

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS: UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA

*Beatriz Eugenia Botero de Mejía**
*María Eugenia Pico Merchán***

Recibido en julio 16 de 2007, aceptado en agosto 31 de 2007

Resumen

La OMS (1994) define la “calidad de vida” como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros. Las redes de apoyo social con las que cuenta el adulto mayor son de naturaleza formal cuando están asociadas a lo institucional, y las informales están constituidas por la familia, familiares, los vecinos y los amigos. Las redes de apoyo primarias son de vital importancia como parte de la estructura funcional, afectiva y social. Para efectos de este análisis, se ha definido el concepto de calidad de vida relacionada con la salud como la capacidad que tiene el individuo para realizar aquellas actividades importantes relativas al componente funcional, afectivo y social, los cuales están influenciadas por la percepción subjetiva. El proceso de envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de la población y tiene repercusiones significativas en el volumen y distribución de la carga social de la enfermedad y en la calidad de vida. En Colombia el grupo de mayores de 60 años representa ya un alto porcentaje de AVPP (años de vida perdidos), del mismo modo el problema de la población envejeciente no se limita sólo a analizar la morbilidad y la mortalidad, sino también a determinar las condiciones de vida y de la protección social. Estas situaciones se impondrán rápidamente al SGSS (Sistema General de Seguridad Social), que deberá estar preparado para enfrentarlas; sin embargo, no se dispone de información suficiente que dé cuenta de las características de la calidad de vida relacionadas con la salud en la población de la tercera edad de ciudades intermedias colombianas, mientras que en las grandes ciudades ya ha sido abordado. Mientras más se demore el SGSS para caracterizar la problemática de la tercera edad, más costosa e ineficiente será su gestión, porque varios de los problemas que están apareciendo podrían ser susceptibles de intervención rápida. La construcción de una política de desarrollo social para la población adulta mayor debe partir de la investigación, en este sentido se considera pertinente, hoy más que nunca, estudiar y describir las características de la calidad de vida relacionada con la salud y algunos de los recursos o soportes sociales de esta población, con el fin de orientar a las autoridades sanitarias hacia la definición de políticas públicas, estrategias, diseño de normas, programas de atención y acciones de intervención, que favorezcan el bienestar y la dignidad de las personas en esta etapa de la vida.

*Enfermera, Magíster en Gerontología Social. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. E-mail: beatriz.botero@ucaldas.edu.co

**Enfermera, Especialista en Salud Ocupacional. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. E-mail: maria.pico@ucaldas.edu.co

Palabras clave

Calidad de vida relacionada con la salud, adultos mayores, redes sociales.

QUALITY OF LIFE RELATED TO HEALTH (QLRH) IN SENIORS OVER 60 YEARS OF AGE: A THEORETICAL APPROACH**Abstract**

The WHO (1994) defines “quality of life” as the individual’s perception on his/her position in life within the cultural context and the value system in which the individual lives and with respect to his/her goals, expectations, norms and worries. It is a multidimensional and complex concept that includes personal aspects like health, autonomy, independence, satisfaction with life and environmental aspects such as support networks and social services, among others. The networks of social support on which the senior citizens rely on are of formal nature when they are associated to institutions, and the informal ones are constituted by the family, relatives, neighbors and friends. The primary networks of support are of vital importance as a part of the functional, affective and social structure. For effects of this analysis, the concept of quality of life related to health as the capacity that the individual possesses in order to carry out those important activities relative to the functional, affective and social component, which are influenced by the subjective perception. The aging process generates important changes in the life style of the population and has significant repercussions in the volume and distribution of the social burden of the disease and in the quality of life. In Colombia the group of seniors over 60 years of age already represents a high percentage of LYL (lost years of life), in the same way the problem of the aging population does not limit itself only to analyze the morbidity and mortality, but also to determine the conditions of life and social protection. These situations will quickly be imposed by the SSGS (Social Security General System), that should be prepared to face them; nevertheless, there is not sufficient information that gives account of the characteristics of the quality of life related to health in the senior population of Colombian intermediate cities, whereas in the major cities this has already been approached. The longer it takes SSGS to characterize the senior problems, the more expensive and inefficient its management will be, because several of the problems that are appearing could be solved with a fast intervention. The construction of a social development policy for the senior population must be based on research, in this sense, today more than ever, studying and describing the characteristics of quality of life related to health is considered pertinent. Additionally, some of the resources or social supports of this population must be taken into account, in order to guide the sanitary authorities towards the definition of public policies, strategies, norm designs, attention programs and intervention actions that favor the well-being and dignity of the people in this time of life.

Key words

Quality of life related to health, senior citizens, social networks.

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE (CVRS) EM ADULTOS MAIORES DE 60 ANOS: UMA APROXIMAÇÃO TEÓRICA

Resumo

A OMS (1994) define a “qualidade de vida” como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida do contexto cultural e o sistema de valores nele que vive e com respeito a suas metas, expectativas, normas e preocupações. É um conceito multidimensional e complexo que inclui aspectos pessoais como a saúde, autonomia, independência, satisfação com a vida e aspectos ambientais como redes de apoio e serviços sociais, entre outros. As redes de apoio social com as que contam o adulto maior são de natureza formal quando estão associadas ao institucional, e as informais estão constituídas por a família, familiares, os vizinhos e os amigos. As redes de apoio primárias são de vital importância como parte de a estrutura funcional, afetiva e social. Para efeitos desta análise, tem definido o conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde como a capacidade que têm os indivíduos para realizar aquelas atividades importantes relativas ao componente funcional, afetivo e social, os quais estão influenciados por a percepção subjetiva. O processo de envelhecimento gera mudanças importantes no estilo da vida da população e tem repercussões significativas no volume e distribuição da carga social da enfermidade e na qualidade de vida. A Colômbia o grupo de maiores de 60 anos representa já um alto porcentagem de AVPP (anos de vida perdidos), do mesmo modo o problema da população envelhecida não limita se solo a analisar a morbidade e a mortalidade, embora também a determinar as condições de vida e dela proteção social. Estas situações impondrán rapidamente ao SGSS (Sistema Geral de Seguridad Social), que deberá estar preparado para enfrentá-las sem embargo, não dispor se de informação suficiente que de as características da qualidade de vida relacionadas com a saúde na população da terceira idade de cidades intermédias colombianas, enquanto que nas grandes cidades já tem sido abordado. Enquanto mais demore se o SGSS para caracterizar a problemática da terceira idade, mais custosa e ineficiente será sua gestão, porque vários dos problemas que estão aparecendo poderiam ser suscetíveis de intervenção rápida. A construção duma política de desenvolvimento social para a população adulta maior deve partir da investigação, neste sentido considera se pertinente hoje mais que nunca, estudar e descrever as características da qualidade de vida relacionada com a saúde e alguns dos recursos ou suportes sociais desta população, com o fim do orientar às autoridades sanitárias procurando a definição de políticas pública estratégias, desenho de normas, programas de atenção e ações de intervenção, que favoreçam o bem-estar o a dignidade das pessoas nesta etapa dela vida.

Palavras Chave

Qualidade de vida relacionada com a saúde, adultos maiores, redes sociais.

En el mundo se estima que la población a 2005 era de 2.936,607 millones de personas mayores de 65 años equivalente al 7% de la población mundial, de los cuales 1.386,537 millones (5%) viven en países en desarrollo, rompiendo el mito de que ésta era una característica poblacional de los países ricos según el PRB (Population Referente Bureau) (1). 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. Así, el índice de envejecimiento (IE) para los mayores de 65 con relación a los de 15 para los años 2014, 2025 y 2050 es de 14, 37 y 80 respectivamente (2).

El proceso del envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de la población y tiene repercusiones significativas en el volumen y distribución de la carga de la enfermedad y en la calidad de vida. En Colombia el grupo de mayores de 65 años representa ya un alto porcentaje de AVPP (3), del mismo modo el problema de la población envejeciente no se limita a la morbilidad y la mortalidad, sino también a determinar las condiciones de vida y la protección social. Estas situaciones se impondrán rápidamente al SGSS (Sistema General de Seguridad Social), que deberá estar preparado para enfrentarlas; además, no se dispone de información suficiente que dé cuenta de las características de la calidad de vida relacionadas con la salud en la población de los adultos mayores, es decir, existe un vacío frente a esta problemática. Mientras más se demore el SGSS para caracterizar la problemática de este grupo, más costosa e ineficiente será su gestión, porque varios de los problemas que están apareciendo podrían ser susceptibles de intervención.

Según datos oficiales del DANE para 2005, en Colombia había 42'090.500 habitantes, de los cuales 2'617.240 son mayores de 65 años, 54,6% son mujeres y el 45,4% son hombres; con una proporción de 6,6% de adultos mayores entre 60 y 74 años, y 2,4% mayores de 75 años. 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). (DANE, 2005) (4).

De acuerdo con estudios realizados en esta población, éste es un grupo poblacional cada vez más significativo, pero que en términos generales está expuesto a situaciones de iniquidad, asimetría y exclusión social, lo cual se traduce en que su mayor esperanza de vida no se acompaña de una mejor calidad de vida, sino muchas veces, y particularmente para las mujeres, de lo contrario (5).

De acuerdo a las revisiones teóricas, la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores se ha estudiado utilizando medidas de resultado y

estadísticas correspondientes a la morbimortalidad y la expectativa de vida, no obstante, se desconocen otros aspectos involucrados en ésta, como la percepción sobre su salud, el conocimiento de las redes de apoyo social, la protección social y los servicios de salud.

De otra parte, el Ministerio de la Protección Social y algunos departamentos y municipios del país ya están trabajando en el tema de la política social del adulto mayor, con el fin de favorecer la inclusión del envejecimiento y la vejez, como aspectos de una política de desarrollo social; sin embargo, a pesar de que ésta cubre algunos aspectos puntuales como se observa en los subprogramas planteados por algunas alcaldías locales, relacionados con los programas Centro Día para mayores de 60 años: la Atención Integral al anciano indigente mayor de 60 años, la protección social al adulto mayor de 65 años y discapacitado mayor de 63 años para los hombres y de 57 años para las mujeres, y el Programa Nacional de Alimentación para el adulto mayor "Juan Luis Londoño de la Cuesta", no se vislumbra el mejoramiento de las condiciones de vida de un grueso de la población adulta mayor, perpetuándose la exclusión social y el abandono de ésta (6).

Con base en lo anteriormente expuesto, se hace necesario indagar algunas perspectivas teóricas de la calidad de vida relacionada con la salud y algunos de los recursos o soportes sociales de esta población con el fin de identificar aspectos involucrados en el bienestar para orientar a las autoridades sanitarias hacia la definición de las políticas públicas, que faciliten la definición de estrategias, el diseño de normas y de programas de atención. Es importante tener en cuenta que la calidad de vida es un factor constitutivo del desarrollo humano de las personas y de los pueblos, por lo tanto es necesario propiciarla en forma continua y efectiva.

En la actualidad, son muchas las personas en el mundo que dedican su esfuerzo y estudio a lo que podría denominarse como la nueva cultura de la

longevidad. En realidad, es el intento de vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales, en razón a que el avance social está orientado hacia esa dirección, buscando así un modelo de envejecimiento competente en un sentido útil, productivo, capaz de fortalecer desde un punto de vista genérico de la salud su calidad de vida (7).

APROXIMACIONES CONCEPTUALES

CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA (CV)

El concepto de calidad de vida fue utilizado por primera vez por el presidente Lyndon Johnson en 1964 al declarar acerca de los planes de salud. Se popularizó en los años 50 por un economista norteamericano, en estudios de opinión pública impuestos por la crisis económica derivada de la II Guerra Mundial relacionados con el análisis sobre los consumidores. En 1977 este término se convirtió en categoría de búsqueda en el *Index Medicus* y en palabra clave en el sistema *Medline*, sin embargo, se hizo popular entre investigadores de la salud en la década de los años 80 (8).

La calidad de vida (CV) de nuestra vida equivale a la calidad de nuestro envejecimiento; es elegible en la medida en que elegibles son individual y socio-culturalmente las condiciones en que vivimos, nuestras actitudes y nuestras formas de comportarnos (9).

La calidad de vida resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. Donde el aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales: intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, sociopsicológica, cultural y política) que interactúan con él. El aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales

de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos. De acuerdo a Dulcey y col. el concepto de bienestar subjetivo y satisfacción con la vida en la vejez es criterio de un envejecimiento exitoso (10, 11, 12).

La calidad de vida es un concepto eminentemente evaluador o valorativo capaz de abarcar muchos más fenómenos que los que caben en cualquier especialidad o rama de las ciencias, es decir, las definiciones sobre las que se sustentan las investigaciones son múltiples y según el contexto del cual parte su valoración (13).

Existen diversas definiciones sobre calidad de vida; Felce y Perry (14) hallaron tres conceptualizaciones que retroalimentaron con una cuarta, así: “1) como la calidad de las condiciones de vida de una persona; 2) la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales; 3) la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta; 4) y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales”.

Amartya Sen concibe la calidad de vida en términos de actividades que se valoran en sí mismas y en la capacidad de alcanzar estas actividades. Si la vida se percibe como un conjunto de ‘haceres y seres’ (es decir, de realizaciones) que es valorado por sí mismo, el ejercicio dirigido a determinar la calidad de la vida adopta la forma de evaluar estas ‘realizaciones’ y la ‘capacidad para funcionar’. A diferencia de los enfoques basados en el valor o bienestar que otorgarían las propias mercancías (en que se confunden medios y fines), para este caso, la calidad de vida se determinaría en apoyo a esos ‘haceres y seres’ (realizaciones) y en la capacidad o habilidad de la persona de lograrlos; en últimas, las cosas que la gente valora hacer y ser (15).

De acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno (16).

Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de calidad varían en función de la etapa evolutiva, es decir, que la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad. En la tercera edad, los estudios han prestado especial atención a la influencia que tiene sobre la calidad de vida, las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de salud física, y los servicios que reciben las personas mayores (17).

La CV en adultos mayores involucra la relación estrecha entre años de vida saludable y la esperanza de vida, en tanto, se puede expresar como la relación inversa entre CV y expectativa de incapacidad (a mayor calidad de vida menor discapacidad).

DETERMINANTES DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

Diversos autores han investigado sobre los factores de la vida que son considerados importantes para la calidad de vida por las personas de edad; encontrándose, como variables más significativas: las relaciones familiares y apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica (18). A pesar de los aspectos subjetivos y la gran variabilidad entre poblaciones, hay algunos factores que permanecen constantes, entre ellos el soporte social, como un elemento que favorece la calidad de vida independiente de la fuente de donde provenga. Se ha sugerido que la calidad de vida en general puede variar de acuerdo a la edad, el

sexo, la condición de salud y la residencia; aunque los factores socioeconómicos y la escolaridad son elementos de importancia, aunque no del todo determinantes para la calidad de vida de los ancianos (19). Aspectos relacionados con la salud; cualquier enfermedad en general afecta la calidad de vida, y en mayor medida los problemas de salud mental: desórdenes de ansiedad, depresivos y afectivos (20).

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

La prevalencia de enfermedades crónicas, en la mayoría de los países y en la población adulta mayor para la que el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de las personas, lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de vida de esta población. En este contexto, la incorporación de la medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como una medida necesaria ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones (21). El estudio de la calidad de vida aplicada a la tercera edad, debe incluir aspectos como el estado de salud, el rol, el estado funcional y la determinación de factores de riesgo. A partir de esta información, es posible planificar programas preventivos, acciones concretas de salud y organización de servicios sociales y de salud, por lo que es evidente que su utilidad rebasa el estrecho margen de procesos patológicos y estadísticas de resultado (22).

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud incorpora esencialmente la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable, y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud (23).

CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Autores como Patrick y Erickson (24) definen la CVRS como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. Para Schumaker y Naughton (25) es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

Shwartzmann L y col. (26), consideran la calidad de vida como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre la persona y su medio ambiente. De acuerdo a este concepto, la calidad de vida en una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido, y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad. Dicho resultado se mide en la percepción del grado de bienestar físico, psíquico y social, y en la evaluación general de la vida que hace el paciente, teniendo en cuenta los cambios que estas situaciones pueden producir en el sistema de valores, creencias y expectativas. La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

Para los autores del artículo el concepto de calidad de vida relacionada con la salud que más se ajusta a los objetivos de esta revisión, es el que lo concibe como la capacidad que tiene el individuo para realizar aquellas actividades importantes relativas al componente funcional, afectivo y social, los cuales están influenciadas por la percepción subjetiva. Es claro que calidad de vida es una

noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas.

MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Las tradicionales medidas mortalidad/morbilidad están dando paso a una nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones, comparando unas con otras y, en esta línea, la meta de la atención en salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la calidad de vida del paciente. En la tercera edad los estudios han prestado especial atención a la influencia que tiene la calidad de vida, las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de salud física y los servicios que reciben las personas mayores (17).

Existen diversos métodos e instrumentos para la medición de la calidad de vida, sin embargo, los métodos actuales de evaluación de calidad de vida en relación con la salud se han desarrollado sobre todo a partir de tres tradiciones de investigación (27):

- La investigación de la felicidad, proveniente de la tradición psicológica, definida por Jones, citado por Schwartzmann L y col. (28), como un constructo psicológico posible de ser investigado. Estudios como los de Costa y Mc Crae y Abbey y Andrewes relacionados por Schwartzmann L y col. (29) mostraron la correlación del afecto positivo con el control interno, la tendencia a la acción, el apoyo social y la extraversión, mientras los afectos negativos muestran mayor asociación con el estrés, la depresión y la neurosis.
- La investigación en indicadores sociales, proveniente de las ciencias sociales, que se centró

en los determinantes sociales y económicos del bienestar. Las líneas de investigación en el campo social divergen, desde las que continúan centrándose en indicadores objetivos a las que se concentran en indicadores subjetivos. Dentro de esta línea, diversos investigadores siguen discutiendo si la satisfacción debe medirse globalmente o en relación a distintos ámbitos de la vida específicos. Los distintos modelos teóricos sobre necesidades humanas, desarrollados por filósofos, antropólogos, científicos sociales y políticos, incluyen, a pesar de sus diferencias teóricas, las siguientes categorías de necesidades (27):

1. Necesidades fisiológicas (alimentación, agua, aire, cobijo de las fuerzas de la naturaleza, etc.).
 2. Necesidad de relación emocional con otras personas.
 3. Necesidad de aceptación social.
 4. Necesidad de realización y de sentido.
- En el área de la salud, la OMS fue pionera en el futuro desarrollo de la CVRS, al definirla e incorporar el bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad, en su definición clásica, sin embargo, esta definición de avanzada no pasó de ser una expresión de deseos y la práctica médica así como las evaluaciones poblacionales de salud fueron apartándose de este concepto reduccionista.

A comienzos de los años 80 aparecen desarrollados los perfiles de salud como respuesta a lo anterior, y son los denominados: Perfil de Impacto de la Enfermedad (30); Perfil de Salud de Nottingham (31); y el SF-36 (Short Form-36 Health Survey, SF-36) (32). Este cuestionario de salud SF-36 versión española o formulario corto-36, evalúa ocho dimensiones con una batería de preguntas por cada dimensión dando un total de 36 preguntas, así:

1. Funcionamiento físico.
2. Limitaciones en el desempeño de sus roles debido a problemas físicos de salud.
3. Dolor corporal.
4. Funcionamiento social.
5. Salud mental general, incluyendo estrés psicológico.
6. Limitaciones en el desempeño de roles debido a problemas emocionales.
7. Vitalidad, energía o fatiga.
8. Percepciones de salud general.

La principal ventaja del SF-36 es que permite obtener un perfil general sobre la opinión percibida acerca de la calidad de vida relacionada con la salud de los diferentes individuos o de grupos poblacionales, mediante la aplicación personal y directa del cuestionario para su posterior valoración, lo cual es de utilidad para la planificación sanitaria y el establecimiento de políticas sociales dirigidas a esta población. Vilagut y cols. (33) al evaluar los 10 años de experiencia acumulada en España con el SF-36, uno de los instrumentos de CVRS más conocidos y utilizados a escala internacional, ilustran la madurez que ha alcanzado en nuestro entorno la medición y el estudio de la CVRS. Los autores realizan una revisión crítica del contenido y muestran además la notable variedad de poblaciones y tipos de estudio en los que se ha utilizado hasta el momento este instrumento (34). El SF-36 fue validado en Colombia por Stephan P. Leher en 1997, en una investigación en un barrio del sur de Bogotá, el cual fue adaptado a 11 preguntas referentes a las dimensiones física y social.

Posteriormente, la OMS retoma el tema, al crearse en 1991 un grupo multicultural de expertos que avanza en la definición de Calidad de Vida y en algunos consensos básicos que permitan ir dando a este complejo campo alguna unidad. Esta definición y puntos de consenso fueron la base de la creación del instrumento de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-100), cuestionario válido simultáneamente en distintas culturas;

utiliza metodologías cualitativas como los grupos focales, para evaluar la pertinencia para los futuros usuarios de los aspectos incluidos en la evaluación (35).

En Kentucky, (E.U.), Mainous (36) realizó un estudio con personas de áreas urbanas y rurales, en el que encontró que las del área rural tenían un estado de salud más pobre en la medición de las subescalas de funcionamiento físico y social, roles, salud mental general y percepción general de salud. En el sur de Francia, Grand (37) llevó a cabo un estudio en ancianos mayores de 60 años con el objetivo de identificar marcadores de mortalidad, en el que halló una relación entre ésta y discapacidad, salud, autopercepción de salud, confort en la casa, socialización y dos ítem de bienestar subjetivo: la sensación de inutilidad y la carencia de proyectos para el futuro. En Malasia, Yassin (38) encontró en una población de 317 ancianos mayores de 55 años, que cerca del 33% percibía su salud como excelente o buena, 63,4% consideraba que su salud comparada con la del año anterior era más o menos la misma y 49,2% se percibía a sí mismo como físicamente activo. La artritis fue la condición que más afectaba las actividades de la vida diaria.

En España, Fernández Ballesteros R (39), expresa, que actualmente en su mayoría los planes y programas de servicios sociales dirigidos a los mayores y a otros grupos poblacionales tienen como objetivo incrementar la calidad de vida para alcanzar el estado de bienestar. Esta autora enfatiza en la multidimensionalidad del concepto de calidad de vida y lo asocia con factores personales tales como: salud, habilidades funcionales, relaciones sociales, actividades de ocio y satisfacción, y factores socioambientales tales como: apoyo social, condiciones económicas, servicios de salud y seguridad social, calidad del ambiente y aspectos culturales.

Durán L(40) concluye en una de sus investigaciones en México, que la mayor variación de los adultos

entre los 65 y 74 años, en relación con su calidad de vida, se concentra en tres dimensiones particularmente: vitalidad, función social y salud mental; y que dos condiciones como el sexo y la edad (mujeres y mayor edad) son variables que se asocian con la calidad de vida.

REDES DE APOYO O SOPORTE SOCIAL

Las relaciones sociales constituyen el corazón del funcionamiento social del anciano. Se refieren a la red de contactos y relaciones sociales del individuo. Siguiendo a Gómez y Cursio (2000) (41) el apoyo social es el conjunto de ayudas económicas, emocionales e instrumentales proporcionadas al anciano por parte de otras personas. Es necesario diferenciarlo de las relaciones sociales, en razón a que éstas son el mecanismo a través del cual se realiza o no el apoyo, es decir, las relaciones pueden o no estar asociadas con efectos tanto positivos como negativos, en la medida en que no siempre las relaciones sociales, aunque existan, proporcionan o garantizan dicho apoyo.

Existe una serie de tipologías de soporte social y de formas como los ancianos acceden a ellos, el significado y contenido es socialmente construido y va más allá del control del individuo. El apoyo o soporte que recibe el anciano a través de la red social consta de dos componentes: redes de apoyo primarias y las secundarias. Las primarias relacionadas con la familia, que sigue siendo la principal fuente de apoyo para los ancianos y la preferida por ellos y a la que acuden generalmente en primera instancia.

Las relaciones de apoyo que se dan entre los ancianos y sus familias están basadas principalmente en orientaciones valorativas sobre la unidad familiar y la interdependencia. De acuerdo con Gómez y Cursio (2002), a pesar de los cambios sociales y de la edad, las redes familiares del anciano permanecen estables si son recíprocas; con el

aumento de la edad se incrementa la dependencia de los familiares y se disminuye el soporte de las personas por fuera de ellas

Redes secundarias de apoyo social: en este grupo se incluyen los vecinos, los amigos, parientes y grupos comunitarios. Los vecinos no son parte vital de las redes de apoyo afectivo de la persona anciana. Generalmente proporcionan ayuda en momentos de crisis o en emergencias, y se asocia a la asistencia más elemental y de primera mano. Las relaciones con amigos involucran apoyos de mayor intensidad, cohesión, compañía y provisión de servicios o ayuda en actividades cotidianas. Se caracterizan por el apoyo afectivo, ayudan a mantener una autoestima positiva y potencian, por así decirlo, su espiritualidad y sentido de continuidad espiritual.

Igualmente, los ancianos tienen la posibilidad de pertenecer y participar en organizaciones formales o los denominados clubes y grupos de ancianos que les permiten la participación social y el establecimiento de relaciones sociales, brindándole un marco de referencia estable para que el anciano se reconozca como tal, asuma roles definidos, se organice y encuentre actividades que le ayuden a reconstruir su vida, posibilitando la creación de un nuevo modelo social sobre las relaciones entre los mismos ancianos.

El adulto mayor vive en un entorno en el cual coexisten aspectos positivos y negativos que pueden repercutir en la capacidad funcional y que se asocia con un incremento de la susceptibilidad para que éste desarrolle enfermedades, se accidente, pierda autonomía o muera (42).

Fujisawa (43) encontró diferencias en los índices de calidad de vida (apoyo social, autonomía, salud mental y relaciones familiares) con respecto al género. Céspedes A y cols. concluyeron, en una investigación sobre calidad de vida y adulto mayor, que existen carencias de tipo afectivo por falta de interacción social, falta de contacto social y problemas de inactividad bastante acentuados

(44). Otro estudio, realizado por Villalobos (45) en Costa Rica, reveló que los adultos mayores institucionalizados experimentan sentimientos de soledad por encontrarse separados de su familia, mostrándose apáticos, poco participativos en las actividades programadas por los centros y presentan mayores factores de riesgo como sedentarismo y aislamiento. Además, evidencian discapacidades más visibles y requieren mayor ayuda para realizar actividades de la vida diaria; en contraste, las personas mayores que vivían con su familia y eran atendidas en el centro diurno se mostraron más activas, participativas y se mantuvieron ocupadas en diferentes tareas.

Desde la postura de Bourdieu (46), se menciona que una sociedad está caracterizada por la diferente inserción de los individuos en espacios sociales, en función de sus oportunidades, activos económicos, sociales y políticos, es decir, de su capital global, entendido éste como la conjunción del capital económico, del capital social que es el monto de redes sociales de que dispone una persona como medio de apalancamiento para su trayectoria social, y del capital cultural representado en el bagaje educativo y cultural de la persona. Por tanto, para las personas adultas mayores, el capital social es base para la garantía de su bien-estar, en su significado de “estar bien” y por tanto de su calidad de vida (47).

En el ámbito internacional, los gobiernos están interesados en realizar una revisión de los avances en los planes para mejorar las condiciones de vida y de protección social del grupo de adultos que está envejeciendo y de las futuras generaciones, los cuales también deben ser conocidas por la sociedad civil y por los mismos adultos mayores con el fin de evidenciar las intervenciones para enfrentar el desafío del cambio demográfico, el que debe trascender de un plano asistencial hacia el ejercicio de los derechos enmarcados en los principios de las Naciones Unidas promulgados en 1991: independencia, participación, cuidado, autorrealización y dignidad.

Es importante tener en cuenta que desde la perspectiva del desarrollo humano, la calidad de vida se concibe como la expansión de las capacidades o libertades de la gente que permite ubicar el interés de las personas en cuanto a su habilidad real para lograr realizaciones valiosas como parte de su vida y no en la evaluación de la utilidad y de los ingresos (15). La libertad así concebida es, entonces, fin principal del desarrollo, pero a la vez medio para alcanzarlo (15).

Continuando con esta perspectiva de Sen (48), se privilegia lo que las personas pueden llegar a ser y a hacer, es decir, su capacidad de agencia, definida por este autor como la libertad de desarrollar el proyecto de vida que las personas más valoran. Desde este enfoque, se puede decir y ampliar que las personas tienen unas dotaciones iniciales que en la medida en que se logre potenciar sus capacidades en cuanto a la libertad de desempeños y de oportunidades –y las personas en el uso de esas libertades, ejercen unos derechos, relacionados éstos con el dominio sobre un conjunto de bienes y servicios y un espacio de reconocimiento y

participación–, en la perspectiva de Sen (48), se logrará traducir en calidad de vida.

Como síntesis de lo anteriormente expuesto, es necesario plantear la importancia de formular y abordar políticas y estrategias que fomenten la participación activa y real de la población adulta mayor, en las decisiones que los tocan, en tanto personas que aportan desde sus saberes, sus necesidades y sus potencialidades. Del mismo modo, las políticas públicas no pueden enfocarse en el individuo y ser tan paternalistas y asistencialistas, puesto que se centran en la restitución de derechos de los más vulnerables o irregulares (49), antes es preciso preocuparse en el caso de los adultos mayores por la garantía universal de los derechos: salud, vivienda, alimentación, recreación, cuidado, participación. Significa que desde el compromiso del Estado y con la responsabilidad y la solidaridad de los ciudadanos y ciudadanas, hay que desarrollar alternativas políticas hacia los adultos mayores que permitan disminuir las brechas económicas, sociales, políticas y culturales entre incluidos y excluidos en la perspectiva del desarrollo humano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Population Referente Bureau PRB; 2006.
2. Fajardo M, Rincón MJ. Demografía del envejecimiento y sus implicaciones en sectores claves de la sociedad colombiana. En: L Wartenberg (comp.). La cátedra abierta en población 2000-2001. Bogotá: Universidad Externado de Colombia y Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2003. p. 57-102.
3. Ministerio de Salud. La carga de la enfermedad en Colombia. Santafé de Bogotá; 1994. p. 26.
4. DANE, Departamento Nacional de Estadística; 2006.
5. Ham Chande, R. El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud. Salud Pública de México Número especial, La salud del adulto mayor; 1996 Nov-dic; 38(6):411.
6. Rueda, JO. Retos del envejecimiento demográfico en Colombia. En: Ministerio de Comunicaciones y Centro de Psicología Gerontológica Cepsiger: Periodismo y comunicación para todas las edades. Bogotá: Ministerio de Comunicaciones y Cepsiger; 2003, p. 35.
7. Ríos L, Ríos I, Padial P. La actividad física en la tercera edad. Citado por Mora M, Villalobos D, Araya G, Ozols A. Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. Rev MH Salud 2004; 1(1):2-11.
8. González U, Grau J, Amarillo MA. La calidad de vida como problema de la bioética. Sus particularidades en la salud humana. En: Acosta JR (ed.) Bioética. Desde una perspectiva cubana. Ciudad de la Habana; 1997; 279-285.
9. González U, Grau J, Amarillo MA. La calidad de vida como problema de la bioética. Sus particularidades en la salud humana. En: Acosta JR. Bioética desde una perspectiva cubana. Ciudad de la Habana; 1997; 279-285.
10. Dulcey-Ruiz E, Quintero G. Calidad de vida y envejecimiento. En: Rocabruno JC. Tratado de Gerontología y geriatría Clínica. La Habana: Academia; 1999:128-136.
11. Quintero G. Calidad de vida y envejecimiento. En: Prieto O, Vega E. Temas de Gerontología. Ciudad de la Habana: Científica Técnica; 1996.
12. Mantilla G, Márquez AU. Envejecimiento. Experiencias y perspectivas. Bogotá: AIG; 1996.
13. Faden R, Germán P. Calidad de vida: consideraciones en geriatría. Clínica de Medicina Geriátrica. México: Panamericana; 1998.
14. Felce D, Perry J. Quality of life: It's Definition and Measurement. Research in Developmental Disabilities 1995; 16(1):51-74.
15. Sen, A. El desarrollo como libertad. Madrid: Planeta; 2001; 19-76.
16. Villaverde ML, Fernández L, Gracia R, Morera A, Cejas R. Salud mental en población institucionalizada mayor de 65 años en la isla de Tenerife. Rev Esp Geriatr Gerontol 2000; 35(5):277-282.
17. Gómez-Vela M y Sabeh. En: Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. [Artículo de Internet]. <http://www3.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
18. Rubio R, Rico A, Cabezas JL. Estudio sobre la valoración de la calidad de vida en la población andaluza. Geriatrika 1997; 13:271-81.
19. Fernández-Ballesteros R, Zamarrón M, Macía A. Calidad de Vida en la Vejez en los distintos contextos. Madrid, España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales (Inserso); 1997.
20. 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):131-132.

21. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick D. Measuring Health-Related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine* 1993; 118(8):622-629.
22. Dulcey-Ruiz E, Quintero G. Calidad de vida y envejecimiento. En: Rocabrano JC. *Tratado de Gerontología y geriatría Clínica*. La Habana: Academia; 1999:128-136.
23. Testa M. Current Concepts: Assessment of Quality-of-Life Outcomes. *N Engl J Med* 1996 March; 334(13):835-840.
24. Patrick D, Erickson P. *Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation*. Oxford University Press. New York; 1993.
25. Naughton MJ, Shumaker SA, Anderson RT, Czajkowski SM. Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales. In: *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials* 1996;15:117-131.
26. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. En: *Ciencia y Enfermería IX* 2003;(2):9-21.
27. Angermeyer, MC., Killian, R. Modelos teóricos de Calidad de Vida en trastornos mentales. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N. *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Barcelona: Masson; 2000; 19-29.
28. Jones HM. Citado por Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. En: *Ciencia y Enfermería IX* 2003;(2):9-21.
29. Abbey, Andrewes. Citados por Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. En: *Ciencia y Enfermería IX* 2003;(2):9-21.
30. Bergner M, Bobbit RA, Carter WB, Gibson BS. The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure. *Med Care* 1981;19:787-805.
31. Hunt S, Mc Ewen J, Mc Kenna SP. *Measuring health status*. London, Croom Helm;1986.
32. Ware J, Brook R, Davies A, Lohr K. Choosing measures of health status for individuals in general populations. *AJPH* 1981;71(6):620-5.
33. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintan JM, et al. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* 2005;19(2):135-50.
34. Herdman MJ. Reflexiones sobre la medición de la calidad de vida relacionada con la salud. *Gac Sanit* 2005;19(2):91-2.
35. WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.* 1995; 41(10):1.403-1.409.
36. Mainous AG, Kohrs FP. A comparison of health status between rural and urban adults. *J Community Health* 1995;20(5):423-31.
37. Grand A, Gorsclaude P, Bocquet H. Disability, psychosocial factors and mortality among the elderly in rural French population. *J Clin Epidemiol* 1990;43(8):773-82.
38. Yassin Z, Ferry RD. Health characteristics in rural elderly Malay females in selected villages in Megeri Sembilan. *Med J Malaya* 2000;45(4):310-8.
39. Fernández-Ballesteros R, Zamarrón M, Macía A. *Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos*. Madrid, España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales (Inserso); 1997.
40. Durán L, Salinas Escudero G, Gallegos Carrillo K. *Medición de la Calidad de Vida en el adulto mayor en dos Estados de México*, [Artículo de Internet]. www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/D31038DC-14C0-BF083717E1C477631D/0/CVLuisDuran.pdf
41. Gómez JF, Curcio CL. *Valoración Integral de la Salud del Anciano*. Manizales: Tizan; 2002. 104-393.

42. Cardona D, Estrada A, Agudelo HB. Envejecer nos “toca” a todos. Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor. Medellín, Facultad Nacional de Salud Pública; 2002.
43. Fujisawa M. Comparative study of quality of life in the elderly between in Kahoku and Yaku. Kochi Medical School Journal 2004 Oct;10(1): 790-799.
44. Céspedes A. Influencia de los factores socioeconómicos en la pérdida de autonomía de los adultos mayores costarricenses entre los 65 y 80 años. Programa de Investigación sobre el Envejecimiento. San José de Costa Rica: s.e.; 1987.
45. Villalobos D. Problemas de salud que enfrenta la población de la tercera edad en la ciudad de Heredia. Citado por Mora M, Villalobos D, Araya G, Ozols A. Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. Rev MH Salud 2004;1(1):2-11.
46. Bourdieu, P. La distinción criterios y bases sociales del gusto. España: Taurus; 2000.
47. Cohen G. Si eres igualitarista, ¿cómo es que eres tan rico?, Barcelona, Paidós; 2001
48. Nussbaum M, Sen A. La calidad de vida. México: Fondo de Cultura Económica; 1996;5-56.
49. Castel R. La lógica de la exclusión. En: Bustelo y Minujin (eds.). Todos entran: propuesta para sociedades incluyentes. Bogotá: UNICEF-Santillana; 1998.