

Robledo Marín, C., Segura Cardona, A., Cardona Arango, D., Segura Cardona, A., Bedoya Mejía, S., & Muñoz Rodríguez, D. (2025, mayo-agosto). Condiciones sociodemográficas, económicas, nutricionales y salud mental, asociadas a la calidad de vida en personas mayores de cinco ciudades colombianas. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (75), 127-158.

<https://www.doi.org/10.35575/rvucn.n75a6>

**Condiciones sociodemográficas, económicas, nutricionales y salud mental,  
asociadas a la calidad de vida en personas mayores de cinco ciudades  
colombianas**

*Socio-demographic, economic, nutritional, and mental health conditions associated with the  
quality of life in older adults from five Colombian cities*

**Carlos Robledo Marín**

Posdoctor en Salud Pública  
Dirección Ejecutiva, Fundación Opción Colombia FUNDACOL  
Medellín, Colombia  
[direccionejecutiva@fundacol.com](mailto:direccionejecutiva@fundacol.com)

**Orcid:** <https://Orcid.org/0000-0002-6944-561X>

**CvLAC:**

[https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod\\_rh=0000027754](https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000027754)

**Alejandra Segura Cardona**

Doctora en Epidemiología y Bioestadística  
Coordinadora del Servicio de Psicología, Clínica CES  
Medellín, Colombia  
[dsegura@ces.edu.co](mailto:dsegura@ces.edu.co)

**Orcid:** <https://orcid.org/0000-0002-1624-0952>

**CvLAC:**

[https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod\\_rh=0001633149](https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001633149)

**Doris Cardona Arango**

Doctora en Demografía  
Investigadora, Centro de Investigación y Estudios de Envejecimiento y Vejez – CIEV-  
Medellín, Colombia  
[dcardona@ces.edu.co](mailto:dcardona@ces.edu.co)

**Orcid:** <https://orcid.org/0000-0003-4338-588X>

**CvLAC:**

[https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod\\_rh=0000254983](https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000254983)



**Angela Segura Cardona**

Doctora en Epidemiología  
Directora Escuela de Graduados, Universidad CES  
Medellín, Colombia  
[asegura@ces.edu.co](mailto:asegura@ces.edu.co)

**Orcid:** <https://orcid.org/0000-0002-0010-1413>

**CvLAC:**

[https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod\\_rh=0000263001](https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000263001)

**Sebastián Bedoya Mejía**

Estudiante de Doctorado Epidemiología y Bioestadística  
Facultad de Medicina, Universidad CES  
Medellín, Colombia  
[sebax65@hotmail.com](mailto:sebax65@hotmail.com)

**Orcid:** <https://orcid.org/0000-0002-4945-8798>

**CvLAC:**

[https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod\\_rh=0000104971](https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000104971)

**Diana Muñoz Rodríguez**

Doctora en Epidemiología y Bioestadística  
Facultad de Medicina, CES  
Medellín, Colombia  
[dmunoz@ces.edu.co](mailto:dmunoz@ces.edu.co)

**Orcid:** <https://orcid.org/0000-0003-4255-4813>

**CvLAC:**

[https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod\\_rh=0000323250](https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000323250)

**Recibido:** 30 de octubre de 2024

**Evaluado:** 30 de marzo de 2025

**Aprobado:** 25 de abril de 2025

**Tipo de artículo:** Investigación.

**Resumen**

La calidad de vida es un tema crucial, que cada día retoma mayor relevancia. La investigación estableció las condiciones demográficas, sociales, económicas, nutricionales y de salud mental, asociadas a la calidad de vida de las personas mayores de Santa Marta, Popayán, Pereira, Medellín y Bucaramanga. Se realizó un estudio transversal, con análisis univariado, bivariado y multivariado apoyado en la prueba estadística chi cuadrado y razones de prevalencia crudas y ajustadas por modelo de regresión logística binaria y un análisis del perfil de calidad de vida con 2506 personas. Los instrumentos aplicados fueron: escala WHOQOL-OLD, APGAR familiar, escala MOS, escala DETERMINE y escala CES –D. Las variables que favorecen la calidad de vida fueron: vivir en Bucaramanga y Popayán, redes de apoyo sólidas, vivir en estrato medio-alto, estabilidad



económica, actividad física regular, independencia funcional; ausencia de dolor, enfermedades, síntomas depresivos y un buen estado nutricional. Los resultados identificaron factores clave de calidad de vida, actualizando la perspectiva ofrecida por SABE 2015. Si bien la calidad de vida está determinada por el ámbito individual, no se puede ignorar que las condiciones objetivas son fundamentales para enfrentar las desigualdades existentes, así como cercar la brecha frente a la vulneración de sus derechos fundamentales.

**Palabras clave.** Calidad de vida; Colombia; Condiciones de vida; Envejecimiento; Gerontología; Vejez.

### **Abstract**

Quality of life in old age is a crucial that is gaining increasing importance daily. The research established the demographic, social, economic, nutritional, and mental health conditions associated with the quality of life of older adults in Santa Marta, Popayán, Pereira, Medellín, and Bucaramanga. A cross-sectional study was conducted with univariate, bivariate, and multivariate analysis, supported by the chi-square statistical test and crude and adjusted prevalence ratios, through a binary logistic regression model and an analysis of the quality of life profile with 2,506 people. The instruments applied were: WHOQOL-OLD scale, Family APGAR, MOS Social Support Survey, DETERMINE Checklist and CES-D scale. Variables favoring quality of life were identified, including living in Bucaramanga and Popayán, low educational levels, strong support networks, middle-to-high socioeconomic status, economic stability, regular physical activity, functional independence, and absence of pain, diseases, depressive symptoms and a good nutritional status. The results provide recent data, identifying key quality-of-life factors, updating the perspective offered by SABE 2015. While quality of life is determined at the individual level, objective conditions are essential to addressing existing inequalities and narrowing the gap in the protection of fundamental rights.

**Keywords.** Quality of life; Colombia; Life conditions; Aging; Gerontology; Old age.



## **Introducción**

La población mayor en Colombia ha venido incrementado significativamente en los últimos años, como resultado del envejecimiento demográfico que se ha venido presentando en el país. Según datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), para el 2023 se estima que la población de 60 años y más representó alrededor del 15 % del total de la población colombiana. Este crecimiento plantea importantes desafíos para garantizar una vejez digna y con una alta calidad de vida para este segmento poblacional (DANE, 2018). Es así como, entender las condiciones de vida, las percepciones y las necesidades de las personas mayores colombianas se vuelve fundamental para diseñar e implementar políticas y programas que atiendan de manera efectiva esta realidad.

Un punto de partida inicial para dicha comprensión es el reconocimiento de las valiosas investigaciones realizadas en torno a la calidad de vida en personas mayores. Diferentes autores, destacan como uno de los aspectos en América Latina y el Caribe que afecta la situación de bienestar en esta población tiene que ver con el acceso al sistema pensional y a los servicios sociales en salud, especialmente cuando durante el transcurso de la vida deben acudir a la realización de actividades económicas de tipo informal para subsistir, lo que redundaría en dependencia económica, ya sea a través de los servicios sociales del Estado, de familiares u otros contribuyentes. De no contar con estas ayudas, fácilmente se puede presentar vulnerabilidad económica, con posibilidad de convertirse en pobreza estructural. Esta situación puede verse agravada si se suman situaciones como baja cobertura en el sistema de salud, tratamientos precarios de enfermedades, problemas de salud ocupacional y/o acceso limitado a programas de ocio y tiempo libre (Rodríguez-Rodríguez et al., 2021), así como limitado acceso a programas de prevención y promoción de la salud desde plataformas digitales o de telesalud (Ramírez-Correa, 2022). Lo anterior, se ve agravado si las personas mayores presentan deterioro en su capacidad auditiva, cognitiva o cambios en el procesamiento del lenguaje (Lastre Meza et al., 2023).

Las reflexiones anteriores han motivado diferentes estudios en diversos lugares del globo; en Estados Unidos, por ejemplo, se evidencian investigaciones desde perspectivas de salud, entorno construido (Ory et al., 2021) y calidad de vida positiva (Buz et al., 2021). Mientras que, en Canadá, se analiza la falta de ingresos y la violencia (Zunzunegui & Belanger 2021). Por otro

lado, en estudios de 18 países europeos, se aborda la temática desde una perspectiva de participación social, actividades ocupacionales y calidad de vida (Araújo et al., 2021); y en República Checa, a través de las actividades en contextos urbanos y rurales (Petrová Kafková, 2021).

Por otro lado, se evidencia la realización de investigaciones en Suecia (Finkel & Sundström, 2021), Taiwán (Hsu, 2021) y Sudáfrica (Maharaj & Robert, 2021) sobre el impacto que tienen la funcionalidad familiar y el apoyo social en la calidad de vida en la vejez. Otras investigaciones analizan la calidad de vida en relación con la multimorbilidad y bienestar en 18 países europeos (Puga et al., 2021); la atención y evaluación de programas, en España (Agulló-Tomás et al., 2021); e incluso el papel de los entornos físicos y sociales, en México (Garay-Villegas & Montes de Oca, 2021).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) ha definido los años 2021-2030 como la década del envejecimiento saludable, la cual insta a la lucha en contra de la desnutrición de todos los sectores poblacionales, incluyendo las personas mayores. Para ello, ha creado dos indicadores: el primero, tiene que ver con promedio de ingresos de los pequeños productores de alimentos, desagregado por género y condición indígena; y el segundo, relacionada con la proporción de la población que enfrenta inseguridad alimentaria moderada o severa. Pese a su importancia, llama la atención que, en la pesquisa realizada para esta investigación, no se evidencien estudios que relacionen directamente el estado nutricional y la calidad de vida en este grupo etáreo.

Frente a la relación calidad de vida y la depresión, se evidencian estudios en Sudáfrica, a partir de los determinantes de la calidad de vida (Maharaj & Roberts, 2021). En Colombia, se evidencia dicha relación, entre calidad de vida y depresión en personas mayores, tanto en una investigación relacionada con población excombatiente mayor (Robledo-Marín & Cardona-Arango, 2021), como desde la percepción subjetiva de las personas mayores (Segura Cardona et al., 2023; Segura, 2023), e incluso en personas mayores de Medellín, Barranquilla y Pasto (Cardona-Arango et al., 2021).

Con respecto al ámbito nacional, se evidencia un cambio hacia políticas orientadas a servicios que trasciendan el cuidado del individuo, para tener presente también el entorno que los rodea, los recursos existentes y los niveles de funcionalidad para fomentar su interacción (Robledo

Marín et al., 2022). Se destaca, entre ellas, la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez, que propone implementar seis ejes estratégicos: i) inclusión y participación social; ii) superación de la dependencia; iii) atención integral en salud; iv) vida libre de violencias; v) envejecimiento saludable; y vi) educación, formación e investigación. Dichos ejes pretenden incrementar el bienestar y las condiciones de vida entre los años 2020 y 2031 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). Un estudio de gran importancia en Colombia es la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), la cual analiza la calidad de vida en la vejez desde una perspectiva cualitativa, a través de categorías como: bienestar, malestar, participación, independencia, autonomía, salud, relaciones intergeneracionales, vida cotidiana, prácticas y discursos. Sin embargo, cabe mencionar que, desde su publicación en el 2015, no existen versiones más actualizadas (Ministerio de Salud y Protección Social et al., 2016).

Por tal motivo, este estudio centra su interés investigativo en las personas mayores, con la pregunta: ¿Cuáles son las condiciones demográficas, sociales, económicas, nutricionales y de salud mental, asociadas a la calidad de vida, de las personas mayores de cinco ciudades de Colombia? Lo anterior, como una forma de aportar al vacío de la literatura existente, con información actualizada que permita una mejor toma de decisiones.

### **Marco teórico**

La noción conceptual de calidad de vida es reciente, en sumo amplia y compleja, aunque puede definirse como un constructo multidimensional que abarca múltiples áreas de conocimiento, campos, dominios, enfoques, teorías y formas de evaluar. Para su comprensión es necesario la interrelación de los elementos mencionados, de tal manera que permita un constructo global que dé cuenta de su multidimensionalidad y multidisciplinariedad (Rojo-Pérez & Fernández-Mayoralas, 2021). Desde una perspectiva conceptual, la calidad de vida es definida por la OMS como la percepción de un individuo sobre su posición en la vida, considerando el contexto cultural, los valores, las expectativas y los intereses personales (OMS, 2020). Dicha definición destaca que la calidad de vida no depende únicamente de factores objetivos, como los recursos económicos o la salud física, sino también de elementos subjetivos como la satisfacción personal y el sentido de propósito.

Su análisis teórico requiere entender cómo los diversos factores interactúan para moldear la experiencia de la vejez y definir los determinantes del bienestar en este momento vital. Para una mejor comprensión, se describen cuatro teorías que han sido de gran influencia en la construcción de la calidad de vida en la vejez, estos son: i) el modelo multidimensional; ii) el modelo de bienestar subjetivo; iii) el enfoque ecológico-sistémico; y iv) el envejecimiento saludable.

En primer lugar, el modelo multidimensional propuesto por Lawton y Nahemow (1973) establece que la calidad de vida en las personas mayores depende de la interacción entre el individuo y su entorno. Esta interacción considera variables personales, como la autonomía y la funcionalidad, junto con factores ambientales, como el acceso a servicios y el apoyo social. La teoría enfatiza que un ambiente adaptado y favorable puede compensar déficits individuales, promoviendo un envejecimiento digno. Además, supone entender que está determinada por la percepción del individuo, en un sistema de valores, expectativas, normas y preocupaciones específicas, transversalizado por lo cultural, que determina una posición en la vida. Esta definición denota la naturaleza subjetiva, cultural y multidimensional de este constructo (Lima-Castro et al., 2021). También, incluye aspectos personales como la satisfacción con la vida, la independencia, las redes de apoyo, la autonomía, la salud y/o los servicios sociales, entre otros. Las vivencias de cada individuo están determinadas, en muchas ocasiones, por su entorno, ya que recibe su influencia a lo largo de la vida; por esta razón, la percepción responde a ciertos contextos, determinados por lo económico, histórico, cultural, social y sistemas de valores, complejizando las definiciones estáticas de conceptos polisémicos (Fernández-Ballesteros et al., 2021).

En segundo lugar, el modelo de bienestar subjetivo se centra en las emociones, la satisfacción vital y el sentido de felicidad de los individuos (Diener et al., 2017). Este modelo subraya la importancia de las percepciones sobre la propia salud, las relaciones sociales y la capacidad de adaptación frente a los desafíos de la vejez. De igual manera, destaca la dimensión psicológica y emocional como componente esencial de la calidad de vida, donde se resaltan las percepciones existentes sobre calidad de vida, según el contexto sociocultural, los estándares, expectativas, valores y preocupaciones existentes. A diferencia de modelos exclusivamente objetivos, los cuales comprenden medidas de bienestar objetivo, en el que la tendencia es al reduccionismo, basado en un número específico de indicadores de salud o aspectos objetivos, con

énfasis en lo biomédico, que omite el impacto de la enfermedad, el funcionamiento físico y/o las percepciones del sujeto frente a su salud (Villar & Serrat, 2021).

El enfoque ecológico-sistémico de Bronfenbrenner (1979) ofrece un marco integrador al analizar cómo los distintos sistemas que rodean a una persona mayor (micro, meso, exo y macrosistemas) influyen en su calidad de vida. Este modelo permite identificar cómo las interacciones entre el individuo y sus contextos sociales, económicos y políticos contribuyen al bienestar en la vejez. Dicha perspectiva permite el análisis de posturas holísticas y ecosistémicas que incluyen: condiciones del agua y del aire (ambientales); condiciones económicas; esperanza de vida, morbilidad, mortalidad, servicios de salud, autopercepción de la salud (biomédicos); seguridad, percepción del entorno social, valores sociales (culturales); redes sociales y de apoyo, relaciones interpersonales (sociales); y, por último, satisfacción con la vida, ocio (psicoconductuales), estilo de vida, salud mental, entre otras miradas.

En este momento vital, la calidad de vida incluye otras condiciones, como: felicidad, autoestima, relaciones familiares y sociales, y el funcionamiento físico y mental, siendo la salud uno de los principales elementos que componen su percepción y valoración (Cardona & Agudelo, 2005). Dicha integración de condiciones se sintetiza en cuatro grandes apartados: i) situación económica; ii) vínculos afectivos e interacciones sociales; iii) estado psicológico y bienestar; y iv) estado físico y capacidad funcional (Nequiz Jasso et al., 2017).

Finalmente, el modelo de envejecimiento saludable, impulsada por la OMS, complementa estos modelos al señalar que la participación activa en la sociedad, la promoción de la salud y el acceso a oportunidades son pilares para optimizar la calidad de vida en la vejez (OMS, 2020). Dicha perspectiva de calidad de vida está centrada en el sujeto y en su bienestar individual (Oris et al., 2021), es individual y dinámica, puesto que puede cambiar a través de la vida (Rojo-Pérez et al., 2021). Este enfoque busca ir más allá de la ausencia de enfermedad, promoviendo una visión holística que considere el desarrollo personal, la autonomía y la inclusión social. Si bien su evaluación depende de una variedad de factores, contextos y puntos de vista particulares, la OMS definió cuatro dimensiones para evaluar las personas mayores y su calidad de vida: relaciones sociales y ambiente, salud psicológica y salud física, las cuales fueron organizadas de manera sistemática en la escala WHOQOLD-OLD (Flores Villavicencio et al., 2013). Desde este

contexto, la calidad de vida permite la valoración de las condiciones de vida, especialmente en la vejez, por ser un momento considerado de mayor vulnerabilidad (Rojo-Pérez et al., 2021).

En general, la percepción de la calidad de vida en las personas mayores abarca tanto factores positivos como negativos. En relación con los aspectos positivos se evidencian sensaciones de alegría y satisfacción, derivadas de un trato igualitario, de la participación activa de diferentes actividades, de las buenas relaciones familiares y/o del optimismo en el entorno laboral. Las negativas están relacionadas con la exclusión social, discriminación por razón de edad, un entorno poco amigable, las limitaciones económicas, débiles redes de apoyo y, en general, todo aquello que limite la capacidad de envejecer dignamente (Kalache et al., 2021). Esta situación evidencia la necesidad de explorar aquellos factores relacionados con la calidad de vida que pueden prevenirse o fortalecerse, con el fin de garantizar condiciones mínimas de bienestar en la vejez. En la medida en que las personas mayores mantengan expectativas positivas y accedan a oportunidades, su salud física y mental tiende a mejorar (Fernández-Ballesteros et al., 2021).

En su conjunto, estas teorías proporcionan una base sólida para entender la calidad de vida en las personas mayores, destacando la importancia de los factores individuales y contextuales, así como la necesidad de un enfoque integral que permita abordar los retos del envejecimiento desde múltiples dimensiones.

## **Metodología**

**Tipo de estudio:** Bajo un enfoque cuantitativo, se realizó un estudio transversal, analítico.

**Diseño y población:** La población, objeto de estudio, fueron personas de 60 años o más, de Colombia, en las ciudades de Santa Marta, Popayán, Pereira, Medellín y Bucaramanga, en el 2021, seleccionados mediante muestreo probabilístico, representativo por ciudad y bietápico (50 barrios y 2-3 manzanas); en cada manzana se encuestaron a todas las personas mayores que se vincularon con la firma del consentimiento informado.

**Criterios de inclusión y exclusión:** se excluyeron lo que presentaron dificultades para responder la encuesta y los residentes en los centros de larga estancia.

**Fuente de información:** fuente primaria de información, constituida por 2506 personas mayores, encuestados en sus residencias por profesionales capacitados y estandarizados. Para cada

ciudad se estimó un tamaño de muestra usando la fórmula para poblaciones finitas, con un nivel de confianza del 95 %, un error de muestreo del 5 %, una proporción esperada del 49 % (IC95 %: 49 %-60 %) de prevalencia de depresión en personas mayores a nivel nacional, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Minsalud & Profamilia, 2015), prevalencia utilizada como variable proxy, efecto de diseño (deff) del 1,0. Con estos criterios se obtuvo el tamaño de muestra mínima requerida para cada ciudad (385 aproximadamente); adicionalmente, la muestra se amplió para corregir posibles pérdidas de información, donde se asumió una proporción de no respuesta del 25 %; quedando muestras de aproximadamente 500 personas mayores por ciudad.

Instrumentos de recolección de información: La escala WHOQOL-OLD permitió evaluar la calidad de vida en la vejez; esta contiene 24 ítems y considera seis áreas: participación social; intimidad; muerte; actividades pasadas, presentes y futuras; autonomía; y habilidades sensoriales, de las cuales se obtiene como resultado un puntaje entre 4 y 20 puntos, con una confiabilidad entre 0.70 y 0.90, lo que da cuenta de la estabilidad temporal del instrumento (Molina Napurí & Cambillo Moyano, 2021; Queirolo Ore et al., 2020). La escala utilizada fue validada en adultos mayores de México, por Hernández-Navar et al. (2015), y agrupa los 24 reactivos en cuatro grandes componentes: intimidad, satisfacción con la vida, percepción ante la muerte y agonía, y autonomía. Para este estudio, la variable calidad de vida se dicotomizó en mala/moderada calidad de vida (donde se unieron las respuestas de nada, un poco y regular) y buena calidad de vida (mucho y demasiado).

Las variables independientes se midieron con instrumentos como:

Funcionalidad familiar (APGAR familiar), el cual evalúa cinco dimensiones de la funcionalidad familiar: capacidad resolutoria, afectividad, desarrollo, cooperación y adaptabilidad. Presentando tres niveles de funcionamiento familiar, en un rango de 0 a 20 puntos, así: disfunción familiar severa (<10); moderada (10-13) y leve (14-17), con una confiabilidad entre 0.75 a 0.85, lo que sugiere una buena estabilidad (Forero Ariza et al., 2006; Smilkstein et al., 1982).

Apoyo social (Escala MOS), cuestionario autoadministrable que evalúa los niveles de apoyo social percibido; el aporte emocional que ofrece; los componentes de red de apoyo social que dan cuenta de cómo está configurada su red de amigos y familiares; y el tipo de interacciones que se presentan. Se evidencia una confiabilidad entre 0.78 a 0.92, lo que la hace una escala confiable (Londoño Arredondo et al., 2012; Martín-Carbonell et al., 2019).

El Estado nutricional (Escala Determine), evalúa el riesgo nutricional en adultos. Consta de 10 ítems que abarcan los aspectos que afectan el estado nutricional, como la ingesta dietética, la pérdida de peso, las enfermedades y la movilidad. En cuanto a la confiabilidad de este instrumento presenta coeficientes de correlación intraclase de 0.82 a 0.89; por tanto, se considera un instrumento confiable para su aplicación.

Síntomas depresivos (Escala CES –D). Comprende 20 ítems, tipo Likert de 0 a 3 puntos, sirve para detectar la sintomatología depresiva en los últimos días; comprende variables relacionadas con ánimo depresivo o afecto negativo, problemas somáticos o físicos, relaciones interpersonales y bienestar positivo. Si bien tiene un rango de calificación entre 0 y 60 puntos, son los mayores los que evidencian presencia de síntomas depresivos. Es utilizada en diferentes sectores poblacionales y países. Se encuentra validada para Colombia con un coeficiente de correlación intraclase de 0.73 a 0.82 para la escala total, lo que sugiere una buena confiabilidad test-retest (Campo-Arias et al., 2007; Rueda-Jaimes et al., 2009).

Procesamiento de la información y análisis de los datos: Con el fin de caracterizar las condiciones demográficas, sociales, económicas, nutricionales y de salud mental, asociadas a la calidad de vida, de las personas mayores de cinco ciudades de Colombia, se calcularon medidas de frecuencia según ciudad de residencia. Para estimar las relaciones con la calidad de vida, se calcularon pruebas de hipótesis con su valor p, y también se estimó la razón de prevalencias (RP) cruda y ajustada con su intervalo de confianza. Igualmente, se realizó un análisis de perfiles mediante un análisis de correspondencia múltiple. Todos estos cálculos se hicieron con el paquete estadístico Jamovi versión 2.2.2 (licencia libre).

Consideraciones éticas: Se consideraron las premisas éticas de la Resolución 8430 de 1993, reglamentada por el Ministerio de Salud de Colombia. Según el artículo 11 de dicha resolución, este estudio se clasifica como de riesgo mínimo, ya que no implicó intervenciones ni procedimientos directos en la población sujeto. Si bien la recopilación de información se llevó a cabo mediante encuestas que incluyeron preguntas sobre temas sensibles se evitó cualquier conducta discriminatoria que atentara en contra de la integridad de los participantes, independientemente de sus creencias o condiciones físicas y psicológicas. Además, todas las personas mayores fueron informadas de su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento.

La Universidad CES, en su Comité de Ética, aprobó el presente proyecto (Acta 134 del 23 de mayo de 2019). Las personas mayores participantes, previamente informadas sobre el propósito del estudio, otorgaron su consentimiento informado por escrito, en caso de limitaciones físicas o analfabetismo, se solicitó la firma de un testigo y la huella dactilar de la persona mayor participante. Por otro lado, se garantizó el respeto al principio de no maleficencia, asegurando que la integridad física y mental de las personas mayores encuestadas no fuera afectada. Para proteger la salud mental de los participantes, todas las preguntas fueron previamente revisadas por un equipo de psicólogos vinculados al estudio. Además, se emplearon instrumentos validados y, mediante una prueba piloto, se evaluó la pertinencia de cada pregunta, se determinó la duración adecuada de la aplicación del instrumento y se identificó el enfoque más apropiado para interactuar con las personas mayores. Por último, los hallazgos de la investigación se emplearán exclusivamente para los propósitos establecidos, garantizando en todo momento la confidencialidad, la privacidad, el anonimato y evitando cualquier forma de individualización en su divulgación.

## **Resultados**

### **Características demográficas, sociales, económicas, estado de salud y salud mental de las personas mayores en cinco ciudades de Colombia**

Las personas mayores de las ciudades de estudio poseen las siguientes características: 54 de cada 100 personas mayores son mujeres, con menor porcentaje en Santa Marta. El 23,7 % son mayores de 75 años, con mayor representación en Popayán. Llama la atención que el 57,6 % no tiene una pareja. Respecto al Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y su afiliación, más del 97 % está asegurado. Se identifica que para la ciudad de Medellín el 13,2 % manifiesta tener una funcionalidad familiar percibida como severa y moderada; en cambio, las ciudades de Bucaramanga y Popayán perciben su familia como funcional en más del 84 %. De todas las personas mayores encuestadas, el 17,2 % manifiesta tener un bajo apoyo, siendo el más alto en Santa Marta, en comparación con las demás ciudades del estudio (ver Tabla 1).

En relación con las características económicas, se encontró que 4 de cada 10 personas mayores recibieron ingresos en el último mes, con mayor frecuencia en las ciudades de Bucaramanga y Popayán, aunque este comportamiento no es similar cuando se compara con el estrato económico de la vivienda, siendo de nivel más bajo para Santa Marta, al presentar la menor proporción de casos para este grupo. En relación con el estado de salud se encontró que el 39,9 % no practica ni realiza ninguna actividad física, presentándose con mayor intensidad en la ciudad de Pereira; en esta misma ciudad, 4 de cada 10 personas mayores presentan riesgo alto nutricional, seguido de Medellín con 3 de cada 10 personas mayores. En salud mental se identificó que, en las ciudades de Santa Marta, Pereira y Medellín, 6 de cada 10 personas mayores tienen síntomas depresivos (ver Tabla 1).

**Tabla 1**

*Distribución de las características demográficas, sociales, económicas, estado de salud y salud mental de las personas mayores en cinco ciudades de Colombia. 2021.*

Variables	Ciudad										Total	
	Bucaramanga		Medellín		Pereira		Popayán		Santa Marta		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Sexo</b>												
Hombre	187	37,4	199	39,8	266	52,7	230	45,9	271	54,2	1153	46,0
Mujer	313	62,6	301	60,2	239	47,3	271	54,1	229	45,8	1353	54,0
<b>Grupos de edad (Años)</b>												
Joven (60-74)	376	75,2	424	84,8	381	75,4	327	65,3	405	81,0	1913	76,3
Viejo (75-89)	118	23,6	68	13,6	119	23,6	164	32,7	90	18,0	559	22,3
Longevo (90 o Más)	6	1,2	8	1,6	5	1,0	10	2,0	5	1,0	34	1,4
<b>Estado civil</b>												
Soltero	91	18,2	110	22,0	166	32,9	132	26,3	104	20,8	603	24,1
Casado - Unión libre	195	39,0	215	43,0	181	35,8	202	40,3	272	54,4	1065	42,5
Separado - Divorciado	69	13,8	80	16,0	79	15,6	50	10,0	34	6,8	312	12,5
Viudo(a)	145	29,0	95	19,0	79	15,6	117	23,4	90	18,0	526	21,0
<b>Afiliación al SGSSS</b>												
Sí	489	97,8	491	98,2	486	96,2	495	98,8	480	96,0	2441	97,4
No	11	2,2	9	1,8	19	3,8	6	1,2	20	4,0	65	2,6
<b>Funcionalidad familiar percibida (Escala APGAR)</b>												
Funcional	432	86,4	344	68,8	370	73,3	421	84,0	343	68,6	1910	76,2
Disfunción leve	37	7,4	90	18,0	98	19,4	52	10,4	106	21,2	383	15,3
Disfunción moderada	13	2,6	21	4,2	20	4,0	20	4,0	27	5,4	101	4,0
Disfunción severa	18	3,6	45	9,0	17	3,4	8	1,6	24	4,8	112	4,5
<b>Apoyo social percibido (Escala MOS)</b>												
Bajo apoyo	25	5,0	136	27,2	56	11,1	65	13,0	149	29,8	431	17,2
Buen apoyo	475	95,0	364	72,8	449	88,9	436	87,0	351	70,2	2075	82,8

Variables	Ciudad										Total	
	Bucaramanga		Medellín		Pereira		Popayán		Santa Marta			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Ingresos económicos en el último mes</b>												
Si	276	55,2	217	43,4	135	26,7	255	50,9	183	36,6	1066	42,5
No	224	44,8	283	56,6	370	73,3	246	49,1	317	63,4	1440	57,5
<b>Estrato económico vivienda</b>												
Bajo (1-2)	274	54,8	332	66,4	399	79,0	356	71,1	172	34,4	1533	61,2
Medio (3-4)	216	43,2	168	33,6	104	20,6	145	28,9	328	65,6	961	38,3
Alto (5-6)	10	2,0	0	,0	2	,4	0	0,0	0	0,0	12	0,5
<b>Actividad física reportada</b>												
Inactivo	177	35,4	141	28,2	296	58,6	124	24,8	263	52,6	1001	39,9
Activo	323	64,6	359	71,8	209	41,4	377	75,2	237	47,4	1505	60,1
<b>Estado nutricional</b>												
Buen estado Nutricional	260	52,0	204	40,8	179	35,4	169	33,7	189	37,8	1001	39,9
Riesgo nutricional Moderado	102	20,4	140	28,0	133	26,3	198	39,5	182	36,4	755	30,1
Riesgo nutricional Alto	138	27,6	156	31,2	193	38,2	134	26,7	129	25,8	750	29,9
<b>Síntomas depresivos (Escala CES-D)</b>												
Sin depresión	334	66,8	178	35,6	177	35,0	393	78,4	176	35,2	1258	50,2
Con depresión	166	33,2	322	64,4	328	65,0	108	21,6	324	64,8	1248	49,8

## Calidad de vida y sus factores asociados

La aplicación de la escala WHOQOL-OLD, evidencia como las personas mayores de Bucaramanga (42 %), Popayán (34.7 %) y Pereira (24.4 %) presentaron una buena calidad de vida, mientras que en Medellín (88.6 %) y Santa Marta (76.2 %) presentaron una mala a moderada calidad de vida (ver Tabla 2).

En un análisis en detalle de los componentes de la escala, llama la atención como la pérdida o deficiencia de los sentidos incide en la percepción personal de la calidad de vida. En lo relacionado con la pérdida de los sentidos (saborear, tocar, oler, escuchar y/o ver), la mayoría de los participantes opina que estos pueden afectar su vida diaria y el estado de salud, siendo las personas mayores de Bucaramanga y las de Santa Marta las que consideran una menor afectación en su calidad de vida. Ahora bien, en lo que respecta a la deficiencia de sus sentidos, padecerlo puede tener una incidencia negativa en la relación con el otro, a tal punto que el 43,3 % de los encuestados indicó niveles de afectación catalogados como “mucho” o “demasiado” (ver Tabla 2).

Con respecto a la muerte se identifican dos resultados: frente a la angustia por no tener control sobre la propia muerte, Medellín registra el mayor porcentaje de personas que no sienten esta preocupación (50,0 %). En contraste, Popayán (26,1 %) presenta el nivel más alto de angustia extrema. Por otro lado, el temor a experimentar dolor al momento de morir es más bajo en Medellín, donde el 41,2 % de los participantes reporta no tener este temor, seguido por Santa Marta (38,2 %). En cambio, en Bucaramanga se evidencia el temor extremo, con la variable de respuesta *demasiado* (20,6 %) (ver Tabla 2).

Ahora bien, Bucaramanga (44,8 %) y Popayán (43,7 %) presentan el porcentaje más alto de personas que consideran haber recibido *mucho* reconocimiento. Llama la atención como Medellín tiene el mayor porcentaje en la variable de respuesta *nada* (21,4 %). Lo anterior, es relativamente similar con las respuestas relacionadas con la satisfacción de los logros obtenidos, puesto que Popayán (31,7 %) lidera el mayor porcentaje, seguido de Bucaramanga (18,6 %). Mientras que la menor satisfacción se encuentra en Medellín (20,2 %) (ver Tabla 2).

En relación con la satisfacción con el uso del tiempo, Popayán y Santa Marta comparten los mismos porcentajes (41,0 %) frente a la variable de respuesta *mucho*, mientras que Popayán reporta el mayor porcentaje de satisfacción extrema con la variable de respuesta *demasiado* (30,5 %). Medellín registra el nivel más alto de insatisfacción (21,8 %) (ver Tabla 2).

Por otro lado, Popayán (30,1 %) y Bucaramanga (18,4 %) concentran los porcentajes más altos de personas satisfechas con su nivel de actividad, frente a la variable de respuesta *demasiado*. En contraste, Medellín presenta la mayor insatisfacción, con la variable de respuesta *nada* (23,2 %). Finalmente, respecto a la satisfacción con la participación en actividades comunitarias Popayán presenta el mayor nivel de satisfacción *demasiado*, mientras que Medellín registra el mayor porcentaje de personas insatisfechas (*nada*: 44,6 %) (ver Tabla 2).

**Tabla 2**

*Porcentaje de distribución de las personas mayores según calidad de vida en cinco ciudades de Colombia. 2021*

Escala calidad de vida WHOQOL-OLD	Ciudad										Total	
	Bucaramanga		Medellín		Pereira		Popayán		Santa Marta		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
<b>Pérdida de algún sentido (tocar, oler, saborear, ver, escuchar) que podría afectar la vida diaria</b>												
Nada	121	24,2	125	25,0	90	17,8	16	3,2	181	36,2	533	21,3
Un poco	100	20,0	89	17,8	138	27,3	58	11,6	140	28,0	525	20,9
Regular	70	14,0	50	10,0	62	12,3	52	10,4	41	8,2	275	11,0
Mucho	125	25,0	154	30,8	155	30,7	233	46,5	117	23,4	784	31,3
Demasiado	84	16,8	82	16,4	60	11,9	142	28,3	21	4,2	389	15,5
<b>Pérdida de alguno de los sentidos</b>												
Nada	97	19,4	124	24,8	90	17,8	15	3,0	157	31,4	483	19,3
Un poco	122	24,4	93	18,6	114	22,6	48	9,6	159	31,8	536	21,4
Regular	69	13,8	42	8,4	85	16,8	53	10,6	46	9,2	295	11,8
Mucho	131	26,2	163	32,6	161	31,9	230	45,9	120	24,0	805	32,1
Demasiado	81	16,2	78	15,6	55	10,9	155	30,9	18	3,6	387	15,4
<b>Angustia de no tener control sobre propia muerte</b>												
Nada	234	46,8	250	50,0	119	23,6	140	27,9	190	38,0	933	37,2
Un poco	71	14,2	98	19,6	173	34,3	68	13,6	175	35,0	585	23,3
Regular	39	7,8	36	7,2	91	18,0	107	21,4	74	14,8	347	13,8
Mucho	71	14,2	113	22,6	88	17,4	131	26,1	39	7,8	442	17,6
Demasiado	85	17,0	3	0,6	34	6,7	55	11,0	22	4,4	199	7,9
<b>Temor de sentir dolor cuando fallezca</b>												
Nada	191	38,2	206	41,2	85	16,8	116	23,2	191	38,2	789	31,5
Un poco	77	15,4	106	21,2	174	34,5	94	18,8	183	36,6	634	25,3
Regular	48	9,6	62	12,4	99	19,6	86	17,2	80	16,0	375	15,0
Mucho	81	16,2	118	23,6	102	20,2	127	25,3	36	7,2	464	18,5
Demasiado	103	20,6	8	1,6	45	8,9	78	15,6	10	2,0	244	9,7
<b>Deficiencia con relación a sus sentidos (tocar, oler, saborear, ver, escuchar) que afecta su relación con los demás</b>												
Nada	88	17,6	138	27,6	88	17,4	15	3,0	140	28,0	469	18,7
Un poco	118	23,6	93	18,6	120	23,8	48	9,6	150	30,0	529	21,1
Regular	69	13,8	45	9,0	145	28,7	99	19,8	63	12,6	421	16,8
Mucho	151	30,2	147	29,4	99	19,6	226	45,1	137	27,4	760	30,3
Demasiado	74	14,8	77	15,4	53	10,5	113	22,6	10	2,0	327	13,0
<b>Siente que ha recibido el reconocimiento merecido</b>												
Nada	50	10,0	107	21,4	49	9,7	4	0,8	66	13,2	276	11,0
Un poco	51	10,2	99	19,8	93	18,4	47	9,4	101	20,2	391	15,6
Regular	73	14,6	58	11,6	149	29,5	104	20,8	150	30,0	534	21,3
Mucho	224	44,8	199	39,8	182	36,0	219	43,7	164	32,8	988	39,4
Demasiado	102	20,4	37	7,4	32	6,3	127	25,3	19	3,8	317	12,6
<b>Siente satisfacción con los logros obtenidos</b>												
Nada	36	7,2	101	20,2	51	10,1	2	0,4	32	6,4	222	8,9
Un poco	39	7,8	96	19,2	111	22,0	47	9,4	79	15,8	372	14,8
Regular	90	18,0	52	10,4	121	24,0	105	21,0	138	27,6	506	20,2
Mucho	242	48,4	207	41,4	169	33,5	188	37,5	220	44,0	1026	40,9
Demasiado	93	18,6	44	8,8	53	10,5	159	31,7	31	6,2	380	15,2
<b>Siente satisfacción con la manera en que utiliza su tiempo</b>												
Nada	34	6,8	109	21,8	53	10,5	4	0,8	43	8,6	243	9,7
Un poco	55	11,0	96	19,2	141	27,9	41	8,2	72	14,4	405	16,2
Regular	92	18,4	64	12,8	112	22,2	102	20,4	155	31,0	525	20,9
Mucho	226	45,2	197	39,4	170	33,7	201	40,1	205	41,0	999	39,9
Demasiado	93	18,6	34	6,8	29	5,7	153	30,5	25	5,0	334	13,3
<b>Siente satisfacción con respecto a su nivel de actividad</b>												
Nada	24	4,8	116	23,2	70	13,9	4	0,8	39	7,8	253	10,1
Un poco	72	14,4	85	17,0	107	21,2	49	9,8	77	15,4	390	15,6

Escala calidad de vida WHOQOL-OLD	Ciudad										Total	
	Bucaramanga		Medellín		Pereira		Popayán		Santa Marta		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Regular	92	18,4	57	11,4	118	23,4	102	20,4	190	38,0	559	22,3
Mucho	220	44,0	207	41,4	129	25,5	195	38,9	175	35,0	926	37,0
Demasiado	92	18,4	35	7,0	81	16,0	151	30,1	19	3,8	378	15,1
<b>Siente satisfacción con su participación en actividades comunitarias</b>												
Nada	83	16,6	223	44,6	114	22,6	60	12,0	99	19,8	579	23,1
Un poco	101	20,2	102	20,4	105	20,8	54	10,8	109	21,8	471	18,8
Regular	115	23,0	52	10,4	102	20,2	60	12,0	170	34,0	499	19,9
Mucho	138	27,6	116	23,2	142	28,1	180	35,9	109	21,8	685	27,3
Demasiado	63	12,6	7	1,4	42	8,3	147	29,3	13	2,6	272	10,9
<b>Calidad de vida</b>												
Mala moderada calidad de vida	290	58,0	443	88,6	382	75,6	327	65,3	381	76,2	1823	72,7
Buena calidad de vida	210	42,0	57	11,4	123	24,4	174	34,7	119	23,8	683	27,3

Frente a las variables demográficas, los mayores de Bucaramanga perciben una buena calidad de vida (30,7 %) a diferencia de los de Medellín (8,34 %). Lo que evidencia que, residir en Medellín, Santa Marta y Pereira disminuye la probabilidad de contar con unas condiciones óptimas para poseer una visión favorable sobre la calidad de vida, existiendo, a su vez, una relación con relevancia estadística entre lugar de residencia y calidad de vida. Otros aspectos asociados a la calidad de vida, aunque no resultaron estadísticamente significativos, evidencian que existen condiciones demográficas no modificables que pueden influir positivamente en su aumento, tales como: el sexo (los hombres mayores perciben una mejor calidad de vida); la edad (los mayores de 90 años la perciben mejor que los mayores entre 60 y 74 años); y el estado civil (el tener una pareja, ya sea la modalidad de casado o de unión libre, mejora su percepción) (ver Tabla 3).

En el ámbito social, vivir en el seno de una familia funcional y contar con un sólido apoyo social son factores determinantes para una percepción positiva de la calidad de vida. Los datos evidencian una mayor asociación entre la calidad de vida y la pertenencia a una familia funcional, lo que incrementa en un 1,92 veces la probabilidad de tener una percepción favorable. De manera similar, disponer de un buen apoyo social aumenta esta probabilidad en un 132 % (RP = 2,32; IC 95 %: 1,80 - 2,99)), pero se pierde la asociación cuando se ajusta con otras variables. Estos hallazgos destacan la importancia de las redes familiares y sociales en el bienestar de las personas mayores.

En relación con las variables económicas, tener una fuente de ingresos mensuales y el estrato económico de la vivienda, inciden con una buena calidad de vida. En todas las ciudades consultadas, vivir en una casa de estrato económico alto, supuso el aumento de una percepción positiva, no solo en los habitantes de viviendas de estrato tres y cuatro (RP = 1,53), sino también

de hogares con clasificación de estrato cinco y seis, con un 3,34 de razón de prevalencia (IC95 %: 2,37 - 4,69), sin asociación estadísticamente significativa. Por otro lado, las personas mayores que no registraron ingresos en los últimos 30 días presentaron una calidad de vida mala, en contraste con las personas mayores jubiladas, pensionadas o con independencia económica, aspectos que incrementan en un 25 % una percepción positiva, sin asociación estadísticamente significativa (ver Tabla 3).

En lo que tiene que ver con la dependencia y la actividad física, se evidenció una percepción de calidad de vida favorable en las personas mayores activas, incrementando su probabilidad de respuestas positiva en un 68 %. De igual manera, contar con un óptimo estado nutricional, supuso un aumento en su percepción, correspondiente al 96 %, en contraste con aquellos que presentan un riesgo alto de desnutrición (ver Tabla 3).

Por último, la ausencia de síntomas depresivos en las personas mayores, al momento de la encuesta, desempeñó un papel importante en la percepción favorable de su salud mental, lo que impacta positivamente en su calidad de vida, evidenciado asociación estadística. La ausencia de síntomas depresivos supone el aumento en una percepción favorable en un 144 % (ver Tabla 3).

**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**

**Tabla 3**

*Condiciones demográficas, sociales, económicas, estado de salud y salud mental en las personas mayores asociadas a la calidad de vida en cinco ciudades de Colombia. 2021*

Condiciones Demográficas	Calidad de vida			X <sup>2</sup>	Valor p	RPc (IC 95%)	RPa (IC 95%)
	Buena	Moderada - Mala	Total				
	n(%)	n(%)	n(%)				
<b>Ciudad</b>							
Bucaramanga	210 (30,7)	290 (15,9)	500 (19,9)	137,497	<b>0,000*</b>	1	1
Medellín	57 (8,34)	443 (24,3)	500 (19,9)			0,27 (0,20 - 0,35)	0,25 (0,18 - 0,36)
Pereira	123 (18,0)	382 (20,9)	505 (20,1)			0,57 (0,48 - 0,69)	0,84 (0,62 - 1,14)
Popayán	174 (25,4)	327 (17,9)	501 (19,9)			0,82 (0,70 - 0,96)	0,74 (0,56 - 0,99)
Santa Marta	119 (17,4)	381 (20,8)	500 (19,9)			0,56 (0,46 - 0,68)	0,72 (0,52 - 0,98)
<b>Sexo</b>							
Hombre	322 (47,1)	831 (45,5)	1153 (46,0)	0,487	0,485	1	1
Mujer	361 (52,8)	992 (54,4)	1353 (53,9)			0,95 (0,84 - 1,08)	0,96 (0,75 - 1,22)
<b>Grupo de edad (años)</b>							
Joven (60-74)	516 (75,5)	1397 (76,6)	1913 (76,3)	2,928	0,403	1	1
Viejo (75-89)	154 (22,5)	405 (22,2)	559 (22,3)			1,02 (0,87 - 1,19)	1,12 (0,87 - 1,44)
Longevo (90 o Más)	13 (1,90)	21 (1,15)	34 (1,35)			1,41 (0,91 - 2,18)	3,49 (1,52 - 8,05)
<b>Estado civil</b>							

Condiciones Demográficas	Calidad de vida			X <sup>2</sup>	Valor p	RPc (IC 95%)	RPa (IC 95%)
	Buena	Moderada - Mala	Total				
	n(%)	n(%)	n(%)				
Soltero	160 (23,4)	443 (24,3)	603 (24,0)	2,039	0,564	1	1
Casado - Unión libre	290 (42,4)	775 (42,5)	1065 (42,4)			1,02 (0,86 - 1,21)	1,00 (0,76 - 1,32)
Separado - Divorciado	95 (13,9)	217 (11,9)	312 (12,4)			1,14 (0,92 - 1,42)	1,34 (0,94 - 1,90)
Viudo(a)	138 (20,2)	388 (21,2)	526 (20,9)			0,98 (0,81 - 1,20)	0,87 (0,64 - 1,20)
<b>Afiliación al SGSSS</b>							
Si	664 (97,2)	1777 (97,4)	2441 (97,4)	0,131	0,716	1	1
No	19 (2,78)	46 (2,52)	65 (2,59)			1,07 (0,73 - 1,57)	1,13 (0,86 - 1,49)
<b>Funcionalidad familiar percibida</b>							
Funcional	610 (89,3)	1300 (71,3)	1910 (76,2)	89,45	0,000*	2,98 (1,73 - 5,10)	1,76 (0,87 - 3,55)
Disfunción leve	51 (7,46)	332 (18,2)	383 (15,2)			1,24 (0,68 - 2,24)	0,83 (0,40 - 1,73)
Disfunción moderada	10 (1,46)	91 (4,99)	101 (4,03)			0,92 (0,41 - 2,04)	0,68 (0,26 - 1,77)
Disfunción severa	12 (1,75)	100 (5,48)	112 (4,46)			1	1
<b>Apoyo social percibido</b>							
Bajo apoyo	56 (8,19)	375 (20,5)	431 (17,1)	53,398	0,000*	1	1
Buen apoyo	627 (91,8)	1448 (79,4)	2075 (82,8)			2,32 (1,80 - 2,99)	1,41 (0,96 - 2,06)
<b>Estrato económico de la vivienda</b>							
Bajo (1-2)	344 (50,3)	1189 (65,2)	1533 (61,1)	56,052	0,000*	1	1
Medio (3-4)	330 (48,3)	631 (34,6)	961 (38,3)			1,53 (1,34 - 1,73)	1,46 (1,19 - 1,80)
Alto (5-6)	9 (1,31)	3 (0,16)	12 (0,47)			3,34 (2,37 - 4,69)	4,00 (1,01 - 15,86)
<b>Ingresos económicos en el último mes</b>							
Si	306 (44,8)	760 (41,6)	1066 (42,5)	1,97	0,16	1	1
No	377 (55,1)	1063 (58,3)	1440 (57,4)			0,91 (0,80 - 1,03)	0,91 (0,80 - 1,03)
<b>Reporte de la actividad física</b>							
Inactivo	193 (28,2)	808 (44,3)	1001 (39,9)	53,453	0,000*	1	1
Activo	490 (71,7)	1015 (55,6)	1505 (60,0)			1,68 (1,45 - 1,95)	1,78 (1,44 - 2,21)
<b>Estado nutricional</b>							
Buen estado	346 (50,6)	655 (35,9)	1001 (39,9)	62,249	0,000*	1,96 (1,64 - 2,34)	1,75 (1,36 - 2,24)
Riesgo moderado	205 (30,0)	550 (30,1)	755 (30,1)			1,54 (1,27 - 1,87)	1,30 (0,99 - 1,69)
Riesgo alto	132 (19,3)	618 (33,9)	750 (29,9)			1	1
<b>Síntomas depresivos (Escala CES-D)</b>							
Sin depresión	486 (71,1)	772 (42,3)	1258 (50,1)	164,948	0,000*	2,44 (2,11 - 2,83)	2,29 (1,85 - 2,84)
Con depresión	197 (28,8)	1051 (57,6)	1248 (49,8)			1	1

## Perfil de las personas mayores, según la calidad de vida

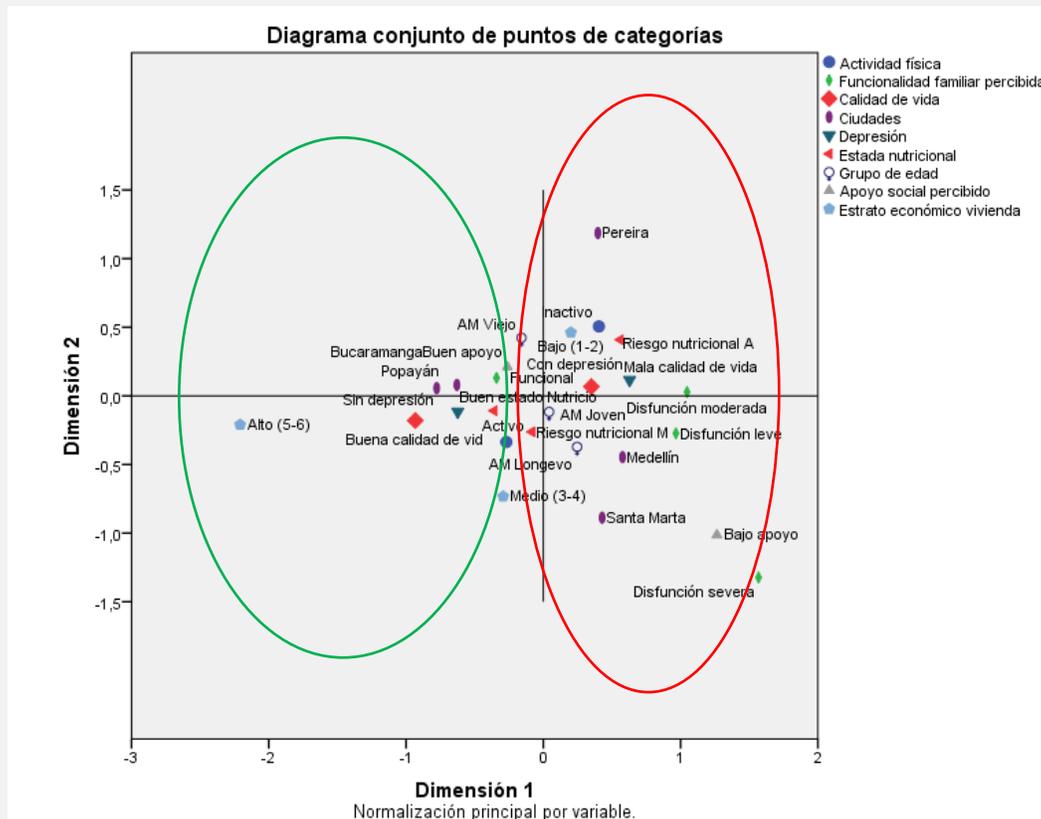
De acuerdo con los resultados obtenidos mediante la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-OLD (Figura 1), las 683 personas mayores que perciben una buena calidad de vida comparten características específicas. Estas incluyen la ausencia de síntomas depresivos, un buen estado nutricional, un sólido apoyo social, la convivencia en familias funcionales, la residencia en viviendas de estratos socioeconómicos medios y altos (5 y 6) y la práctica de actividad física regular. Estas condiciones se evidencian con mayor frecuencia en quienes viven en Popayán y Bucaramanga.

Por otro lado, quienes reportan una mala calidad de vida presentan un perfil diferente. Estas personas tienden a mostrar riesgo nutricional, síntomas depresivos, inactividad física, y a residir en hogares con bajo apoyo social y dinámicas familiares disfuncionales. Además, este grupo se

asocia con mayores niveles de vulnerabilidad económica y una mayor concentración en la ciudad de Pereira.

**Figura 1**

*Perfil de las personas mayores, según la calidad de vida en cinco ciudades de Colombia. 2021*



**Discusión**

El propósito de este estudio ha sido establecer las condiciones demográficas, sociales, económicas, nutricionales y de salud mental, asociadas a la calidad de vida, de las personas mayores de Santa Marta, Popayán, Pereira, Medellín y Bucaramanga (Colombia). Esta investigación agrega valor al análisis de la calidad de vida en personas mayores al ofrecer una actualización clave respecto a la última Encuesta SABE 2015, aportando datos recientes y específicos en un contexto nacional. Este estudio proporciona una base teórica para la formulación de políticas públicas que aborden las necesidades específicas de las personas mayores. En

particular, destaca la importancia de un enfoque integral que contemple tanto los factores individuales como las condiciones estructurales. Desde una perspectiva práctica, los hallazgos tienen implicaciones significativas para el diseño de intervenciones sociales y sanitarias. Por ejemplo, fomentar redes de apoyo comunitario y familiar puede convertirse en una estrategia efectiva para mitigar el aislamiento social y promover el bienestar emocional. Asimismo, el énfasis en la actividad física y la prevención de enfermedades crónicas resalta la necesidad de programas de promoción de salud adaptados a esta población y políticas que garanticen acceso a servicios básicos, seguridad económica y protección de los derechos fundamentales, avanzando hacia un envejecimiento más digno y equitativo en Colombia.

Diferentes estudios exponen como ser mujer, tener un mayor nivel de estudios, no tener pareja, tener un nivel socioeconómico bajo y el aumento de la edad (Araújo et al., 2021; Buz et al., 2021; Garay-Villegas & Montes de Oca, 2021; Petrová Kafková, 2021; Robledo-Marín & Cardona-Arango, 2021) presentan baja satisfacción con la calidad de vida, conllevando a condiciones de vulnerabilidad. Si bien, el presente estudio coincide con algunos aspectos demográficos como ser mujer, no tener pareja, indistinto de la ciudad que habitaran, se contradicen en lo relacionado con la edad, puesto que los nonagenarios presentaron un mayor nivel de satisfacción que los mayores más jóvenes, aunque la evidencia empírica no es estadísticamente significativa.

El componente familiar y social, cuando se manifiesta de forma positiva, desempeña un rol crucial en la calidad de vida. Sin embargo, las dinámicas demográficas y la manera como se estructuran las relaciones sociales y familiares en el presente siglo han afectado considerablemente estas dinámicas, pues en los países desarrollados son muy pocas personas mayores quienes viven con sus hijos u otras personas que no sean su pareja (Finkel & Sundström, 2021; Garay-Villegas & Montes de Oca, 2021). Aspecto que coincide con los resultados de este estudio, en los que se identifica que entre más desarrollada se encuentre una ciudad, como Medellín, por ejemplo, menor es el porcentaje de apoyo social hacia las personas mayores (17,2 %), tal como lo evidencia la Tabla 1.

Lo anterior, supone un cambio de perspectiva, pues más que darle importancia al alcance y la frecuencia del contacto familiar o social, lo que cobra relevancia es la calidad del relacionamiento, así lo demuestran estudios de sudafricanos mayores (Maharaj & Roberts, 2021)

y chinos (Hsu, 2021), donde indistinto de la edad que se tenga en la vejez (Agulló-Tomás et al., 2021; Zunzunegui & Belanger, 2021), la raza a la que se pertenezca (Sánchez-Moreno et al., 2021) o si se vive en un entorno urbano o rural (Petrová Kafková, 2021), es evidente el aporte que las relaciones positivas con la familia y los amigos tiene en su calidad de vida. Lo anterior, coincide con el presente estudio, puesto que tener una familia disfuncional o pobre red de apoyo social, y no contar con escenarios de participación activa se asocia con una calidad de vida regular o mala en la vejez; tenerlas se considera como un aspecto positivo y favorable.

Una de las mayores reflexiones en torno al apoyo social y la funcionalidad familiar, es que cuando los lazos familiares y sociales son de calidad se tienden a asociar de manera positiva con la calidad de vida (Garay-Villegas et al., 2021), puesto que existe evidencia del rol protagónico que ejercen las personas mayores dentro del hogar, al servir de apoyo emocional a los niños, ante la ausencia física de los padres y las situaciones cotidianas. Estos espacios de encuentro intergeneracional sirven como factor protector. En Colombia, particularmente se ha demostrado que la realización de actividades intergeneracionales y acciones comunitarias aportan a la calidad de vida en la vejez en un 89,7 % (Segura Cardona et al., 2023) y vivir en una familia funcional aporta el 67.2 % de la percepción subjetiva de felicidad en este sector poblacional (Segura et al., 2023). Pese a su importancia, las relaciones sociales suelen estar afectadas por el abandono, el cual puede desencadenar sentimientos de soledad y vulnerabilidad, especialmente en las mujeres mayores, quienes registran porcentajes más elevados de violencia psicológica por parte de la pareja y la familia, así como inseguridad financiera (Zunzunegui & Belanger, 2021).

Frente al estado nutricional de las personas mayores, llama la atención la poca producción científica que existe frente a esta variable y su relación con la calidad de vida, a pesar de que los objetivos de desarrollo sostenible tengan el *hambre cero* como meta para el 2030 (Naciones Unidas, 2015). Lo anterior, supone la necesidad de ahondar con nuevas investigaciones, puesto que este estudio demostró el gran aporte que tiene un óptimo estado nutricional para una adecuada calidad de vida.

Los síntomas depresivos de las personas mayores del mundo es una problemática generalizada, tanto en España como en Colombia; estos representaron la segunda condición crónica de salud en este sector poblacional, lo que redundo en un alto riesgo de enfermedades mentales/cognitivas en este grupo de edad (Ministerio de Salud y Protección Social et al., 2016;

Puga et al., 2021; Vanegas Méndez et al., 2023), siendo la población femenina quien más presentó dicha condición (Zunzunegui & Belanger, 2021), generando una clara asociación inversa con la calidad de vida de los mayores, como lo evidenció un estudio sudafricano (Maharaj & Roberts, 2021). Por el contrario, la ausencia de riesgo de depresión y experimentación del bienestar psicológico presentó una percepción subjetiva de felicidad y una alta calidad de vida en las personas mayores, tal como lo demostró un estudio colombiano (Segura et al., 2023). Lo anterior, coincide con los resultados de este estudio, al evidenciar asociación estadística entre la afectación en la calidad de vida de los participantes y tener algún síntoma depresivo o, por el contrario, la percepción favorable estuvo determinada en primer medida por la ausencia de síntomas depresivos.

### **Conclusiones**

El presente estudio tuvo en cuenta la noción de calidad de vida ofrecida por la OMS, la cual tiene como variables fundamentales el apoyo social y familiar, la seguridad económica, la capacidad funcional, el estado de la salud mental y física. Estas fueron utilizadas para conocer la percepción de las personas mayores de 60 años y más de ciudades de Colombia: Santa Marta, Popayán, Pereira, Medellín y Bucaramanga.

La ciudad que presentó un mayor porcentaje de satisfacción de la calidad de vida fue Bucaramanga (cuatro de cada diez mayores), seguido de Popayán (tres de cada diez). Mientras que en las ciudades de Medellín y Santa Marta se presentaron los porcentajes más bajos, solo uno de cada diez en Medellín y dos de cada diez en Santa Marta respondieron favorablemente. Llama la atención cómo la pérdida o disminución de los sentidos tiene un impacto significativo en la calidad de vida, en tanto puede afectar la manera como se puedan relacionar con los demás. La muerte, en este caso, no tiene tanta incidencia en la percepción, por el contrario, tiene un mayor peso para su percepción favorable la realización de actividades que aporten a su sentido de vida, el uso adecuado del tiempo libre, la participación en actividades comunitarias que fortalezcan su relacionamiento y el reconocimiento de sus logros alcanzados durante su curso de vida.

Se evidencian, además, algunas variables que aumentan la posibilidad de obtener una mejor percepción de la calidad de vida: i) demográficas (vivir en Bucaramanga); ii) sociales (contar con

un tejido familiar o social fortalecido, que sirva de apoyo para la soledad, los momentos de enfermedad o de crisis); iii) económicas (vivir en hogar de estrato económico medio o alto, tener estabilidad e independencia económica y contar con una pensión o jubilación); salud física (realizar actividad física periódicamente, sentirse independiente para la realización de sus actividades cotidianas, no padecer dolor ni enfermedades diagnósticas); estado mental y comportamental (no tener síntomas depresivos); y condiciones nutricionales (contar con un buen estado nutricional).

En definitiva, se hace necesario que, durante el envejecimiento de la población, se garantice el debido acompañamiento de las actividades de vida diaria, especialmente el de las personas mayores, por parte de sus redes de apoyo, familiar y/o social. Con un especial énfasis en la salud mental y física, la generación de actividades que promuevan la satisfacción personal, el fortalecimiento de vínculos familiares o afectivos, así como la autonomía y la independencia, tanto social como económica.

### **Limitaciones y perspectivas de futuro**

Si bien el presente estudio contribuye al campo de conocimiento, también cuenta con una serie de limitaciones. En primer lugar, se han establecido las condiciones demográficas, sociales, económicas, nutricionales y de salud mental, asociadas a la calidad de vida, de las personas mayores en cinco ciudades de Colombia, desde un enfoque transversal; no obstante, para explorar de manera más profunda el fenómeno, valdría la pena planificar un estudio longitudinal que permita hacer un seguimiento de las personas durante años y determinar los cambios en el tiempo.

En segundo lugar, para la realización de la presente investigación se excluyeron las personas mayores que estuvieran institucionalizadas en centros de larga estancia o que tuvieran deterioro cognitivo. Se necesitarán en futuros estudios incluir personas mayores con estas características, para tener una información más robusta sobre la calidad de vida, que permita dar cuenta de las necesidades sentidas de este sector poblacional.

Por último, esta investigación se implementó en el marco de la COVID-19, lo que pudo haber afectado de manera considerable la muestra. Para investigaciones futuras, se considera

importante actualizar los instrumentos implementados para verificar si los resultados se aumentan, disminuyen o se mantienen en el tiempo.

**Financiamiento:** este estudio recibió apoyo financiero del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (Minciencias); Código 122884467945, Contrato No. 425-2020, Beca 844 de 2019) y la Universidad CES.

**Conflicto de intereses:** se declara que no existió ningún conflicto de interés entre los investigadores, los financiadores ni las personas mayores encuestadas en las cinco ciudades.

**Agradecimientos:** Agradecemos el apoyo financiero del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (Minciencias) y la Universidad CES.

### Referencias

- Agulló-Tomás, M. S., Zorrilla-Muñoz, V., Gómez-García M. V., & Blanco-Ruiz M. (2021). Proposals for Better Caring and Ageing. Results from Evaluation of Programmes [Propuestas para una mejor atención y envejecimiento. Resultados de la evaluación de programas]. En F. Rojo-Pérez & G. Fernández Mayoralas (Eds.), *Handbook of active ageing and quality life from concepts to applications* (pp. 319- 335). Springer Nature. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5\\_19](https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5_19)
- Araújo, L., Teixeira, L., Ribeiro, O., & Paul, C. (2021). Social Participation, Occupational Activities and Quality of Life in Older Europeans: A Focus on the Oldest Old [Participación social, actividades ocupacionales y calidad de vida en los europeos mayores: un enfoque en los más mayores]. En F. Rojo-Pérez & G. Fernández Mayoralas (Eds.), *Handbook of active ageing and quality life from concepts to applications*. (pp. 537-548). Springer Nature. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5\\_32](https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5_32)
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design* [La ecología del desarrollo humano: experimentos de la naturaleza y del diseño]. Harvard University Press.
- Buz, J., Gierveld, J. J., & Perlman, D. (2021). Preventing Loneliness. Promising Insights for Achieving Active Aging and a Positive Quality of Life [Prevención de la soledad: perspectivas prometedoras para lograr un envejecimiento activo y una calidad de vida

- positiva]. En F. Rojo-Pérez & G. Fernández Mayoralas (Eds.), *Handbook of active ageing and quality life from concepts to applications*. (pp. 337-356). Springer Nature. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5\\_20](https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5_20)
- Campo-Arias, A., Díaz-Martínez, L. A., Rueda-Jaimes, G. E., Cadena-Afanador, L. P., & Hernández, N. L. (2007). Psychometric properties of CES-D scale among Colombian adults from the general population [Propiedades psicométricas de la escala CES-D en la población adulta colombiana]. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 36(4), 664-74. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502007000400006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000400006)
- Cardona-Arango, C., Segura-Cardona, A., Muñoz-Rodríguez, D. I., & Segura-Cardona, A. (2021). Happiness as a Quality of Life Component for Active Ageing in Colombia [La felicidad como componente de calidad de vida para el envejecimiento activo en Colombia]. En F. Rojo-Pérez & G. Fernández Mayoralas (Eds.), *Handbook of active ageing and quality life from concepts to applications* (pp. 427-440). Springer Nature. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5\\_25](https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5_25)
- Cardona, D., & Agudelo, B. (2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1). <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.521>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2018). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Colombia*. DANE. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivienda-2018>
- Diener, E., Oishi, S., & Tay, L. (2017, febrero). Advances in subjective well-being research [Avances en la investigación del bienestar subjetivo]. *Nature Human Behaviour*, 2(5), 253-260. <https://doi.org/10.1038/s41562-018-0307-6>
- Fernández-Ballesteros, R., Sánchez-Izquierdo, M., & Santacreu, M. (2021). Active aging and quality of life [Envejecimiento activo y calidad de vida]. En F. Rojo-Pérez & G. Fernández Mayoralas (Eds.), *Handbook of active ageing and quality life from concepts to applications* (pp. 15-42). Springer Nature. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5_2)
- Finkel, D., & Sundström, G. (2021). Quality of Life of Older Swedes [Calidad de vida de los mayores suecos]. En F. Rojo-Pérez & G. Fernández Mayoralas (Eds.), *Handbook of active ageing and quality life from concepts to applications* (pp. 549- 558). Springer Nature. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5\\_33](https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5_33)

- Forero Ariza, L. M., Avendaño Durán, M. C., Duarte Cubillos, Z. J., & Campo Arias, A. (2006). Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(1), 23-29. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80635103.pdf>
- Flores Villavicencio, M. E., Troyo Sanromán, R., Cruz Ávila, M., González Pérez, G., & Muñoz de la Torre, A. (2013). Evaluación calidad de vida mediante el WHOQOL-BREF en adultos mayores que viven en edificios multifamiliares en Guadalajara, Jalisco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(2), 179-192. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281931436010>
- Garay-Villegas S., & Montes de Oca, V. (2021). Active Ageing for Quality of Later Life in Mexico. The Role of Physical and Social Environments [Envejecimiento activo para la calidad de vida en la tercera edad en México: el papel de los entornos físicos y sociales]. En F. Rojo-Pérez & G. Fernández Mayoralas (Eds.), *Handbook of active ageing and quality life from concepts to applications*. (pp. 409-426). Springer Nature. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5\\_24](https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5_24)
- Hernández-Navor, J. C., Guadarrama-Guadarrama, R., Castillo-Arellano, S. S., Arzate Hernández, G., & Márquez-Mendoza, O. (2015). Validación del WHOQOL-OLD en adultos mayores de México. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7, 397-405. <https://doi.org/10.5872/psiencia/7.3.21>
- Hsu, H. (2021). Successful Aging and Active Aging in Taiwan: From Concept to Application: Micro and Macro Perspectives [Envejecimiento exitoso y envejecimiento activo en Taiwán: del concepto a la aplicación: perspectivas micro y macro]. En F. Rojo-Pérez & G. Fernández Mayoralas (Eds.), *Handbook of active ageing and quality life from concepts to applications*. (pp. 521-535). Springer Nature. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5\\_31](https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5_31)
- Kalache, A., Voelcher, I., & Louvison M. (2021). Active aging and the longevity revolution [El envejecimiento activo y la revolución de la longevidad]. En F. Rojo-Pérez & G. Fernández Mayoralas (Eds.), *Handbook of active ageing and quality life from concepts to applications* (pp. 43-62). Springer Nature. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5_3)

- Lastre Meza, K. S., Consuegra Florez, E. L., & Suarez Castillo, D. (2023, enero-abril). Pérdida auditiva relacionada con la edad (ARHL) y el procesamiento lingüístico en un grupo de adultos mayores colombianos. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (68), 120-139. <https://www.doi.org/10.35575/rvucn.n68a6>
- Lawton, M. P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process [Ecología y proceso de envejecimiento]. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging* (pp. 619-674). American Psychological Association.
- Lima-Castro, S., Arias-Medina, P. A., Bueno-Pacheco, A., Peña-Contreras, E., Aguilar-Sizer, M., & Cabrera-Vélez, M. (2021). Factor structure, measurement invariance and psychometric properties of the Quality-of-Life Scale WHOQOL-BREF in the Ecuadorian context [Estructura factorial, invariancia de la medición y propiedades psicométricas de la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF en el contexto ecuatoriano]. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 34(1), 2-14. <https://www.doi.org/10.1186/s41155-021-00194-9>
- Londoño Arredondo, N. H., Rogers, H. L., Castilla Tang, J. F., Posada Gómez, S. L., Ochoa Arizal, N. L., Jaramillo Pérez, M. Á., Oliveros Torres, M., Palacio Sañudo, J. E., & Aguirre-Acevedo, D. C. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023539016>
- Maharaj, P., & Roberts, B. (2021). Growing older with dignity: the nature and determinants of quality of life among older people in South Africa [Envejecer con dignidad: la naturaleza y los determinantes de la calidad de vida de las personas mayores en Sudáfrica]. En F. Rojo-Pérez & G. Fernández Mayoralas (Eds.), *Handbook of active ageing and quality life from concepts to applications*. (pp. 467-484). Springer Nature. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5\\_28](https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5_28)
- Martín-Carbonell, M., Cerquera-Córdoba, A., Fernández-Daza, M., Higueta, J. D., Galván Patrignani, G., Guerrero Martel, M., & Riquelme Marín, A. (2019). Estructura factorial del Cuestionario de Apoyo Social MOS en ancianos colombianos con dolor crónico. *Terapia psicológica*, 37(3), 211-224. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082019000300211>
- Ministerio de Salud. (1993, 4 de octubre). *Resolución 8430*, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. MINSALUD.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Ministerio de Salud y Protección Social (2022, de mayo). *Decreto 681*, por medio del cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022 – 2031.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%20No.%20681%20de%202022.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20No.%20681%20de%202022.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social, Departamento Administrativo de Ciencia y Tecnología e Innovación, Colciencias, Universidad del Valle & Universidad de Caldas (2016). *Encuesta SABE Colombia: Vejez y calidad de vida en Colombia*. Pregraf impresiones S.A.S

Minsalud & Profamilia. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 (ENDS)*. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR334/FR334.pdf>

Molina Napurí, A., & Cambillo Moyano, E. (2021). Validación del Módulo WHOQOL-OLD en personas atendidas en Organizaciones para el Adulto Mayor. *Pesquimat*, 24(1), 9-22. <https://doi.org/10.15381/pesquimat.v24i1.19478>

Naciones Unidas. (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/agenda-2030/>

Nequiz Jasso, J. M., Munguía Gómez, A., & Izquierdo Barrera, E. A. (2017). Percepción de la calidad de vida en el adulto mayor que acude a la clínica universitaria reforma. *Revista de Enfermería Neurológica*, 16(3), 167–175. <https://doi.org/10.37976/enfermeria.v16i3.245>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030*. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc\\_28&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_28&download=true)

Oris, M., Baeriswyl, M., & Ihle A. (2021). The life course construction of inequalities in health and wealth in old age [La construcción del curso de vida de las desigualdades en salud y riqueza en la vejez]. En F. Rojo-Pérez & G. Fernández Mayoralas (Eds.), *Handbook of active ageing and quality life from concepts to applications* (pp. 97-109). Springer Nature. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5_5)

Ory, M. G., Lee, C., & Yoshikawa, A. (2021). Health and the Built Environment. Enhancing Healthy Aging through Environmental Interventions [Salud y entorno construido: cómo

- mejorar el envejecimiento saludable mediante intervenciones ambientales]. En F. Rojo-Pérez & G. Fernández Mayoralas (Eds.), *Handbook of active ageing and quality life from concepts to applications* (pp. 369-394). Springer Nature. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5\\_22](https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5_22)
- Petrová Kafková, M. (2021). Activities to Address Quality of Life Between Urban and Rural Ageing People in the Czech Republic [Actividades para mejorar la calidad de vida de las personas mayores de zonas urbanas y rurales de la República Checa]. En F. Rojo-Pérez & G. Fernández Mayoralas (Eds.), *Handbook of active ageing and quality life from concepts to applications* (pp. 573-591). Springer Nature. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5\\_35](https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5_35)
- Puga, D., Fernández-Carro, C., & Fernández-Abascal, H. (2021). Multimorbidity, Social Networks and Health-Related Wellbeing at the End of the Life Course [Multimorbilidad, redes sociales y bienestar relacionado con la salud al final del ciclo de vida]. En F. Rojo-Pérez & G. Fernández Mayoralas (Eds.), *Handbook of active ageing and quality life from concepts to applications* (pp. 609-628). Springer Nature. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5\\_37](https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5_37)
- Robledo Marín, C. A., Duque Sierra, C. P., Hernández Calle, J. A., Ruiz Vélez, M. A., & Zapata Monsalve, R. B. (2022). Envejecimiento, calidad de vida y políticas públicas en torno al envejecimiento y la vejez. (Colombia). *Revista CES Derecho*, 13(2), 132-160. <https://doi.org/10.21615/cesder.6453>
- Robledo-Marín, C., & Cardona-Arango, D. (2021) Satisfaction with Quality of Life among Ex-combatants During the Reintegration Process. Colombia [Satisfacción con la calidad de vida de excombatientes en proceso de reintegración. Colombia]. En F. Rojo-Pérez & G. Fernández Mayoralas (Eds.), *Handbook of active ageing and quality life from concepts to applications* (pp. 441-449). Springer Nature. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5\\_26](https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5_26)
- Queirolo Ore, S. A., Barboza Palomino, M., & Ventura-León, José. (2020). Medición de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de Lima (Perú). *Enfermería Global*, 19(60), 259-288. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.420681>

- Ramírez-Correa, P. E. (2022, mayo-agosto). E-learning y personas mayores: una nueva brecha digital [Editorial]. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (66), 1-4. <https://www.doi.org/10.35575/rvucn.n66a1>
- Rodríguez-Rodríguez, V., Montes de Oca, V., Paredes, M., & Garay-Villegas, S. (2021). Civil society organizations. Discourse and interventions to promote active ageing in relation with the quality of life in Latin America [Organizaciones de la sociedad civil. Discursos e intervenciones para promover el envejecimiento activo en relación con la calidad de vida en América Latina]. En F. Rojo-Pérez & G. Fernández Mayoralas (Eds.), *Handbook of active ageing and quality life from concepts to applications* (pp. 217 - 234). Springer Nature. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5\\_13](https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5_13)
- Rojo-Pérez, F., Fernández-Mayoralas, G., & Rodríguez-Rodríguez, V. (2021). Active Ageing and Quality of Life: A Systematized Literature Review [Envejecimiento activo y calidad de vida: una revisión bibliográfica sistematizada]. En F. Rojo-Pérez & G. Fernández Mayoralas (Eds.), *Handbook of active ageing and quality life from concepts to applications* (pp. 63 - 96). Springer Nature. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5_4)
- Rojo-Pérez, F., & Fernández-Mayoralas, G. (2021). *Handbook of active ageing and quality life. From concepts to applications* [Manual de envejecimiento activo y calidad de vida. De los conceptos a la aplicación]. Springer Nature.
- Rueda-Jaimes, G. E., Díaz-Martínez, L. A., López-Camargo, M. T., & Campo-Arias, A. (2009). Validación de una versión abreviada de la Escala para Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en adultos colombianos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(3), 513-521. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502009000300009&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000300009&lng=en&tlng=es)
- Sánchez-Moreno, E., Gallardo-Peralta, L., Rodríguez-Rodríguez V., & Soto A. (2021) Successful Aging and Quality of Life: A Cross-Ethnic Comparison in Chile [Envejecimiento exitoso y calidad de vida: una comparación interétnica en Chile]. En F. Rojo-Pérez & G. Fernández Mayoralas (Eds.), *Handbook of active ageing and quality life from concepts to applications* (pp. 451- 465). Springer Nature. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5\\_27](https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5_27)
- Segura, A., Cardona D., Segura, A., Robledo, C., & Muñoz D. (2023). The subjective perception of the happiness of older adult residents in Colombia [La percepción subjetiva de la

- felicidad de los adultos mayores residentes en Colombia]. *Fronteirs Medicine*, (10), 1-11. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1055572>
- Segura Cardona, A., Cardona Arango, D., Segura Cardona, A., Robledo Marín, C., & Muñoz Rodríguez, D. (2023). Friendly Residential Environments That Generate Autonomy in Older Persons [Entornos residenciales amigables que generan autonomía en las personas mayores]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), Article 409. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010409>
- Smilkstein, G., Ashworth, C., & Montano, D. (1982). Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function [Validez y fiabilidad del Apgar familiar como prueba de funcionamiento familiar]. *The Journal of Family Practice*, (15), 303-311. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7097168/>
- Vanegas Méndez, S. N., Lemos Ramírez, N. V., Cerquera Córdoba, A. M., Plata Osma, L. J., & Tapias Soto, M. F. (2023, septiembre-diciembre). Experiencia de personas cuidadoras de pacientes con Trastorno Neurocognitivo tipo Alzheimer: feminización y familismo. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (70), 89-120. <https://www.doi.org/10.35575/rvucn.n70a5>
- Villar, F., & Serrat, R. (2021). Aging at a Developmental Crossroad [El envejecimiento en una encrucijada del desarrollo.]. En F. Rojo-Pérez & G. Fernández Mayoralas (Eds.), *Handbook of active ageing and quality life from concepts to applications* (pp. 121-133). Springer Nature. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5_7)
- Zunzunegui, M. V., & Belanger, E. (2021). Gender Differences in Active Aging in Canada. The Roles of Insufficient Income and Violence [Diferencias de género en el envejecimiento activo en Canadá: el papel de la falta de ingresos y la violencia]. En F. Rojo-Pérez & G. Fernández Mayoralas (Eds.), *Handbook of active ageing and quality life from concepts to applications* (pp. 357-368). Springer Nature. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5_1)