

Artículo original

Asociación entre calidad de vida relacionada con salud y factores sociodemográficos y antropométricos en una institución de salud de Medellín, Colombia

Association between quality of life related to health and sociodemographical and anthropometric factors in a colombian health institution

Associação entre qualidade de vida relacionada à saúde e fatores sociodemográficos e antropométricos em uma instituição de saúde colombiana

Recibido: 13 | 01 | 20

Aprobado: 13 | 04 | 20

Publicado: 30 | 06 | 2020

DOI: <https://doi.org/10.18270/rsb.v10i1.2785>

How to cite:

Grajales-Toro S, Correa-Silva JP, Cano-Urbe S, Lopera-García D, Pérez-Orozco DJ, Alvarez-Hernández K. Asociación entre calidad de vida relacionada con salud y factores sociodemográficos y antropométricos en una institución de salud de Medellín, Colombia. Rev. salud. bosque. 2020;10(1): Págs. 1-10. DOI: <https://doi.org/10.18270/rsb.v10i1.2785>

Sebastián Grajales Toro

 orcid.org/0000-0002-2250-0124.

Fundación Universitaria María Cano, Facultad de Ciencias de la Salud, Medellín, Colombia.

Juan Pablo Correa Silva

 orcid.org/0000-0001-9963-0042

Sara Cano Uribe

 orcid.org/0000-0001-8589-9008

Damaris Lopera García

 orcid.org/0000-0001-9269-6276

Danna Jackeline Pérez Orozco

 orcid.org/0000-0002-5546-4270

Karen Álvarez Hernández

 orcid.org/0000-0002-1530-1792

Correspondencia:

Universidad CES, Medellín, Colombia. Sebastián Grajales Toro. Correo electrónico: sebastiangrajales@fumc.edu.co.

Resumen

Introducción. La calidad de vida relacionada con la salud se define como la percepción subjetiva e influenciada por el estado de salud actual sobre la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para un individuo, la cual puede verse afectada en el adulto mayor por procesos de envejecimiento.

Objetivo. Caracterizar la calidad de vida relacionada con la salud y las posibles asociaciones con factores antropométricos y sociodemográficos de la población adulta mayor.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio descriptivo con intención analítica y de corte transversal en el que se evaluó la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores. La población de estudio estuvo constituida por 145 personas con edades entre los 70 y 92 años que participaron voluntariamente en el estudio y a quienes se les aplicó el cuestionario SF-36 con preguntas sociales y demográficas, además se realizó toma de medidas de talla y peso. Con la información recolectada se procedió a realizar un análisis univariado.

Resultados. El 60,7 % de los participantes presentó una buena calidad de vida relacionada con salud. Dentro de las características sociodemográficas se encontró que el 63,4 % eran mujeres, el 67,6 % pertenecían a estrato medio-alto, el 67,6 % tenía escolaridad básica-media, el 81,4 % pertenecía al régimen contributivo y el 48,3 % tenía sobrepeso.

Conclusiones. Es necesario implementar programas de protección y cubrimiento en seguridad social al adulto mayor que beneficien especialmente al género femenino, a adultos mayores de edades avanzadas y a los pertenecientes al régimen subsidiado de seguridad social.

Palabras clave: Calidad de vida relacionada con la salud; Adulto mayor; Composición corporal; Antropometría; Características de la población; Demografía.

Abstract

Introduction: Quality of life is related to health, thus defined as the subjective perception of an individual's current capacity to carry out meaningful activities. Such perception is influenced by the current state of health which is turn affected by aging processes.

Objective: To characterize the quality of life related to health and its possible associations with the anthropometric and sociodemographic characteristics.

Methodology: A cross-sectional study was carried out to assess health-related quality of life in the elderly. The study counted 145 participants, ranging from the ages between sixty and ninety-two, who voluntarily participated in the study; A health-related quality of life questionnaire (SF-36) with social and demographic questions was administered. Height and weight measurements were also taken. With this information, a univariate analysis was carried out.

Results: For the total result of the SF-36 questionnaire, it was found that 60.7% of the participants presented a good quality of life related to health. 63.4% of the participants in this study were women and, 67.6% of the overall sample were placed as having upper-middle income. Also, most of the participants were found to have basic schooling (67.6). Regarding social security, 81.4% of the sample belonged to social security health plans and (48.3%) was found to have overweight.

Conclusions: As a result of the analysis carried out, recommendations such as the implementation of social security protection and coverage programs for the elderly, specifically benefitting the females, older adults and those belonging to the subsidized social security system, can be provided.

Keywords: Quality of life related to health; Elderly; Body composition; Anthropometry; Population Characteristics; Demography.

Resumo

Introdução. A qualidade de vida relacionada à saúde é definida como a percepção subjetiva e influenciada pelo estado atual de saúde sobre a capacidade de realizar as atividades importantes de uma pessoa, frequentemente afetadas pelo processo de envelhecimento.

Objetivo. Caracterizar a qualidade de vida relacionada à saúde e possíveis associações com fatores antropométricos e sociodemográficos na população idosa.

Materiais e métodos. Foi realizado um estudo descritivo com intenção analítica e um estudo transversal, avaliando a qualidade de vida relacionada à saúde em idosos. A população do estudo foi composta por 145 pessoas com idades entre 70 e 92 anos, que participaram voluntariamente do estudo e para quem foi aplicado o questionário SF-36 com questões sociais e

demográficas, além de medidas de altura e peso. Com as informações coletadas, foi realizada uma análise univariada.

Resultados. 60,7% dos participantes apresentaram boa qualidade de vida relacionada à saúde. Entre as características sociodemográficas, verificou-se que 63,4% eram mulheres, 67,6% pertenciam à classe média alta, 67,7% possuíam ensino médio-médio (67,6), 81,4% pertenciam ao sistema contributivo e 48,3% estavam acima do peso.

Conclusões. É necessário implementar programas de proteção e cobertura da previdência social para idosos que beneficiem especialmente o sexo feminino, idosos de idade avançada e pertencentes ao sistema subsidiado.

Palavras-Chave: Qualidade de vida relacionada à saúde; Idosos; Composição do corpo; Antropometria; Características da população; Demografia.

Introducción

La Organización Mundial De la Salud (OMS) definió en 1948 la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” (1). Posteriormente, según Schwartzmann, esta misma institución definió calidad de vida (CV) como una “percepción del 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” (2). Por su parte, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), según Schumaker y Naughton, citados por Schwartzmann (2), es: “La percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo”.

Los adultos mayores son una población vulnerable por su salud y por algunos aspectos emocionales, familiares, económicos, etc.; estos elementos, y muchos más, se relacionan con su CV, que a la vez se relaciona directamente con su salud y la percepción de esta (3-5).

Existen muchos métodos para evaluar la CV, siendo uno de los más utilizados el cuestionario SF-36. Además del componente físico, que también es importante para la percepción que se tiene de CV, este instrumento tiene un componente emocional que otras escalas no incluyen. En población adulta mayor se usa el cuestionario SF-36 ya que ha sido ampliamente utilizado antes y, además, está validado en Colombia (6).

Ramírez-Vélez *et al.* (7) realizaron en Cali, Colombia, una investigación en la que utilizaron este cuestionario en condiciones muy similares a las del presente estudio, con adultos mayores no institucionalizados, y encontraron que, debido a que esta población se vuelve más vulnerable, es probable que su CV se haya visto afectada con el paso de los años. Esto es importante ya que el Ministerio de Salud y Protección Social estima que para finales del 2020 la población de adultos mayores se incrementa hasta un 3,76 % y el nivel de dependencia aumente 0,8 %; de esta forma, la pirámide poblacional se invertirá, dejando a los adultos mayores con un porcentaje importante en la población (8).

En países de altos ingresos la CV en adultos mayores ha sido considerada como buena por el 56,3 % y como mala por el 7,9 % (6), mientras que los países de bajos ingresos han reportado prevalencias de mala CV en el 25 % y de buena en el 50 % (5). En aquellos adultos mayores con inadecuadas condiciones nutricionales existe una relación entre el mal estado nutricional y la mala CV ($p=0,03$) (5); de igual forma, los de bajo nivel educativo tienen mayor asociación con la mala CV respecto a los de alto nivel educativo ($p=0,001$) (4).

Según lo antes planteado, la inclusión del término CVRS es importante y cobra una relevancia especial en la valoración de las condiciones de los adultos mayores. En este sentido, la evaluación de la CVRS incluye preguntas que abordan el rol en la sociedad, el estado de salud, el estado funcional y la determinación de factores de riesgo; además es una medida importante en salud, pues es la única que considera la autopercepción del estado de salud del adulto mayor para su intervención (4,5,8,9).

Dado el panorama, el objetivo de esta investigación fue describir la CVRS y las posibles asociaciones con los factores sociodemográficos y antropométricos de los adultos mayores que consultaron a una institución prestadora de salud colombiana ubicada en Medellín entre enero y marzo del 2018. Estudios previos que han explorado la CVRS de adultos mayores de esta ciudad también han aplicado el cuestionario SF-36 en otras poblaciones similares en cuanto a edad y género, pero es poca la información que hay acerca de su aplicación en adultos mayores de estratos medios a altos, no institucionalizados y pertenecientes al régimen contributivo (9-14), por lo cual surge el interés por aplicarlo en esta población y así poder tener más información al respecto.

Materiales y métodos

Tipo de estudio y población

Se realizó un estudio cuantitativo con diseño observacional y de corte transversal en adultos mayores que asistieron a una institución prestadora de salud de Medellín y que se encontraban en el programa de registro de usuarios. La población objetivo correspondió a los pacientes que asistieron a consulta por fisioterapia entre enero y marzo de 2018 y la muestra estuvo constituida por 145 adultos mayores con edades entre los 70 y 92 años, de ambos sexos y que accedieron voluntariamente a participar en la investigación mediante la firma de un consentimiento informado.

Previo al inicio del trabajo de campo, se realizó una prueba piloto para estandarizar las mediciones que se procedieron a tomar. Mediante esta prueba se corrigieron errores (se encontró un error técnico de medición con valores $<5\%$) (15) y se estimó el tiempo requerido para la aplicación del cuestionario. Los evaluadores eran estudiantes de fisioterapia de último semestre que no tenían relación con la institución participante y que fueron capacitados para realizar la toma de datos. Adicional a esto, el instrumento no sufrió cambios significativos y se estandarizó el tiempo de evaluación por paciente en 15 minutos.

Se excluyeron aquellos pacientes con hipertensión arterial descompensada reportada en la historia, que no estuvieran realizando marcha de manera independiente y con deterioro cognitivo confirmado a través del Minimental test (≤ 13 puntos; dato tomado de la historia clínica en la evaluación de ingreso del usuario al servicio de fisioterapia).

Mediciones

La toma de datos se realizó entre enero y marzo del 2018. Para este proceso se tomaron mediciones antropométricas y se aplicó el cuestionario SF-36 y un instrumento de evaluación diseñado por el investigador principal sobre aspectos sociodemográficos. El peso se midió con una balanza de piso SEKA® modelo 807 con resolución 0,100 kg y la talla con un estadiómetro portátil SECA 206® con rango 0-220 cm de 1 mm de precisión, ambos instrumentos previamente calibrados. Con el objetivo de relacionar el peso con la estatura se utilizó el índice de masa corporal (IMC), y para su estimación se usó la fórmula propuesta por Quetelet ($IMC = \text{peso (kg)} / \text{estatura (m)}^2$); los puntos de

corte utilizados para la clasificación en categorías (bajo, normal, sobrepeso y obesidad) fueron adoptados según la propuesta de la OMS (16). Las variables sociodemográficas medidas en este estudio fueron: sexo, edad, estrato socioeconómico, nivel educativo y seguridad social.

La CVRS se midió a través de la forma corta del SF36 en su versión validada en Colombia (6) y con acuerdo de licencia de uso No. QM043775 dado por Optum SF Survey License. Este cuestionario se compone de 36 ítems agrupados en dos subescalas: la de salud física y la de salud mental. La primera agrupa los ítems de función física, rol físico, dolor corporal y salud general, mientras que la segunda incorpora el rol emocional, la función social, la salud mental y la vitalidad, además de incluir un ítem sobre el cambio en salud. Los puntajes fueron asignados en una escala de 0 a 100 en donde, a mayor puntaje, mayor CV. Para este estudio la confiabilidad del SF36, evaluada a través del alfa de Cronbach, fue de 0,89. Luego de obtener los puntajes de cada subescala, la CVRS se categorizó como de buena (≥ 60 puntos) o de mala calidad (< 60 puntos) según los puntos de corte planteados por Vilagut en 2005 (17).

Análisis de los datos

Los datos fueron digitados en el programa Epi Info V.7, exportados a Microsoft Excel y luego llevados al paquete estadístico SPSS versión 21 para su análisis. Previamente se efectuaron pruebas de normalidad mediante el test de Kolmogorov-Smirnov para explorar la posibilidad de aplicar métodos basados en distribución normal.

El análisis descriptivo para las variables cuantitativas se realizó a través de medidas de tendencia central y dispersión. Para las variables con distribución normal se reportaron medias y desviación estándar, mientras que para aquellas con distribución no normal se reportaron medianas y rangos intercuartílicos (RIQ). Las variables cualitativas fueron expresadas a través de frecuencias absolutas y relativas.

Algunas variables de naturaleza cualitativa fueron agrupadas: edad en rangos de 60 a 75 años (edad avanzada) y de 76 a 92 años (adultos longevos); estrato socioeconómico como medio-bajo y medio-alto; formación académica como básica-media y universitaria; seguridad social como régimen subsidiado y otros, y régimen contributivo, e IMC como normopeso (hasta 24,9 kg/m²), sobrepeso (25,0-30,0 kg/m²) y obesidad ($> 30,0$ kg/m²). La CV fue estimada a través del cálculo

de proporciones y, para finalizar, se buscaron asociaciones entre la CVRS y las variables sociodemográficas y antropométricas.

Consideraciones éticas

Este estudio se guió por las normas éticas de investigación en seres humanos CIOMS (18) y la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (19), según la cual la investigación se clasificó como de riesgo mínimo, pues no se realizaron manipulaciones de variables en los sujetos sino simples mediciones que no implicaban un riesgo potencial para la vida de las personas o su seguridad. Los riesgos mínimos que se podían presentar durante este estudio eran caídas y golpes, los cuales se evitaron realizando las mediciones en un consultorio con piso antideslizante bajo todas las medidas de precaución necesarias y con vigilancia constante al sujeto.

La investigación fue aprobada por el Comité de Investigación en Seres Humanos de la universidad participante (UR resolución N° 122453) y por la institución prestadora de salud en la que se hizo la investigación.

A los participantes se les indicaron algunos aspectos importantes como riesgos, beneficios, ley de habeas data, medios de divulgación y uso de la información, y se les solicitó firma del consentimiento informado, el cual tenía espacio para firma del participante y de 2 testigos; se entregó copia del consentimiento con datos del investigador principal en caso de que algún participante necesitara comunicarse.

Resultados

Características sociodemográficas de los adultos mayores

El estudio incluyó 145 adultos a quienes se les aplicó el instrumento de evaluación entre enero y marzo del año 2018; no se realizaron exclusiones en el proceso de análisis. El 63,4 % de la muestra pertenecía al género femenino; la población se encontraba entre los 60 y 92 años y la mediana de edad fue 71 años (RIQ 66,00-76,50). El 81,4 % contaba con régimen de seguridad social contributivo y el 60 % tenía un nivel educativo básico-medio. Además, 1 de cada 2 participantes pertenecía al estrato 5 (alto). La Tabla 1 describe en detalle las características sociodemográficas de la población de estudio.

Tabla 1. Características de los adultos mayores que consultaron a la institución en donde se realizó el estudio. 2018.

Características sociodemográficas		n (145)	Porcentaje (%)
Sexo	Masculino	53	36,6
	Femenino	92	63,4
Edad en años cumplidos	Edad Avanzada (60-74 años)	103	70,3
	Longevo (75-92 años)	42	29,7
Seguridad social	Contributivo	118	81,4
	Subsidiado-Otro	27	18,6
Escolaridad	Básica-Media	87	60,0
	Universitaria	58	40,0
Estrato socioeconómico	Medio-bajo (1 a 3)	47	32,4
	Medio-alto (4 a 6)	98	67,6

Fuente: Elaboración propia.

Características antropométricas

Con respecto a las características antropométricas, los resultados obtenidos muestran que el IMC registrado fue de $27,3 \pm 3,8$ kg/m² y que el 24,1 % de la población tuvo obesidad. La Tabla 2 describe los datos antropométricos.

Tabla 2. Características antropométricas de la población.

Variable	Media	DE (±)
Talla	1,57 m	0,86 m
Peso	67,6 kg	11,83 kg
IMC	27,37 kg/m ²	3,8 kg/m ²
IMC agrupado	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Normopeso	40	27,6
Obesidad	35	24,1
Sobrepeso	70	48,3

IMC: índice de masa corporal.

Fuente: Elaboración propia.

Calidad de vida relacionada con la salud

El dominio en el que se obtuvo menor puntaje fue del desempeño físico (50,0 RIQ=40,0-100), seguido de dolor físico (57,5 RIQ= 47,5-70,0); mientras que el que presentó mayor puntaje fue el de función social (87,5 RIQ=75-100) y en segundo lugar se ubicó el desempeño emocional (83,3 RIQ=33,3-100). El puntaje de la subescala física (61,87 RIQ=49,06; 80,15) fue menor en comparación con el puntaje de la subescala mental (80,66 RIQ=62,9; 91,06).

La media de la CVRS fue de $63,1 \pm 16,5$ y tuvo una mediana de 64,5. Después de recategorizar la variable (en buena o mala CVRS), se encontró que el 39,3 % de la población participante tiene mala CV, tal como se puede observar en la Tabla 3.

Tabla 3. Características generales de la calidad de vida relacionada con la salud de la población.

Escala SF36	
Dominios escala SF36	Mediana (RIQ)
Desempeño físico	50,0 (40,0-100,0)
Dolor físico	57,5 (47,5-70,0)
Función física	75,0 (52,5-95,0)
Salud general	70,0 (57,5-85,0)
Función social	87,5 (75,0-100,0)
Desempeño emocional	83,3 (33,3-100,0)
Salud mental	80,0 (68,0-95,0)
Vitalidad	70,0 (50,0-80,0)
Subescala física	61,8 (49,0-80,1)
Subescala mental	80,6 (62,9 -91,0)
Total escala SF-36	Media (DE)
CVRS	63,12 (±16,58)
Variable recategorizada	Frecuencia (%)
Buena CVRS	88 (60,7)
Mala CVRS	57 (39,3)

CVRS: calidad de vida relacionada con la salud

Fuente: Elaboración propia.

Relación entre CVRS y características antropométricas y sociodemográficas

Las variables que según su valor de significancia representaron una percepción de CVRS inferior dentro de sus categorías fueron: individuos de sexo femenino

($p=0,041$), adultos mayores longevos ($p=0,025$) y pertenencia al régimen subsidiado-otro de seguridad social ($p=0,049$) (Tabla 4), por lo cual se puede considerar que existe una relación entre presentar una mala calidad de vida y pertenecer a estos grupos poblacionales.

Tabla 4. Calidad de vida relacionada a la salud y su asociación con factores de riesgo en análisis univariado.

Variable	Calidad de vida relacionada con la salud						
	Buena		Mala		Total	Valor p	
	n	%	n	%	n		
Sexo	Femenino	50	54,3	42	45,7	92	0,041
	Masculino	38	71,6	15	28,3	53	
Edad	76-92	20	46,5	23	53,4	43	0,025
	60-75	68	66,6	34	33,3	102	
Estrato socioeconómico	Medio-Bajo	26	55,3	21	44,6	47	0,360
	Medio-Alto	62	63,2	36	36,7	98	
Nivel educativo	Básica-media	51	58,6	36	41,3	87	0,532
	Universitaria	37	63,7	21	36,2	58	
Seguridad social	Subsidiado-Otro	21	77,7	6	22,2	27	0,049
	Contributivo	67	56,7	51	43,2	118	
Índice de masa corporal	Obesidad	16	45,7	19	54,2	35	0,082
	Sobrepeso	48	68,5	22	31,4	70	
	Normopeso	24	60,0	16	40,0	40	

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

La importancia del desarrollo de esta investigación es conocer cómo los adultos mayores perciben su salud y su CVRS a partir de los componentes físico y mental; también se intenta conocer las posibles asociaciones que tienen algunas variable antropométricas y sociodemográficas con la CV, esto con el objetivo de plantear algunas intervenciones desde el ámbito de la fisioterapia que puedan impactar sobre la CV de los adultos mayores.

Dentro de los hallazgos relacionados a características sociodemográficas, se encontró que el 63,4 % de la población eran mujeres y que son estas quienes perciben mayores cambios negativos en su CV, lo cual

coincide con otros estudios: en Cruces (Cuba), Cori-guedo-Rodríguez *et al.* (20) señalaron que el sexo masculino tiene una CVRS significativamente mejor que el sexo femenino; en Ciudad de México, Soria-Romero & Montoya-Arce (21) encontraron que el 45,4 % de los hombres presentan CV alta y muy alta, mientras que las mujeres apenas registran 39,8 %, de modo que en dicho estudio se asume que el sexo femenino tiene mayor influencia negativa en la CV; no obstante, Mora *et al.* (12) concluyeron que la calidad de vida percibida por el adulto mayor no difiere en lo que respecta al género.

El presente estudio fue realizado en una institución prestadora de salud de carácter privado debido a que allí asiste una gran cantidad de población de adultos

mayores. Dentro de las características de la población se encuentra que no están institucionalizados y que mayormente pertenecen al régimen de seguridad social contributivo (81,4 %) y a estratos socioeconómicos medio-altos (estratos 4, 5 y 6; 67,6 %), contrario a lo mostrado en estudios realizados en otras ciudades de Colombia como Bucaramanga, Cartagena y Medellín, e incluso de otros países como Costa Rica, donde el mayor porcentaje de adultos mayores se encuentran internos en hogares geriátricos y pertenecen al régimen de seguridad social subsidiado/SISBEN (en el caso colombiano) y a estratos socioeconómicos bajos (9-14). En estos grupos predominantes no se encontró relación con tener una mala CVRS.

El 40 % de los participantes tenían título universitario, pero no se halló relación entre el nivel educativo y presentar una mala CVRS, lo que contrasta con el estudio de Vargas-Ricardo & Melguizo-Herrera (13) realizado en Cartagena, donde predominaron los adultos mayores pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos (2 y 3) con un 66,7 % y donde la autopercepción de la CVRS fue excelente para el 87,4 % de los participantes, incluso aunque predominó la población con escolaridad primaria (49,6 %).

De forma contraria, en otros estudios se observó una tendencia a mejorar la percepción de la CVRS a medida que el grado de escolaridad era mayor, percepción que se hizo negativa en la valoración de características emocionales en los ancianos de niveles educativos más bajos (10,12,22). Los resultados aquí encontrados también contrastan con un estudio realizado por Cáceres-Manrique (14) en Bucaramanga, en el cual las personas con mayor grado de escolaridad tenían mejor CV, esto posiblemente debido a que un alto grado de educación favorece el desarrollo de las capacidades y genera más oportunidades en los diferentes aspectos que influyen en la percepción que tiene el individuo (14). También se encontraron diferencias con el estudio de Coronado-Gálvez *et al.* (23), realizado en Perú, en el cual se concluye que las personas instruidas viven mejor que las que no lo son, aun cuando tengan los mismos ingresos, ya que tienen más posibilidades de cultivar sus intereses y ocupaciones y de mejorar el cuidado de su salud.

En un estudio realizado en Córdoba, Argentina, el nivel educativo no influyó de manera directa la percepción que tienen los adultos mayores sobre su CV, pero al relacionar el nivel educativo con los ingresos, la cobertura en salud y la procedencia, se encontró que esto hace que los adultos requieran ayuda de terceros,

lo cual aumenta el nivel de dependencia y disminuye la percepción de la CV; dicho artículo respalda en cierta medida los resultados arrojados por el presente estudio, pues aquí el nivel educativo no tiene relación con una mala CVRS pero se debe tener en cuenta que la mayoría de la población de estudio es de estratos medios-altos y pertenece al régimen contributivo (24).

En referencia a las características antropométricas, el IMC tuvo una media de 27,3 kg/m² (DE±3,8 kg/m²), lo que se acerca bastante a lo publicado por Ramírez-Vélez *et al.* (7), quienes determinaron que el IMC tenía una media de 26,7 kg/m² (DE±4,4). De forma similar, Cabrero *et al.* (25) reportaron en Valencia, España, un IMC con una media de 29 kg/m², siendo este valor superior al del presente estudio.

En la mayoría de estudios la población está en el rango de sobrepeso (valores >25 kg/m²); en específico, en el presente estudio el 48 % tuvo sobrepeso y el 24,1 %, obesidad. Aunque no se estudió la relación entre estas variables, se cree que los resultados pueden estar asociados a la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles como hipertensión, diabetes e hipotiroidismo, las cuales se acentúan con la edad (26). Sin embargo, no se encontró que esto tuviera relación con una mala percepción de la CV de los adultos mayores, respecto a lo cual sí se encontraron diferencias en otros estudios como el de Yan *et al.* (27), donde se halló que los adultos mayores de Estados Unidos con obesidad tenían peor percepción de su CV que aquellos con peso normal, ya que este es un aspecto que influye en su mal desempeño físico. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que los norteamericanos tienen índices de obesidad mucho más altos que los latinoamericanos: el 39,8 % de la población norteamericana tiene sobrepeso (28). El estudio de Yan *et al.* (27) concuerda con el de Öztürk *et al.* (29), donde se encontró que las personas con obesidad tienen puntajes más bajos en su CV con relación al dolor y a la parte física, emocional y social, posiblemente debido a un aumento significativo en la persistencia de enfermedades crónicas.

Ramírez-Vélez *et al.* (7) también encontraron que los pacientes con un IMC asociado a sobrepeso tienen una relación directa con enfermedades como hipertensión y una disminución en los puntajes de la escala física y mental, lo que parece indicar que el descenso más notable en las escalas físicas no solo se asocia al sobrepeso, sino también con la pérdida de capacidad funcional que acompaña al envejecimiento progresivo y es consistente con la alta prevalencia de discapacidades en la población mayor de 65 años.

En el presente estudio se encontró que el 39,3 % de la población tiene mala CVRS y que los factores que se relacionan con este resultado fueron las variables sociodemográficas sexo femenino, adulto mayor, longevo y pertenecer al régimen de seguridad social subsidiado-otro. Los puntajes más bajos obtenidos por medio de la escala SF-36 se registraron en los dominios de desempeño físico (mediana=50) y dolor físico (mediana=57,5), mientras que los mejores resultados se observaron en función social (mediana=87,5), desempeño emocional (mediana=83,3) y salud mental (mediana=80).

Estos hallazgos concuerdan con otros estudios en población de adultos mayores de contexto y características similares: Marín-Monroy & Castro-Molinares (30) encontraron una media de 87,5 puntos para salud mental, de 93,3 puntos para función social y de 83,3 puntos para desempeño emocional; García-Madrid *et al.* (31) encontraron una media de 79,1 puntos para salud mental, de 89,66 puntos para función social y de 69,5 puntos para rol emocional en población no institucionalizada; Chaves-García *et al.* (32) encontraron una media de 64,5 puntos para salud mental y de 72,1 puntos para función social, y, por último y contrariamente, Ramírez-Vélez *et al.* (7) encontraron que las puntuaciones más bajas quedaron demostradas en los dominios desempeño emocional con una media 19,2 puntos y función social con una media de 24,1 puntos.

En el presente estudio los adultos mayores percibieron cambios negativos en su salud física y mental, pero en su mayoría esto no les impedía realizar sus actividades de la vida diaria ni tener un desempeño normal de su vida social, contrario a lo que establecieron Cardona-Arias *et al.* (33) en un estudio en Medellín, donde la parte psicológica y la social fueron las más afectadas; debe tenerse en cuenta que la población de dicho estudio estuvo conformada por adultos mayores institucionalizados en los que no es posible desempeñarse por fuera del entorno en el que se encuentran.

No obstante, los resultados coincidieron con estudios realizados en poblaciones no institucionalizadas, como el de Coronado-Gálvez *et al.* (23), donde el promedio del dominio función social fue el más alto, lo que indica en general una buena función social de la población estudiada, la cual realiza actividades sociales normales sin interferencias debido a problemas físicos o emocionales. Por su parte, Moreno-Moreno (34) concluyó que es fundamental la integración en la comunidad, en donde a través de distintas actividades

los adultos mayores pueden generar placer y un desarrollo tanto intelectual como social, permitiendo así su participación en el uso de tecnologías y actividades de ocio, dejando de lado las limitaciones que tienen por el dolor que poseen y disminuyendo, de alguna forma, la intensidad del mismo.

El dolor físico, considerado como una percepción sensorial desagradable, fue uno de los ítems donde se encontró mayor respuesta negativa (53,4 %), lo cual coincide con los resultados del estudio de Estrada *et al.* (9) en cuanto a alteraciones clínicas y fue un indicador para disminuir el puntaje de CV en dicho estudio. Al respecto, Bragard & Decruynaere (35) explican que el dolor es una experiencia que abarca grandes dimensiones, ya sea de aspectos sensorio-discriminatorios, afectivos, motivacionales y/o cognitivos, y que puede generar repercusiones funcionales y emocionales sobre la CV al tener una afectación, bien sea positiva o negativa dependiendo de la percepción de cada individuo. Por su parte, el estudio de Öztürk *et al.* (29) asocia la obesidad con el dolor al buscar una relación de la percepción del dolor y las características antropomórficas; en dicha investigación se dice que tanto el envejecimiento como la obesidad pueden, por un lado, provocar discapacidad al disminuir la función de los órganos y, por el otro, aumentar el número de enfermedades crónicas e inflamatorias; durante este proceso natural se produce dolor crónico debido a la degeneración del sistema músculo esquelético, el desequilibrio y las caídas, lo que hace que los adultos mayores tengan una mala percepción de su CV.

Siguiendo la temática del dolor, Rodríguez-Sepúlveda (36) evaluó en Chile la calidad de vida en adultos mayores con dolor crónico secundario a patologías osteoarticulares y encontró resultados opuestos a los del presente estudio, pues la intensidad del dolor no impactó en la percepción de CV de forma proporcional en su población estudiada, resultado paradójico al sentido común que indicaría que a mayor dolor, peor percepción de la CV, sin embargo debe tenerse en cuenta que para dicho estudio se aplicó el cuestionario SF-12 que, al ser más corto que la escala SF-36, puede dejar por fuera varios aspectos que podrían influir en los resultados.

Es necesario tener en cuenta que el presente estudio tuvo como limitación que la población estudiada correspondió solo a adultos mayores de estratos medios-altos, pertenecientes al régimen de seguridad social contributivo y no institucionalizados, por lo cual los resultados pueden llegar a ser contrarios a los encontrados en estudios previos realizados en poblaciones

más amplias. Dada esta limitación, los resultados no pueden ser generalizados a la población de adultos mayores de Medellín, ni de Colombia. Sin embargo, cabe destacar que esta investigación puede sentar una línea de base para futuras investigaciones donde se siga un modelo multivariado con muestras representativas y recogidas de manera aleatoria.

Conclusiones

Los adultos mayores que asistieron a la institución prestadora de salud durante el periodo de estudio fueron en su mayoría de género femenino, de edades avanzadas y pertenecientes a un nivel socioeconómico medio-alto y al régimen de seguridad social contributiva. Respecto a la escala SF-36, se encontraron buenos resultados en la subescala mental, donde resalta la función mental con el mayor puntaje obtenido (87,5 RIQ=75; 100).

El 60,7 % de los sujetos estudiados tienen una buena CVRS. Sin embargo, se encontró una relación entre tener una mala CV y el pertenecer al régimen de seguridad social subsidiado-otro, ser mujer y ser un adulto mayor longevo.

Como resultado del análisis realizado, se pueden proporcionar algunas recomendaciones que pueden favorecer a la población de estudio, tales como implementar programas de protección y cubrimiento en seguridad social al adulto mayor que beneficien especialmente al género femenino, a los adultos mayores de edades avanzadas y a aquellos pertenecientes al régimen de seguridad social subsidiado, y, dada la pérdida de independencia y deterioro en la calidad de vida del adulto mayor longevo, generar estrategias basadas en actividad física y buena alimentación que permitan disminuir la aparición de una mala CVRS en los adultos mayores longevos.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiación

Ninguna declarada por los autores.

Agradecimientos

Ninguno declarado por los autores.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Constitución de la organización mundial de la salud. Nueva York: OM; 2006 [citado 2019 Dic 3]. Disponible en: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.
2. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. Cienc Enferm. 2003;9(2):9-21. DOI: 10.4067/S0717-95532003000200002.
3. Lizán-Tudela L. La calidad de vida relacionada con la salud. 2009;41(7):411-6. DOI: 10.1016/j.aprim.2008.10.019.
4. Orueta-ánchez S R, Rodríguez-de Cossío Á, Carmona-de la Morena J, Moreno-Álvarez A, García-López A, Pintor-Córdoba C. Anciano Frágil y Calidad de Vida. Rev Clín Med Fam. 2008;2(3):101-5.
5. Whetsell MV, Frederickson K, Aguilera P, Maya JL. Niveles de bienestar espiritual y fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores. Aquichan. 2005 [citado 2019 Dic 3];5(1). Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/61>.
6. Lugo LH, García HI, Gómez C. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud sf-36 en Medellín, Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública. 2006;24(2):37-50.
7. Ramírez-Vélez R, Agredo RA, Jerez AM, Chapal LY. Calidad de Vida y Condiciones de Salud en Adultos Mayores no Institucionalizados en Cali, Colombia. Rev. salud pública. 2008;10(4):529-36.
8. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020. Dinámica demográfica y estructuras poblacionales. Bogotá D.C.; MinSalud; 2013 [citado 2020 May 11]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>.
9. Estrada A, Cardona D, Segura ÁM, Chavarriaga LM, Ordóñez J, Osorio JJ. Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. Biomédica. 30 de junio de 2011;31(4):492. DOI: 10.7705/biomedica.v31i4.399.
10. Cardona-Arango MD, Estrada-Restrepo A, Agudelo H. Envejecer nos «toca» a todos. Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor [disertación]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
11. Melguizo-Herrera E, Acosta-López A, Castellano-Pérez B. Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia). Salud, Barranquilla. 2012;28(2):261-8.
12. Mora M, Villalobos D, Araya-Vargas GA, Ozols A. Perspectiva Subjetiva de la Calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico-recreativa. MHSalud: Movimiento Humano y Salud. 2004;1(1).

13. Vargas-Ricardo SR, Melguizo-Herrera E. Calidad de vida en adultos mayores en Cartagena, Colombia. *Rev. Salud Pública*. 2017;19(4):549-54. DOI: 10.15446/rsap.v19n4.55806.
14. Cáceres-Manrique FM, Parra-Prada LM, Pico-Espinosa OJ. Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia. *Rev. Salud Pública*. 2018;20(2):147-54. DOI: 10.15446/rsap.V20n2.43391.
15. Chiquete E, Ruiz-Sandoval JL, Ochoa-Guzmán A, Sánchez-Orozco LV, Lara-Zaragoza EB, Basaldúa N, et al. The Quételet index revisited in children and adults. *Endocrinol Nutr*. 2014;61(2):87-92. DOI: 10.1016/j.endonu.2013.06.001.
16. Moreno M. Definición y clasificación de la obesidad. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2012;23(2):124-8.
17. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005;19(2):135-50.
18. International Ethical Guidelines for Health-Related Research Involving Humans. 4 ed. Geneva: Council for International Organizations of Medical Sciences; 2017.
19. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993 (octubre 4): Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá D.C.; octubre 4 de 1993 [citado 2019 Dic 3]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>.
20. Coriguedo-Rodríguez MC, García-González D, González-Arias VI, Crespo-Lechuga GA, González-García G, Calderín-Hernández M. Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2014;30(2):208-16.
21. Soria-Romero Z, Montoya-Arce BJ, Universidad Autónoma del Estado México. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Pap. Poblac*. 2017;23(93):59-93. DOI: 10.22185/24487147.2017.93.022
22. Carmona-Valdés SE. El bienestar personal en el envejecimiento. *IBEROFORUM Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*. 2009;9(7):48-65.
23. Coronado-Gálvez JM, Díaz-Vélez C, Apolaya-Segura MA, Manrique-González LM, Arequipa-Benavides JP. Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. *Acta Méd. Peruana*. 2009;26(4):230-8.
24. Peláez E, Acosta LD, Carrizo ED. Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores. *Rev Cuba Salud Pública* 2015;41(4).
25. Cabrero-García J, Muñoz-Mendoza CL, Cabañero-Martínez MJ, González-Lopís L, Ramos-Pichardo JD, Reig-Ferrer A. Valores de referencia de la Short Physical Performan-
- ce Battery para pacientes de 70 y más años en atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2012;44(9):540-8. DOI: 10.1016/j.aprim.2012.02.007.
26. 2Miguel-Soca P, Sarmiento-Teruel Y, Mariño-Soler A, Llorente-Columbié Y, Rodríguez-Graña T, Peña-González M. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo en adultos mayores de Holguín. *Rev. Finlay*. 2017 [citado 2019 Dec 3];7(3):155-67. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000300002.
27. Yan LL, Daviglius ML, Liu K, Pirzada A, Garside DB, Schiffer L, et al. BMI and Health-Related Quality of Life in Adults 65 Years and Older. *Obes Res*. 2004;12(1):69-76. DOI: 10.1038/oby.2004.10.
28. Fryar CD, Carroll MD, Ogden CL. Prevalence of Overweight, Obesity, and Severe Obesity Among Adults Aged 20 and Over: United States, 1960-1962 Through 2015-2016. *National Center for Health Statistics*; 2018.
29. Öztürk ZA, Türkbeyler H, Abiyev A, Kul S, Edizer B, Yakaryılmaz FD, et al. Health-related quality of life and fall risk associated with age-related body composition changes; sarcopenia, obesity and sarcopenic obesity. *Intern Med J*. 2018;48(8):973-81. DOI: 10.1111/imj.13935
30. Marín-Monroy C, Castro-Molinares S. Adulto mayor en Santa Marta y calidad de vida. *Revista Memorias*. 2011;9(16):120-9.
31. García-Madrid G, García-Solano B, Navarro N, Tochihuil M, Morales-Nieto A, Ramos-Vasquez JA. Calidad de vida de adultos mayores de un contexto rural desde la mirada del SF-36. *Parainfo Digital. Monográficos Investigación en Salud*. 2013;(2).
32. Chaves-García M, Sandoval-Cuellar C, Calero-Saa P. Asociación entre capacidad aeróbica y calidad de vida en adultos mayores de una ciudad colombiana. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2017;34(4):672. DOI: 10.17843/rp-mesp.2017.344.2522
33. Cardona-Arias JA, Álvarez-Mendieta MI, Pastrana-Restrepo S. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, 2012. *Rev Cienc Salud*. 2014;12(2):139-55.
34. Moreno-Moreno J. Mayores y calidad de vida. *Portularia*. 2004;4:187-98.
35. Bragar D, Decruynaere C. Evaluación del dolor: aspectos metodológicos y uso clínico. *EMC-Kinesiterapia-Med Física*. 2010;31(4):1-11. DOI: 10.1016/S1293-2965(10)70715-5.
36. Rodríguez-Sepúlveda SE. Percepción de la calidad de vida en anciano con dolor crónico secundario a patología osteoarticular y musculoesquelética. *Gerokomos*. 2017;28(4):168-72.