

# Calidad de Vida en el Adulto Mayor Indígena

Ángela María Portilla Tulcán\*✉

Javier Andrés Pupiales Chamorro\*\*

**Cómo citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo:** Portilla-Tulcán, Á. M. y Pupiales-Chamorro, J. A. (2020). Calidad de Vida en el Adulto Mayor Indígena. *Revista UNIMAR*, 83(2), 95-110. DOI: <https://doi.org/10.31948/Rev.unimar/unimar38-2-art4>

**Fecha de recepción:** 18 de febrero de 2020

**Fecha de revisión:** 21 de mayo de 2020

**Fecha de aprobación:** 16 de junio de 2020

## RESUMEN

**Objetivo:** conocer la calidad de vida en un grupo de adultos mayores indígenas pertenecientes a la comunidad de Yaramal, Ipiales, Colombia. **Estudio** de corte transversal en una muestra de 120 adultos mayores a 60 años o más. **Materiales:** cuestionario de aspectos demográficos y la escala de calidad de vida -SF-36-. **Resultados:** predominó el género femenino en un 62,50 %; un 78,33 % fueron casados; 45,83 % no saben leer y escribir; un 68,33 % refirió no recibir subsidio por parte de la alcaldía; cerca de un 75% se dedica a labores de hogar y, por lo tanto, 50 % de ellos no recibe ingresos mensuales; así mismo, el 35 % depende económicamente de su familia; casi un 60 % manifestó limitaciones para realizar actividades intensas, donde 43,33 % consideraron que su salud empeorará. **Conclusión:** la calidad de vida es un concepto multidimensional en donde la combinación de factores impacta en el bienestar y en el contexto de interacción.

**Palabras clave:** calidad de vida; indígena; tercera edad; salud.

\* Artículo resultado de investigación titulada: Calidad de Vida en el Adulto Mayor Indígena. Desarrollado durante el año 2019.

\* ✉ Psicóloga, Universidad Mariana, Nariño, Colombia. Correo electrónico: [angelamportilla@umariana.edu.co](mailto:angelamportilla@umariana.edu.co)

\*\* Psicólogo, Universidad Mariana, Nariño, Colombia. Correo electrónico: [jandrespchamorro@gmail.com](mailto:jandrespchamorro@gmail.com)



## Quality of Life in the Indigenous Elders

### ABSTRACT

**Objective:** to know about the quality of life in a group of indigenous elders belonging to the community of Yaramal, Ipiales, Colombia. **Study:** Cross-sectional study in a sample of 120 adults over 60 years old or more. **Materials:** questionnaire of demographic aspects and the quality of life scale -SF-36-. **Results:** female gender predominated in 62.50%; 78.33% were married; 45.83% are illiterate; 68.33% reported not receiving a subsidy from the mayor's office; about 75% are engaged in housework and therefore 50% of them do not receive a monthly income; likewise, 35% depend economically on their family; almost 60% expressed limitations to carry out intense activities, where 43.33% considered that their health will be worsen in the next years. In conclusion, quality of life is a multidimensional concept in which the combination of factors impacts on well-being and in the context of interaction.

**Keywords:** quality of life; indigenous; elderly people; health.

## Qualidade de Vida das Pessoas Idosas Indígenas

### RESUMO

**Objetivo:** aprender sobre a qualidade de vida de um grupo de adultos idosos indígenas pertencentes à comunidade de Yaramal, Ipiales, Colômbia. **Estudo** transversal em uma amostra de 120 adultos com mais de 60 anos de idade. **Materiais:** questionário de aspectos demográficos e escala de qualidade de vida -SF-36-. **Resultados:** o sexo feminino predominou em 62,50%; 78,33% eram casados; 45,83% não sabem ler e escrever; 68,33% relataram não receber subsídio da prefeitura; cerca de 75% estão envolvidos em tarefas domésticas e, portanto, 50% não recebem renda mensal; da mesma forma, 35% dependem economicamente da família; quase 60% expressaram limitações para realizar atividades intensas, onde 43,33% consideraram que sua saúde irá piorar. Em **conclusão**, a qualidade de vida é um conceito multidimensional no qual a combinação de fatores tem impacto no bem-estar e no contexto da interação.

**Palavras-chave:** qualidade de vida; indígena; terceira idade; saúde.

## 1. Introducción

El envejecimiento humano, constituido como un proceso multidimensional que se caracteriza por presentar una serie de cambios que inician a partir de la concepción y se desarrollan durante el curso de la vida que finaliza con la muerte (MinSalud, Colciencias, 2018), ha sido tema de interés para distintos sectores sociales, debido a que, en la última etapa del ciclo vital de los seres humanos, denominada 'Adulto mayor', ha existido un fenómeno particular que se relaciona con un aumento exponencial de personas de este grupo etario alrededor del mundo, a causa del incremento de la esperanza de vida (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2016), el cual no contempla diferencias culturales, raciales, religiosas o económicas. De esta manera, lo anterior se ha constituido como un reto para los sectores sociales, políticos, económicos y de la salud, debido a que, basados en la premisa general que refiere que este grupo poblacional se someterá a una serie de cambios físicos, sociales y psicológicos que variarán interindividualmente, influirán en la aparición de un número de condiciones que alteran su bienestar y calidad de vida. En este sentido, es preciso mencionar que, en una sociedad que desdibuja dichas capacidades, el adulto mayor, a pesar de tener una vida prolongada, la mayoría de veces no será digna y, por lo tanto, se verá enfrentado a muchos prejuicios.

En la actualidad, los estudios de la OMS (2016) estiman que la esperanza de vida de la población mundial es igual o superior a 60 años y se espera que esta fracción etaria continúe su crecimiento en los siguientes años. Esto ha modificado la pirámide poblacional en muchos sectores; no obstante, el envejecimiento demográfico no solo se resume a registros estadísticos, sino que es un proceso que engloba el estado de salud, el nivel socioeconómico, las relaciones sociales, la etnia/raza y el nivel académico. En este sentido, se ha evidenciado

un fenómeno particular en el género femenino, denominado la feminización del envejecimiento, el cual se ha incrementado en 5,9 % debido a variables laborales, sociales y médicas que se pronuncian mayormente a partir de los 35 años (Padilla y Apablaza, 2018).

Bajo este entendimiento, es relevante contemplar el componente de diversidad, en el cual se incorpora determinantes como la edad, sexo, biología, estatus social, cultura, espiritualidad, que determinan las diversas formas de vivir el envejecimiento (Reyes, 2012). Dicho componente de diversidad en los pueblos indígenas se ve afectado por la pobreza, inequidad social, limitado acceso a seguridad social, educación y salud, que generan gran desventaja con respecto a otros grupos poblacionales, lo que produce un ilimitado número de repercusiones negativas en el volumen y distribución de la carga social de la enfermedad, que afecta principalmente la calidad de vida. En función de ello, se plantea la necesidad de ver al envejecimiento indígena desde aspectos demográficos y calidad de vida, debido a que muchas veces se desconoce las condiciones en las que se encuentran.

Por tanto, la calidad de vida es un constructo que se vincula a condiciones objetivas de vida, así como el grado de satisfacción que se confiere a cada una de estas. De esta manera, se observa la importancia de factores que contribuyen al bienestar de un individuo. En este sentido, la OMS (2016) establece que el concepto de calidad de vida se vincula con la percepción del individuo sobre su contexto, su sistema de valores y la relación que tiene con estos, así como sus expectativas, normas y preocupaciones, que engloban la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno.

La presente investigación se focaliza en estudiar el envejecimiento indígena en la comunidad de Yaramal, la cual se caracteriza por conservar sus creencias, costumbres y territorios, a fin de preservar su identidad y cultura hacia las futuras generaciones, comprendiendo que su respeto por la naturaleza, la organización social, autoridad propia y economía vinculada con la agricultura, constituyen la supervivencia de todo un pueblo.

Este proyecto de investigación se basa en tres ejes fundamentales que justifican la necesidad de abordar el mismo: el primero hace alusión a la novedad, dado que existen pocos estudios referentes a las categorías adulto mayor y calidad de vida, teniendo en cuenta que, según el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) aborda dos de las dimensiones transversales, que son: Grupos étnicos y Adulto mayor, siendo factores que influyen en la vulnerabilidad (Ministerio de Salud y Colciencias, 2015). El segundo aspecto es el aporte al conocimiento, dado que brinda datos significativos respecto a las condiciones de calidad de vida, que permiten comparar dichos resultados con otras realidades y/o que, a su vez, den apertura a futuras investigaciones, pues favorece a aquellos profesionales en aspectos metodológicos, aplicación de cuestionarios e instrumentos de evaluación. Finalmente, a nivel de viabilidad, se cuenta con los instrumentos de recolección de información validados y estandarizados para la población.

## 2. Metodología

### Método

Paradigma de investigación cuantitativo debido a que ofrece a la presente investigación, objetividad para los resultados y para que la información obtenida pueda ser generalizada hacia otras realidades. En este sentido, este trabajo se fundamenta bajo un enfoque empírico analítico, con el fin de analizar

datos estadísticos para contrastarlos de forma veraz (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). En este orden de ideas, se utilizó un tipo de investigación empírico-analítico de tipo observacional descriptivo, para medir y describir variables orientadas a la demografía y calidad de vida, que permitan concluir objetivos puestos en marcha; el diseño empleado fue transversal, a fin de recolectar datos en un momento dado y en una sola medición.

La población estuvo constituida por 170 adultos mayores pertenecientes al resguardo indígena de Yaramal-Ipiales, en donde se usó una fórmula muestral con un 95 % de confianza y un 5 % de error, dando un resultado de 120 personas. Es importante aclarar que los participantes a la investigación cumplieron unos criterios de inclusión, como: a) Ser adultos mayores de 60 años en adelante; b) Aceptar mediante firma el consentimiento informado y c) Pertenecer al resguardo indígena Yaramal. Por otro lado, los criterios de exclusión fueron: a) Tener una implicación médica o cognitiva que impida la aplicación del protocolo; b) No haber firmado el consentimiento informado.

**Materiales:** se aplicó un cuestionario de aspectos demográficos, que aborda el sexo, la edad, el estado civil, el nivel académico, entre otros y, el cuestionario SF-36 que evalúa la calidad de vida relacionada con la salud física y psicológica, mediante 36 preguntas que engloban ocho dimensiones que son: la Salud General, Vitalidad, Capacidad funcional, Dolor corporal, Aspectos físicos, Aspectos sociales, Aspectos emocionales, Salud mental. Las opciones de respuesta son tipo Likert y las puntuaciones oscilan entre 0 a 100, donde puntuaciones por debajo de 50 refieren a un peor estado de salud.

### Análisis de datos

Para el procesamiento y análisis estadístico se utilizó el software Epidat versión 4,2, conjuntamente con el Microsoft Excel 2013.

### 3. Resultados

En la Tabla 1, enseguida, se observa un porcentaje mayor en función del género femenino: 62,50 %, en donde predomina el rango entre 60 - 64, de los cuales un 78,33 % son casados. Así mismo, se determinó que solo un 0,83 % culminó la primaria. Con respecto a la actividad ocupacional, prevalecen amas de casa en un 47,5 % y agricultores en un 40,8 %. La mitad de la muestra refiere no tener ingresos de menos de un salario mínimo, y el 65 % no dependen económicamente de su familia.

Tabla 1. Características demográficas de los adultos mayores indígenas de la comunidad de Yaramal

<b>Dimensión</b>	<b>Núm.</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Mujer	75	62,50
Hombre	45	37,50
<b>Edad</b>		
60 a 64 años	30	25,00
65 a 69 años	22	18,33
70 a 74 años	26	21,67
75 a 79 años	20	16,67
80 años y más	22	18,33
<b>Estado Civil</b>		
Soltero/a	13	10,83
Casado/a	94	78,33
Viudo/a	12	10,00
Separado/divorciado	1	0,83
<b>Estudios Realizados</b>		
No sabe leer/escribir	55	45,83
Aprendió a leer y a escribir	64	53,33
Primaria completa	1	0,83
<b>Recibe usted subsidio por parte de la Alcaldía</b>		
Sí	38	31,67
No	82	68,33
<b>Tipo de afiliación a salud</b>		
Cotizante	1	0,83
Beneficiario	42	35,00
Subsidiado	75	62,5
<b>Ocupación que tuvo por más tiempo</b>		
Agricultor (a)	49	40,83
Ama de casa	57	47,50
Tejedor (a)	11	9,17
Tendero (a)	3	2,50

<b>Dimensión</b>	<b>Núm.</b>	<b>%</b>
<b>Situación laboral actual</b>		
Trabajador independiente	30	25,00
Pensionado	1	0,83
Hogar	89	74,17
<b>Total</b>	120	100,00
<b>Ingreso mensual</b>		
Sin ingresos	60	50,00
Menos de 1 SMVL*	59	49,17
Entre 1 y 3 SMVL	1	0,83
<b>Depende económicamente de su familia</b>		
Sí	42	35,00

La Tabla 2 señala que el 21,67 % vive con una persona en promedio; el 60 % convive en la misma casa con sus hijos; por otro lado, se destaca un valor representativo para el género del cuidador, siendo el femenino, en un 60,83 % y de ellos el 63,33 %, mayor de 60 años. Finalmente, el parentesco con el cuidador es: cónyuge, en un 57,50 %.

Tabla 2. Descripción de la conformación familiar

<b>No. Personas que conviven con el AM</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
0	10	8,33
1	26	21,67
2	23	19,17
3	23	19,17
4	21	17,50
Menos de 9	17	14,16
<b>Lugar donde viven hijos</b>		
No tiene hijos	11	9,17
Viven en la misma casa	72	60,00
Viven en el mismo barrio	11	9,17
Ninguno vive cerca	26	21,67
<b>Tienen un cuidador</b>		
Sí	120	100,00
<b>Sexo del cuidador</b>		
Femenino	73	60,83
Masculino	47	39,17
<b>Cuidador mayor de 60 años</b>		
Sí	76	63,33
No	44	36,67
<b>Parentesco del cuidador</b>		
Cónyuge	69	57,50
Hermano (a)	5	4,17
Hijo (a)	35	29,17
Nuera	2	1,67
Sobrino (a)	1	0,83
Vecino (a)	8	6,67

En la Tabla 3 se aborda dos dimensiones de la escala de calidad de vida SF-36, relacionadas con función física y rol físico; casi un 60 % refiere sentirse muy limitado para realizar actividades intensas; sin embargo, la limitación disminuye cuando las actividades van desde caminar medio kilómetro, (50 %), caminar 100 metros (66,67 %) hasta bañarse o vestirse (68,3 %). Por otro lado, debido a la salud física, la población ha disminuido el tiempo de dedicación al trabajo en un 73,33 %.

Tabla 3. *Función Física - Rol Físico*

Función física	Limita mucho		Limita poco		No limita	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Actividades intensas (correr, levantar objetos pesados, deportes agotadores)	71	59.17	39	32.5	10	8.33
Actividades moderadas (mover una mesa, empujar, trapear, lavar, jugar fútbol)	32	26.67	58	48.3	30	25
Levantar o llevar bolsas de compras	20	16.67	62	51.67	38	31.67
Subir varios pisos por escaleras	41	34.17	52	43.33	27	22.5
Subir un piso por escaleras	18	15	51	42.5	51	42.5
Agacharse, arrodillarse o ponerse en cuclillas	26	21.67	65	54.17	29	24.17
Caminar más de 1 kilómetro (10 cuadras)	44	36.67	42	35	34	28.33
Caminar medio kilómetro (5 cuadras)	20	16.67	40	33.33	60	50
Caminar 100 metros (1 cuadra)	15	12.5	25	20.83	80	66.67
Bañarse o vestirse	16	13.33	22	18.33	82	68.3
Rol físico	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Ha disminuido usted el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades	88	73.33	31	26.67	88	73.33
Ha podido hacer menos de los que usted hubiera querido hacer	108	90	12	10	108	90
Se ha visto limitado en el tipo de trabajo u otras actividades	106	88.33	14	11.67	106	88.33
Ha tenido dificultades en realizar su trabajo u otras actividades	103	85.83	16	13.33	103	85.83

La Tabla 4, a continuación, permite considerar que el 35,83 % de la población evaluada refiere que el dolor corporal ha impedido moderadamente desarrollar el trabajo con normalidad, pese a que la intensidad de dolor es muy poca: 29,17 %.

Tabla 4. *Dolor Corporal*

Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal?											
Nada en Absoluto		Ligeramente		Moderadamente		Bastante		Extremadamente			
Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
4	3.33	33	27.5	43	35.83	27	22.5	13	10.83		
¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante el último mes?											
Ninguno		Muy poco		Poco		Moderado		Mucho		Muchísimo	
Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
8	6.67	35	29.17	32	26.67	26	21.67	13	10.83	6	5

La Tabla 5 señala que el 50,83 % del grupo evaluado refiere que su estado de salud es regular; un 43,33 % asegura que su salud empeorará y más del 35 % de la muestra evaluada compara su estado de salud actual con el de hace un año y, considera que ahora es peor.

Tabla 5. *Salud general y Cambio de Salud*

Salud general											
Valor		Fr		%							
Mala		13		10,83							
Regular		61		50,83							
Buena		11		9,17							
Muy buena		26		21,67							
Excelente		9		7,50							
<b>Total</b>		120		100.00							
Preguntas		Total/ cierto		Bastante cierto		No sé		Bastante falsa		Total/ falsa	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas		13	10.83	44	36.67	26	21.67	32	26.67	5	4.17
Tan sano como cualquiera		0	0	29	24.17	37	30.83	40	33.33	14	11.67



Creo que mi salud va a empeorar	14	11.67	52	43.33	26	21.67	26	21.67	2	1.67	
Mi salud es excelente	2	1.67	36	30	33	27.5	33	27.5	16	13.33	
<b>Cambio de salud</b>							<b>Fr</b>	<b>%</b>			
Mucho mejor ahora que hace un año							12	10,00			
Algo mejor ahora que hace un año							16	13,33			
Más o menos igual ahora que hace un año							41	34,17			
Algo peor ahora que hace un año							43	35,83			
Mucho peor ahora que hace un año							8	6,67			

Los datos de la Tabla 6 indican que, a nivel de vitalidad, el 48,33 % de la muestra refieren sentirse agotados; un 50 % manifiestan sentir cansancio muchas veces. Por otro lado, en la dimensión del rol emocional, se determinó que, debido a la influencia del estado emocional, el tiempo dedicado 77 %, el rendimiento 82,5 % y el cuidado 83,33 % en el trabajo u otras actividades, han disminuido. Finalmente, en lo que corresponde a la dimensión de salud mental, se comprobó un impacto prominente en lo referente a sentimientos de nervios en un 44,17 %; decaimiento 50,83 % y, tristeza 44,17 % que están presentes la mayoría de veces.

Tabla 6. *Vitalidad - Rol Emocional y Salud Mental*

<b>Vitalidad</b>												
Preguntas	Siempre		Casi siempre		Muchas veces		Algunas veces		Casi nunca		Nunca	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Se ha sentido lleno de vitalidad	1	0.83	15	12.5	37	30.83	41	34.1	13	10.83	13	10.83
Se ha sentido con mucha energía	0	0	17	14.17	30	25	53	44.17	17	14.17	3	2.5
Se ha sentido agotado	0	0	19	15.83	58	48.33	37	30.83	2	1.67	4	3.33
Se ha sentido cansado	0	0	14	11.67	60	50	37	30.83	9	7.5	0	0
<b>Rol Emocional</b>							<b>Si</b>		<b>No</b>			
							Fr	%	Fr	%		
Ha disminuido usted el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades							93	77.5	27	22.5		
Ha podido hacer menos de los que usted hubiera querido hacer							99	82.5	21	17.5		
Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual							100	83.33	20	16.6		
<b>Salud Mental</b>												
	Siempre		Casi siempre		Muchas veces		Algunas veces		Casi nunca		Nunca	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%

Ha estado muy nervioso	0	0	13	10.83	53	44.17	34	28.33	16	13.33
Se ha sentido decaído	0	0	19	15.83	61	50.83	20	16.67	20	16.67
Se ha sentido tranquilo	1	0.83	7	5.83	42	35	51	42.5	17	14.17
Se ha sentido triste	1	0.83	15	12.5	53	44.17	38	31.67	12	10
Se ha sentido feliz	0	0	5	4.17	4.	33.33	59	49.17	14	11.67

La Tabla 7 indica que la salud física o los problemas emocionales han afectado las actividades sociales de forma moderada, en un 30,83 %. Al respecto, se determina que casi siempre los problemas emocionales o de salud física interfieren en actividades sociales: un 35 %.

Tabla 7. *Función Social*

Preguntas	Nada absoluto		en Ligera/		Moderada/		Bastante		Extremada	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
	Durante las últimas cuatro semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con su familia, vecinos u otras personas?	7	5.83	36	30	37	30.83	21	17.5	19

  

Preguntas	Siempre		Casi siempre		Algunas veces		Casi nunca		Nunca	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
	Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales?	13	10.83	42	35	42	35	21	17.5	2

#### 4. Discusión

Este proyecto de investigación tuvo como objetivo, determinar el nivel de calidad de vida en adulto mayor indígena, usando un cuestionario de aspectos demográficos y el cuestionario de calidad de vida SF-36. En primer lugar, se abordó aspectos demográficos, fundamentales para comprender los cambios que se presentan durante este ciclo vital (Paredes-Arturo, Yarce-Pinzón, Rosero-Otero y Rosas-Estrada, 2015). Así, por ejemplo, variables como edad, género, escolaridad, etnia y estado civil, serán predictores de un envejecimiento saludable o, por el contrario, una vejez con implicaciones patológicas que afectarán directamente el bienestar del individuo, de manera que, en contextos indígenas, el factor vulnerabilidad genera mayor implicación durante el envejecimiento, como el escaso acceso a salud, educación, marginación social, cambio de actividad económica, así como también la modificación de costumbres, entre otros factores.

Respecto a lo planteado, los resultados indican que el 62,50 % de la muestra correspondió al género femenino, porcentaje similar al obtenido por el estudio del Ministerio de Salud y Colciencias (2015), con un 61,9 % o, el 55 % reportado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2018). Referente al rango de edad, el rango que mayor prevalece es de 60 - 64 años; estos datos son evidenciados en múltiples estudios, tanto regionales, como el de Paredes-Arturo, Revelo-Villota y Aguirre-Acevedo (2018), como internacionales: Shen et al, (2018); Licher, et al, (2018) y Gallardo-Peralta, Córdova-Jorquera, Piña-Morán y Urrutia-Quiroz (2018).

Así, al contrastar los datos alusivos al género, Arango y Ruiz (2015) refieren que la esperanza de vida se ha incrementado un 5,9 % para el género femenino en los últimos 50 años, cuyo fenómeno se denomina 'feminización del envejecimiento' que, en función a la presente investigación, permite observar proporciones mayores que en hombres; esta variable se considera como un factor protector, debido a que la cultura de la comunidad de Yaramal se refleja en el cuidado hacia el otro, rol que desempeña usualmente la mujer, quien aporta tanto a nivel personal, como familiar y comunitario.

En lo pertinente al estado civil, un 78,33 % refirió estar casado; esta categoría contribuye como un factor protector, que se orienta principalmente a través de las redes de apoyo que garantizan que el individuo se sienta respaldado y protegido a nivel de estabilidad económica y emocional (Paredes-Arturo et al, 2018), lo cual es consistente con el estudio de Levis et al., (2016) respecto al estado civil como predictor de la salud mental, dado que las personas casadas reportaron mejor salud física y mental que las solteras. En el presente estudio, la mayoría de adultos mayores convivían con su cónyuge, el cual, como cuidador, se caracterizó por ser de género

femenino, quien fue relativamente menor que su pareja y se desempeñaba en labores domésticas. De igual forma, se observó que asistían a actividades de adulto mayor y socializaban con individuos de su edad. Esto posiblemente permita que su bienestar se vea incrementado por la sensación de sentirse útil en su comunidad (Gallardo-Peralta, Sánchez-Moreno y Rodríguez-Rodríguez, 2019).

En función de la escolaridad, se encontró que casi la mitad de los participantes no saben leer y escribir, circunstancia que es causada por el escaso acceso a la educación y, por ende, genera altos niveles de analfabetismo. Esto se explica por el difícil acceso a los centros educativos, dada la distancia y el tiempo, así como también el poco apoyo de los entes gubernamentales en materia de economía, para la construcción de instituciones educativas. Este hecho se evidenció igualmente en el estudio de Gallardo-Peralta et al., (2019) donde más de un 60 % de adultos mayores indígenas tenían estudios de primaria incompleta. Así mismo, observaron que un 54,2 % de la población indígena tuvo un nivel educativo menor a los tres años escolares. Por lo anterior se evidencia que, la existencia de bajos niveles académicos indica una reserva cognitiva baja, la cual se asocia a un elevado riesgo de padecer demencia (Wilson et al., 2019).

Con relación a lo anterior, en el estudio de Paredes-Arturo et al. (2018) se demostró que casi un 36 % de la muestra sabían leer y escribir y un 55,2 % finalizó la primaria; pese a ello, hay que considerar que el número de participantes fue más representativo en el presente proyecto, casi duplicando en número al estudio en cuestión. Aunado a esto, la actividad económica realizada por los adultos mayores de la comunidad indígena de Yaramal fue la agricultura, en contraste con las labores técnicas no cualificadas referidas por dichos autores; así mismo, la comunidad de Yaramal vive en una zona rural

y limítrofe con el país del Ecuador, aspecto muy esencial frente al nivel de facilidad en el acceso a educación, influenciado por la distancia a los centros educativos y el difícil acceso por carretera a las distintas veredas.

En correspondencia con la actividad laboral, existe una tendencia a la agricultura y las labores domésticas, de manera que el trabajo en la comunidad es visto desde un punto de vista económico que genera recursos y, por otro lado, facilita las relaciones interpersonales que se vinculan con la cultura de la comunidad. Estos resultados son consistentes frente a al trabajo informal e independiente en actividades agrícolas para el género masculino (Yáñez-Contreras, Maldonado y Del Risco-Serje, 2015) y domésticas para el género femenino (Segarra, 2017). Asimismo, en los resultados de Paredes-Arturo et al., (2015) hay un predominio en labores agrícolas y domésticas para el género masculino y femenino, respectivamente. De esta manera, para el presente estudio se observa que dicha actividad laboral es fomentada por la ubicación geográfica, la cual es propicia para la siembra y cultivo de hortalizas, que contribuye a la actividad económica de la comunidad de Yaramal.

Es relevante mencionar que los adultos mayores continúan realizando sus labores económicas pese a tener una edad avanzada, debido a que esto forma parte de su estilo de vida, como también, los bajos ingresos que obligan a este grupo poblacional a permanecer activo a nivel laboral (Yáñez-Contreras et al. 2015). En función de lo anterior, se encuentra que el 50 % de la muestra refiere no tener ingresos económicos; lo anterior es contrastado con los datos obtenidos por el DANE (2018), en donde un 57 % reciben menos de un SMLV. Del mismo modo, se evidencia en los estudios de Villar, Flórez, Valencia-López, Alzate-Meza y Forero (2016) y Paredes-Arturo et al., (2018), que la mayoría de sujetos

evaluados reciben menos de un SMVL. Esto refleja una situación económica preocupante para el adulto mayor, dado que con dichos ingresos no puede suplir necesidades básicas y, mucho menos, satisfacer un estilo de vida adecuado.

En síntesis, a nivel del componente demográfico, el cual se vincula con características propias del sujeto y entorno, éstas se enmarcan en patrones de privación y condiciones de vulnerabilidad, sobre todo, respecto a la variable educación, en la cual se evidencia un porcentaje de analfabetismo, situación que podría contribuir con la presencia de implicación cognitiva. Asimismo, respecto a la ocupación, la mayoría de la población se desempeña en actividades informales, situación poco remunerada a nivel económico, pero que puede permitir que el adulto mayor siga desempeñando un rol en su comunidad, a nivel de independencia (Gallardo-Peralta et al., 2019).

Los datos aportados por la escala SF-36 refieren que casi un 60 % de la población presenta una limitación al realizar actividades como levantar objetos pesados y caminar más de un kilómetro. Así mismo, el estudio de Molano-Laverde (2017) indica que un porcentaje del 71 % realiza actividades menos intensas y solamente la mitad de la población de estudio considera no sentir limitaciones en caminar medio kilómetro; esto se ve influenciado principalmente por aspectos sociodemográficos como edad, antecedentes médicos, sufrir una enfermedad médica que genere limitaciones a nivel físico o los hábitos de vida insalubres. Pese a ello, hay que considerar factores protectores como el estado civil, pues este mismo autor, refiere que las personas casadas obtuvieron puntuaciones por encima de la media. Esto se puede explicar debido a que convivir con otra persona, contribuye a que exista cuidado mutuo y la realización de rutinas como salir a caminar por cuestiones laborales o

recreativas, que aquellas personas en situación de soledad hacen con menos frecuencia.

En función del rol físico, se observa que cerca de un 89 % manifiesta padecer dificultades al realizar sus labores de trabajo, situación que puede estar fuertemente influenciada por la presencia de enfermedades médicas como cataratas, que alteran la capacidad de la visión, que en gran medida altera el nivel de independencia del individuo; esto mismo se evidencia en el estudio de Chaves, Santos, Alves y Salgado (2015), quienes identificaron un porcentaje del 75 % vinculado principalmente con la capacidad funcional del individuo. De manera análoga, la dimensión de dolor corporal permite considerar que el 35,83 % de adultos mayores realiza sus labores diarias de forma adecuada, posiblemente a raíz de padecer enfermedades de tipo crónico como artritis, artrosis u osteoporosis.

En este orden de ideas, se establece que, a nivel de salud general, más de la mitad de la comunidad valoró su estado de salud actual como regular, debido a la dificultad para acceder a servicios de salud, pues se ha demostrado que un acceso inadecuado y limitado a servicios sanitarios origina la reducción del bienestar a estos grupos minoritarios (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2017). En consonancia, Castaño-Vergara y Cardona-Arango (2015) expusieron que más de la mitad de la población que envejece, sintió que el curso de su salud se deteriora y en la medida en que aumenta la edad, esta calificación tiende a ser menor, recalando que este aspecto se encuentra bajo la influencia de factores tanto socioeconómicos como demográficos y culturales que conllevan niveles reducidos en cuanto a calidad de vida, por lo cual se expone la importancia de estudiar esta categoría de percepción de la salud en las diversas regiones referente a, si ésta se mantiene o disminuye.

Vinculado a lo anterior, se estableció que un 43,33 % asegura que su salud empeorará en un futuro; asimismo, la muestra evalúa que su estado de salud empeoró con respecto al de hace un año. De esta forma, Loredó, Gallegos, Xequé, Palomé y Juárez (2016), consideran que contar con los beneficios de salud y servicios que garanticen el acceso a información sobre prácticas saludables y control médico, resulta favorable, ya que genera una alta posibilidad de ajustar sus costumbres y hábitos hacia el autocuidado. En correspondencia con la vitalidad, casi un 49 % manifiesta sentirse agotado la mayoría de veces. En este sentido, autores como Alvarado, Toffoletto, Oyanedel, Vargas y Reynaldos (2017), señalan que la relación de la capacidad funcional y calidad de vida, en cuanto mayor autonomía se posee, menores quejas ante su bienestar existen.

Por otro lado, a nivel de función social, se encontró que un 30,83 % del grupo poblacional se vio afectado por factores médicos o emocionales que le impidieron realizar actividades sociales con normalidad. Salamanca-Ramos, Velasco y Baquero (2019) manifiestan la importancia de los centros vida; en sus resultados identifican que el adulto mayor que vive solo, tiene mayor riesgo para la dependencia, debido a que convivir en pareja contribuye a mejorar o a mantener buenas condiciones sociales y de cuidado. Por otro lado, Quiroga (2015) manifiesta que, a medida que estos individuos avanzan en el proceso de envejecimiento, tienden a habitar en los hogares intergeneracionales y muchas veces esta convivencia se establece como una base afectiva fuerte, como una solución a la soledad y a la pérdida de autonomía.

En cuanto al rol emocional, se identificó que más de un 80 % disminuyó el tiempo de dedicación para realizar actividades laborales y domésticas, debido a la influencia del malestar emocional. En correspondencia con esta dimensión, se establece que

existe un impacto prominente en el grupo de adultos mayores en lo referente a presentar sintomatología depresiva, la cual según el estudio del Ministerio de Salud y Colciencias (2015), existe una incidencia del 41 % en población de adulto mayor. En este sentido, se logra observar que existen sentimientos de vacío, infelicidad, insatisfacción con la vida o sentimientos de inutilidad, porque padecen enfermedades médicas que imposibilitan el buen desempeño de labores y que, su edad, al ser muy avanzada se perciba menos útil dentro de su comunidad.

Finalmente, se observó que el constructo de calidad de vida estuvo influenciado por un factor trasversal, concebido como el factor demográfico, el cual según la ubicación donde vive la comunidad, propicia una serie de posibilidades en función de su bienestar, como estar libre de la explosión de contaminantes, consumir alimentos propios de su misma tierra que favorecen la nutrición, entre otros; sin embargo, categorías como edad, escolaridad, género, economía, suelen ser variables que constituyen un factor de riesgo para el bienestar y calidad de vida, como lo expuesto por los datos obtenidos en este proyecto de investigación.

## 5. Conclusiones

Respecto a las características demográficas, se resalta una prevalencia del género femenino y el alto índice de analfabetismo, que influyen de forma significativa en la calidad de vida; en este sentido, se resalta la feminización del envejecimiento en esta investigación, como un factor protector para un envejecimiento exitoso. Por otro lado, en cuanto a la escolaridad, se pudo establecer que existen variables contextuales que influyen de manera negativa en el acceso a la educación; por ende, se ve la importancia del apoyo de instituciones que favorezcan la promoción de la educación a las futuras generaciones.

Finalmente, se considera la actividad laboral como un factor protector para las personas mayores, en cuanto a que favorece la economía, la funcionalidad respecto a la independencia de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y, en lo social, frente a la percepción de apoyo social, aunque, se debe considerar perspectivas de ocio diferentes al trabajo impartidos a través de centros vida.

A nivel de calidad de vida relacionada con la salud, se establece que ésta suele estar influenciada por aspectos físicos, de salud, sociales y emocionales, que impiden al sujeto tener una buena relación con su entorno.

El presente estudio da apertura a estudiar estas características en otras comunidades, a fin de contrastarlas e incluir nuevos datos, abordando las distintas dimensiones del ser humano.

## 6. Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses del trabajo presentado.



## Referencias

- Alvarado, X., Toffoletto, M.C., Oyanedel, J.C., Vargas, S. y Reynaldos, K. (2017). Factores asociados al bienestar subjetivo en los adultos mayores. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 26(2), 1-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005460015>
- Arango, V. y Ruiz, I. (2015). Diagnóstico de los Adultos Mayores de Colombia. Recuperado de [http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/diag\\_adul\\_mayor.pdf](http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/diag_adul_mayor.pdf)
- Castaño-Vergara, D.M., & Cardona-Arango, D. (2015). Perception of state of health and associated factors in older adults. *Revista de Salud Pública*, 17(2), 171-183.
- Chaves, A., Santos, A., Alves, M. y Salgado, N. (2015). Association between cognitive decline and the quality of life of hypertensive elderly individuals. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(3), 545-556.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2018). Metodología General. Encuesta Nacional de Calidad de Vida - ECV. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/calidad-de-vida/DSO-ECV-MET-001-V4.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021: La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Gallardo-Peralta, L.P., Sánchez-Moreno, E., & Rodríguez-Rodríguez, V. (2019). Strangers in their own world: Exploring the relation between Cultural Practices and the Health of Older Adults in Native Communities in Chile. *The British Journal of Social Work*, 49(4), 920-942.
- Gallardo-Peralta, L., Córdova-Jorquera, I., Piña-Morán, M. y Urrutia-Quiroz, B. (2018). Diferencias de género en salud y calidad de vida en personas mayores del norte de Chile. *Polis (Santiago)*, 17(49), 153-175. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682018000100153>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). Santa Fe, México: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Levis, B., Rice, D.B., Kwakkenbos, L., Steele, R.J., Hagedoorn, M., Hudson, M., ... & Pope, J. (2016). Using marital status and continuous marital satisfaction ratings to predict depressive symptoms in married and unmarried women with systemic sclerosis: A Canadian scleroderma research group study. *Arthritis care & Research*, 68(8), 1143-1149. DOI: <https://doi.org/10.1002/acr.22802>
- Licher, S., Darweesh, S., Wolters, F., Fani, L., Heshmatollah, A., Mutlu, U..., & Ikram, M. A. (2018). Lifetime risk of common neurological diseases in the elderly population. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 0, 1–9.
- Loredo, M.T., Gallegos-Torres, R.M., Xequé-Morales, A.S., Palomé-Vega, G. y Juárez-Lira, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 13(3), 159-165.
- Ministerio de Salud, Colciencias. (2015). SABE Colombia: Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Resumen-Ejecutivo-Encuesta-SABE.pdf>

- Molano-Laverde, K. (2017). *Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud, en la población del cabildo indígena Coconuco, en Cauca, Popayán* (Trabajo de Grado). Corporación Universitaria Minuto De Dios, Bogotá D.C.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). La esperanza de vida ha aumentado en 5 años desde el año 2000, pero persisten las desigualdades sanitarias. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/detail/19-05-2016-life-expectancy-increased-by-5-years-since-2000-but-health-inequalities-persist>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2017). Salud en las Américas 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Recuperado de <http://www.codajic.org/node/2764>
- Padilla, C. y Apablaza, M. (2018). Caracterización de la calidad de vida en la vejez en Chile 1990 y 2015. Recuperado de <https://gobierno.udd.cl/cpp/files/2018/04/An%C3%A1lisis-No.-25.pdf>
- Paredes-Arturo, Y., Yarcé-Pinzón, E., Rosero-Otero, M. y Rosas-Estrada, G. (2015). Factores sociodemográficos relacionados con el funcionamiento cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Neurociencias*, 16(1), 30-39.
- Paredes-Arturo, Y.V., Revelo-Villota, S. y Aguirre-Acevedo, C. (2018). Reserva cognitiva y factores asociados. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 19(2), 29-38.
- Quiroga, P. (2015). Prácticas cotidianas de los adultos mayores en el contexto familiar latinoamericano. *Revista Universidad de la Rioja*, 12(1), 46-50.
- Reyes, L. (2012). Etnogerontología social: la vejez en contextos indígenas. *Revista del Centro de Investigaciones*, 10(38), 71-76.
- Salamanca-Ramos, E., Velasco, Z.J., & Baquero, N. (2019). Health Status of the Elderly in Life Centers. *Aquichan*, 19(2).
- Segarra, M. (2017). *Calidad de vida y funcionalidad familiar en el adulto mayor de la parroquia Guaraynag, Azuay. 2015-2016* (Trabajo de Especialización). Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Shen, Y.T., Radford, K., Daylight, G., Cumming, R., & Broe, T.G. (2018). Depression, Suicidal Behaviour, and Mental Disorders in Older Aboriginal Australians. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(447), 1-14.
- Villar, L., Flórez, C.E., Valencia-López, N., Alzate, J.P. y Forero, D. (2016). Protección económica para la vejez en Colombia: ¿estamos preparados para el envejecimiento de la población? *Coyuntura Económica*, 56(2), 15-39.
- Wilson, R., Yu, L., Lamar, M., Schneider, J., Boyle, P., & Bennett, D. (2019). Education and cognitive reserve in old age. *Neurology*, 92(10), e1-e10. DOI: 10.1212/WNL.0000000000007036
- Yáñez-Contreras, M., Maldonado-Pedroza, C. y Del Risco-Serje, K. (2016). Participación laboral de la población de 60 años de edad o más en Colombia. *Revista de Economía del Caribe*, (17), 39-63. DOI: <https://dx.doi.org/10.14482/ecoca.17.8004>