

Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, 2012

Health Related Quality of Life in Elderly of Nursing Homes, Medellin-Colombia, 2012

Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos de asilos geriátricos, Medellín-Colômbia, 2012

Jaiberth Antonio Cardona-Arias MSc¹, María Isabel Álvarez-Mendieta², Stephania Pastrana-Restrepo²

Recibido 8 de abril de 2013 • Aceptado: 29 de enero de 2014

Doi: [dx.doi.org/10.12804/revsalud12.2.2014.01](https://doi.org/10.12804/revsalud12.2.2014.01)

Para citar este artículo: 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. doi: [dx.doi.org/10.12804/revsalud12.2.2014.01](https://doi.org/10.12804/revsalud12.2.2014.01)

Resumen

Introducción: Los adultos mayores de Medellín presentan condiciones de vulnerabilidad económica, social, ambiental y de salud general; en los hogares geriátricos se presenta mayor deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). **Objetivo:** Comparar el perfil de CVRS de adultos mayores de hogares geriátricos públicos y privados de Medellín. **Materiales y métodos:** Estudio transversal correlacional en 220 adultos mayores seleccionados mediante muestreo probabilístico. Se empleó el WHOQOL-BREF y la ficha clínica de cada individuo. Se evaluó la fiabilidad de la escala mediante alfa de Cronbach, consistencia interna y validez discriminante mediante correlaciones de Pearson, los análisis de CVRS se basaron en medidas de resumen y frecuencia, pruebas paramétricas y no paramétricas y regresión lineal. **Resultados:** Se halló HTA en un 50 %, diabetes mellitus en un 23,6 %, dislipidemias en un 22,3 % y osteoporosis en un 15 %. El WHOQOL-BREF presentó excelente fiabilidad, consistencia interna y validez discriminante; el mejor puntaje fue el de salud psicológica y el peor el de relaciones sociales. No se hallaron diferencias en la CVRS según el tipo de hogar geriátrico y sus principales factores fueron la satisfacción con el apoyo familiar y del hogar, y la participación en grupos sociales. **Conclusión:** Se identificaron algunos factores determinantes de la CVRS que evidencian su multidimensionalidad; información relevante para investigaciones posteriores y para la implementación de políticas de salud pública y acciones en clínica.

Palabras clave: adulto mayor, calidad de vida, salud, Colombia.

¹ Facultad de Medicina Universidad Cooperativa de Colombia, sede Medellín. Escuela de Microbiología Universidad de Antioquia. Grupo de investigación Infettare. Correspondencia: jaiberthcardona@gmail.com

² Facultad de Medicina Universidad Cooperativa de Colombia, sede Medellín. Grupo de investigación Infettare.

Abstract

Introduction: Elderly in Medellín present conditions of economic, social, environmental and general health vulnerability; in nursing homes shows further deterioration of health related quality of life (HRQOL). *Objective:* To compare the profile of HRQOL of adults over public and private nursing homes in Medellín. *Materials and methods:* Across-sectional correlational study in 220 elderly selected using probability sampling. WHOQOL-BREF was used and the clinical data of each individual. We assessed scale reliability using Cronbach's alpha, internal consistency and discriminant validity using Pearson correlations, analyzes of HRQOL were based on summaries measures and frequencies, non-parametric and parametric tests and lineal regression. *Results:* We found 50 % hypertension, 23.6 % diabetes mellitus, dislipidemia 22.3 % and 15 % osteoporosis. The WHOQOL-BREF showed excellent reliability, internal consistency and discriminant validity, the best score was the psychological health and worst in social relationships. We found no differences in HRQOL by type of nursing home. The main factors related to HRQL were satisfaction with family support and participation in social groups. *Conclusion:* We identified some determinants of HRQOL, this demonstrated its multidimensionality; relevant information for further research and for the implementation of public health policies and clinical actions.

Keywords: Elderly Quality of Life, Health, Colombia.

Resumo

Introdução: os idosos de Medellín apresentam condições de vulnerabilidade econômica, social, ambiental e de saúde geral; nos asilos geriátricos apresenta-se maior deterioração da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). *Objetivo:* comparar o perfil de QVRS de idosos de asilos geriátricos públicos e privados em Medellín. *Materiais e métodos:* estudo transversal correlacional em 220 idosos selecionados mediante amostragem probabilística. Empregou-se o WHOQOLBREF e a ficha clínica de cada indivíduo. Avaliou-se a fiabilidade da escala mediante alfa de Cronbach, consistência interna e validade discriminante mediante correlações de Pearson, as análises de QVRS basearam-se em medidas de resumo e frequência, provas paramétricas e não paramétricas e regressão lineal. *Resultados:* encontrou-se HTA do 50%, diabetes mellitus 23,6%, dislipidemias 22,3% e osteoporose 15%. O WHOQOLBREF apresentou excelente fiabilidade, consistência interna e validade discriminante; a melhor pontuação foi da saúde psicológica y a pior em relações sociais. Não se encontraram diferenças na QVRS segundo o tipo de asilo geriátrico. Os principais fatores relacionados à QVRS foram a satisfação com o apoio familiar e do lar, e a participação em grupos sociais. *Conclusão:* identificaram-se alguns fatores determinantes da QVRS que evidenciam sua multidimensionalidade; informação relevante para pesquisadores posteriores e para a implementação de políticas de saúde pública e ações em clínica.

Palavras-chave: Idosos, Qualidade de vida, Saúde, Colômbia.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (WHO, por sus siglas en inglés), el comienzo de la vejez o tercera edad se presenta a partir de los 65 años en Colombia se considera adulto mayor a las personas con edad igual o superior a 60 años o mayores de 50 años cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y mental así lo determinan (1, 2).

Según el último censo de Colombia, los adultos con edad de 65 años o más representan el 6,3 % de la población, con 54,6 % de mujeres y 45,4 % de hombres; corresponden aproximadamente a 2617240 de personas que residen en hogares particulares y lugares especiales de alojamiento (LEA) o centros geriátricos; estos últimos representan el 1,2 % de esta población y se concentran en las principales ciudades del país: Bogotá, Cali, Barranquilla y Medellín (3). En Colombia, también se diferencian los conceptos de ancianato o asilo para aludir hogares de adultos mayores sanos y hogar geriátrico para las personas que requieren cuidados especializados (4); estos pueden ser de carácter privado (remunerados) o público (de caridad o beneficencia), ambos con perfiles de salud diferentes dado que en los últimos confluyen factores de vulnerabilidad económica, social, psicológica y ambiental; además, algunos estudios han documentado que el estar internado en un hogar disminuye la calidad de vida del adulto mayor (5).

Por otra parte, en el departamento de Antioquia, múltiples estudios han indicado que las condiciones de salud de los adultos mayores son de extrema vulnerabilidad, dada la situación de violencia, desplazamiento, desintegración familiar, soledad, aislamiento, marginalidad social, bajos niveles económicos e insatisfacción de necesidades básicas; algunos autores consideran que la pérdida de la funcionalidad

e independencia físico-social revisten la mayor importancia en esta etapa (6, 7). Todo ello, tiene repercusiones significativas en el volumen y la distribución de la carga de la enfermedad y en la calidad de vida, máxime en Colombia donde este grupo presenta un alto número de años de vida perdidos y elevada proporción de morbilidad, mortalidad y retraso en algunas condiciones de vida (8).

Lo anterior evidencia el deterioro de la calidad de vida de los adultos mayores, población muy significativa para el desarrollo de investigaciones dado que se consideran un grupo fundamental para evaluar el grado de desarrollo social. En términos generales, no han sido objeto de interés para múltiples políticas públicas y están expuestos a situaciones de inequidad, asimetría y exclusión social. Además, los esfuerzos de los sistemas de salud se han direccionado a aumentar la esperanza de vida pero dicho aumento no se ha acompañado del conocimiento de la relevancia de la salud social, psicológica y ambiental, es decir, del mejoramiento de su calidad de vida (8, 9).

La OMS define la calidad de vida como la percepción del individuo sobre el lugar que ocupa en la vida, el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, todo ello en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones (10); el reconocer que de esta percepción depende la apreciación de bienestar físico, psíquico, social y espiritual de la persona, constituye la esencia del concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) (11); esta se refiere al componente de la calidad de vida que es determinado por las condiciones de salud de las personas (12).

En los adultos mayores, la CVRS incluye variables biológicas, psicológicas y sociales propias de esta etapa, especialmente la capacidad funcional, la dificultad para cuidar de sí mismos

y las situaciones de dependencia que les impide disfrutar completamente de su vida social y familiar (13). Específicamente, los adultos mayores de Medellín presentan condiciones de gran vulnerabilidad que pueden afectar su CVRS como el elevado número de agresiones y riesgo nutricional: el 52 % viven en condiciones de pobreza y el 19,2 % son analfabetas, baja cobertura de atención en salud y exclusión (14, 15).

Sumado a lo anterior, el número de investigaciones en CVRS de adultos mayores, a la luz del concepto de la OMS, son exiguos en el ámbito mundial y nacional. Entre las pocas investigaciones desarrolladas que han empleado la escala de CVRS de la OMS se han reportado como principales factores asociados a esta, la depresión, la estabilidad emocional, la satisfacción con el estado de salud, los ingresos y las actividades de ocio (16, 17).

Es prioritario que las investigaciones desarrolladas en adultos mayores aborden las diferentes dimensiones de la CVRS, ya que esta presenta múltiples aplicaciones como: 1) establecer cómo las relaciones entre dichas dimensiones inciden en el bienestar de las personas, 2) identificar aspectos positivos y negativos que determinan su bienestar, 3) identificar aspectos que propendan por mejorar la expectativa de vida y la adquisición de años de vida saludables, 4) focalizar las necesidades más relevantes para los grupos evaluados, 5) orientar a las autoridades sanitarias hacia la definición de políticas públicas que mejoren diversos programas de atención y promoción de la salud, 6) implementar medidas de salud pública que mejoren y transformen realidades nocivas, 7) evaluar los resultados de las intervenciones en salud y 8) optimizar el uso de recursos institucionales.

Por lo anterior, se diseñó un estudio con el objetivo de comparar el perfil de la CVRS de adultos mayores de hogares geriátricos públi-

cos y privados de Medellín, y su asociación con aspectos sociodemográficos y clínicos.

Materiales y métodos

Tipo de estudio: transversal correlacional.

Sujetos:

El estudio se desarrolló en la totalidad de adultos mayores que residen en cuatro hogares geriátricos de Medellín, dos privados y dos públicos. En total se incluyeron 220 sujetos, seleccionados aleatoriamente, en quienes se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: 1) mayores de 60 años, 2) de ambos sexos, 3) residentes del área metropolitana de Medellín y 4) con estancia mínima en hogar geriátrico de un mes. Como criterios de exclusión: 1) la presentación de alteraciones cognitivas-mentales, 2) estar bajo el efecto de drogas (criterios aplicados según información de historia clínica y personal del hogar), 3) quienes exigiesen remuneración por su participación en el estudio y 4) no firmar consentimiento informado, todo ello con el fin de controlar el sesgo de información.

Para establecer el tamaño de muestra se tomó como población de referencia 322 582 personas mayores de 60 años de Medellín (según datos de la Encuesta de Calidad de Vida de la ciudad de 2011); de estos, aproximadamente el 2% habita en LEA, es decir 6450; con base en este número, —una confianza del 95%, un error de muestreo del 2% y una desviación estándar de 15 en los puntajes de CVRS—, se obtuvo una muestra de 210 adultos mayores. Con base en este número se seleccionaron de forma probabilística los hogares geriátricos, y se encuestó a la totalidad de adultos que cumplían los criterios de inclusión y no cumplían ninguno de exclusión al interior de la institución, para terminar con una muestra de 220 sujetos.

Recolección de la información:

Se utilizó fuente de información primaria basada en una encuesta de aplicación individual que incluyó variables demográficas, socioeconómicas, de salud y el WHOQOL-BREF para evaluar CVRS. Además, se empleó fuente de información secundaria (historia o ficha clínica) para determinar la prevalencia de algunas enfermedades como hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus, dislipidemias y osteoporosis.

Instrumento de medición de calidad de vida:

El WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life) es un instrumento genérico derivado del WHOQOL-100, que incluye 26 preguntas con las cuales se genera un perfil de calidad de vida en 4 dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente, en una escala de 1 (indica peor CVRS) a 100 (mejor CVRS). Evalúa las percepciones del individuo en las 2-4 semanas anteriores a su aplicación, ha sido traducido a 19 idiomas diferentes, es aplicable a sujetos sanos y enfermos, y su puntaje ha sido utilizado para observar los cambios en la calidad de vida debido a la enfermedad, para establecer sus valores pronósticos y para valorar algunas intervenciones. Este instrumento se desarrolló y validó transculturalmente y es útil para comparar la CVRS entre culturas; presenta excelentes propiedades psicométricas y estructura conceptual, con alfas de Cronbach mayores a 0,7 para sus dimensiones y correlaciones ítem-dominio mayores a 0,4 (18-20). A diferencia de otros instrumentos ge-

néricos de medición de calidad de vida empleados en investigación clínica y epidemiológica, como el MOSSF-36 (Medical Outcome Study Short Form), el WHOQOL-BREF no se centra en aspectos funcionales sino en el grado de satisfacción que el individuo tiene frente a diversas situaciones de su cotidianidad, por lo que es la escala con mayor solidez conceptual y metodológica (20).

Análisis estadístico

Para la descripción de los adultos mayores se calcularon medidas de resumen, frecuencias absolutas y proporciones. Para describir el perfil de CVRS, se calcularon medidas de resumen para cada una de las cuatro dimensiones del WHOQOL-BREF.

Se analizaron las propiedades psicométricas de fiabilidad, consistencia interna y validez discriminante de cada uno de los dominios del WHOQOL-BREF. La fiabilidad se evaluó a través del cálculo del alfa de Cronbach tomándolo como satisfactorio cuando su valor fue $\geq 0,7$ y para el análisis de consistencia interna y validez discriminante se calcularon coeficientes de correlación de Pearson entre las preguntas y dimensiones del instrumento, con el fin de determinar cómo cada una presenta una elevada correlación con su dimensión y baja con las demás.

La consistencia interna se evaluó a partir del rango de los coeficientes de correlación de Pearson de las preguntas con la dimensión a la cual pertenecen, en esta se estableció el porcentaje de éxito para cada dominio a partir de la siguiente fórmula:

$$\% \text{ éxito}_{(\text{consistencia interna})} = \frac{\text{Número de correlación punto - dominio mayores de } 0,4}{\text{Número total de correlaciones puntos - dominio}} * 100$$

Para la validez discriminante, se determinó el rango de los coeficientes de correlación de Pearson entre las preguntas y los dominios a

los cuales no pertenecen, en esta el porcentaje de éxito para cada dominio se estableció a partir de la fórmula:

$$\% \text{ éxito}_{(\text{validez discriminante})} = \frac{\text{Correlación punto - dominio al cual no pertenece menores que las correlaciones punto - dominio al cual pertenece}}{\text{Número total de correlaciones del punto - dominio al cual no pertenece}} * 100$$

Los puntajes de cada una de las dimensiones del WHOQOL-BREF se compararon con las variables independiente así: 1) según el sexo, el tipo de hogar, la participación en un grupo social, el régimen de afiliación en salud y la prevalencia de HTA, diabetes mellitus, dislipidemias y osteoporosis mediante la prueba U de Mann Whitney; 2) con la edad, el tiempo en el hogar y el número de visitas según el coeficiente de correlación de Spearman, ambas pruebas se eligieron dado el incumplimiento del supuesto de normalidad; 3) según la satisfacción con el apoyo de la familia y el hogar geriátrico a través de Anova, complementado con el estadístico HSD Tukey, dado el cumplimiento de los supuestos de normalidad y homocedasticidad. Se realizaron las pruebas de normalidad de Kologorov Smirnov con corrección de la significación de Lilliefors y Shapiro Wilk, y prueba de homogeneidad de varianzas por el estadístico de Levene.

Con el fin de describir el efecto simultáneo y recíproco de las variables independientes en cada uno los puntajes de CVRS se realizó un análisis multivariante a través de modelos de regresión lineal; en estos se evaluó el cumplimiento de los supuestos de aleatoriedad de Y (cada dimensión de CVRS) con la prueba de las rachas, el de linealidad con Anova, la normalidad y varianza constante de los residuos, la incorrelación de los residuos con Durbin Watson, la no colinealidad o multicolinealidad con la estimación de la tolerancia de cada variable y el FIV (Factor de Inflación de la Varianza) y la significación estadística de los coeficientes de regresión.

En todos los análisis se tomó un nivel de significación estadística de 0,05. Los datos fueron almacenados y analizados en una base de datos en Statistical Package for the Social Sciences for Windows, *software* SPSS versión 20,0.

Aspectos éticos:

En todas las etapas del proyecto se tuvieron presentes los principios de la Resolución 8430 y de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Prevalció el respeto a la dignidad de los sujetos de estudio y la protección de sus derechos y de su privacidad; a los participantes se les informó el propósito, riesgos y beneficios del estudio mediante el consentimiento informado. El estudio fue evaluado por el Comité de Bioética de la Universidad Cooperativa de Colombia.

Resultados

La edad promedio en el grupo de estudio fue de 77 años con rango entre 60 y 90, el 56% fueron mujeres, el 67% residían en un hogar geriátrico público o de beneficencia, el 44% de los adultos estaban a cargo del hogar geriátrico (abandonados por familia y amigos), el 87% tienen una percepción de satisfacción con el hogar, el 29% está insatisfecho con el apoyo familiar, el 60% participaba en algún tipo de grupo social (religioso, cultural, deportivo u otro) y el promedio de visitas por mes fue de 3,6 (tabla 1).

En las condiciones de salud del grupo se halló una prevalencia de HTA del 50%, de diabetes mellitus del 23,6%, dislipidemias en el 22,3% y osteoporosis en el 15%; además, el principal régimen de afiliación en salud fue el subsidiado (tabla 1).

En el perfil de CVRS se encontró que las cuatro dimensiones del WHOQOL-BREF presentaron una excelente fiabilidad (α de Cronbach mayor a 0,7), consistencia interna y validez discriminante con un 100% de éxito; el dominio con el mejor puntaje fue el de salud psicológica

Tabla 1. Descripción del grupo de estudio

Características demográficas		#	%
Sexo	Femenino	123	55,9
	Masculino	97	44,1
Tipo de hogar	Público	148	67,3
	Privado	72	32,7
Principal responsable	Familiar	115	52,3
	Amigos	8	3,6
	Hogar geriátrico	97	44,1
Características socio-económicas			
Pago	Propio	27	12,3
	Familiar	60	27,3
	Amigos	3	1,4
	Caridad	130	59,1
Satisfacción en el hogar	Insatisfecho	11	5,0
	Normal	18	8,2
	Muy satisfecho	191	86,8
Satisfacción apoyo familiar	Insatisfecho	63	28,6
	Normal	29	13,2
	Muy satisfecho	128	58,2
Participación en grupo social	Sí	132	60,0
	No	88	40,0
Características de salud			
Régimen de afiliación en salud	Subsidiado	141	64,1
	Contributivo	79	35,9
Enfermedades	HTA	110	50,0
	Diabetes mellitus	52	23,6
	Dislipidemia	49	22,3
	Osteoporosis	33	15,0
	Media \pm DE	Mediana (RI)	Rango
Edad	76,7 \pm 9,2	77 (69 - 85)	60 - 93
Visitas por mes	3,6 \pm 6,3	1,6 (0,1 - 4,0)	1 - 30

DE: Desviación estándar. RI. Rango intercuartil.

Tabla 2. Confiabilidad, consistencia interna, la validez discriminante y medidas de resumen de las dimensiones de CVRS

	Salud física	Salud psicológica	Relaciones sociales	Ambiente
Media \pm DE	62,5 \pm 21,1	68,4 \pm 17,3	52,9 \pm 21,1	67,1 \pm 15,8
Mediana	64,29	70,83	50,00	65,63
Rango intercuartil	46,4-78,6-	58,3-79,2	41,7-66,7	56,2-80,5
Rango	4-100	21-100	5-100	28-100
% piso ^a	0,5	0,5	0,9	1,4
% techo ^b	4,1	0,9	5,0	2,3
Confiabilidad				
Alfa de Cronbach	0,869	0,845	0,729	0,812
Consistencia interna				
Punto-Dominio	0,61-0,73	0,49-0,81	0,63-0,67	0,40-0,71
% de éxito	100(7/7)	100(6/6)	100(3/3)	100(8/8)
Validez discriminante				
% de éxito	100(21/21)	100(18/18)	100(9/9)	100(24/24)

DE: Desviación estándar.

* a Proporción de personas con el puntaje más bajo. b Proporción de personas con el puntaje más alto.

y el peor resultado se obtuvo en las relaciones sociales; el porcentaje piso fue menor al 2% y de techo estuvo entre 0,9% y 5,0% (tabla 2).

El puntaje de salud física fue estadísticamente mayor en los hombres, quienes participan en grupos sociales, los que presentan satisfacción con su estancia en el hogar y el apoyo familiar, y menor entre quienes presentan osteoporosis y las personas de mayor edad. La salud psicológica fue mejor en quienes participan de grupos comunitarios, tienen mayor número de visitas y que están muy satisfechos con la atención en el hogar y el apoyo familiar. El puntaje de las relaciones sociales fue mejor en los adultos del hogar privado, de menor edad, con mayor número de visitas, que participan en grupos sociales y están satisfechos con el apoyo familiar y del hogar. El dominio de ambiente presentó asociación estadística con el régimen de afiliación en salud, la participación en grupos sociales, el número de visitas y la satisfacción con el apoyo familiar y del hogar (tabla 3).

La satisfacción con el apoyo del hogar presentó asociación con todas las dimensiones, en salud física la categoría *Muy satisfechos* fue mayor a los *Normales* (HSD Tukey 6-30, $V_p=0,001$), hallazgo similar para la salud psicológica (HSD Tukey 8-27, $V_p=0,000$) y relaciones sociales (HSD Tukey 6-30, $V_p=0,001$); mientras que en ambiente, el grupo *Muy satisfechos* fue mayor que los *Normales* (HSD Tukey 9-26, $V_p=0,000$) y que los *insatisfechos* (HSD Tukey 4-25, $V_p=0,005$); un comportamiento similar se observó en la satisfacción con el apoyo familiar donde los mejores puntajes correspondieron al subgrupo de *Muy satisfechos*, y en la participación en grupos sociales donde los adultos que intervienen en grupos culturales, religiosos, políticos o de otra índole presentaron mejor perfil de CVRS en todas las dimensiones (figura 1).

Finalmente, en los modelos de regresión para cada dominio se observó que los principales factores asociados a todas las dimensiones de

Tabla 3. Comparación de la CVRS según las características del grupo de estudio

Variables independientes	Dimensiones de CVRS							
	Física		Psicológica		Social		Ambiental	
	X	Me	X	Me	X	Me	X	Me
Sexo								
Femenino	60	61	67	71	52	50	66	66
Masculino	66	68	70	71	54	50	68	69
Vp ¹	0,028*		0,316		0,517		0,500	
Tipo de hogar								
Público	61	64	69	71	49	50	67	69
Privado	65	66	67	67	60	58	67	66
Vp ¹	0,128		0,511		0,003**		0,593	
Grupo comunitario								
Si	65	68	72	75	56	60	70	70
No	58	63	63	67	48	50	63	64
Vp ¹	0,021*		0,000**		0,007**		0,001**	
Régimen salud								
Subsidiado	61	61	67	67	51	50	64	63
Contributivo	65	68	70	75	56	50	73	75
Vp ¹	0,113		0,216		0,396		0,000**	
HTA								
No	63	68	67	71	50	50	65	63
Si	62	64	69	71	55	58	69	69
Vp ¹	0,685		0,568		0,048*		0,044*	
Diabetes								
No	63	64	69	71	55	54	67	66
Si	60	57	68	71	47	50	68	67
Vp ¹	0,238		0,521		0,012*		0,922	
Dislipidemia								
No	63	64	68	71	53	50	66	66
Si	62	64	70	75	52	50	72	75
Vp ¹	0,866		0,429		0,857		0,014*	
Osteoporosis								
No	64	64	69	71	54	50	67	69
Si	54	50	66	71	47	50	66	66
Vp ¹	0,010*		0,367		0,089		0,854	
Satisfacción en hogar								
Insatisfecho	64	68	65	71	48	50	55	59
Normal	46	46	53	52	36	38	52	53
Muy satisfecho	64	64	70	71	55	50	69	69
Vp ¹	0,002**		0,000**		0,001**		0,000**	
Satisfacción apoyo familiar								
Insatisfecho	56	50	63	67	44	50	60	59
Normal	61	61	64	63	54	50	61	59
Muy satisfecho	66	68	72	75	57	58	72	75
Vp ¹	0,007**		0,001**		0,000**		0,000**	
	Rho de Spearman							
Edad	-0,186**		-0,040		-0,146*		0,041	
Tiempo en el hogar	0,016		0,055		-0,077		0,048	
Número de visitas	0,027		0,137*		0,198**		0,256**	

X: Media. Me: Mediana. ¹Prueba U de Mann-Whitney. ¹Anova.

*El estadístico es significativo en el 0,05. **El estadístico es significativo en el 0,01.

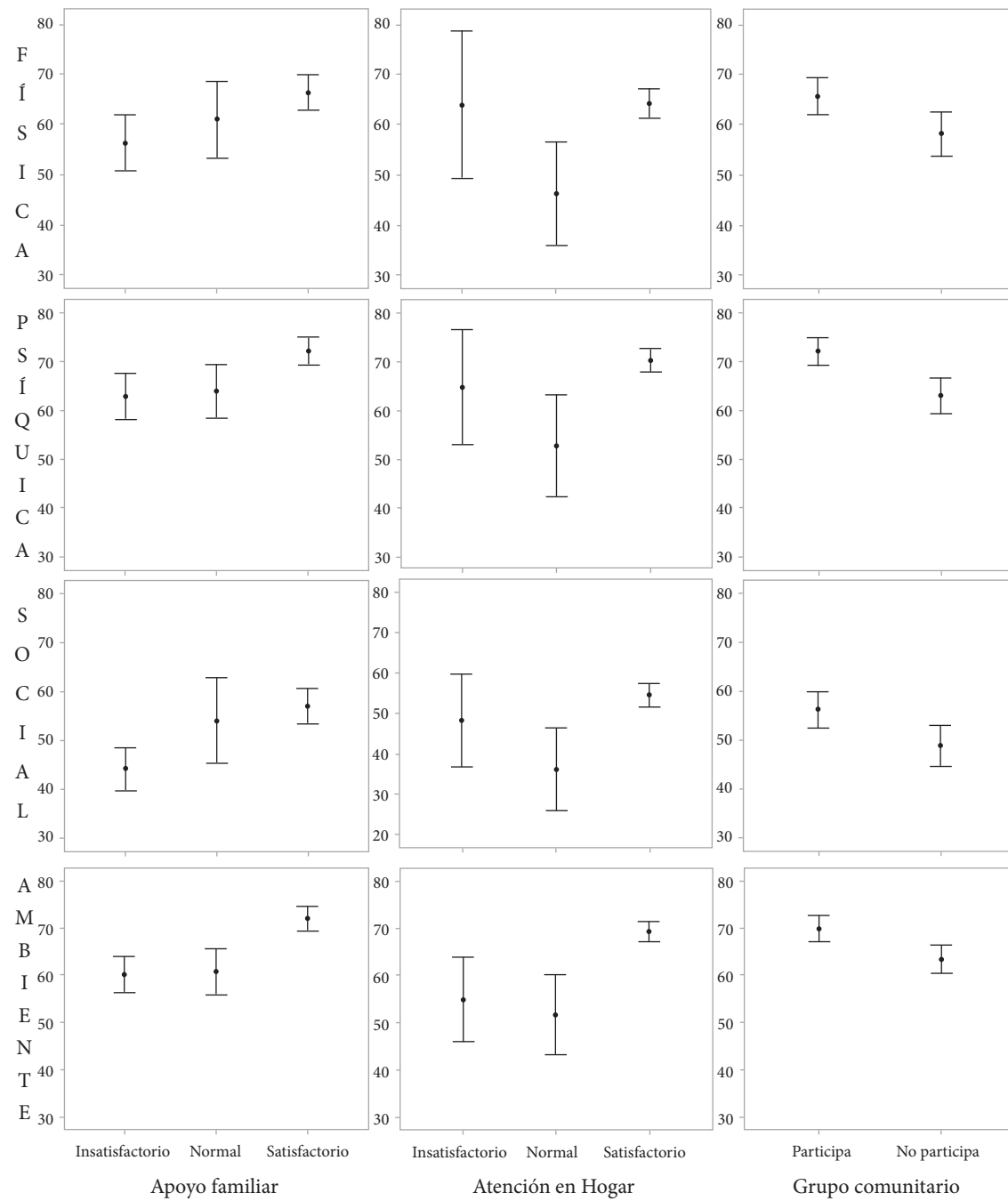


Figura 1. Comparación de las dimensiones de CVRS según la participación en grupos sociales y la satisfacción con el apoyo familiar y la atención en el hogar gerontológico

Tabla 4. Modelos de regresión lineal para los puntajes de CVRS

Dimensión	VARIABLES del modelo	Coefficiente de regresión	Coefficiente de determinación
Salud física	Edad	-0,327*	13,1%
	Sexo	6,160*	
	Satisfacción apoyo familiar	4,428**	
	Grupo comunitario	-5,684*	
	Osteoporosis	-7,239*	
Salud psicológica	Satisfacción apoyo familiar	3,362**	12,5%
	Grupo comunitario	-8,503**	
	Satisfacción en el hogar	5,860**	
Relaciones sociales	Tipo de hogar	12,973**	21,5%
	Satisfacción en el hogar	5,953*	
	Satisfacción apoyo familiar	3,757*	
	Grupo comunitario	-8,089**	
	HTA	7,587**	
	Diabetes	-7,956**	
Ambiente	Satisfacción en el hogar	8,778**	22,8%
	Satisfacción apoyo familiar	3,624**	
	Grupo comunitario	-5,800**	
	Régimen salud	6,041**	

*El coeficiente es significativo en el 0,05. **El coeficiente es significativo en el 0,01.

CVRS fueron la satisfacción con el apoyo familiar y del hogar, y la participación en grupos sociales, ajustando o eliminando el efecto de las demás variables incluidas en los modelos; según los coeficientes de regresión, dichas variables explican entre el 13 % y el 23 % de la variación en los puntajes de salud física, psicológica, social y ambiental (tabla 4).

Discusión

En este estudio se incluyeron individuos adultos mayores con múltiples comorbilidades, entre las cuales fueron más prevalentes la HTA con un 50 %, diabetes mellitus en el 23,6 %, dislipidemias en el 22,3 % y osteoporosis en un 15 %. Estos hallazgos resultan mayores que los referidos en estudios desarrollados en adultos mayores de México, donde se identificaron como principales problemas de salud las

enfermedades osteodegenerativas (50,4 %), oftalmológicas (39,2 %) y odontológicas (16,3 %), con prevalencias de HTA de 28,9 %, diabetes mellitus 16,4 % y osteoporosis en el 6 % (21). De igual manera, el grupo incluido en el actual estudio presenta mayor comorbilidad que los adultos mayores de Medellín no institucionalizados, ya que, según la Encuesta Calidad de Vida de 2002, la prevalencia de HTA era del 38 %, osteoporosis 5 %, diabetes mellitus 13,2 % e hipercolesterolemia 4,7 % (22); mientras que en estudio más reciente en la misma ciudad la HTA fue del 59,7 %, estrés 35,5 % y depresión 26,9 % (13). No obstante, las prevalencias halladas son menores que las reportadas en un estudio en Sincelejo, Colombia, donde se halló HTA en 75,2 %, cardiopatías isquémicas de 70,5 % y enfermedades osteoarticulares del 68,3 %, y frente a un estudio de Asia donde la HTA fue

54%, diabetes mellitus 22,4% e hiperlipemia del 27,6% (23, 24).

En las condiciones sociales se encontró un 29% de insatisfacción con el apoyo familiar y el 60% participa en algún tipo de grupo social; esto resulta diferente a estudios de otros países donde los adultos mayores refieren la relevancia de sus familias en un 72,4% y la participación en grupos sociales, principalmente religiosos, en un 56,4% (21). Frente a adultos mayores no institucionalizados de Medellín, también se hallan diferencias, ya que estos cualifican sus relaciones familiares como buenas en el 82,9% y el 71,7% no participa en ningún grupo. Este último componente evidencia la necesidad de diseñar un programa comunitario para brindar bienestar, recreación y apoyo a este grupo poblacional, dado sus efectos positivos sobre la salud y la CVRS del adulto mayor (22).

La insatisfacción con el apoyo familiar coincide con lo reportado en otros estudios donde se indica que los adultos mayores no tienen una participación activa en la toma de decisiones del hogar (13, 25, 26). Esta situación es el reflejo del 'rol sin rol' que ocupa el adulto mayor en su hogar, llevándolo a perder el sentido de control que debe tener en aspectos relacionados con su modo de vivir y, además, refleja el aislamiento de su vínculo familiar, lo que lo lleva a retraerse y a deprimirse, ocasionándole sentimientos de pérdida, tristeza, desinterés por las actividades, pérdida de la confianza y autoestima, culpabilidad injustificada e ideas de muerte y suicidio (27, 28).

Por otra parte, el instrumento de CVRS presentó excelente fiabilidad, consistencia interna y validez discriminante en las cuatro dimensiones, lo que coincide con estudios previos que han aplicado el WHOQOL-BREF en adultos mayores, y evidencia la pertinencia de su utilización con fines investigativos, clínicos o epidemiológicos (16, 24).

Con respecto a la medición de la calidad de vida, es necesario explicitar que en Colombia las metodologías utilizadas para tal fin enfatizan los aspectos económicos o físico-biológicos, obstando lo social, lo psicológico y lo ambiental, ejemplo de ello son los indicadores de calidad de vida de Planeación Nacional y la Encuesta de Calidad de Vida de Medellín, este último diseñado para realizar el seguimiento y la medición de las condiciones socioeconómicas de los ciudadanos (29).

En el actual estudio, la limitación expuesta en el párrafo anterior ha sido superada con la aplicación del WHOQOL-BREF el cual permitió crear un perfil a partir de los componentes de salud física, psicológica, ambiental y social, con lo que se podrían presentar usos diversos como la práctica médica, la investigación, las auditorías y la toma de decisiones en políticas sanitarias (30). Para lograr un alto nivel de seguridad psicométrica, el WHOQOL-BREF ha sido sometido a numerosas pruebas en más de 20 países con diferentes tipos de cultura y de estratos socioeconómicos, en pacientes hospitalizados y ambulatorios, con un rango etario desde la adolescencia hasta la adultez mayor, con diferencias significativas entre los individuos enfermos y los sanos; estas características lo constituyen en una excelente herramienta de medición de la CVRS, utilizada en más de 20 idiomas para más de una veintena de países (31).

El WHOQOL-BREF demostró ser un excelente instrumento para evaluar la CVRS en adultos mayores; este incluye las dimensiones centrales definidas por la OMS y expertos en calidad de vida, quienes indican que los dominios centrales son el bienestar físico, emocional y material, las relaciones interpersonales, la inclusión social, el desarrollo personal, la autodeterminación y los derechos (32).

En el grupo de estudio, el dominio con el mejor puntaje fue el de salud psicológica y el peor resultado se obtuvo en las relaciones so-

ciales; esto demuestra la necesidad de mantener una red de contactos sociales y que el adulto mayor participe de la toma de decisiones que los afectan. Además, en esta etapa, el apoyo social (familia, amigos, grupos a los que pertenece), las oportunidades para la educación y el aprendizaje, la protección frente a la violencia y la autonomía favorecen su bienestar y CVRS (22). Por otro lado, se ha observado que la mortalidad es menor en los adultos mayores casados y mayor entre las personas solteras, divorciadas o viudas, lo cual da a entender la importancia que tiene no solo la familia, sino la interacción social cotidiana (22).

Algunos hallazgos de este estudio difieren de otros que han referido que las dimensiones de CVRS con mejores puntajes son las relacionadas con la salud mental y la función social, y los peores resultados corresponden al componente físico (33); un estudio en adultos mayores de Asia empleando el WHOQOL-BREF halló puntajes de salud física y ambiental de 63 y de salud psicológica y relaciones sociales de 56 (24); en Canadá los puntajes fueron de 75, para salud física y psicológica, 72, para relaciones sociales, y 80, para ambiente; mientras que en Brasil fueron de 69, para lo físico y psicológico, 75, en lo social, y 65, en ambiente (17). Particularmente, en este último país la salud física, psicológica y ambiental de adultos mayores institucionalizados fue de 63 y las relaciones sociales de 69, mientras que en población no institucionalizada los dominios físico y ambiental fueron de 69 y lo psicológico y social de 75 (5). La diversidad de puntajes presentados evidencia la multiplicidad de perfiles de CVRS que se pueden hallar en adultos mayores, lo que evidencia la necesidad de disponer datos específicos de cada población.

El tipo de hogar no presentó asociación con la salud física, psicológica ni ambiental, solo presentó asociación con las relaciones sociales,

siendo mejor en los adultos de los hogares privados o remunerados; esto difiere de estudios previos que han demostrado cómo los ancianos que viven en los asilos tienen peor calidad de vida que aquellos que no viven en estas instituciones, lo que permite afirmar que la institucionalización es un hecho determinante en la pérdida de la CVRS de este grupo, asociación referida para todas las dimensiones del WHOQOL-BREF (5). También es importante precisar que el dominio de ambiente presenta puntajes más bajos en los adultos mayores institucionalizados frente a los que no residen en hogares geriátricos, lo que algunos autores atribuyen al hecho que las condiciones ambientales posibilitan el desempeño de comportamientos biológicos, sociales y psicológicos directamente relacionados con la CVRS (5, 34).

En especial, la salud física fue estadísticamente mayor en los hombres, quienes participan en grupos sociales, los que presentan satisfacción con su estancia en el hogar y el apoyo familiar, y fue menor entre quienes presentan osteoporosis y las personas de mayor edad. Algunos autores han reportado mayores puntajes de este dominio en mujeres mientras que otros en hombres, de esta manera se corrobora la necesidad de disponer de un perfil específico de cada población (5, 35). Además, estudios previos desarrollados en Medellín han referido que un 34% de adultos mayores consideran que su estado de salud en términos generales es bueno (22).

Algunos autores han hallado que un elevado porcentaje de adultos mayores realizan con autonomía sus actividades cotidianas relacionadas con el autocuidado, desplazamiento y esfuerzos moderados, y asumen un rol físico que les permite desarrollar sus actividades diarias sin muchas limitaciones o dificultades, aunque otros indican que este dominio es dependiente de la presencia de enfermedades crónicas, síntomas

de depresión, soporte social y nivel educativo, y que la CVRS es afectada por cualquier enfermedad o condición psíquica patológica (24, 33, 36).

La salud psicológica fue mejor en quienes participan de grupos comunitarios, los que tienen mayor número de visitas y que están muy satisfechos con la atención en el hogar y el apoyo familiar. Lo que implica que a esta población se le deben brindar todos los elementos necesarios para potenciar su autonomía, fortalecer sus lazos familiares y, por conexidad, mejorar la salud mental, y desmitificar la creencia que el adulto mayor es una persona eminentemente dependiente y evidenciar la necesidad de brindarle un espacio en el cual tenga control y decisión sobre sus acciones, lo que redundará en niveles altos de autoestima, autonomía y CVRS (22).

Otro factor que contribuye a mejorar la salud mental de los adultos mayores es la posibilidad de disfrutar de condiciones favorables que les minimizan el riesgo de padecer depresión, ansiedad o problemas de conducta, lo que puede atribuirse al hecho de contar con sus necesidades básicas satisfechas y tener bajo control algunos factores asociados con este dominio como las enfermedades crónicas y el soporte social (24, 33).

El puntaje de las relaciones sociales fue mejor en los adultos del hogar privado, de menor edad, mayor número de visitas, que participan en grupos sociales y están satisfechos con el apoyo familiar y del hogar. En relación con esta dimensión se debe precisar que el soporte familiar, los grupos de pares y la participación en actividades lúdicas o sociales, hacen que mejore significativamente el bienestar en el envejecimiento, lo que aumenta los niveles de autoestima, autonomía y con ello la CVRS (22).

El último dominio evaluado por el WHO-QOL-BREF, el ambiente, presentó asociación estadística con el régimen de afiliación en salud,

la participación en grupos sociales, el número de visitas y la satisfacción con el apoyo familiar y del hogar; esto coincide con lo reportado por otros autores que han referido la asociación entre este dominio y el soporte de amigos y las actividades diarias (24).

En general, la satisfacción con el apoyo del hogar y familiar, y la participación en grupos sociales fueron las variables más relevantes en el perfil de CVRS de los adultos mayores, dado que presentaron asociación con todas las dimensiones; esto evidencia que la CVRS es un constructo multidimensional y multifactorial que involucra los ámbitos social, económico, cultural y político, y es determinada por diferentes aspectos de la cotidianidad (13, 37). Esto es congruente con estudios realizados en otras poblaciones sanas que han reportado como factores más importantes para la calidad de vida las relaciones familiares, el apoyo social, la autonomía, el ocio, la salud general, el control de las enfermedades crónicas y de la depresión, el estado funcional y la disponibilidad económica (16, 17, 22, 24, 25, 33, 38, 39).

Según el Plan de Desarrollo de Antioquia, durante los dos últimos censos de Colombia (1993 y 2005), la población mayor de 60 años en el departamento de Antioquia presentó un crecimiento del 68,17%, lo que indica una tasa anual de crecimiento del 5,7%, esto ha sido simultáneo con el de las condiciones de dependencia social y económica, lo que ha derivado en el deterioro de la calidad de vida de esta población. Algunos indicadores que evidencian lo anterior incluyen: 1) la tasa de pobreza en los adultos mayores del departamento es del 52%; 2) dificultades para acceder a educación básica y superior, con una tasa de analfabetismo del 19,2%, esto se traduce en un círculo de disminución de oportunidades de empleo de calidad, precarios ingresos, dificultades para afiliación a seguridad social en salud y pensión,

e insatisfacción de necesidades básicas; 3) baja cobertura de atención en salud; 4) exclusión de los escenarios de participación para la formulación y presentación de iniciativas relacionadas con sus necesidades, riesgos y problemáticas; 5) según la política del envejecimiento digno del Plan de Desarrollo de Medellín 2012-2015, solo se ha logrado atender la mitad de la población adulta mayor que necesita apoyo integral con alimentación, atención especializada y apoyo económico; 6) en 2011 se presentaron 523 agresiones de adultos mayores por parte de hijos, compañeros y ex compañeros; 7) la Secretaría de Bienestar Social de la ciudad indicó que 1016 ancianos en la ciudad han sido abandonados por sus familias y dejados en condiciones lamentables en hogares para adultos mayores; y 8) según la Personería existe una gran cantidad de ancianos en riesgo nutricional por no cubrir tres raciones diarias de alimentos (14, 15).

Esta investigación es coherente con programas de orden nacional y departamental, como el Programa de Atención Integral del Adulto Mayor que, a través de acciones orientadas a la construcción de escenarios de vida saludable, pretende generar un envejecimiento con bienestar; el Programa de Promoción, Prevención y Atención a los Riesgos Específicos del Envejecimiento que busca mantener la autonomía e independencia del adulto mayor, y el Programa de Promoción de Espacios de Participación para el Empoderamiento e Inclusión del Adulto Mayor y Anciano (15). Además, contribuye a

la política pública de envejecimiento y vejez del municipio de Medellín, la cual tiene como objetivos: 1) gestionar las condiciones necesarias para garantizar la autonomía y el libre desarrollo en el ámbito social, político, cultural, económico y ambiental de las personas en condición de vejez; 2) desarrollar acciones que permitan la generación de condiciones dignas de envejecimiento; y 3) promover la gestión del conocimiento a través de la investigación y la formación de talento humano en temas relacionados con el envejecimiento y la vejez (40).

Entre las principales limitaciones del estudio se debe indicar el sesgo temporal inherente a estudios transversales y el carácter exploratorio de las asociaciones estadísticas. Además, se debe tener presente que las enfermedades mentales, particularmente la demencia, son una de las principales causas de ingreso a los hogares geriátricos, por lo que el estudio presenta la limitación de no poder extrapolar sus resultados a este subgrupo.

Con este estudio se analizó el perfil de CVRS de adultos mayores institucionalizados en hogares públicos y privados, a partir de los dominios del instrumento de la OMS, y se identificaron algunos de sus factores asociados que evidencian la multidimensionalidad e intersectorialidad del concepto; esta información resulta relevante para investigaciones posteriores, para orientar acciones en salud, los prestadores y evaluadores de los programas, y familiares, grupos de apoyo y comunidad en general.

Referencias

1. World Health Organization. Definition of an older or elderly person [internet] 2013 [citado 2012 feb. 5]. Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html#>
2. Colombia, Congreso de la República. Ley 1276 de 2009, A través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida (2009 ene 5).

3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística República de Colombia. Censo general 2005. Población adulta mayor [internet] 2005 [citado 2012 nov. 12]. Disponible en: http://www.colombialider.org/wp-content/uploads/2011/03/censo_2005_DANE-poblacion_adulto_mayor.pdf
4. Pérgola F, Buzzi A, García AF, Reyes MS, Pampena AM, Noema S. Geriatria clínica [internet] 2009;3:3. [citado 2012 nov. 12]. Disponible en: http://www.geriatriaclinica.com.ar/art/num_rst.php?recordID=200903
5. Araújo E, Gomes M, Paiva K. Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de Vitória – ES. Esc Anna Nery. 2011;15(3):518-23.
6. Alcaldía de Rionegro, Departamento de Antioquia. Plan de Desarrollo 2008-2011: Gobernar es educar [internet] 2009 [citado 2011 mayo 15]. Disponible en: <http://www.inforiente.info/ediciones/2009/marzo/2009-03-02/12068-programa-de-gobierno-gobernar-es-educar-rionegro-2008-2011.html>
7. Rico CA. Recreación y adulto mayor. La tercera edad en el Plan Nacional de Recreación. Documento presentado en: I Congreso Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor. Ministerio de Salud de Colombia. 1999 ago 25; Bogotá [internet] [citado 2012 mayo 20]. Disponible en: <http://www.redcreacion.org/articulos/terceraedad.html>
8. Botero BE, Pico ME. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. Hacia la Promoción de la Salud. 2007;12 (ene-dic):11-24.
9. Ham Chande R. El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud. Salud Pública de México. 1996;38(6):409-18.
10. Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. La gente y la salud. ¿Qué calidad de vida? Revista Internacional de Desarrollo Sanitario. 1996;17(4):385-7.
11. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Cienc Enferm. 2003;9(2):9-21.
12. 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.
13. Cardona D. Comparativo de la calidad de vida del adulto mayor. Medellín, 2008. Rev Fac Nac Salud Pública. 2010;28(2):149-60.
14. Vélez LB. Personas mayores en Medellín [internet] 2012 [citado 2013 feb]. Disponible en: <http://www.luisbernardo.com/nuestra-gestion/debates/item/557-personas-mayores-en-medell%C3%ADn.html>
15. Gobernación de Antioquia. Plan de Desarrollo Antioquia 2008-2011 [internet]. 2008 [citado 2013 febrero]. Disponible en: http://www.antioquia.gov.co/antioquia-v1/plandesarrollo/ordenanza/2_5adultomayor.html
16. Brett CE, Gow AJ, Corley J, Pattie A, Starr JM, Deary IJ. Psychosocial factors and health as determinants of quality of life in community-dwelling older adults. Qual Life Res. 2012;21(3):505-16.
17. Paskulin LM, Molzahn A. Quality of life of older adults in Canada and Brazil. West J Nurs Res. 2007;29(1):10-26.
18. Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD. A comparative review of generic quality-of-life instruments. Pharmacoeconomics. 2000;17(1):13-35.
19. Badia X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Guías de escalas de medición en español. 3.a ed. Barcelona: Fundación Lilly; 2002.
20. Programme on Mental Health, World Health Organization. WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Ginebra: WHO; 1996.
21. Guerrero R, Quevedo EC, García R, Zavala MA. Perfil gerontológico del adulto mayor en Tabasco, México. Rev Salud Pública. 2012;14(1):88-101.
22. Cardona D, Estrada A, Agudelo H. Envejecer nos “toca” a todos. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003.

23. Villarreal G, Month M. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). *Salud Uninorte*. 2012;28(1):75-87.
24. Hsiao C, Li L, Chun C, Shinn H, Liang C, Feng L. Correlates of institutionalized senior veterans' quality of life in Taiwan. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:70.
25. Fernández S, Almuiña M, Alonso O, Blanco B. Factores psicosociales presentes en la tercera edad. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. 2001;39(2):77-81.
26. Couse C, Zamora M, Purón I, Del Pino IA. La bioética y los problemas del adulto mayor. *Medisan*. 1998;2(3):30-5.
27. Barros LC. Aspectos sociales del envejecimiento. En: Anzola PE, Galinsky D, Morales F, Salas A, Sánchez M, editor. *La atención de los ancianos. Un desafío para los años noventa*. Publicación científica 546. Washington D.C.: OPS; 1994. p. 57-73.
28. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS; 2001.
29. Alcaldía de Medellín, Departamento administrativo de planeación. Encuesta calidad de vida [internet] 2009 [citado 2012 may]. Disponible en: <http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Planeaci%C3%B3n%20Municipal/Secciones/Publicaciones/Documentos/Encuesta%20Calidad%20de%20Vida/ECV%202009/Libro%20ECV%202009.pdf>
30. Yanguas J. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional [internet]. 2006 [citado 2012 oct. 14]. Disponible en: http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/index/assoc/mtas0227.dir/mtas0227.pdf
31. Yao G, Wu C, Yang C. Examining the content validity of the WHOQOL-BREF from respondents' perspective by quantitative methods. *Soc Indic Res*. 2008;85(3):483-98.
32. Verdugo M, Gómez L, Arias B. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores. *La escala Fumat*. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad; 2009.
33. Marín C, Castro S. Adulto mayor en Santa Marta y calidad de vida. *Revista Memorias*. 2011;9(16):120-9.
34. Prado A, Perracini M. A construção de ambientes favoráveis aos idosos. En: Neri AL. *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas: Alínea; 2007. p. 221-29.
35. Azpiazu M, Cruz A, Villagrasa JR, Abanades JC, García N, Álvarez C. Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. *Aten Primaria*. 2003;31(5):285-94.
36. Lizan L. Enfoque genérico de la calidad de vida desde el punto de vista de la psicología y de la medicina de familia. Concepto de calidad de vida y sus dimensiones. *Aten Primaria*. 1995;16(Suplem 1):131-2.
37. Phaladze NA, Human S, Dlamini SB, Hulela EB, Hadebe IM, Sukati NA, Makoae LN, et al. Quality of life and the concept of "living well" with HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa. *J Nurs Scholarsh*. 2005;37(2):120-6.
38. Rubio R, Aleixandre M, Cabezas JL. Estudio sobre la valoración de la calidad de vida en la población andaluza. *Geriatrka*. 1997;13(6):33-44.
39. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *An Fac Med Lima*. 2007;68(3):284-90.
40. Medellín, Alcaldía de Medellín. Acuerdo número 08 de 2012 "Por medio del cual se adopta la Política Pública de envejecimiento y vejez del municipio de Medellín, que modifica el acuerdo 18 de 2001" [internet]. 2012 [citado 2012 oct. 14]. Disponible en: http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Bienestar%20Social/Secciones/Publicaciones/Documentos/2012/Politica%20Publica%20de%20Envejecimiento%20y%20Vejez_2012072711581100.pdf