 3719.0 | 3526.5 |
| <i>W de Wilcoxon</i> | 6627.0 | 6200.0 | 8532.0 | 8256.0 | 6510.0 | 8580.5 | 6340.0 | 8669.0 | 6607.5 |
| <i>Z</i> | -0.934 | -2.199 | -0.961 | -2.099 | -1.329 | -0.685 | -1.786 | -0.422 | -1.101 |
| <i>Sig. asinto. (bilateral)</i> | 0.35 | 0.028 | 0.336 | 0.036 | 0.184 | 0.494 | 0.074 | 0.673 | 0.271 |

a. Variable de agrupación: Comunidad

FI. Cuestionario SF-36, Santa Marta Colombia, 2010.

El análisis estadístico permite observar que las dimensiones Función física y Rol emocional, definidos por la variable Comunidad, proceden de poblaciones con promedios significativamente diferentes ($P=0.028$ y $P=0.036$ respectivamente). Las demás dimensiones aunque presentan diferencias numéricas en los promedios de los rangos (Tabla 5), no son significativas ($P>0.05$).

Discusión

Los hallazgos alcanzados en el presente estudio, en cuanto a la situación sociodemográfica, indican que predomina el sexo femenino. Ello es coherente con los datos del Minprotección (2007), los cuales indican que en Colombia, con el aumento de la longevidad aumenta el índice de viudez, principalmente para las mujeres, que es de 43%, mientras que para los hombres es de 13% es decir, hay cerca de tres veces más viudas.

En cuanto al estado civil, la distribución de frecuencias encontradas en este estudio difiere de las obtenidas en el estudio del Minprotección (2007) en lo que respecta a la población casada, por cuanto es significativamente superior en la población de Santa Marta. Estas diferencias encontradas pueden ser explicadas por factores culturales relacionados con el tema de divorcio o también por la no muy alta tasa de viudez. Aunque la pérdida del cónyuge es más frecuente en las mujeres, es importante destacar la viudez como un factor de riesgo social para los hombres, debido a la dependencia vinculada a la condición masculina, generada por la necesidad de cuidado, especialmente en los aspectos domésticos; como también la obligación femenina de velar por los padres y madres ancianos aun en circunstancia de precariedad (Minproteccion, 2007).

Igualmente, se observa un incremento del nivel de escolaridad en esta población, lo cual es coherente con los resultados revelados en el último censo, que evidencia que a partir de los 60 años, el promedio de años de escolaridad es de cinco aproximadamente, siendo menor en las mujeres, y descendiendo progresivamente hasta ser alrededor de dos años, en los más viejos. (Minprotección, 2007). Además, estudios similares han evidenciado que la educación junto a la renta es uno de los factores determinantes del estado de salud, lo que podría indicar que a medida que aumenta la educación, aumenta la probabilidad de autovalorar el estado de salud (Profamilia, 2010; Del Llano, Pérez e Hidalgo, 2004).

Continuando con la discusión, no se conocen estudios en Colombia sobre calidad de vida en adultos mayores relacionados con la salud y seguridad económica que permitan una amplia comparación de los resultados aquí obtenidos y aporten datos a la discusión. Sin embargo, se han encontrado tres estudios realizados en Medellín (Caracterización de componentes de calidad de vida y de condiciones de salud), Cali (Calidad de vida y condiciones de salud) y Cartagena (Calidad de vida) que sirven de referencia para la comparación de los datos derivados de este estudio.

Los resultados del cuestionario SF – 36 V2 para medir Calidad de Vida en cuanto a la Salud demuestran, en promedio, la percepción de buena salud de los adultos mayores en Santa Marta, independientemente de su condición económica, lo que se constituye en factor protector en ambas poblaciones, pues en la medida que una persona perciba mejor su salud tiene una menor utilización de los servicios de salud y una mayor calidad de vida.

Esta percepción de buena salud de los adultos mayores en Santa Marta contradicen los datos reportados por Ramírez, Agredo, Jerez y Chapal (2008), que indican un deterioro importante de la CV de adultos mayores, relacionados a factores de riesgo de morbilidad, más acentuados en las escalas físicas; mientras que en el estudio de Cardona, Estrada y Agudelo (2002), los componentes de independencia, seguridad socioeconómica y redes de apoyo social constituían el 97% de la calidad de vida de los adultos mayores. Es claro entonces que el estado funcional, el acceso a los recursos y las oportunidades, sumados a la sensación de bienestar son las tres dimensiones que definen la Calidad de Vida de las personas (González y Rangel, 2010).

Al comparar los datos obtenidos de la población pensionada y no pensionada de adultos mayores de Santa Marta, se encontró que no hay diferencias significativas en las dimensiones Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Salud Mental y Salud en el Tiempo, es decir, que la percepción de la población de adultos mayores muestreados en este

estudio, en cuanto a estas dimensiones, es similar independientemente de su condición económica. Esta percepción de buena salud de los adultos mayores, independientemente de su condición económica contradice lo expresado por Del Llano, Pérez e Hidalgo (2004), quienes afirman que los jubilados gozan de mejor salud que los que no lo están y que esta diferencia se acrecienta a medida que se incrementa la edad. Se podría afirmar entonces, que la posesión de recursos económicos, no garantizan una percepción positiva de la calidad de vida en los adultos mayores, por cuanto en ella intervienen otros factores, como ya se ha mencionado.

Sin embargo, se encontraron promedios significativamente diferentes entre las dos poblaciones comparadas en lo que respecta a Función Física (Sig. 0,028) y Rol Emocional (Sig. 0,036). Se observa que los pensionados manifiestan tener mejor función física que los no pensionados; esto puede relacionarse con el hecho que han tenido más acceso al servicio de salud durante su etapa laboral con un mejor control de las enfermedades crónicas no transmisibles, como lo evidencia Huenchuan (2009), “el acceso a los servicios de salud representa un factor clave para que las personas mayores puedan gozar de un buen nivel de salud; así, quienes tienen acceso se caracterizan por una probabilidad un 195% más elevada de declararse con buena salud en comparación con quienes tienen limitaciones de acceso”.

Situación contraria para la dimensión Rol Emocional, donde los no pensionados expresaron mejor función que los pensionados. Esto podría explicarse por el hecho de que el paso de la adultez a la vejez trae consigo inevitables cambios, entre estos, retiro de la actividad económica, que en el caso de quienes estaban empleados el impacto emocional es mucho mayor, por lo que significa pérdida de la ocupación disminución del ingreso y deterioro de la identidad social (Giraldo, 2010), aun cuando ese retiro signifique una condición económica estable. Otra explicación podría darse por el hecho de que el apoyo familiar para la satisfacción de las necesidades cotidianas, cobra mayor importancia para quienes no cuentan con una pensión, lo cual estrecha los vínculos afectivos, lo que repercute en su estado emocional.

Conclusiones

Los resultados del presente estudio sobre la calidad de vida relacionada con la salud y seguridad económica en adultos mayores, se constituyen en un reto para los profesionales de la salud, los entes gubernamentales y la sociedad en general, por cuanto deja ver la realidad de este grupo poblacional que muchas veces no se beneficia de las decisiones y políticas nacionales y locales.

Por otra parte, visibilizar estos resultados permite generar estrategias de intervención que busquen que las personas mayores sean agentes de su propio cuidado, de su propia promoción de la salud y su estado de bienestar, lo cual es significativo si se tiene en cuenta que el grupo de personas mayores de 60 años son las que más problemas de salud e incapacidad física presentan.

Las conclusiones que se pueden derivar de los resultados obtenidos en este estudio son las siguientes.

Con respecto a situación demográfica de los adultos mayores, la mayoría se ubica en el rango de 60–65 años de edad, prevalece el sexo femenino, se encontró un mayor porcentaje de personas casadas, y se presentan mayores probabilidades de avance en la formación académica en los pensionados. Sobre el estado de salud actual, un alto número (100) de adultos mayores manifestó tener más o menos igual salud que hace un año.

En lo referente a las ocho dimensiones analizadas por tipo de comunidad, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Salud Mental y Salud en el Tiempo, aunque presentan diferencias numéricas en los promedios de los rangos, no son significativas.

Mientras que las dimensiones Función Física y Rol Emocional mostraron diferencias significativas en los promedios.

Recomendaciones

Se recomienda a los jefes de recursos humanos de las empresas en Colombia implementar programas de retiro que ayuden a que la calidad de vida con que goza el trabajador se conserve durante la jubilación en especial atendiendo a la salud mental.

Se deben revisar las estrategias para el abordaje en cuanto a protección al adulto mayor, especialmente de los niveles del SISBEN 1 y 2 para adecuar una mejor prestación de servicios en salud con el fin de mejorar la calidad de vida relacionada con los aspectos físicos.

Se hace necesaria la atención interdisciplinaria de los adultos mayores participantes y no participantes en el estudio, con programas de actividad física encaminados al desarrollo de fuerza, flexibilidad y equilibrio con la intervención de médicos, fisioterapeutas y entrenadores deportivos. Así mismo la valoración por psicólogos, psiquiatras, neurólogos y neuropsicólogos para la adecuada valoración y tratamiento de dichos pacientes.

REFERENCIAS

- Alonso, J. L. Prieto y J. M. Anto (1995). “La versión española del SF36 Health Survey Cuestionario de Salud SF36: un instrumento para la medida de los resultados clínicos”. *Med. Clin.* (Barcelona) 104, pp. 771-6. Recuperado de: <http://dgplades.salud.gob.mx/2006/htdocs/hg/Nuevas/hc1.pdf>.
- Cardona, D., A. Estrada, H. B. Agudelo (2002). “Envejecer nos ‘toca’ a todos. Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor”. Medellín, Facultad Nacional de Salud Pública. Recuperado de: http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadNacionalSaludPublica/Diseno/archivos/Tab1/Tab/envejecer_nos_toca_a_todos.pdf.
- Centro de investigaciones para el desarrollo (2004). *Bien-Estar: Macroeconomía y pobreza. Informe de Coyuntura 2003*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Comisión Económica para América Central y el Caribe, CEPAL (2009). “Envejecimiento, derechos humanos y políticos públicos”. Recuperado de: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/36004/LCG2389-P.pdf>
- (2003). “Las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas: síntesis (LC/L.1973), Santiago de Chile”. Recuperado de: <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/13233/DLE1973-Sintesis.pdf>
- Coronado, G. J., Díaz, V. C. y S. M. Apolaya (2009). “Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo”. *Acta méd. peruana* [online], 26(4), pp. 230-238. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172859172009000400008&lng=es&nrm=iso.%20ISSN%201728-5917.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE, Colombia. Censo Nacional (2005). Estadísticas. Recuperado de: <http://www.dane.gov.co/censo/files/libroCenso2005nacional.pdf>.
- Del Llano, S., S. Pérez y A. Hidalgo (2004). *El impacto de la jubilación en la salud y calidad de vida de las personas mayores*. Fundación Gaspar Casal para la investigación y el desarrollo de la salud. Recuperado de: <http://www.imw.es/userfiles/file/Salud/Salud%20mayores%20definitivo%20IMSERSO.pdf>.
- Durán, A. L., E. G. Salinas y C. K. Gallegos (2003). “Medición de la Calidad de Vida en el Adulto Mayor en dos Estados de México”. Instituto mexicano del Seguro Social. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/259FFB4C-BD1C-45B7-80B5-1320157D1EAA/0/DrLuisDuran.ppt>.
- González, A. L. y C. Rangel (2010). “Calidad de Vida en el Adulto Mayor”. Recuperado de: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/34.pdf>
- González, J. (2005). “Calidad de vida relacionada con la salud”. Recuperado de: <http://epi.minsal.cl/cdvida/htm/Taller2005/0102juliagonzalez.ppt>.
- Huenchuan, S. (2009). *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Santiago de Chile*. Publicación de las Naciones Unidas, p. 131.
- Huenchuan, S. y J. M. Guzmán (2006). “Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para políticas”. Notas de Población No. 83 CEPAL, p. 102. Recuperado de: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/30029/lcg2340-P4.pdf>
- Iglesias, J. A., C. Bárcena, M. J. Del Valle, V. Abella e I. Galán (2010). “Premisas para la elaboración de una herramienta para valorar la calidad de vida en las personas mayores”. *Gerokomos* [revista en Internet], 21(2), 56-61. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000200002&lng=es <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2010000200002>.

- Instituto Municipal de Investigaciones Médicas (2008). “Descripción del instrumento: Cuestionario SF-12. Barcelona”. Recuperado de: http://iryss.imim.es/iryss/PDFs/descripcion_SF-12_BiblioPRO.pdf.
- Jiménez, C. (2007). “Ciudades para un futuro más sostenible”. Recuperado de: <http://habitat.aq.upm.es/temas/a-calidad-de-vida.html>.
- Melguizo, E., A. del C. Acosta y B. Castellanos (2012). “Calidad de vida de adultos mayores en Cartagena. Colombia”. *Enfermería Comunitaria* (rev. digital) 8(1). Recuperado de: <http://www.index-f.com/comunitaria/v8n1/ec7698r.php>
- Minprotección (2007). “Diagnostico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia”. Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Documents/Situacion%20Actual%20de%20las%20Personas%20adultas%20mayores.pdf>.
- Mora, M., D. Villalobos, G. Araya y A. Ozols (2004). “Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del Adulto Mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa”. *Revista MHSalud* 1(1), Septiembre 2004, p. 3.
- Paternina, D. y E. Melguizo (2010). *Calidad de Vida de los Adultos Mayores revisión sistemática*. Recuperado de: <http://190.27.248.91/redunicar/encuentros/5encuentro/ponencias/022.pdf>.
- Profamilia (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Recuperado de: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9.
- Secretaría de Salud de México (2006). “Cuestionario de salud SF3”. Recuperado de: <http://dgplades.salud.gob.mx/2006/htdocs/hg/Nuevas/hc1.pdf>.
- Schwartzmann, L. (2003). “Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales”. *Ciencia y Enfermería* 9(2). Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci_arttext.
- Ramírez, R., Agredo, R., Jerez, A. y L. Chapal (2008). “Calidad de Vida y Condiciones de Salud en Adultos Mayores no Institucionalizados en Cali. Colombia”. *Rev. Salud Pública* 10(4), 529-536. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n4/v10n4a03.pdf>.
- Reyes, C. T., A. E. Triana, P. N. Matos y J. R. Acosta (sf). “Salud en la tercera edad y calidad de vida”. Recuperado de: http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/CALID_007.pdf.

SOBRE LOS AUTORES

Cristina Marín Monroy: Médico graduada hace 25 años en la Fundación Universitaria Juan N. Corpas de Bogotá, especialista en Docencia universitaria de la Universidad Cooperativa de Colombia, con ejercicio de la docencia hace 12 años. Oriento cursos de investigación en cuarto nivel y de promoción y prevención en adultos mayores en séptimo nivel. Actualmente también coordino investigación a nivel de la facultad de Medicina. Perteneczo al grupo de investigación de Ciencia y Pedagogía el cual esta categorizado en D por Colciencias, he hecho publicaciones en la revista Memorias de la universidad la cual esta indexada en categoría C. Mis intereses van orientados hacia la investigación en relación a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en diferentes grupos del ciclo vital humano.

Suly Castro Molinares: Licenciada en Ciencias Sociales, Especialista en Pedagogía para el desarrollo del aprendizaje autónomo, Magistra y Doctora en Educación. Docente de medio tiempo de la Universidad Cooperativa de Colombia, orienta cursos de investigación en segundo, tercero y cuarto nivel. Perteneczo al grupo de investigación de Ciencia y Pedagogía el cual esta categorizado en D por Colciencias.