

Artículo original



Historial del artículo:

Recibido: 08 | 11 | 2020
Evaluado: 12 | 04 | 2022
Aprobado: 15 | 07 | 2022
Publicado: 31 | 07 | 2022

How to cite

García-Barrera AE, Horta-Roa LF, Bautista Roa MA, Ibañez-Pinilla E, Cobo-Mejía EA. Calidad de vida y percepción de la salud en personas mayores con enfermedad crónica. Rev. salud. bosque. 2022;12(1):1-13

Autor de correspondencia:

Elisa Andrea Cobo-Mejía, eacobo@uniboyaca.edu.co, celular: 3007790042

DOI: <https://doi.org/10.18270/rsb.v12i1.3278>

Calidad de vida y percepción de la salud en personas mayores con enfermedad crónica

Amanda Elizabeth **García-Barrera**

Universidad de Boyacá, Facultad de Ciencias de la Salud, amandaegarcia@uniboyaca.edu.co

Luisa Fernanda **Horta-Roa**

Universidad de Boyacá, Facultad de Ciencias de la Salud, lfhorta@uniboyaca.edu.co

Milton Adolfo **Bautista-Roa**

Universidad Santo Tomás, seccional Tunja, Director de la Unidad de currículo y formación docente UDCFD, milton.bautista@usantoto.edu.co

Edgar Antonio **Ibáñez-Pinilla**

Universidad El Bosque, Facultad de Medicina, edgant11@gmail.com

Elisa Andrea **Cobo-Mejía**

Universidad de Boyacá, Facultad de Ciencias de la Salud, eacobo@uniboyaca.edu.co

Resumen

Introducción. La representación de calidad de vida de un sujeto se considera buena o mala según la experiencia.

Objetivo. Determinar la calidad de vida y la percepción de la salud-enfermedad en la persona mayor con enfermedad crónica no transmisible.

Métodos. Estudio con diseño mixto explicativo secuencial, en una población de personas mayores, con enfermedad crónica y pacientes de dos programas de atención en Tunja en 2017. Se elaboró una muestra de 44 personas y las variables fueron sociodemográficas, percepción de la salud, percepción de la enfermedad y calidad de vida. Se aplicaron los cuestionarios SF-36 y el IPQ-B, se realizó un grupo focal y el análisis fue con correlación de Spearman, regresión logística, análisis fenomenológico existencial y triangulación.

Resultados. La calidad de vida global promedio fue de 59,5 % y predominó la salud mental con un 93,2 %. En la percepción de la enfermedad sobresale la comprensión de la misma con 7,3±2,2. La correlación más alta fue el control personal y la salud en general con 0,770 (p=0,000). Las categorías reconocidas fueron: la enfermedad como marginación social y familiar, el apoyo familiar y divino, la influencia del sistema de salud, la necesidad del autocuidado, la importancia de las redes de apoyo y la calidad de vida.

Conclusiones. La calidad de vida y la percepción de la salud y enfermedad se correlacionan; además están influenciadas por la experiencia y los métodos de afrontamiento

Palabras clave: calidad de vida, percepción, salud, enfermedad, adulto mayor.

Quality of life and health perception in elderly adults with chronic disease

Abstract

Introduction: A subject's representation of quality of life is considered good or bad according to experience.

Objective: To determine the quality of life and health-disease perception among the elderly people with chronic non-transmissible diseases.

Methods: A study with sequential, explanatory, mixed design of a population of 44 elderly persons with chronic disease in 2017 from two care programs in Tunja. The variables were: sociodemographic, health perception, disease perception and quality of life. SF-36 questionnaires, IPQ-B and focus group were applied. The analysis was with Spearman's correlation, logistic regression, existential phenomenological analysis and triangulation.

Results: The average global quality of life was 59.5 % with mental health at 93.2 %. The understanding of disease with 7.3 ± 2.2 stands out in its perception, the highest correlation was personal control and overall health with 0.770 ($p = 0.000$) and recognized categories were: the disease as social and family marginalization, family and divine support, the influence of the health system, need for self-care, the importance of support networks and quality of life.

Conclusions: Quality of life and the perception of health and disease are correlated, in addition to being influenced by experience and coping methods.

Key words: quality of life, perception, health, illness, elderly.

Qualidade de vida e percepção de saúde em idosos com doença crônica

Introdução. A representação da qualidade de vida de um sujeito é considerada boa ou ruim de acordo com a experiência.

Objetivo. Determinar a qualidade de vida e a percepção de saúde-doença em idosos com doença crônica não transmissível.

Métodos. Estudo com desenho misto explicativo sequencial, numa população de idosos, com doença crônica e doentes de dois programas de cuidados em Tunja em 2017. Foi elaborada uma amostra de 44 pessoas e as variáveis foram sociodemográficas, percepção de saúde, percepção de doença e qualidade de vida. Aplicouse os questionários SF-36 e IPQ-B, realizou-se um grupo focal e a análise foi com correlação de Spearman, regressão logística, análise fenomenológica existencial e triangulação.

Resultados. A qualidade de vida global média foi de 59,5% e a saúde mental predominou com 93,2%. Na percepção da doença, destacou-se a compreensão da mesma com $7,3 \pm 2,2$. A maior correlação foi controle pessoal e saúde geral com 0,770 ($p=0,000$). As categorias reconhecidas foram: doença como marginalização social e familiar, apoio familiar e divino, influência do sistema de saúde, necessidade de autocuidado, importância das redes de apoio e qualidade de vida.

Conclusões. A qualidade de vida e a percepção de saúde e doença estão correlacionadas; eles também são influenciados pela experiência e métodos de enfrentamento.

Palavras chave: qualidade de vida, percepção, saúde, doença, idoso.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) predice un aumento de la población mayor de 60 años entre el 2020 y 2030, del 34% y para el 2050 cerca del 65% vivirá en países de ingresos medios y bajos (1). Las principales enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en este grupo, definido como persona mayor (envejecimiento y vejez) a partir de los 60 años, son las cardiovasculares, metabólicas y crónico-degenerativas como las osteoarticulares y musculo esqueléticas (2,3).

Comprender la percepción de la salud-enfermedad en las personas mayores implica la subjetividad de las condiciones fisiológicas, las habilidades funcionales, el bienestar psicológico y el soporte social (4); de igual manera, la calidad de vida se aborda según las necesidades y es definida desde la percepción individual (5).

Esta percepción de la salud varía según el sexo, la ocupación, el nivel académico y la presencia de ECNT, la satisfacción con el apoyo familiar y del hogar, así, la calidad de vida es un concepto multidimensional que además involucra años de vida saludables, esperanza de vida, la participación en grupos sociales (4,6-8) y la práctica de actividad física (AF) (9-11). Desde la mirada cualitativa, está compuesta por la satisfacción de necesidades psicosociales, los componentes de salud y bienestar general, la posibilidad de contar en la comunidad con valores y virtudes como el respeto y la solidaridad, además de depender de las oportunidades que el contexto ofrezca y las opciones que tomen para aprovecharlas (12). El objetivo del presente estudio fue determinar la calidad de vida y la percepción de la salud-enfermedad en personas mayores con ECNT en dos centros de atención de la ciudad de Tunja, Boyacá, Colombia, 2017.

Materiales y métodos

Estudio con un enfoque mixto mediante un diseño explicativo secuencial (DEXPLIS) (13,14). Para el componente cuantitativo se empleó un diseño de corte transversal y el cualitativo se apoyó en la fenomenología considerando la dimensión corporal o *cuerpo vivido* referido por Merleau-Ponty (15).

Participaron 44 personas mayores adscritas a las sedes de los Centros Vida de la Alcaldía Mayor (n=22) y al Club Nueva Vida, programa de proyección social de la Universidad de Boyacá (n=22), en Tunja, Boyacá (Colombia), durante el 2017. Se empleó una técnica de muestreo intencional a conveniencia. Como instrumentos de recolección de información se emplearon el cuestionario de salud SF-36 (7,16-18), que con «puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud, respectivamente, que la media de la población de referencia» (19,20) y la versión breve del *Brief Illness Perception Questionnaire* (Cuestionario de Percepción de Enfermedad-IPQ-B) (17,21-23), donde el 0 es ausencia del elemento indagado en el cuestionario y el 10 presencia del mismo. Este además contiene una pregunta abierta sobre las causas de la enfermedad descrita por grado de importancia (17).

El programa SPSS versión 24 ® se usó para el tratamiento de información; en el análisis bivariado se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman y para el análisis multivariado se recurrió a la regresión logística binaria con el método introducir; la variable dependiente fue la calidad de vida general, interpretándose una puntuación ≤ 50 % como mala calidad de vida (mala calidad de vida=1 y buena calidad de vida=0) y como variables independientes se encuentran las dimensiones de IPQ-B. Por último, para el análisis de riesgo se utilizó la razón de disparidad (RD), con intervalos de confianza del 95 % y el nivel de significancia al 5 %.

En el análisis fenomenológico-existencial se describió y analizó la relación entre la percepción del estado de salud y la percepción de la enfermedad en personas mayores con ECNT desde sus vivencias, transcritas de los datos provenientes de un grupo focal integrado por siete personas mayores. En la codificación, se integraron los datos cualitativos con los cuantitativos para dar respuesta a la triangulación del método mixto (24) con el objetivo de darle profundidad al análisis cuando las preguntas de investigación son complejas. Más que la suma de resultados cuanti y cuali, la metodología mixta es una orientación con su cosmovisión, su vocabulario y sus propias técnicas, enraizada en la filosofía pragmática con énfasis en las consecuencias de la acción en las prácticas del mundo real. En este artículo se presentan los cuatro modelos de MM más utilizados en estudios relacionados con las ciencias de la salud en las últimas dos décadas, estos son: 1. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Universidad de Boyacá, concepto número 196 de julio 15 de 2016.

Resultados

El promedio de edad fue de 71,6 \pm 6,7 años, con un mínimo de 56 años y un máximo de 88 años; el sexo predominante fue el femenino con un 79,5 % (n=35). Además, entre los factores relacionados teóricamente con la calidad de vida, se encuentran la *presencia de violencia o criminalidad en el entorno* con un 16,3 % (n=7), la *existencia de discapacidad en la familia* con un 14 % (n=6), la *satisfacción y felicidad con actividades de la vida diaria* con un 97,6 % (n=91) y la *existencia de amigos, familiares y/o vecinos de confianza* con un 79,5 % (n=35). No se presentó consumo de cigarrillo actual y un 4,7 % (n=2) consumió alcohol como hábitos sociales.

Tabla 1. Características socioeconómicas y familiares

Variables	Categorías	n	%
Estado civil	Soltero	7	17,9
	Casado	15	38,5
	Viudo	13	33,3
	Unión libre	1	2,6
	Separado	3	7,7
Estrato Socioeconómico	Uno	5	11,9
	Dos	16	38,1
	Tres	17	40,5
	Cuatro	4	9,5
Nivel de Educación	Primaria	22	56,4
	Secundaria	6	15,4
	Técnica	4	10,3
	Universitaria	4	10,3
	Postgrado	3	7,7
Tipo de Familia	Nuclear	18	41,9
	Extensa	1	2,3
	Monoparental	18	41,9
	Compuesta	6	14,0
Tipo de Aseguramiento	Contributivo	24	57,1
	Subsidiado	16	38,1
	Especial	1	2,4
	No Asegurado	1	2,4

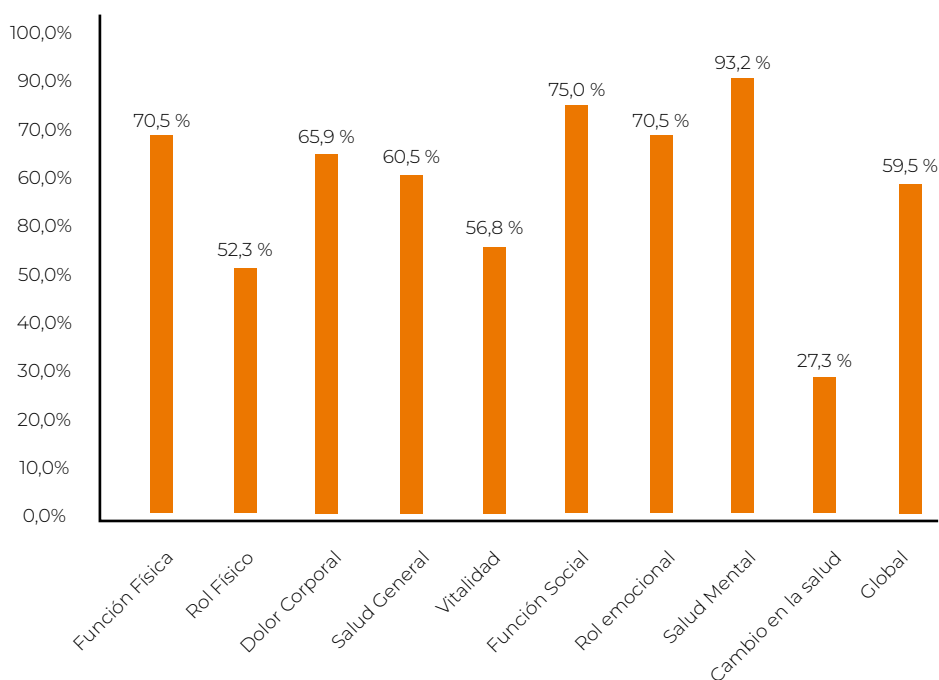
Percepción de salud y enfermedad de los adultos mayores con enfermedad crónica a partir de las escalas SF-36 y el IPQ-B

La dimensión con mayor percepción (buena) fue la función social (las dimensiones de la escala SF-36 puntúan de 0 a 100, teniendo mejor calidad de vida los puntajes que se acerquen a 100). Por encima del 70 %, estuvieron las dimensiones de desempeño físico y salud mental; cabe resaltar que la pregunta sobre el cambio de salud (calificación del

estado de salud presente comparado con el de hace un año) tuvo menor calificación, interpretando que los sujetos no percibieron cambios hacia la mejoría. Esto es negativo ya que las ECNT progresan hacia el deterioro físico reflejado en la calidad de vida, aunque la puntuación global se encuentra por encima del 60 %, refiriendo una buena percepción de la calidad de vida resultado de los procesos de adaptación a las ECNT (Tabla 2).

Al realizar la clasificación entre la dimensión con mayor percepción considerada como buena y mala calidad de vida (buena calidad de vida puntajes > a 50 y mala puntajes ≤ a 50), por encima del 70 % estuvieron las dimensiones salud mental, función social, función física y rol emocional. La dimensión de cambio en la salud (calificación del estado de salud es mucho mejor ahora que comparado con el de hace un año) es menor del 50 % por lo tanto, el 72,7 % consideran que su *salud fue peor ahora que hace un año* y la calidad de vida global estuvo por debajo del 60 % (Gráfica 1).

Grafica 1. Distribución de la percepción buena de la Calidad Vida según la Escala SF36



El análisis de ocho de las nueve dimensiones del IPQ-B mostró que las puntuaciones medias más altas estuvieron en *Duración de la enfermedad* (considera que durará para siempre, interpretación poco optimista) y *Comprensión de la enfermedad* (indicaría que entienden su enfermedad, relacionándose con la conciencia de su situación actual y futura), mientras que las dimensiones *Identidad* (parecen comprender de forma moderada, cuánto afecta la enfermedad en su vida), *Consecuencias* (reconocen que los síntomas se deben a su enfermedad) y *Respuesta emocional* (se afectan con alguna moderación), fueron las de puntuación media baja o moderada (Tabla 2). Lo anterior se puede comprender a partir de la experiencia con la enfermedad, lo que hace que se tenga presente el tiempo objetivo y subjetivo en la evolución de la misma.

Tabla 2. Calidad de vida - SF36 y Percepción de salud y enfermedad - IPQ-B

Dimensiones	Media	D.E.	Mediana	Mín.	Máx.	IC 95%	
						L Inf.	L Sup.
CALIDAD DE VIDA -SF36							
Función Física	66,3	24,8	65,0	20,0	100,0	58,9	73,6
Desempeño Físico	54,5	44,2	75,0	0,0	100,0	41,5	67,6
Dolor Físico	61,9	23,7	67,5	10,0	100,0	54,9	68,9
Salud general	54,5	22,7	60,0	10,0	95,0	47,8	61,3
Vitalidad	60,7	21,5	60,0	6,0	100,0	54,4	67,0
Función Social	75,2	22,6	75,0	25,0	100,0	68,6	81,9
Desempeño Emocional	72,7	57,6	100,0	0,0	33,0	55,7	89,7
Salud Mental	71,1	17,8	70,0	32,0	100,0	65,9	76,4
Cambio en la Salud	47,2	28,1	50,0	0,0	100,0	38,8	55,5
Global	61,5	20,9	63,3	21,6	96,6	55,2	67,8
PERCEPCIÓN DE SALUD - ENFERMEDAD - IPQ-B							
Identidad	5,1	1,9	5,0	0,0	9,0	4,6	5,7
Duración	7,2	2,8	8,0	0,0	10,0	6,3	8,0
Control Personal	6,6	2,3	6,0	2,0	10,0	5,9	7,3
Control Tratamiento	6,5	2,5	7,0	2,0	10,0	5,8	7,3
Consecuencias	5,0	2,3	5,0	0,0	9,0	4,3	5,7
Preocupación	5,7	2,2	6,0	0,0	10,0	5,0	6,3
Comprensión enfermedad	7,3	2,2	7,0	0,0	10,0	6,6	7,9
Respuesta emocional	5,1	2,5	5,0	0,0	10,0	4,4	5,9

Relación entre percepción de la salud y de la enfermedad a partir de los cuestionarios SF-36 e IPQ-B

La dimensión de *Control personal* del IPQ-B tuvo mayor correlación con las dimensiones *Salud general*, *Función social* y *Función física* del SF-36 (correlaciones $> 0,6$) ($p < 0,05$); igualmente, *Control del tratamiento* (dimensión del IPQ-B) tuvo mayor correlación con las dimensiones del SF-36, *Salud general* y *Función física* ($p < 0,05$), es decir a mayor control de la enfermedad mejor percepción de la salud en estas dimensiones. Hubo correlación positiva entre la *Comprensión de la enfermedad* (dimensión del IPQ-B) y la mayoría de las dimensiones de salud del SF-36 ($p < 0,05$), excepto en la dimensión del desempeño emocional y el cambio en la salud ($p > 0,05$) donde se encuentra que a mayor comprensión de la enfermedad mejor percepción de la salud (Tabla 3).

Se destaca el control personal de la enfermedad y las dimensiones de salud física y emocional dentro de las correlaciones positivas; así, a mayor control personal de la enfermedad, mejor percepción de la salud. En las correlaciones negativas, se resalta el de consecuencias de la enfermedad y todas las dimensiones de salud; es decir, a mayor identificación de las consecuencias de la enfermedad, menor percepción del estado de esta (Tabla 3). El conocimiento o conciencia sobre la existencia y consecuencias de la enfermedad llevaría a una perspectiva realista del estado de salud actual y futuro.

Tabla 3. Correlación percepción salud y enfermedad con la calidad de vida

Percepción salud y enfermedad/ Calidad de vida		Función Física	Desempeño Físico	Dolor Físico	Salud General	Vitalidad	Función Social	Desempeño Emocional	Salud Mental	Cambio en la salud	Total
Identidad	Corr.	-.229	-.385*	-.290	-.365*	-.324*	-.189	-.152	-.311*	-.098	-.330*
	Valor p	,145	,012	,062	,017	,037	,231	,338	,045	,539	,033
Duración	Corr.	-.182	-.111	-.202	-.233	-.127	-.180	-.182	-.219	-.179	-.217
	Valor p	,242	,479	,194	,133	,418	,249	,242	,157	,252	,162
Control Personal	Corr.	,630**	,503**	,524**	,770**	,534**	,646**	,429**	,546**	,154	,646**
	Valor p	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,004	,000	,325	,000
Control Tratamiento	Corr.	,520**	,291	,439**	,630**	,413**	,455**	,209	,372*	,154	,436**
	Valor p	,000	,058	,003	,000	,006	,002	,179	,014	,323	,003
Consecuencias	Corr.	-.467**	-.677**	-.612**	-.656**	-.596**	-.571**	-.494**	-.510**	-.346*	-.708**
	Valor p	,002	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,023	,000
Preocupación	Corr.	-.381*	-.388*	-.488**	-.503**	-.480**	-.373*	-.287	-.459**	-.326*	-.473**
	Valor p	,013	,011	,001	,001	,001	,015	,065	,002	,035	,002
Comprensión enfermedad	Corr.	,445**	,356*	,401**	,572**	,401**	,574**	,205	,434**	,005	,444**
	Valor p	,003	,019	,008	,000	,008	,000	,188	,004	,975	,003
Respuesta emocional	Corr.	-.275	-.425**	-.467**	-.418**	-.413**	-.301*	-.186	-.305*	-.145	-.398**
	Valor p	,074	,005	,002	,005	,006	,050	,233	,046	,355	,008

Índice de correlación de Spearman. **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas). *. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Se determinó la relación existente entre las dimensiones del IPQ-B y la edad, con la dimensión global de calidad de vida del SF-36; la única dimensión significativa con control de la confusión por el resto de covariables fue el IPQ-B 5 (*Consecuencias*), dando como resultado que el mayor conocimiento de las consecuencias es un factor de riesgo 3,5 veces mayor para la mala calidad de vida. Al controlar la confusión de las demás dimensiones, *identidad*, *duración*, *control personal*, *control de tratamiento*, *comprensión de la enfermedad*, *respuesta emocional* y *edad*, fueron significativas ya que en el intervalo de confianza de estas variables se encuentra el punto de referencia 1. No se incluyeron las variables sexo y estrato socioeconómico debido a la baja frecuencia de alguna de las categorías (Tabla 4).

Tabla 4. Factores de riesgo para calidad de vida

Variables	Valor p (Wald)	RD	95% C.I. para RD	
			Inferior	Superior
IPBQ1(Identidad)	,218	,543	,206	1,434
IPBQ2(Duración)	,457	1,318	,636	2,732
IPBQ3(Control Personal)	,243	,386	,078	1,910
IPBQ4(Control tratamiento)	,723	,841	,324	2,184
IPBQ5(Consecuencias)*	,049	3,491	1,003	12,153
IPBQ6(Preocupación)	,388	,581	,169	1,997
IPBQ7(Comprensión de la Enfermedad)	,767	1,140	,478	2,721
IPBQ8(Respuesta Emocional)	,147	2,897	,687	12,214
Edad	,186	1,290	,885	1,880
Constante	,202	,000		

RD significativo >1

Se identificaron relaciones relevantes para la comprensión del proceso salud-enfermedad como resultado de análisis fenomenológico existencial: la enfermedad como marginación social y familiar, el apoyo familiar y divino, la influencia del sistema de salud, la necesidad del autocuidado, la importancia de las redes de apoyo y la calidad de vida.

Se encuentran relaciones en los discursos positivos y negativos ante el afrontamiento de la ECNT según el contexto y los determinantes sociales que, por lo general, afectan la adecuada percepción de la salud. La implementación de estrategias de autocuidado para la autogestión de la salud en son un mecanismo de respuesta de la persona mayor ante la afectación por déficits en el sistema de atención en salud y en el apoyo familiar y social. Estas relaciones fueron el punto de partida para la triangulación con los hallazgos cuantitativos y la teoría.

Se identificaron con mayor frecuencia expresiones asociadas a las categorías de comprensión de la enfermedad, a la respuesta emocional y a las consecuencias. Esto es coherente con el análisis cuantitativo en la medida en que las puntuaciones más altas se consiguieron en la comprensión de la enfermedad y en las puntuaciones medias altas de consecuencias y respuesta emocional. Hubo mayor frecuencia de estilos de vida inadecuados, seguido de la genética o la herencia en el análisis de las preguntas abiertas del cuestionario IPQ-B que identifican las causas de la enfermedad.

Discusión

Al realizar el contraste de estos hallazgos con la literatura, se encuentra evidencia de los beneficios de la AF y su influencia en la percepción de la calidad de vida de personas mayores con mayor auto aceptación y dominio del entorno (25–28). De manera similar, Coronado *et al* (29) integral y válida del estado de salud. Objetivo: El propósito del estudio fue evaluar la percepción de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS refieren que las dimensiones de función social, salud mental y vitalidad obtuvieron las puntuaciones más altas; las más bajas fueron las relacionadas con salud general, rol físico y dolor corporal. En contraste con los resultados de este estudio, se identificó coincidencia en la alta calificación en las dimensiones de función social, desempeño emocional y vitalidad, al igual que las calificaciones más bajas en las dimensiones de salud general, cambio en la salud y en el desempeño físico.

López *et al* (30) refieren resultados parecidos teniendo en cuenta que la mayoría de las funciones evaluadas obtuvieron puntajes ligeramente menores del SF-36 en comparación con los obtenidos en el presente estudio; el comportamiento de los resultados en la percepción de salud fue similar.

Chiaranai *et al* (31) reseñan que las personas con ECNT enfrentan limitaciones, se sienten abrumados por la vida, comprenden y aceptan las pérdidas y, eventualmente, incorporan la enfermedad en sus vidas. Todo esto se relaciona con la aceptación de la enfermedad y coincide con lo reportado por el grupo participante.

De igual manera, la calidad de vida se ve afectada y modificada por la percepción individual de la enfermedad y los cambios en la misma, hecho que puede ser consecuencia de la aceptación y afrontamiento de la enfermedad. Esta situación es expuesta por Aberkane desde el modelo de percepción de enfermedad y se acerca a los hallazgos del presente estudio puesto que se encontró que el conocimiento de la enfermedad permite mayor conciencia y control de la misma sumado a una disminución en la percepción de la calidad de vida (32).

Sin embargo, las personas mayores con enfermedades tienen peor calidad de vida y mala percepción de salud en comparación con los jóvenes sin enfermedades (33).

Nie *et al*, exponen que las percepciones de la enfermedad y el riesgo futuro influyen en la comprensión del autocuidado en pacientes diabéticos (34). En este sentido, una pobre percepción de salud se identifica en los diabéticos al igual que una baja calidad de vida, donde además la presencia de obesidad, la falta de ejercicio, la depresión entre otras, lleva a una peor percepción (35). En concordancia con el IPQ-B, las personas con hipertensión arterial presentan un puntaje total de la percepción de la enfermedad más alto (36). Quiceno y Vinaccia (20) concluyen que la percepción de la calidad de vida de personas con artritis reumatoidea es mediada por las representaciones de la enfermedad y por factores salutogénicos como un afrontamiento de tipo trascendental y resiliencia, situación que igualmente se observó en el grupo participante de Tunja.

El estudio realizado por Pickard (37), que se destaca desde la perspectiva fenomenológica, identificó que las experiencias del envejecimiento exitoso, el envejecimiento normal y la fragilidad sugieren la permeabilidad y la impugnabilidad de los límites entre ellos, destacando la complejidad de la salud y la enfermedad en esta etapa de la vida.

Es una visión que coincide con el análisis cualitativo de este estudio, teniendo en cuenta que se encontraron diversos elementos desde la perspectiva de la salud y la enfermedad en los discursos. No obstante hay características positivas y protectoras de la vejez, se identificaron aspectos que hacen que esta etapa esté llena de limitaciones que refuerzan el estereotipo de fragilidad de la persona mayor y de vulnerabilidad frente a los sistemas de salud y redes de apoyo como lo ratifica Vargas *et al.* (38), donde los vínculos familiares son importantes para la vivencia de la salud, sumado al bienestar desde la capacidad de hacer cosas aun con la presencia de dolor y enfermedad. Esta capacidad está directamente relacionada con la funcionalidad e independencia y las personas mayores mitigan los efectos de la enfermedad por medio de prácticas de autocuidado y embellecimiento (39). Adicionalmente, el nivel de autonomía e independencia se asocia con niveles bajos de escolaridad, estrato socioeconómico bajo, presencia de alteraciones del sistema musculoesquelético y alteraciones en el balance (40). Con el envejecimiento, variables como las dos últimas, presentan una disminución progresiva de la capacidad funcional (41).

A lo anterior se sumaría la presencia de ECNT que inciden sobre la capacidad, cualidad de interés por parte de las personas mayores para su mantenimiento y/o potenciación, como se observa en la concepción del autoconcepto físico relacionado con las dimensiones de funcionalidad y capacidad que son prioritarias para el bienestar, dado que una afectación en la funcionalidad conlleva a la limitación en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (42-43).

Para el manejo exitoso de las ECNT, Kang *et al*, plantean que se deben establecer entornos de apoyo con familiares, amigos y proveedores (44), necesidades también plasmadas por los adultos de Tunja, que consideran su ausencia como una situación de vulnerabilidad.

Conclusiones

La percepción de la salud y la enfermedad en personas mayores constituyen indicadores importantes para el análisis y la toma de decisiones en torno a la calidad de vida apoyada por la atención de la salud pública, más aún en los países que se encuentran en momentos de transición demográfica y acelerado proceso de envejecimiento poblacional. Cabe resaltar que el concepto de calidad de vida se asocia con la percepción del estado de salud, abarcando el conocimiento y aceptación de la enfermedad y sus consecuencias con mecanismos de afrontamiento y compensación.

Una de las limitaciones del estudio se puede relacionar con el tipo de muestreo, en especial para el enfoque cuantitativo y las inferencias que se puedan realizar. No

obstante, teniendo en cuenta que es un diseño mixto, la triangulación permite contar con unos datos que representan una realidad para las personas mayores con las características de los sujetos participantes, en su mayoría mujeres mayores de 65 años y de estrato dos y tres.

Conflicto de intereses

No se declara conflicto.

Financiación

La investigación que se reporta en este artículo fue financiada en su totalidad por la Universidad de Boyacá.

Contribución de los autores

Los autores relacionados contribuyeron a en la realización del artículo en todos sus apartados.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento y salud. Luxemburgo: Organización Mundial de la Salud OMS; 2021.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Luxemburgo: Organización Mundial de la Salud OMS; 2015.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
3. Minsalud. Ciclo de vida. Bogotá: Minsalud; 2022.
<https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/cicloVida.aspx>
4. Gallegos-Carrillo K, García-Peña C, Duran-Muñoz C, Reyes H, Durán-Arenas L. Autopercepción del estado de salud: Una aproximación a los ancianos en México. Rev Saude Publica. 2006;40(5):792–801.
[DOI: 10.1590/S0034-89102006000600008](https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000600008)
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002;37(S2):74-105.
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-13035694>
6. Cardona D, Agudelo HB. Construcción cultural del concepto calidad de vida. Rev Fac Nac Salud Pública. 2005;23(1):79–90.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2005000100008
7. Botero de Mejía BE, Pico Merchán ME. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. Hacia Promoc. Salud. 2007;12(1):11–24.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-75772007000100002&script=sci_abstract&tlng=es
8. Vásquez-Morales A, Horta-Roa LF. Enfermedad crónica no transmisible y calidad de vida. Revisión narrativa. Rev. Fac. Cienc. Salud Univ. Cauca: 2018;20(1):33–40.
<https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/944>
9. Cardona-Arias JA, Álvarez-Mendieta MI, Pastrana-Restrepo S. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, 2012. Rev. Cienc. Salud. 2014; 12 (2): 139-55.
[DOI: dx.doi.org/10.12804/revsalud12.2.2014.01](https://doi.org/10.12804/revsalud12.2.2014.01)

10. Prieto-Peralta M, Sandoval-Cuellar C, Cobo-Mejía EA. Efectos de la actividad física en la calidad de vida relacionada con la salud en adultos con osteopenia y osteoporosis: revisión sistemática y metaanálisis. *Fisioterapia*. 2017;39(2):83–92.
<https://doi.org/10.1016/j.ft.2016.08.002>
11. Cobo-Mejía EA, Prieto-Peralta M, Sandoval-Cuellar C. Efectos de la actividad física en la calidad de vida relacionada con la salud en adultos con hipertensión arterial sistémica: revisión sistemática y metaanálisis. *Rehabilitacion (Madr)*. 2016;50(3):139–49.
DOI: 10.1016/j.rh.2015.12.004
12. Varela LE, Gallego EA. Percepción de la calidad de vida en un grupo de adultos mayores de Envigado (Colombia). *SyS Uptc*. 2015;2(1):7–14.
https://revistas.uptc.edu.co/index.php/salud_sociedad/article/view/3974
13. Teddlie C, Tashakkori A. A general typology of research designs featuring mixed methods. *Res Sch*. 2006;13(1):12–28.
<https://psycnet.apa.org/record/2007-09345-002>
14. Johnson RB, Onwuegbuzie AJ, Turner LA. Toward a definition of mixed methods research. *J Mix Methods Res*. 2007;1(2):112–33.
<https://doi.org/10.1177/1558689806298224>
15. Merleau P. *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Península; 2000.
16. Jonsbu E, Martinsen EW, Morken G, Moum T, Dammen T. Illness perception among patients with chest pain and palpitations before and after negative cardiac evaluation. *Biopsychosoc Med*. 2012;6(1):19.
DOI: 10.1186/1751-0759-6-19.
17. Hallegraeff JM, van der Schans CP, Krijnen WP, de Greef MH. Measurement of acute nonspecific low back pain perception in primary care physical therapy: Reliability and validity of the brief illness perception questionnaire. *BMC Musculoskelet Disord*. 2013; 14:53.
DOI: 10.1186/1471-2474-14-53.
18. Gallegos-Carrillo K, Honorato-Cabañas Y, Macías N, García-Peña C, Flores YN, Salmerón J. Preventive health services and physical activity improve health-related quality of life in Mexican older adults. *Salud Publica Mex*. 2019;61(2):106–15.
DOI: 10.21149/9400
19. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, Santed R, Valderas JM, Ribera A, Domingo-Salvany A, Alonso J. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005;19(2):135-50.
DOI: 10.1157/13074369
20. Quiceno JM, Vinaccia S. Resiliencia, percepción de la enfermedad, creencia y afrontamiento espiritual religioso y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Psicol. Caribe*. 2013;30(3):591–614.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2013000300008
21. Walton DM, Lefebvre A, Reynolds D. The Brief Illness Perceptions Questionnaire identifies 3 classes of people seeking rehabilitation for mechanical neck pain. *Man Ther [Internet]*. 2015;20(3):420–6.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.math.2014.10.015>
22. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The Brief Illness Perception Questionnaire. *J Psychosom Res*. 2006;60(6):631–7.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>

23. Quiceno JM, Vinaccia S. Percepción Enfermedad: Una aproximación a partir del Illness Perception Questionnaire. *Psicol desde el Caribe*. 2010;(25):56–83.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2010000100004
24. Hamui-Sutton A. Un acercamiento a los métodos mixtos de investigación en educación médica. *Inv Ed Med*. 2015;2(8):211–6.
[http://dx.doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72714-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72714-5)
25. Luarte-Rocha C, Poblete-Valderrama F, Flores-Rivera C, Duarte E. Parámetros físicos, cognición y su relación con la calidad de vida en adultos mayores de Talcahuano, Concepción, Valdivia y Osorno. *Cienc. act. fís*. 2016;17(2):9–17.
<https://www.redalyc.org/journal/5256/525664808001/html/>
26. Poblete-Valderrama F, Matus-Castillo C, Diaz-Sandoval E, Vidal-Silva P, Ayala-García M. Depresión, cognición y calidad de vida en adultos mayores activos. *Cienc. act. fís*. 2015;16(2):71–7.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=525652731005>
27. De Juanas-Oliva Á, Limón-Mendizábal MR, Navarro-Asencio E. Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*. 2013;(22):153–68.
http://dx.doi.org/10.7179/PSRI_2013.22.02
28. Dajak L, Mastilica M, Orešković S, Vuletić G. Health-related quality of life and mental health in the process of active and passive ageing. *Psychiatr Danub*. 2016;28(4):404–8.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27855432/>
29. Coronado-Gálvez JM, Díaz-Vélez C, Apolaya-Segura M, Manrique-González LM, Arequipa-Benavides JP. Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. *Acta Med Per*. 2009;26(4):230–8.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000400008
30. López Catalán M, Quesada Molina JF, López Catalán Ó. Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adultos de Cuenca, Ecuador. *REP*. 2019; (29):67–86.
<https://doi.org/10.25097/rep.n29.2019.04>
31. Chiaranai C, Chularee S, Srithongluang S. Older people living with chronic illness. *Geriatr Nurs*. 2018;39(5):513-20.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.02.004>
32. Aberkane S. Illness perceptions and disability levels among older adults with chronic illness. *Iran J Public Health*. 2016;45(5):710–2.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4935721/>
33. Razo-González Á, Díaz Castillo R, López-González MP. Percepción del estado de salud y la calidad de vida en personas jóvenes, maduras y mayores. *Rev CONAMED*. 2018;23(2):58–65.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80117>
34. Nie R, Han Y, Xu J, Huang Q, Mao J. Illness perception, risk perception and health promotion self-care behaviors among Chinese patient with type 2 diabetes: A cross-sectional survey. *Appl Nurs Res*. 2018;39:89-96.
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.11.010>
35. Esteban y Peña MM, Hernández-Barrera V, Fernández-Cordero X, Gil de Miguel A, Rodríguez-Pérez M, López-de Andrés A, Jiménez-García R. Autopercepción de l'état de la santé, de la santé mentale et de la qualité de vie chez des adultes diabétiques résidant en zone urbaine. *Diabetes Metab*. 2010;36(4):305–11.
<https://doi.org/10.1016/j.diabet.2010.02.003>

36. Norfazilah A, Samuel A, Law P, Ainaa A, Nurul A, Syahnaz MH, Azmawati MN. Illness perception among hypertensive patients in primary care centre UKMMC. *Malays Fam Physician*. 2013; 8(3):19-25.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4400685/>
37. Pickard S. Health, illness and frailty in old age: a phenomenological exploration. *J Aging Stud*. 2018; 47:24-31.
<https://doi.org/10.1016/j.jaging.2018.10.002>
38. Vargas-Santillán ML, Arana-Gómez B, García-Hernández ML, Ruelas-González MG, Melguizo-Herrera E, Ruiz-Martínez AO. Significado de salud: la vivencia del adulto mayor. *Aquichan*. 2017; 17(2): 171-182.
<https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.2.6>
39. Monsalve-Jaramillo E, Bohórquez-Olaya CI, Cobo-Mejía EA. Una mirada desde la percepción del cuerpo de la persona mayor. *Revista Investig. Salud Univ. Boyacá*. 2021;8(1):33-47.
<https://doi.org/10.24267/23897325.598>
40. Quino-Ávila AC. Factores de riesgo asociados al nivel de autonomía e independencia en personas mayores, Tunja 2015. *Revista Investig. Salud Univ. Boyacá*. 2018;5(2):259-276.
<https://doi.org/10.24267/23897325.322>
41. Quino-Ávila AC, Chacón-Serna MJ, Vallejo-Castillo LF. Capacidad funcional relacionada con actividad física en el anciano. Revisión de tema. *Revista Investig Salud Univ Boyacá*. 2017;4(1):86-103.
<http://dx.doi.org/10.24267/23897325.199>
42. Monsalve-Jaramillo E, Cobo-Mejía EA, Botello-Garnica JD, Botello-Garnica JA. Correlación entre IMC con el autoconcepto físico y apreciación corporal en personas mayores. *Salud Uninorte*. 2022;38(1):51-67.
<https://dx.doi.org/10.14482/sun.38.1.618.974>
43. Díaz GA, Cárdenas D, Mesa A. Asociación entre sarcopenia y funcionalidad en adultos mayores de hogares geriátricos. *Rev. salud. bosque*. 2016;6(2): 7-14.
<https://doi.org/10.18270/rsb.v6i2.2014>
44. Kang M, Kim J, Bae SS, Choi YJ, Shin DS. Older adults' perception of chronic illness management in South Korea. *J Prev Med Public Heal*. 2014;47(4):236-43.
<https://doi.org/10.3961/jpmph.2014.47.4.236>