

Información Importante

La Universidad Santo Tomás, informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan **finalidad académica**, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que “los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.”

Bibliotecas Bucaramanga
Universidad Santo Tomás

**Prevalencia de indicadores trazadores que miden la calidad de vida de los adultos mayores
en Cartagena y El Carmen de Chucuri-Santander.**

**Pablo Alexander Beltrán Marín, Leidy Bibiana Contreras Tamaris, Ana Edith Castañeda
Rodríguez**

Informe Comparativo

Universidad Santo Tomas, Bucaramanga

División de Ciencias Económicas y Administrativas.

Especialización en Gerencia de Instituciones y Seguridad Social en Salud.

2016

Contenido

	Pág.
1. Introducción	6
2. Prevalencia de indicadores trazadores que miden la calidad de vida de los adultos mayores en Cartagena y El Carmen de Chucuri	6
3. Marco de Referencia	7
4. Conclusiones	25
Bibliografía	27

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. Población de análisis por género.....	15
Figura 2. Prevalencia de enfermedades cardiovasculares.....	16
Figura 3. Percepción de apoyo social	18
Figura 4. Independencia de Adulto mayor en las AVD.....	23

Glosario

Dependientes: Adulto mayor que requiere de la presencia de personal para la realización de sus actividades diarias.

Independientes: Adulto mayor que realiza todas sus actividades de la vida diaria de forma independiente.

Parcialmente independientes: Adulto mayor que realiza sus actividades de la vida diaria con el apoyo del uso de aparatos ortopédicos.

Soporte social: Adulto mayor que recibe visita de familiar y/o miembro de la comunidad con regularidad mínima mensual y/o acude en caso de ser requerido por eventualidad.

1. Introducción

El fenómeno de envejecimiento de la población es uno de los principales retos que deberá asumir la sociedad en el mediano plazo, debido a los retos en la generación de condiciones de “calidad de vida” de sus entornos y los costos de servicios sanitarios que esta población demanda. Para el caso de Colombia particularmente, se está presentando un fenómeno de envejecimiento acelerado, ya que mientras la población general crece a un ritmo del 1.5% anual, los mayores de 65 años lo hacen a un ritmo de 3.5%, situación que llevará al país a duplicar su población de adultos mayores a 2030, cuando se alcanzará un 15% de población mayor a 65 años frente a la general. Esta situación impone retos para la definición de prioridades de inversión de los recursos públicos disponibles, lo cual sólo será posible solo con conocimiento sobre las características de la dinámica de envejecimiento.

Por lo anterior se definió realizar el presente análisis comparativo entre las diferencias de condiciones de percepción de la calidad de vida entre la ciudad de Cartagena (presentado en la encuentro nacional de calidad de vida, Bogotá, 2015) y el municipio de El Carmen de Chucurí-Santander, dos territorios municipales colombianos, en los cuales se pretenden identificar trazadores de la percepción de la calidad de vida prevalentes y diferencias de magnitud de los mismos, en los territoriales; Este permitirá desde lo académico tomarse como base para futuros análisis a profundidad de las condiciones de calidad de vida de los adultos mayores en Santander y/o de referencia para la priorización de programas que benefician la calidad de vida de los adultos mayores en los municipio de Santander, según interpretación de este análisis.

2. Marco de Referencia

La calidad de vida; es un concepto que ha venido evolucionando en los últimos años debido a las marcadas diferencias de bienestar y desarrollo entre los países. Este concepto busca realizar un acercamiento desde la satisfacción subjetiva percibida por las personas sobre los diferentes servicios a los que tiene realmente acceso y que son catalogados básicos como son: la salud, educación, agua, acueducto, energía, vías, etc.

La calidad de vida evoluciona al concepto específico de calidad de vida relacionada con salud (CVRS); la cual trata de medir la satisfacción de las personas con su estado de salud percibido en las diferentes esferas del ser humano. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definición de calidad de vida relacionada con salud aceptada es la “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” (Botero de Mejía & Pico Merchán, 2007).

En la evolución del concepto de calidad de vida se han dado diferentes intentos por medir de manera fehaciente la satisfacción de la población en relación a la percepción del bienestar con la vida, y para ello se han diseñado instrumentos de tipo poblacional (encuestas nacionales de calidad de vida) y los instrumentos de percepción de la calidad de vida relacionada con salud (estos se aplica sobre personas o grupos de personas específicas). Los primeros intentan lograr una descripción del nivel de acceso a los servicios de bienestar de una determinada población y los segundos buscan identificar el impacto de una situación determinada en salud sobre la persona o grupo de personas.

Aunque la CVRS es considerada como un ente global e integral del individuo, también es cierto que para su evaluación debe ser desglosado en varios aspectos que están englobados en las siguientes dimensiones o ejes de evaluación del ser, como son:

- **Funcionamiento físico:** Incluye aspectos relacionados con la salud física y con la repercusión de los síntomas clínicos sobre la percepción del paciente de su estado de salud.
- **Salud mental:** Este apartado considera la repercusión del funcionamiento cognitivo en forma global, también incluye la vitalidad o energía y la competencia percibida para afrontar problemas derivados de la enfermedad o del tratamiento.
- **Estado emocional:** En este punto se evalúan aquellos aspectos relacionados con la ansiedad y la depresión.
- **Dolor:** Este ítem evalúa el nivel de dolor percibido asociado a la presencia de cualquier enfermedad o síntoma y la interferencia del dolor en la vida cotidiana de la persona.
- **Funcionamiento social:** Esta dimensión explora la repercusión del estado de salud en el desempeño habitual de las relaciones sociales, el aislamiento social debido a la incapacidad física y las alteraciones en el desempeño de los roles sociales en la vida familiar y laboral.
- **Percepción general de la salud:** Incluye evaluaciones subjetivas globales del estado de salud de la persona y las creencias relativas a la salud, además se registran en este apartado las preferencias, valores, necesidades y las actitudes referentes a la salud.

- Otras dimensiones: En esta dimensión se incluyen aspectos tales como la función sexual, el grado de satisfacción con la vida, el impacto sobre el rendimiento laboral y las actividades cotidianas. (Ramonés, 2007)

Ahora bien, las interrelaciones entre el paciente, la enfermedad, las variables del tratamiento, los síntomas y la calidad de vida relacionada a la salud fueron descritas por Wilson et al, 1997, quienes proponen que los cambios fisiológicos debidos a la enfermedad o al tratamiento conducen a síntomas los cuales a su vez ejercen su influencia en el estado funcional o en la calidad de vida del paciente. Dichas interrelaciones están influenciadas por variables tanto del paciente como del ambiente y pueden afectar su percepción de los síntomas y de los cambios en la calidad de vida (Ramonés, 2007).

Por otra parte, las encuestas de calidad de vida (E.C.V), surgieron como respuesta a la necesidad de caracterizar la población en los diferentes aspectos involucrados en el bienestar de los hogares. La E.C.V, incluye variables relacionadas con la vivienda (material de paredes, pisos y servicios públicos), las personas para los que se incluyen variables de: educación, salud, cuidado de los niños, fuerza de trabajo, gastos e ingresos, etc., y los hogares que involucra variables como: tenencia de bienes y percepción del jefe o del cónyuge sobre las condiciones de vida en el hogar. (DANE, 2016)

En Colombia, desde 1997, el DANE implementa la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) incorporando en su diseño y ejecución lo postulado por la metodología para la edición de las condiciones de vida (The Living Standards Measurement Study -LSMS-). Las ECV son una investigación que permite recoger información subjetiva sobre diferentes aspectos y dimensiones del bienestar de los hogares, incluye variables relacionadas con las características físicas de las viviendas (material de paredes y pisos); el acceso a servicios públicos, privados o comunales;

salud; atención integral de niños y niñas menores de 5 años; tecnologías información y comunicación; tenencia y financiación de la vivienda; condiciones de vida del hogar y variables demográficas como: sexo, edad, parentesco, estado civil, entre otras (DANE, 2016)

Igualmente, en los diferentes grupos poblacionales se han venido implementando diferentes escalas de medición de calidad de vida, que buscan evaluar impacto o planear intervenciones y/o servicios institucionales ofrecidos en un tiempo determinado. Los resultados de estos estudios, son ampliamente utilizados en la formulación de políticas públicas y/o recomendaciones para sus aplicaciones desde la academia al sector público.

Hay que considerar también que el significado de la calidad de vida es distinto para cada persona, pues refleja los diversos conocimientos, experiencias y valores individuales. Para algunos, la calidad de vida puede estar basada en la armonía de una vida hogareña y para otros en un sentido más espiritual. Para los que padecen algún tipo de enfermedad, se centra en su dolencia y en las consecuencias que se derivan. De ahí que será este enfoque de calidad de vida relacionada con salud el que se abordará en el presente análisis de Prevalencia de factores relacionados con la calidad de vida en los adultos institucionalizados de El Carmen de Chucuri.

Siendo consecuentes con la situación de que “en Colombia al igual que en muchos países, está ocurriendo el proceso llamado transición demográfica, que implica las disminuciones porcentuales de la población joven de 0 a 14 años, junto con incrementos en cantidad y en porcentaje de las poblaciones adultas de 15 a 64 años, y envejecida de 65 años y más” (Botero et al, 2007), y por lo cual tanto Cartagena como El Carmen de Chucuri, tienen la misma dinámica de transición demográfica.

De acuerdo a conclusiones de autores sobre mediciones en calidad de vida del adulto mayor se puede mencionar que “en la práctica, el enfoque más común a la hora de medir la *calidad de*

vida de los adultos mayores ha sido utilizar varios tipos de indicadores de vida satisfactoria: la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y con el entorno y las creencias religiosas” (Botero de Mejía & Pico Merchán, 2007) (Ramones, 2007)

De la misma forma, la perspectiva de ciclo de vida introduce la noción de que la vejez es una etapa más en el proceso total del ciclo vital, la cual no implica necesariamente una ruptura en el tiempo ni el ingreso a una etapa terminal, sino que es parte de un proceso donde el individuo continúa integrado a la sociedad. El concepto que cada individuo tiene de la vejez es una construcción cultural que involucra diferentes ámbitos de la organización social (Gonzalez Tovar & Garza Sanchez , 2015).

Igualmente, se deben considerar las diferencias respecto al sexo masculino y femenino, ya que al final de la vida se encuentran significativas diferencias entre los géneros, tanto de actitud frente a la vida, como de condiciones sociales en sí, que hacen del estudio y el abordaje de los adultos una condición especial.

La mayor longevidad de las generaciones actuales plantea una serie de interrogantes, muchas de ellas relativas al modo de lograr un envejecimiento activo y saludable para las personas mayores. Esto es especialmente pertinente en el caso de los países de América Latina y el Caribe, debido a que la limitación de recursos estatales obliga a diseñar estrategias efectivas para optimizarlos. Y del cual Colombia no es una excepción.

Teniendo en cuenta lo anterior, presentamos el análisis comparativo entre el estudio de Factores asociados a la calidad de vida relacionada con salud en adultos mayores Cartagena – 2015 y la prevalencia de indicadores trazadores que afectan la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados de El Carmen de Chucuri-Santander.

Para profundizar en este análisis se describirán las diferencias sociales existentes entre los dos municipios. Cartagena es un municipio de características ampliamente urbanas, con marcadas problemáticas sociales por la desigualdad económica de su población. El Carmen de Chucuri, está enclavado en las montañas de Santander, con población eminentemente rural y que basan su economía en la subsistencia campesina, cuenta con la presencia de un centro de bienestar del adulto mayor, el cual acoge a los adultos mayores que ya no pueden producir el sustento diario en sus familias o los aquejan diferentes patologías que les generan incapacidad para valerse por sí mismos y pierden condiciones de bienestar en sus casas, por lo que optan por internarlos y/o internarse voluntariamente en la institución local de cuidado especializado.

Cartagena con una población de aproximadamente 320.000 habitantes para 2015 sufre los problemas comunes a las grandes ciudades, como son movilización, contaminación ambiental, visual y auditiva, pérdida de espacios de esparcimiento comunitarios etc; Por el contrario El Carmen de Chucuri con tan solo 20.000 habitantes, padece de dificultades de acceso a servicios públicos de su población rural y baja capacidad resolutiva de los problemas que alteran la salud de las personas.

A pesar de que son ampliamente diferentes geográfica y socialmente se han analizado en los dos lugares los factores e indicadores que se relacionan con la calidad de vida en los adultos mayores de sus poblaciones específicas. Cartagena realizó el estudio en población general, entrevistando a una muestra 657 de los 107.604 adultos mayores de la ciudad; En El Carmen de Chucuri se realizó una entrevista a los profesionales encargados de la atención para identificar prevalencia de indicadores trazadores que afectan la calidad de vida relacionada con salud, al 100% de los adultos mayores de acuerdo a la historia clínica y social de estos.

En el análisis para la “Primera revisión del cuestionario de calidad de vida para adultos mayores en comunidad CCVAMC-62” (González T y Garza S, 2014) en México, se asegura que la calidad de vida en adultos mayores se ha enfocado exclusivamente en los efectos de una enfermedad o tratamiento sobre el funcionamiento físico, psicológico, social y en las actividades del día a día. Este concepto toma en consideración el grado de satisfacción de la persona en relación con la funcionalidad. En el campo de la salud se usa con mayor frecuencia el término CVRS, pues es de gran interés para los profesionales sanitarios (incluida la psicología), porque les permite obtener información complementaria y diferente a los indicadores clínicos tradicionales al explorar la percepción que tiene el paciente de su salud, su capacidad funcional, el sentimiento de bienestar, además del impacto de las enfermedades crónicas y de las intervenciones sanitarias. Igualmente, se considera que se han encontrado como variables más importantes de la calidad de vida en el envejecimiento las relaciones familiares y los contactos sociales, la salud general, el estado funcional, la vivienda y la disponibilidad económica (Vinaccia Alpi & Quiceno, 2012).

Cardona-Arango et al (2010) mencionan la relevancia significativa que tienen el grupo de las enfermedades crónicas, especialmente las cardiovasculares en los adultos mayores, y aseguran que las enfermedades crónicas son de larga duración y, por lo general, requieren un seguimiento permanente. Por sus características, pueden representar una carga sanitaria y financiera significativa, no sólo para aquellos que las padecen sino también para sus familias y el sistema de salud de los países en que viven. Padecimientos crónicos como artritis, diabetes y enfermedades cardiovasculares afectan negativamente la calidad de vida, al disminuir la funcionalidad y, consecuentemente, afectar la probabilidad de permanencia en los propios

ambientes comunitarios. La prevalencia de enfermedades crónicas se ve afectada por la edad, el sexo y las diferencias étnicas (CEPAL, 2006).

Es así, que teniendo de referencia lo mencionado anteriormente, se pasará a relacionar las diferencias de resultados de los estudios de Cartagena y El Carmen de Chucuri, en el cual se priorizan los indicadores comunes que fueron identificados por el grupo de estudio, tal cuales son las diferencias de envejecimiento por género en la población, prevalencia de enfermedades cardiovasculares, el estado de independencia y capacidad funcional, funcionamiento de la redes sociales. Se deja constancia que a pesar de las diferencias territoriales y poblacionales de los dos municipios, estas se tienen de presentes y no son generalizables para los dos, solo se ubicaran como referencia de estudio.

Este análisis permitirá confirmar las afirmaciones de Formiga et al (2009, p. 37)) en donde se afirma que “la vulnerabilidad es mayor en los casos en que se considera la población que, además, carece de recursos económicos o tiene ingresos muy limitados, con escasas relaciones sociales y con carencias importantes en su forma de habitar, considerando la vivienda y su entorno”.

Participantes Según Género.

Referente a la participación por género, en los dos municipios, la mayoría de participantes son las mujeres; Cartagena 55,7% y El Carmen de Chucuri 59,46%, tal cual lo evidencia la figura 1..

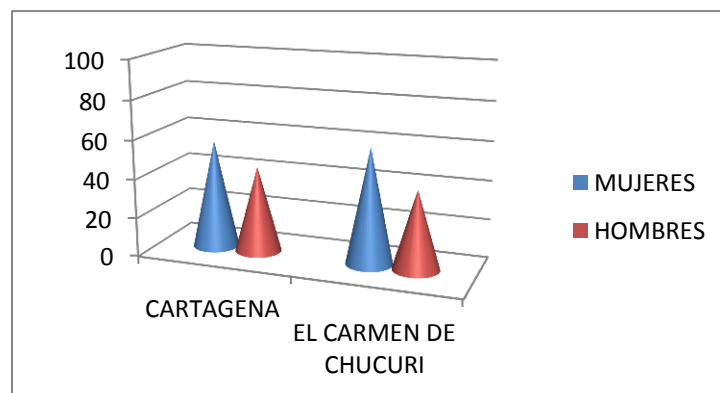
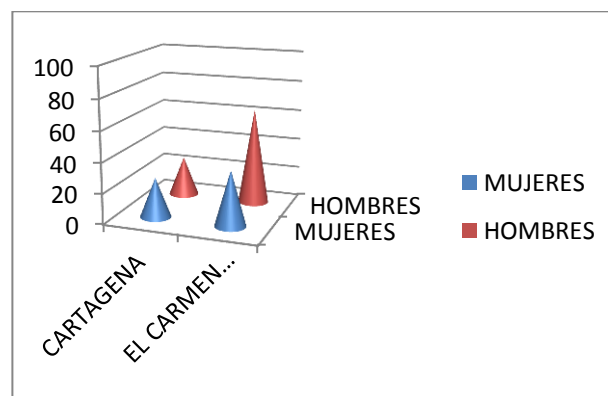


Figura 1. Población de análisis por género

Lo anterior y se puede justificar, debido a que la esperanza de vida para el género femenino posterior a los 60 años es superior a la de los hombres. Tal cual se evidencia en las proyecciones DANE de 2005, en la que proyecta que dentro de los mayores de 60 años, el 54,6% son mujeres y el 45,4% son hombres. La esperanza de vida para las mujeres de 60 y más es de 24,3% (84,3 años) y para los hombres de 65 y más es de 17,8% (82,8 años). (Botero de Mejía & Pico Merchán, 2007)

Prevalencia de Enfermedades Cardiovasculares

Referente a la prevalencia de las enfermedades crónicas, las cuales afectan a los adultos mayores en un alto porcentaje, en especial las relacionadas con el grupo de las cardiovasculares, que varían según el grupo poblacional, pero que para el caso de Colombia, cerca del 33% de la población adulta presenta prevalencia de alguno de estos diagnósticos del grupo de enfermedades (Ministerio de salud, 2014). Para el caso de Cartagena reportó una incidencia del 26,1% mientras que El Carmen de Chucuri en los adultos mayores institucionalizados alcanzó el 36,3% para el grupo de las mujeres y 63,67% de prevalencia en los hombres (Figura 2).

*Figura 2. Prevalencia de enfermedades cardiovasculares*

La tasa de prevalencia es el número de personas que padecen una enfermedad determinada en un punto preciso del tiempo por cada mil habitantes. Este indicador se calcula a nivel agregado, y se expresa como la relación entre las personas mayores que padecen alguna enfermedad crónica y el total de la población adulta mayor durante un período determinado (CEPAL, 2006)

La mayor prevalencia de este tipo de enfermedades es propia de poblaciones envejecidas y tiene en su origen numerosos factores de riesgo, además de los genéticos. La vigilancia de estos factores en las personas de 60 años y más es importante para la prevención primaria y secundaria. En muchos países este control, cuando se hace, se limita a captar información de la población más joven, bajo la impresión de que a los 60 años ya es tarde para generar cambios de conducta, o que la prevención secundaria es menos costo/efectiva. Sin embargo, la evidencia demuestra que la modificación de hábitos no saludables y el control de los factores de riesgo pueden, en la mayoría de los casos, evitar las manifestaciones clínicas de algunas enfermedades crónicas e impedir complicaciones que, sin control, pueden causar discapacidades que tienden a disminuir la calidad de vida de las personas mayores. La existencia de factores de riesgo, aun en ausencia de manifestaciones clínicas de enfermedades crónicas, afecta la salud y la calidad de vida de las personas mayores. Estas personas tienden a tener mala salud y limitaciones funcionales en mayor proporción que aquellas que no registran tales conductas (CEPAL, 2006)

Este indicador es altamente importante en la medición de calidad de vida en salud, ya que Ramones (2007, p. 150) pudo concluir que: “el hecho de tener que cumplir una terapia farmacológica por el resto de la vida ejerce una mayor influencia negativa en los puntajes de CVRS de los pacientes con HTA” (2), circunstancia en la cual viven los adultos mayores diagnosticados con enfermedad cardiovascular institucionalizados de El Carmen de Chucuri.

Teniendo en cuenta los resultados evidentes de diferencias de prevalencia de las enfermedades cardiovasculares, y resaltando la marcada diferencia con la población de hombres, se puede percibir la necesidad de orientar acciones al fortalecimiento de estilos de vida saludables y mejoramiento del acceso a los servicios de salud, que puedan mitigar positivamente esta situación en El Carmen de Chucuri. Esto debido a que como lo menciona Vinaccia et al. (2007) la adaptación a esta enfermedad dependerá de factores como la edad, el género, el modelo cultural y educativo, el apoyo social, las creencias relacionadas con la enfermedad, los autoesquemas, el locus de control externo e interno hacia la salud, los rasgos de personalidad, las habilidades sociales, los estilos de afrontamiento, las emociones negativas, las enfermedades crónicas asociadas y los efectos secundarios de los tratamientos médicos y farmacológicos utilizados (Vinaccia Alpi & Quiceno, 2012). Por lo que evidenciar esta situación, le permitirá a la institución tomar las diferentes medidas para mejorar cada una de los anteriores factores susceptibles de intervenir.

Diferencias sobre la Percepción del Apoyo Social en los Adultos Mayores.

Antes de profundizar en esta escala de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud es importante mencionar las grandes diferencias en donde se aplicó este análisis; mientras en Cartagena fue sobre población adulta mayor en comunidad, en El Carmen de Chucuri se realizó sobre el grupo de institucionalizados del municipio; además es necesario evidenciar diferencias como la urbanidad v/s ruralidad, circunstancias que seguramente influyen en la percepción y resultados del presente análisis.

La importancia del soporte social y de apoyo de las personas mayores radica en que éste puede suplir gran parte de las necesidades, desde las económicas e instrumentales hasta las de carácter cognitivo e incluso emocional.

Conceptualmente cabe distinguir entre redes y apoyos sociales. Las redes sociales pueden ser consideradas prácticas simbólico-culturales que incluyen el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto (Guzmán, Huenchuan, & Montes de Oca, 2003). Las diferencias en el tipo de relaciones sociales, radica en que los actores involucrados y los vínculos interpersonales pueden o no resultar apoyos sociales. Los apoyos sociales, en tanto, son un conjunto de transacciones interpersonales o transferencias que operan en las redes, presentándose como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula. Las categorías de estas transferencias o apoyos pueden ser materiales, instrumentales, emocionales y cognitivas (Guzmán, Huenchuan, & Montes de Oca, 2003). Esta noción enfatiza los distintos tipos de ayuda que reciben y dan las personas mayores.

El término de redes sociales de apoyo, abarcativo de ambos conceptos, comprende aspectos diversos tales como el cuidado en salud que reciben las personas mayores, el apoyo económico y emocional que se intercambia entre familiares (corresidentes y no corresidentes) y amigos, así como entre grupos de apoyo comunitario. Esta noción teórica permite conocer de una forma dinámica las diferentes relaciones que establece la persona mayor, pero también el tipo de elementos que intercambia y los mecanismos que se establecen para satisfacer sus necesidades, por lo que constituye una herramienta relevante para el análisis de la calidad de vida de este

segmento de la población. Todas las personas están vinculadas con la sociedad e integradas a diferentes redes sociales, pero no todas son redes sociales de apoyo, pues en muchas de ellas no se realizan actividades de intercambio ni asistencia mutua. Las redes varían en el tiempo y en el espacio, se activan o desactivan en coyunturas específicas y en algunos casos, pero no en todos, pueden cumplir un rol relevante para la vida de la persona (CEPAL, 2006). La funcionalidad de una red en la vejez está dada entonces por la presencia de los apoyos sociales, que pueden provenir de vías formales e informales. Los apoyos sociales formales se originan en instituciones gubernamentales y no gubernamentales, mientras que los apoyos sociales informales provienen de la familia, los amigos, vecinos, conocidos y de la comunidad. Los apoyos informales, a su vez, pueden clasificarse en cuatro tipos:

- Los apoyos materiales implican un flujo de recursos monetarios (dinero efectivo de forma regular o no, remesas) y no monetarios (vivienda, alojamiento, comidas, regalos, ropa, pago de servicios).
- Los apoyos instrumentales se dan a través del transporte, la ayuda en labores del hogar, el cuidado y acompañamiento.
- Los apoyos emocionales se expresan por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia o a la amistad, la preocupación por el otro, el reconocimiento de roles; y pueden tomar distintas formas, como visitas periódicas, transmisión física de afectos o una actitud de escuchar.
- Los apoyos cognitivos se refieren al intercambio de experiencias, a la circulación de información (significado), a dar consejos que permitan entender una situación. (Guzman, 2003 p. 20)

Estas conductas suponen la presencia de vínculos propicios que facilitan la información, proporcionan consejos y corrigen las desviaciones a las normas, lo que en conjunto funciona como una regulación social, una especie de control del comportamiento fuera de lo regular y un control sobre actitudes de riesgo social e individual (CEPAL, 2006).

En las redes sociales de apoyo, la persona mayor no sólo es receptora, sino que también se instituye como un actor en el sentido amplio del término, con un papel dinámico en la construcción de relaciones y en la provisión de apoyos. Los mecanismos generados a partir de estas redes no son sólo de recepción u otorgamiento sino también, y en la mayoría de los casos, de intercambio. Todos los participantes realizan una parte del proceso y a través de estas intervenciones intercambian recursos materiales y no materiales que son relevantes para todos los que forman parte de ese entramado social. La efectividad del apoyo social como potenciador de la calidad de vida depende en buena medida de la interpretación y valoración subjetiva que cada persona hace sobre este apoyo: “un apoyo innecesario, no deseado o erróneo, aun cuando sea bienintencionado, puede tener efectos dañinos, al producir dependencias y afectar negativamente a la autoestima” (Guzmán, Huenchuan, & Montes de Oca, 2003).

Las redes sociales surgen en todos los ámbitos de la vida social: en la política, en las escuelas, en los ámbitos laborales, en las familias, por mencionar sólo algunos espacios. Existen para hombres y mujeres en diferentes etapas de su vida, pero para cada grupo social las redes tienen características diferentes y pueden ser tantas como la capacidad del investigador de visibilizarlas. Entre las personas mayores, pueden distinguirse las redes familiares (de corresidentes y no corresidentes), las redes no familiares (amigos, vecinos, compañeros de trabajo) y las redes derivadas de la comunidad. Otras redes sociales se construyen a partir de cada una de las anteriores con instituciones públicas gubernamentales y no gubernamentales,

como las iglesias, los ministerios de salud o de desarrollo social a nivel local, las escuelas, entre otras.

Para efectos del presente análisis se hace referencia a la dinámica de las siguientes redes sociales y de apoyo: - Redes familiares de apoyo: son las relaciones personales que se establecen al interior del hogar (corresidentes) o fuera de él (no corresidentes) a partir de lazos de parentesco. Se consideran la base de las diferentes redes de apoyo social; - Redes no familiares de apoyo: son los vínculos personales establecidos con amigos, vecinos, compañeros de trabajo, que pueden ser fundamentales en la provisión de diferentes tipos de ayuda; - Redes comunitarias: se distinguen de otras redes sociales porque remiten a las colectividades en vez de a individuos o familias. Las redes comunitarias se gestan a través de grupos organizados en un espacio territorial e identitario; - Redes institucionales: son las relaciones de apoyo que se establecen entre las personas mayores y algunas instituciones gubernamentales y/o no gubernamentales (CEPAL, 2006) , que para el presente análisis es difícil realizar una comparación directa debido a que la intervención se realiza en una institución de adultos mayores como tal, luego queda sin evaluación, pues se parte de la premisa de la funcionalidad de esta, ya que como se menciona en la descripción teórica de las redes sociales, esta sería el recurso gubernamental de apoyo a quien ya no cuenta con más soportes sociales para su protección.

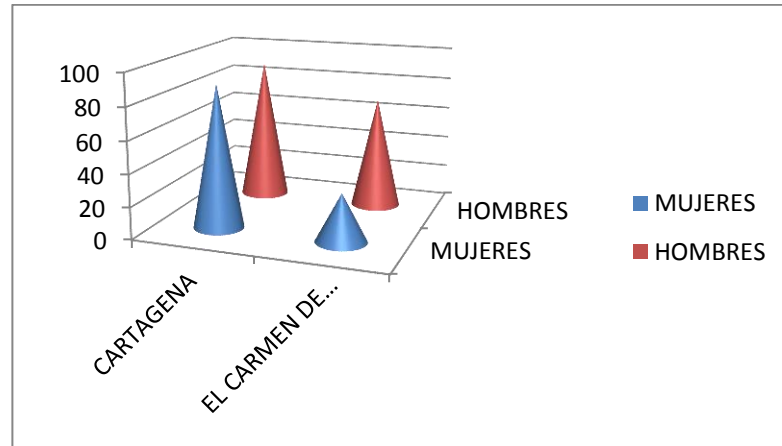


Figura 3. Percepción de apoyo social

Teniendo en cuenta las amplias diferencias en los resultados de percepción del apoyo social en los adultos mayores en El Carmen de Chucuri (13.51%) y Cartagena (89,5%), es necesario profundizar sobre una gran diferencia, la cual es la población adulto mayor en comunidad de Cartagena y los institucionalizados en El Carmen de Chucuri; siendo un elemento de gran diferenciación, teniendo en cuenta que la red de apoyo institucional es el eslabón que queda como soporte después que han fallado los demás. Por lo que es importante definir estrategias locales que fortalezcan los vínculos sociales efectivos, para evitar llegar a la necesidad de institucionalizar a los adultos mayores.

El soporte social es de gran importancia en el adulto mayor, ya que este impide el deterioro prematuro de las funciones vitales del adulto mayor, para el caso de El Carmen de Chucuri es relevante analizar las diferencias entre el género, debido a que las mujeres son las que sufren el mayor deterioro de sus redes sociales, con tan solo un 30%, frente al 70% de los hombres institucionalizados que se percibe tienen un soporte social externo.

Indecencia y Capacidad Funcional.

La funcionalidad es la capacidad de realizar determinadas acciones necesarias para la subsistencia y el autocuidado, que permiten al individuo mantener su independencia y

permanecer inserto en la comunidad. Esta capacidad de desempeñarse normalmente en las actividades diarias se ve afectada por la edad, la cual puede estar a su vez relacionada con la presencia de enfermedad, padecimientos crónicos o lesiones que afecten las habilidades físicas o mentales del individuo. La funcionalidad incluye una compleja mezcla de factores fisiológicos, conductuales, cognitivos y sociales. Para el individuo promedio, el envejecimiento se asocia con una declinación de las capacidades funcionales y con un aumento de la prevalencia de enfermedades agudas y crónicas. Sin embargo, la investigación gerontológica ha demostrado que las tasas de declinación típicas de las poblaciones modernas no están fisiológicamente determinadas, y que un envejecimiento con estilos de vida saludables puede retardar el proceso en forma significativa. De acuerdo a estudios de la OPS, alrededor de un 20% de las personas mayores que viven en la comunidad reportan tener dificultades con las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), y esta proporción aumenta al 26% en la población de 70 años y más, por lo que es recomendable desagregar este indicador por grupos de edad. Las consecuencias de esta situación en términos de política pública son evidentes, debido a que más de la mitad de las personas con limitaciones requiere asistencia para desempeñar al menos dos de sus ABVD. Esto representa la necesidad de tener un cuidador los siete días de la semana, y con cuatro horas de trabajo diario por lo menos. Para obtener esta medida se requiere información procedente de encuestas de hogares o encuestas específicas. En el estudio SABE pudieron determinarse las cifras que muestra que alrededor del 76% de las personas que vive en la comunidad reportó no tener limitaciones en la vida diaria. (CEPAL. ENCUESTA SABE).

Para el caso del análisis en mención, es necesario partir de las diferencias entre los encuestados y las características de la población, siendo una en adultos mayores en comunidad (Cartagena) y los otros institucionalizados (El Carmen de Chucuri);

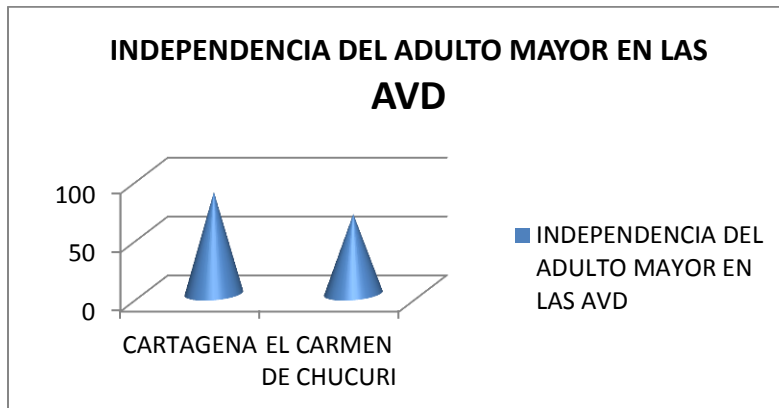


Figura 4. Independencia Del Adulto Mayor En Las AVD

Al realizar el análisis desde la perspectiva teórica, es esperado que la independencia se mantenga en la comunidad(86,3), tal cual son el grupo de estudio de Cartagena, y por el contrario, se aumente la dependencia de los institucionalizados(67,57), tal cual es el caso de El Carmen de Chucuri.

En el abordaje desde la perspectiva de género, es importante resaltar la mayor independencia de del grupo femenino en los institucionalizados, donde existe un 18% de diferencia, puesto que del 100% que evidencian independencia, las mujeres alcanza el 58%, mientras los hombres tan solo un 42% de esta.

3. Conclusiones

Por lo anterior, y teniendo en cuenta que los análisis de calidad de vida son utilizados para la incidencia en la formulación o evaluación de políticas públicas; el presente análisis permitirá realizar las recomendaciones pertinentes a los encargados de la definición de políticas a nivel local, para mejorar la atención en el proceso de envejecimiento, igual se podrán realizar los respectivos seguimiento de las intervenciones sobre los indicadores de mayor peso y diferencia encontrados en el presente análisis comparativo.

Y teniendo en cuenta que el objetivo primordial de una política de salud dirigida a las personas mayores es fortalecer la capacidad del individuo para compensar y retardar las pérdidas normales que ocurren con el proceso de envejecimiento, y a la vez evitar y limitar la aparición prematura del deterioro funcional (Peláez, 2005)(6). Las acciones en salud deben estar dirigidas a prolongar el bienestar físico, mental y social, lo que constituye el componente básico de la calidad de vida en la vejez. Es fundamental, entonces, diferenciar los estados de salud asociados a la presencia de patologías y factores de riesgo de aquellos que se relacionan con el acceso a servicios o acciones en salud, a fin de determinar las necesidades de intervención (CEPAL, 2006).

Así las cosas, se puede concluir que en el subgrupo poblacional de adultos mayores, el concepto de calidad de vida incluye variables relacionadas con las redes de apoyo, la familia, las actividades productivas y de recreación, prevalencia de enfermedades crónicas, que inciden en una percepción de bienestar en los adultos mayores y de quienes los rodean y conviven con ellos.

Las diferencias de prevalencia en la presencia de factores trazadores que influyen en la calidad de vida del adulto mayor en El Carmen de Chucuri - Santander, permitió analizar y comparar las diferencias existentes en calidad del envejecimiento en las poblaciones, igualmente servirá para la priorización de programas de intervención que ayuden a mejorar los estándares de calidad de vida en la población de referencia y similares.

De igual forma, los resultados del presente análisis al ser socializados con la institución y comunidad, permitió definir acciones locales que mejoran la calidad de vida en salud de los adultos mayores institucionalizados de El Carmen de Chucuri, como fue la implementación de un plan padrino amigo, en la institución para mejorar la diferencia encontrada del factor de apoyo social en el análisis.

Finalmente, el municipio, debe revisar el acompañamiento e intervención que se está realizando al proceso de envejecimiento de su población, para lograr potencializar y/o reorientar objetivos para lograr una población adulta mayor más sana y con mejores lazos de familiaridad y convivencia social.

Bibliografía

- Botero de Mejía, B. E., & Pico Merchán, M. E. (12 de diciembre de 2007). *Calidad De Vida Relacionada Con La Salud (Cvrs) En Adultos Mayores De 60 Años: Una Aproximación Teórica* Revista *Hacia la Promoción de la Salud*, vol. 12. Recuperado el marzo de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126689002>.
- Cardona-Arango D., Estrada-Restrepo A., Chavarriaga-Maya L. M., Segura-Cardona Á. M., Ordoñez-Molina J. & Osorio-Gómez .J. J.; (2010). *Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado*. Medellín, 2008. *Revista de salud pública*. 12 (3): 414-424,
- CEPAL. (diciembre de 2006). *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. Editorial: CELADE. Recuperado el marzo de 2016, de <http://www.cepal.org/es/publicaciones/3539-manual-indicadores-calidad-vida-la-vejez>
- DANE. (2 de marzo de 2016). *Encuesta Nacional de Calidad de Vida – ECV 2015 Bogotá D.C.*, Recuperado el marzo de 2016, de http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Boletin_Tecnico_ECV_2015.pdf
- Formiga N.; Prieto M. B.; Medus S.; (2009) *Vulnerabilidad, Accesibilidad Y Calidad De Vida. Los Adultos Mayores En La Ciudad De Bahía Blanca; Revista digital del Grupo de Estudios sobre Geografía y Análisis Espacial con Sistemas de Información Geográfica (GESIG); Luján, Año 1, Número 1, Sección Artículos: I Pp. 37-61*
- Gonzalez Tovar , J., & Garza Sanchez , R. I. (13 de marzo de 2015). *Primera revisión del Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores en Comunidad ccvamc-62; Revista Ciencias Humanas y de la conducta, volumen 23-1 Universidad autónoma de mexico;*. Recuperado el marzo de 2016, de http://ergosum.uaemex.mx/pdfs/pdf_vol_23_1/5_gonzalez_tovar.pdf
- Guzmán, J. M., Huenchuan, S., & Montes de Oca, V. (14 al 18 de julio de 2003). *Redes De Apoyo Social De Personas Mayores: Marco Teórico Conceptual*. Universidad Nacional Autónoma de México. Ponencia presentada en el Simposio *Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social*. Santiago de Chile. Recuperado el abril de 2016, de http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9_jmgshnm.pdf
- Ministerio de salud. (2014). *AASIS análisis de Situación de Salud Colombia 2013*. Recuperado el abril de 2016, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS%2024022014.pdf>
- Ramones, I. (5 de septiembre de 2007). *Calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial*, *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, vol. 2, núm. 5, *Sociedad Latinoamericana de Hipertensión; Caracas, Organismo Internacional*. Recuperado el marzo de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170216972004>.
- Tonon G. (SF) *La-utilizacion-de-indicadores-de-calidad-de-vida-para-la-decision-de-politicas-publicas.pdf; Revista POLIS*.
- Vargas Ricardo, S. R.; Herrera E. M., (2015) *Factores Asociados A La Calidad De Vida Relaciona-Da Con Salud En Adultos Mayores Cartagena – Colombia, Grupo Cuidado y Vida Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena. E-mail: shirleyco2008@hotmail.com*

Vinaccia Alpi , S., & Quiceno, J. M. (enero- junio de 2012). *Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos*. Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá – Colombia. *Psychologia. Avances de la disciplina*, vol. 6, núm. 1,. Recuperado el marzo de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770004>.