

Percepción del constructo “salud” del adulto mayor, en una muestra de ciudadanos
residentes en Bucaramanga

Ludy Omaira Flórez Jaimes
María Margarita Linares Restrepo

Universidad Pontificia Bolivariana
Facultad de Psicología
Seccional Bucaramanga
2011

Percepción del constructo “salud” del adulto mayor, en una muestra de ciudadanos
residentes en Bucaramanga

Ludy Omaira Flórez Jaimes
María Margarita Linares Restrepo

Trabajo de Grado:
En la Modalidad Proyecto de Grado como Requisito para Optar al Título de
Psicólogo

Directora:
Ara Mercedes Cerquera Córdoba
Psicóloga Especialista en Clínica y Técnicas de Investigación Social

Universidad Pontificia Bolivariana
Facultad de Psicología
Seccional Bucaramanga

2011

Nota de Aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del primer jurado

Firma del segundo jurado

Bucaramanga Agosto de 2011.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pag
JUSTIFICACION	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
OBJETIVO	14
Objetivo General	14
Objetivos Específicos	14
REFERENTE CONCEPTUAL	15
Conceptualización de Vejez	16
Conceptualización de Envejecimiento	18
Conceptualización Salud y Calidad de vida	21
Conceptualización percepción de la Salud	23
METODOLOGIA	30
Enfoque de Investigación	30
Diseño de Investigación	30
Población	30
Descripción socio demográfica de la población	30
Lugar	31
Instrumento	31
Procedimiento	32
RESULTADOS	34
DISCUSION	43
CONCLUSIONES	53
RECOMENDACIONES	54
REFERENCIAS	55
APENDICES	62

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Sujetos que componen la muestra de acuerdo con su género	34
Tabla 2	Sujetos que componen la muestra por edad	34
Tabla 3	Nivel de escolaridad de la muestra	35
Tabla 4	Estrato de la muestra	35
Tabla 5	Estado civil de la muestra	36
Tabla 6	Religión de la muestra	36
Tabla 7	Ocupación de la muestra	37
Tabla 8	Frecuencia global de respuesta para el ítem	38
Tabla 9	Percepción de la salud de acuerdo con el género	38
Tabla 10	Frecuencia global de respuesta para el ítem según el rango de edad	39
Tabla 11	Frecuencia global de respuesta para el ítem según el estado civil	40
Tabla 12	Frecuencia global de respuesta para el ítem según el nivel educativo	40
Tabla 13	Frecuencia global de respuesta para el ítem según el estrato	41
Tabla 14	Frecuencia global de respuesta para el ítem según la ocupación	41
Tabla 15	Frecuencia global de respuesta para el ítem según la religión	42

LISTA DE APENDICE

Apéndice 1. Consentimiento Informado	62
Apéndice 2. Cuestionario de estereotipos	63
Apéndice 3. Consideraciones Éticas de investigación en Colombia.	64

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios por llenarme de felicidad, por darme la oportunidad de crecer a nivel personal y profesional, especialmente por permitir que hoy se cumpla una meta más de mi vida y por llenarme e de sabiduría y esperanza.

A mi hijo Santiago por ser mi motivación día a día, por su ternura, su paciencia y por llenar mi vida de felicidad.

A mi papás Evelio y Blanca por su apoyo incondicional, su ejemplo y sus grandes virtudes, porque con su esfuerzo permitieron que hoy se haga realidad una de mis mayores anhelos.

A mis hermanos por su apoyo incondicional, sus consejos, sus orientaciones, y sus palabras de aliento para no decaer en los momentos de angustia.

A la doctora Ana Mercedes Cerquera por ser mi maestra, por su paciencia, sus orientaciones, por transmitirme sus conocimientos y por motivarme para realizar este trabajo.

A Eduardo por su cariño, apoyo, y motivación para continuar en el sendero de la vida y por contribuir en el cumplimiento de este sueño.

A mis compañeras de carrera por su comprensión, sus sonrisas y los momentos de alegría.

A mi compañera María Margarita por ser mi equipo trabajo y por su paciencia en la realización de este trabajo.

Ludy Flórez

Hoy doy gracias a Dios por ayudarme a cumplir con uno de mis mayores anhelos, y darme la fortaleza necesaria para sobrellevar las adversidades que se presentaron en el camino de la vida universitaria. Quiero expresar mis agradecimientos a todas aquellas personas que contribuyeron para que este logro se cumpliera, entre ellos, mis padres, Claudia Restrepo y Adolfo Linares, ustedes con su amor, paciencia y motivación fueron cruciales para ser y lograr lo que soy hoy en día. Mi novio Sebastián González, quien por su comprensión y apoyo incondicional en este camino, se convirtió en mi mano derecha. Sé que este es solo el comienzo de compartir juntos muchos triunfos.

Al equipo de trabajo, por la calidad del esfuerzo, la persistencia y su aporte personal y profesional, mi maestra y guía, la Dra Ara Mercedes Cerquera, quien movilizó en mí la construcción de una perspectiva realista, crítica y científica, acerca de la complejidad de las temáticas sobre la tercera edad, apoyando así a la búsqueda de conocimientos teóricos y prácticos de las alternativas de solución que aporten desde el campo psicológico al trabajo gerontológico. Por otra parte, a mi compañera de tesis Ludy Flórez, por las horas de dedicación, compromiso y esfuerzo constante, por hacer parte de la construcción de este proyecto, juntas hoy compartimos una inmensa satisfacción..

Y a la universidad, por darme la oportunidad de conocer, desarrollar, explotar habilidades y competencias en mí, como persona y como psicóloga, por llenar mi vida de experiencias gratificantes e inolvidables.

María Margarita

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: Percepción del constructo “salud” del adulto mayor, en una muestra de ciudadanos residentes en Bucaramanga

AUTORES: Ludy Omaira Flórez Jaimes
María Margarita Linares Restrepo

FACULTAD: Psicología

DIRECTORA: Ara Mercedes Cerquera Córdoba

RESUMEN:

Estudio descriptivo de tipo trasversal cuyo objetivo fue describir la percepción de la salud hacia la adultez mayor que posee un grupo de personas residentes en la ciudad de Bucaramanga, cuyas edades se encontraban entre los 20 y 90 años de edad y que voluntariamente desearan vincularse a la investigación. Se realizó un muestreo por conveniencia en el que se trabajó con 150 personas, 50 entre los 20-30 años de edad, 50 entre los 31 y 60 años de edad y 50 entre los 61 y 90 años. El instrumento empleado fue el ítem uno del *Cuestionario de Valoración de Estereotipos del envejecer en la Mujer*, elaborado por Rubio, Marín, De la Fuente, Cerquera y Prada (2009), con el propósito de conocer la percepción de salud hacia la vejez que tienen un grupo de jóvenes, adultos y adultos mayores de Bucaramanga. Los resultados obtenidos se analizaron a través del programa SPSS 18, y se encontró que el 54% de la población encuestada está de acuerdo con el ítem. Así mismo el 58,7% de los hombres de la muestra son quienes están de acuerdo con el ítem a diferencia de las mujeres, también, en el rango de edad se halló que a mayor edad aumenta el acuerdo con el ítem.

PALABRAS CLAVES: Envejecimiento, percepción de la salud, salud y vejez.

ABSTRACT

NAME: Perception of the adult population's health using a sample of citizens of Bucaramanga, Colombia.

AUTHORS: Ludy Omaira Flórez Jaimes
María Margarita Linares Restrepo

FACULTY: Psychology

DIRECTOR: Ara Mercedes Cerquera Córdoba

SUMMARY:

The study conducted was a descriptive study of transversal type. Its objective is to describe the perception people in Bucaramanga, Colombia have of the health in the elderly. The sample included people between 20 and 91 years-old who voluntarily participated in the study. Using a convenience sampling process, the study analyzed 150 people: 50 whose ages ranged between 20-30 years-old, 50 people between 31-61 years-old and 50 people between 61-91 years-old. The tool used to conduct the study was Item#1 of the "*Questionnaire of Evaluation of the Stereotype of aging in Women*" created Rubio, Marín, De la Fuente, Cerquera and Prada (2009). The purpose of using this questionnaire is to study and analyze the perception of aging that groups of young people, adults and the elderly have in Bucaramanga. The results of the study were analyzed through the statistical program SPSS 18. It was determined that 54% of people sampled agree with the stereotype analyzed. 58.7% of the men interviewed agreed with the stereotype, differing from the women sampled in the same age range. It was also found that a large number of women in the 61-91 years-old sample range, agreed with the stereotype.

KEY WORDS: Aging, health perception; health and the elderly.

JUSTIFICACION

El envejecimiento como un proceso más del ciclo vital, conlleva un sinnúmero de acontecimientos que demarcan el nivel de vida de las personas y las comunidades, bien de manera positiva o como un factor negativo dentro de la misma (Cerquera, Flórez y Linares, 2010). De manera tal, que pensar en la salud del adulto mayor remite a valorar las diferentes concepciones que se han elaborado a nivel social a partir de las experiencias o expectativas de vida de los miembros de la sociedad.

Por tanto, la vejez en la actualidad alude a una serie de estereotipos que si bien están rodeados de muchas concepciones falsas, temores, creencias y/o mitos, en varias ocasiones, los seres humanos son partícipes de caer en ellos, sin tener conocimiento sobre los mismos. De ahí que hoy la presente investigación busque identificar el nivel de acuerdo con uno de los estereotipos más comunes en cuanto a salud, en un grupo población de la ciudad de Bucaramanga.

Por tal razón y teniendo en cuenta que la adultez mayor como un estado más de la vida, refiere que existe una gran correlación entre lo que se ha vivido y lo que posteriormente se obtendrá a partir del mantenimiento de una conducta saludable (Cerquera, Flórez & Linares, 2010) se da prioridad en valorar la concepción o visión que se tiene de salud en esta más que en cualquier otra etapa de la vida.

Por tanto, se asume que la percepción de la salud en el adulto mayor ha de convertirse en un factor predictor de las necesidades asistenciales en salud y por ende un medio para generar nuevas perspectivas de desarrollo social y comunitario hacia la salud.

Sin embargo algunos autores como (Salvarezza, 1998) dicen que la vejez siempre se ha asumido por parte de la humanidad como una etapa ineludible de decadencia, declinación y antesora de la muerte, pero para nuestro caso hoy se valora como un momento crucial de investigación en pro de generar un constructo o una visión de vida más óptimo y consiente desde las diversas etapas del ciclo vital.

Pues bien, el envejecimiento de la población en Colombia ha generado transformaciones intensas en la estructura poblacional, por el proceso de transición demográfica y el incremento de la población mayor de 60 años, la cual ha pasado de 600.000 personas en 1950 a tres millones en el 2001 y será de 15 y medio millones en el 2050 (Lineamientos Plan de Intervenciones Colectivas, 2009; Orozco & Castillo, 2010).

Por esta razón el conocer la percepción de salud que posee un grupo de personas de diferentes rangos de edad de la ciudad de Bucaramanga en relación a la vejez y a la salud pública permitirá focalizar de manera más exacta, hacia qué percepción de salud apunta la sociedad en su vejez y que formas de intervención han de ser pertinentes teniendo en cuenta que la natalidad y el crecimiento socio demográfico a nivel mundial cada vez va en aumento, y que dicho incremento podría convertirse en un problema social pues se ven afectadas las pocas oportunidades laborales, de vivienda, educación, acceso a servicios, entre otros.

Por otro lado en el ámbito social se busca reconocer y analizar los estereotipos prevalentes que existen en la sociedad en referencia a la salud en la vejez con el fin de generar espacios para la reflexión personal de los ciudadanos y atención de parte de las

entidades de salud en aras de disminuir los costos económicos en salud y potencializar los programas en prevención y mejora de la calidad de vida.

Análogamente a nivel gerontológico, el presente estudio busca dar inicio al proceso de erradicación de las falsas concepciones que se han adquirido en referencia a la salud y la vejez desde la creación e implemento de programas y proyectos que promuevan la mejora en las condiciones de vida y de salud en las personas en las diferentes etapas del ciclo vital.

Por último el presente estudio a nivel científico busca generar nuevos espacios de investigación que surjan desde el instrumento *IMAGINARIOS SOCIALES SOBRE EL ENVEJECIMIENTO EN LAS MUJERES* el cual fue elaborado y validado desde el semillero Calidad de vida en la tercera edad en la Universidad Pontificia Bolivariana en conjunto con la Universidad de Granada España.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la percepción del constructo salud que posee un grupo de personas de Bucaramanga referente a la adultez mayor?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir la percepción de salud hacia la adultez mayor, que posee un grupo de personas residentes en la ciudad de Bucaramanga.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar el acuerdo o desacuerdo que poseen los jóvenes, adultos y adultos mayores residentes en la ciudad de Bucaramanga frente a un estereotipo en salud.

Diferenciar la percepción de salud que poseen los jóvenes, adultos y adultos mayores acerca de la salud en la vejez.

REFERENTE CONCEPTUAL

La vejez como una etapa del ciclo vital de las personas y las comunidades, evidencia sin lugar a dudas un sinnúmero de transformaciones en la vida diaria del sujeto y la interacción de éste con el medio.

Dentro de las transformaciones y cambios experimentados en la adultez mayor encontramos el estado de salud, cuya importancia se rescata en aras del aumento poblacional al que estamos abocados diariamente y específicamente el que surgirá en los próximos años, donde las enfermedades, la jubilación y la viudez contribuyen al deterioro general de la salud.

De tal manera, que la adultez mayor está considerada como un periodo en el que la persona experimenta numerosos cambios, que si bien dependen del estilo de vida, y del sistema social y familiar, influyen continuamente en las diversas áreas de funcionamiento (Durán, Valderrama, Uribe & Molina, 2007).

En razón a esto el envejecimiento poblacional no sólo supone cambios importantes en las distintas etapas de la vida, sino también en el modo en que se viven éstas de acuerdo con el entorno social en el que se halla inmerso el sujeto; así, el cambio más evidente es la prolongación de la vida de la mujer después de los 50 años y es también el cambio que presenta mayores retos para lograr mejorar la calidad de vida durante estos años (Organización Mundial de la Salud, 1998).

No obstante el envejecimiento de las sociedades y los desafíos que éste conlleva, se han convertido en una preocupación que merece se le preste atención y se tome conciencia de la importancia de intervenir en la Calidad de Vida y la salud de las personas a lo largo del

ciclo vital con el fin de tener una vejez más activa (Centro Latinoamericano & Caribeño de Demografía, CEPAL, 2006).

Por tanto, para abordar este tema se presentará una breve revisión de algunos conceptos entorno a la autopercepción de la salud en la vejez.

CONCEPTUALIZACION DE VEJEZ

La vejez debe entenderse como “un proceso que involucra una serie de experiencias, muchas de ellas subjetivas, que se encuentran íntimamente relacionadas con las experiencias de vida, la edad biológica, el género” (Salgado & Wong, 2007 p. 515), la clase social, la etnicidad y la acumulación de riesgos a lo largo de los años vividos (CEPAL, 2006). Por tanto, “puede ser una etapa tanto de pérdidas como de plenitud, todo depende de la combinación de recursos y la estructura de oportunidades individuales y generacionales a la que están expuestos los individuos en el transcurso de su vida, de acuerdo a su condición y posición al interior de la sociedad” (CEPAL, s.f p.14).

Así mismo, la vejez representa el ciclo final del proceso de envejecimiento y por ello, las condiciones en esta etapa dependen del desempeño, logros y frustraciones de los períodos precedentes (Consejo Nacional de Población, CONAPO, 2000); de ahí que, ésta etapa del ciclo vital carece de límites, excepto el de la muerte y varía de un individuo a otro (Dulcey & Uribe, 2002).

En esta misma línea, la vejez con sus características propias, es una etapa que surge de manera progresiva, en función de factores intrínsecos individuales, actitudes personales y circunstancias que rodea la vida de cada ser humano (Marín, 2003).

Desde el punto de vista cronológico la vejez más que dar cuenta del tiempo trascurrido, habla de las expectativas de vida futura, y concretamente de vida independiente. De manera tal, que la vejez, alude a una realidad multifacética atravesada no sólo por el paso del calendario, sino también por aspectos fisiológicos, sociales y culturales (CEPAL, 2006).

De otro modo, la vejez como un tiempo de pérdidas, por el deterioro en la salud, la disminución de las capacidades, la reducción de la autonomía y la dependencia generan transformación en la vida del ser humano (Karp, 1988 citado por Meléndez, 1996) que merecen la atención de las entidades de salud.

Ahora bien, algunas investigaciones como la de Salgado y Wong (2007) *Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez*, realizada en México, indican que “la trayectoria de vida de los hombres y las mujeres los colocan con una marcada diferencia en la salud en edades de la vejez, que reflejan los estilos de vida que adoptaron a lo largo de su existencia” (p.517). Así mismo, en la investigación los autores afirman que existen otros factores asociados a la salud y calidad de vida en la vejez entre las mujeres ancianas, como la educación y el estado civil.

También autores como Lozano (s.f) afirman que en la vejez se manifiestan las consecuencias de la falta de cuidado a la salud en la juventud y en la edad adulta.

ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento de la población es uno de los mayores triunfos de la humanidad y también uno de sus mayores desafíos (Vasallo y Sellanes, 2000).

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos de mayor impacto de este siglo, en términos demográficos se refiere al aumento relativo de personas mayores de 60 años, y a una prolongación cada vez mayor de la esperanza de vida al nacer (Centro Nacional de Población [CONAPO], 2000; LPIC, 2009) Desde hace dos décadas se observa a nivel mundial un creciente envejecimiento poblacional con predominio femenino, como consecuencia de la significativa disminución de la mortalidad y el aumento de la expectativa de vida, especialmente en la mujer.

Por tal motivo, esta situación convierte en tema de interés el bienestar de la mujer que envejece (Monchietti & Krzemien 2002), pues según Dulcey & Uribe (2002), el acelerado envejecimiento poblacional conlleva nuevas miradas sobre estilos y condiciones de vida, de modo que el mantenerse con bienestar, ha de convertirse en un objetivo y en una tarea individual y social de primer orden.

El envejecimiento, abarca prácticamente a todas las sociedades del mundo, pero se diferencia de una región a otra de acuerdo con las características específicas, periodos de inicio, condiciones de salud y a la transición epidemiológica que marca rumbos distintos dependiendo de circunstancias diferentes (Rico, 2008; González & Ham-Chande, 2007).

De modo que, el envejecimiento se concreta como un proceso de diferenciación progresiva, el cual comienza con la vida y termina con la muerte, es una realidad

característica de todas las formas de vida multicelular y, por supuesto, de la vida de todos los seres humanos (Dulcey & Uribe, 2002). Así mismo, surge como uno de los temas más complejos que enfrenta la ciencia, ya que en el tercer milenio se busca que la población se mantenga con independencia, autonomía y alta calidad de vida. (Dulcey & Uribe, 2002).

En esta misma línea, Leiton y Ordoñez (2003); Aristizabal (2000, citado por Uribe & Buela-Casal, 2006); Rico (2008); Maldonado & Mendiola (2009); CONAPO (2000) afirman que el envejecimiento es un proceso demográfico, universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo, y, hasta el momento, inevitable, en el que ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades.

De otro modo, el envejecimiento según autores como Gonzáles y Ham-Chande (2007) es concebido como un proceso en el cual los patrones de salud y enfermedad de una sociedad se van transformando en respuesta a cambios más amplios de índole demográfica, económica, tecnológica, política, cultural y biológica; y cuyo proceso que va relacionado al desarrollo, además de estar presente en todo el ciclo vital, genera cambios dinámicos, universales, individuales, asincrónicos entre otros (Benavides & Jaimes, 2010).

Así mismo “el envejecimiento como proceso dinámico y multidimensional opera fisiológicamente a lo largo de la vida de los seres humanos y está influenciado por diversos factores endógenos y exógenos que, en su conjunto, contribuyen a aumentar progresivamente la tasa de mortalidad específicamente para la edad” (Vasallo & Sellanes, 2000 p. 157); esto implica aceptar que no es ni una enfermedad, ni un error evolutivo sino un proceso con múltiples causas cuyo resultado, es tan heterogéneo en sus manifestaciones unitarias como lo son los seres humanos sujetos de las mismas (Vasallo & Sellanes, 2000).

De manera, tal que el envejecimiento como un fenómeno natural, refiere a los cambios que ocurren durante el ciclo vital desde el momento de la concepción hasta la muerte, se define como un proceso que se da como resultado de la interacción de las personas en el contexto social y determinado por una serie de condiciones a nivel biológico, psicológico, social, cultural, político y económico, redimensionando el concepto de vejez no solo como etapa del ciclo vital sino como parte integrante del desarrollo humano integral y social (Vasallo & Sellanes, 2000; Monchietti & Krzemien, 2002; Marín, 2003; LIPC, 2009).

Ahora bien, en Colombia al igual que la mayoría de los países occidentales, se ha experimentado un proceso de envejecimiento progresivo, debido principalmente a la disminución de la natalidad y el descenso de la mortalidad y el influjo de las migraciones. (Ramírez, Agredo, Jerez, & Chapal, 2008; Pinazo & Sanchez, 2005).

Con lo anterior, y con la profunda modificación en las tendencias demográficas el envejecimiento requiere que hoy se le preste atención para el desarrollo futuro de la sociedad pues estos cambios tienen incidencia en la organización social, en los valores y normas de comportamiento individual de la familia, tiene implicaciones en el campo socioeconómico y en los sistemas de educación, salud y seguridad social entre otras cosas (Ministerio de la Protección Social, 2008).

El envejecimiento más allá de su significación biológica comúnmente asociada con disminución progresiva de la capacidad funcional orgánica, envejecer significa aumentar la edad y volverse más viejo por el hecho de haber vivido más tiempo, así, cada año más de vida es también un año menos que vivir (Dulcey & Uribe, 2002).

SALUD Y CALIDAD DE VIDA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001, p. 1) y la Academy Health (2004, citado por Gonzáles, Sarmiento, Alonso, Angulo & Espinosa, 2005, p. 121) se define salud como "un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de enfermedad". Por lo tanto el concepto de salud en adultos mayores más que en otros grupos de edad implica subjetividad, ya que depende de las condiciones fisiológicas, habilidades funcionales, bienestar psicológico y soporte social (Gallegos, García, Durán, Reyes & Durán, 2006).

De manera tal que el indicador del estado de salud está compuesto por el diagnóstico de enfermedades crónicas, la capacidad funcional, el deterioro cognitivo y la valoración que el individuo hace de su propio estado de salud (González & Ham-Chande, 2007). En esta misma línea la salud sería la capacidad de desarrollar el potencial personal y responder en forma positiva a las exigencias del medio, destacando recursos psicosociales y capacidades físicas (Monchietti & Krzemien 2002).

Así mismo, autores como Castro, Espinosa, Rodríguez y Santos (2006) afirman que la salud está considerada como uno de los principales bienes que poseen las personas, independientemente del grupo social al que se pertenezca, y se cree que la autopercepción de la salud es un buen indicador del estado real de las personas.

Por consiguiente, las condiciones de salud y bienestar en las edades avanzadas varían entre individuos y dependen de muchas circunstancias, pues no es posible delimitarlas mediante edades fijas y convencionales (González & Ham-Chande, 2007) ya que, como un proceso dinámico, guarda estrecha relación con el ambiente donde el individuo crece, se desarrolla y adapta (Rico, 2008). No obstante, autores como Maldonado y Mendiola (2009)

afirman que la salud en la vejez está estrechamente ligada con los hábitos de vida y con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo el ciclo vital.

También Smith y Kington (1997) dicen que la salud en la vejez es reflejo de un largo plazo de la historia de la salud, pues los resultados de su estudio muestran que el estado de salud en edad avanzada está muy influenciado por lo que sea vivido y que incluso remonta a nuestra niñez.

Por otra parte, la salud como elemento fundamental en la calidad de vida permite identificar las formas como cada persona adulta experimenta su proceso de envejecimiento.

Es así como se entiende por calidad de vida según Felce y Perry (1995) la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta, la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal, ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

El concepto de calidad de vida relacionado con la salud, incorpora esencialmente la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida, confiable, y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud (Testa 1996).

Paralelo a esto autores como Smith, J y Kington (1997) dicen que la riqueza y la salud en la vejez están muy influenciadas por una larga serie de eventos en el estado de salud de las personas y sus familias ya que la salud en la vejez es un proceso acumulativo.

Ahora bien, la perspectiva del ciclo de vida reconoce que la salud de las mujeres de mayor edad dependerá en gran medida de su estilo de vida y comportamiento. El cuidado de la salud en las mujeres más jóvenes es crucial en cualquier programa que otorgue

prioridad a la prevención de la enfermedad en lugar de a su tratamiento, situación que no ocurre en nuestros países latinoamericanos (Barrantes, 2006).

Según Gonzales (2004) la salud por su parte, ha ocupando diferentes niveles sociales, desde el individual hasta el de la sociedad en general y ha tomado modos variados de manifestarse, yendo por ende desde la vivencia de bienestar biopsicosocial hasta convertirse en un reto para los sistemas sociales de cada país y del mundo.

PERCEPCIÓN DE SALUD

La percepción de salud constituye otro de los elementos relevantes que conforman el conglomerado del bienestar general de la persona durante el ciclo vital, así se entiende por percepción de la salud según Suárez (2004) como la percepción de sí mismo en tanto sujeto físicamente existente, como del sistema de atributos físicos que caracterizan al individuo de manera relativamente estable.

Por tanto la percepción de salud incluye la evaluación de lo percibido en forma de aceptación o rechazo de la representación física de la persona y depende también de factores como la edad, el género, estado civil, red social, implicación social y bienestar psicológico e incorpora una variedad de componentes sociales, económicos, físicos, culturales y emocionales (CEPAL, s.f) y además, está regulada por la cantidad de enfermedades que padezca una persona. (Instituto de Mayores & Servicios Sociales, 2008, citado por Rubio, Marín, De la Fuente, Cerquera & Prada, 2009).

En esta misma línea, se ha encontrado que la percepción de salud enmarca la autopercepción de salud que tiene el sujeto que según González y Ham-Chande (2007) se define como la percepción de factor subjetivo de la salud se refiere a la valoración que los

individuos tienen de su propio estado de salud, el cual se mide indagando cómo la gente evalúa su propia salud en relación con la de otras personas de su misma edad, o bien con su propio estado anterior o habitual (Vasallo & Sellanes, 2000). También se define auto percepción de la salud como la opinión personal que el adulto mayor tiene sobre su propia salud, que puede o no coincidir con la evaluación objetiva de salud realizada por profesionales (Aguilar, Félix, Martínez, Quevedo & Gutierrez, s.f).

Por otra parte, la valoración objetiva por medio de indicadores médicos, tiene una estrecha relación con la valoración subjetiva que hacen las personas acerca de su salud (Castro, Espinosa, Rodríguez & Santos, 2006). Así mismo, “la trayectoria de vida de los hombres y las mujeres los colocan con una marcada diferencia en la salud en edades de la vejez, que reflejan los estilos de vida que adoptaron a lo largo de su existencia” (Salgado & Wong, 2007 p.517).

Según Vasallo y Sellanes, (2000); CEPAL, (s.f); Jewell, Rossi y Triunfo, (2006) dicen que la naturaleza subjetiva de la percepción de la salud pareciera en principio limitar mucho su validez, no obstante, se ha descubierto que da cuenta del estado de salud de la persona y también de los múltiples factores que se asocian a ella, pronostica la muerte en forma bastante más exacta que la morbilidad y es un robusto indicador de la calidad de vida y el estado de salud.

De otro lado Tomás, Moreno, Germán, Alcalá y Andrés (2002) en su estudio “*Dependencia y necesidades de cuidados no cubiertas de las personas mayores de una zona de salud de Zaragoza*” afirman que la percepción de salud se relaciona con la capacidad funcional y mantenimiento de la independencia en las actividades de vida, en particular las relacionadas con el cuidado personal y la movilización.

Así mismo, en la investigación *Imaginarios sociales sobre el envejecimiento en las mujeres*, se plantea que “la percepción del estado de salud o salud subjetiva, es un indicador del estado de salud global y es un importante predictivo de las necesidades asistenciales y líneas de organización de programas” (Rubio, Marín, De la Fuente, Cerquera & Prada, 2009, p. 32).

De este mismo modo, el género es un factor diferenciador de la salud subjetiva y se acentúa en edades más avanzadas, pues a medida que aumenta la edad se incrementan las percepciones negativas de sí mismos (Vasallo & Sellanes, 2000; Rubio, Marín, De la Fuente, Cerquera & Prada 2009).

Algunos estudios socio demográficos como *La valoración del estado de salud de los Andaluces* realizado por de Navarro y Biedman (2005) refieren que existen diferencias en la percepción del estado de salud en función del sexo, pues las mujeres lo perciben peor que los hombres. Por ejemplo, autores como González y Ham-Chande, (2007) dicen que las mujeres tienen mayor esperanza de vida y que los problemas de salud que padecen hombres y mujeres son diferentes a medida que envejecen, pues hay más prevalencia de enfermedades agudas y hospitalización entre hombres, mientras que las mujeres sufren más enfermedades crónicas y discapacidades, lo que de alguna manera, explica que las mujeres tienen una peor percepción de su estado de salud.

También Bazo (1989) en su investigación *Personas ancianas: salud y soledad* afirma que para el caso de Bilbao, el estado de salud percibida de los ancianos tomando como base el género, aparece que las mujeres tienen una peor percepción de la salud con un 64% en relación con un 58% para los hombres.

Por otra parte, Dueñas, Bayarre, Triana y Rodríguez (2011) afirman que la percepción de salud está relacionada con la edad, tal y como lo demuestran sus estudios, en donde, en los diferentes grupos de edad hay un predominio de la categoría alta y en la medida que se incrementa la edad hay una disminución de ésta, lo que habla a favor de una disminución de la percepción de salud en la medida que se envejece, que se corresponde con lo esperado.

Contrario a lo anterior, Devlin, Hansen y Herbison (1998) afirman en su investigación la existencia de diferencias en la percepción de la salud de acuerdo a la edad del encuestado, la clase social, educación, tenencia de la vivienda, situación económica, y el hábito de fumar.

Los estilos de vida modificados o la exposición a factores de riesgo, han llevado a que los perfiles de salud cambien y que en consecuencia se crean nuevos problemas de salud como padecimientos crónicos o discapacidades con consecuencias en distintos ámbitos de la vida individual, familiar y poblacional. Esto implica que la percepción que tiene un individuo sobre su salud cambia de acuerdo con elementos objetivos y subjetivos considerados por el individuo para definir su propio bienestar (Rico, 2008).

La percepción de la salud en el adulto mayor se prescribe con mayor afinidad pues es ahí donde se evidencia que la salud está directamente relacionada con las expectativas y la calidad de vida con la que se ha asumido el ciclo vital, tal y como lo afirman estudios como *Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México*, que fue realizado por Gallegos, García, Durán, Reyes y Durán (2006).

Siguiendo en esta misma línea, la percepción de salud es útil como un indicador global del nivel de salud de la población, puesto que refleja elementos tanto sociales

como de salud. Según autores como Rubio, Marín, De la Fuente, Cerquera y Prada (2009), en su investigación *Imaginarios Sociales sobre el envejecimiento en las mujeres* tanto para la población española como colombiana se presentan una percepción poco positiva de su salud.

De otra parte, la investigación *La vejez desde la mirada de los jóvenes chilenos realizada por* Cathalifaud, Thumala, Urquiza y Ojeda (2007) y cuyo objetivo fue conocer la mirada que los jóvenes chilenos, en este caso universitarios, tienen sobre la vejez, se encontró que los jóvenes percibían al adulto mayor como una persona enfermiza y frágil con un 70%, lo que indica una percepción negativa de la salud en la vejez.

También según Uribe, Valderrama y Molina (2007) en su investigación *Salud objetiva y salud psíquica en adultos mayores colombianos* y cuyo objetivo fue describir la salud objetiva y psíquica del adulto mayor en función del género, la edad y el estado civil, en una muestra de 500 personas entre 65 y 81 años de edad, se hallaron una percepción negativa del estado de salud puede llevar a la aparición de enfermedades crónicas tales como: hipertensión arterial, diabetes, enfermedades de vías urinarias, insuficiencia renal; o agudas como problemas de salud en el último mes y por último enfermedades de funcionamiento ya sea incapacidad, discapacidad o limitación física o mental.

De otro modo Puga, Rosero, Glaser y Castro (2007) según su estudio presentan que existe una percepción poco positiva de la salud, en la población mayor española donde se presenta altos niveles de problemas instrumentales, y una mala autopercepción del estado de salud, especialmente en el caso de las mujeres mayores, situación en la que, como se ha comentado, pueden estar influyendo características socio-culturales y son los

adultos mayores británicos los que presentan una mejor salud auto percibida, así como menores niveles de discapacidad instrumental, tanto para hombres como para mujeres.

Por otra parte autores como Gallegos, García, Durán, Reyes y Durán (2006) en su investigación *Autopercepción de la salud una aproximación a los ancianos en México* encontraron que la percepción del estado general de salud, en la población de adultos mayores de México era regular y buena, pues sólo 19.8% de la población reportó que su estado de salud era malo o muy malo. De igual forma Jewell, Rossi y Triunfo (2007) refieren en su artículo “que la autopercepción de la salud está relacionada positivamente con una buena nutrición, una mayor educación y un estilo de vida activo. Es decir que la percepción positiva de la salud está en un alto grado determinada por factores externos a ésta; y que se relacionan básicamente con estilos de vida que se han adquirido a lo largo del ciclo vital y que presentan su resultado en la adultez mayor.

De modo similar, Pino, Bezerra y Portela (2009) reportan que la percepción de la salud en Portugal y España tiende a ser positiva, aunque los valores medios de las variables estudiadas son menores en Portugal que en España. Sin embargo, las personas mayores en Portugal tienen una percepción más positiva de su salud y utilizan menos los recursos sanitarios.

Por otra parte, la investigación *Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores* realizada por Durán, Valderrama, Uribe y Molina, (2007) refiere que la interacción social se convierte en un factor de protección para la salud, teniendo en cuenta que ello implica vínculos estrechos con otros y un nivel de actividad constante, permitiendo que el adulto mayor distribuya equilibradamente su tiempo, y contribuyendo así a mejorar su calidad de vida.

También en la investigación *Envejecimiento femenino: participación social significativa y salud realizado en Mar de Plata Argentina* realizada por Monchiatti y Krzemien (2002) se evidencia la importancia que tiene la salud física en la autovaloración de la salud en general, ya que a medida que aumentan los trastornos físicos y restrictivos se incrementa la percepción negativa de la salud. Este fenómeno, sin embargo, se reduce notoriamente en aquellas ancianas que presentan participación social significativa, en quienes la definición del propio estado de salud es satisfactoria.

Ahora bien otras investigaciones como *Identificación de estados de salud y su relación con características socioeconómicas y geográficas: análisis de una encuesta poblacional en México* realizada por (Vargas, Gutiérrez & Carreon, 2006) han encontrado algunas relaciones entre la percepción de salud y algunas variables socio demográficas como la escolaridad, cuyos resultados afirman que una formación académica más avanzada se vincula con un mejor autorreporte de salud.

De igual forma autores como Krause , Ingersoll-Dayton , Liang, y Suguizagua (1999) en su investigación *Religion, social support, and health among the Japanese elderly* afirman que independientemente del género, los ancianos que prestan asistencia a otros con mayor frecuencia, su tasa de su salud es más favorable que los adultos mayores que están menos involucrados en ayudar a los demás, por tanto estos resultados confirman que la religión está relacionada con la salud y ayudar a los demás, que puede explicar al menos parte de la razón de esta relación.

METODOLOGIA

Enfoque de investigación:

La presente investigación es de carácter cuantitativo.

Diseño y tipo de investigación:

Diseño de corte transversal descriptivo.

Población:

Los participantes de la muestra corresponden a 150 personas distribuidas en tres cohortes de edad y de los dos géneros, 75 hombres (50%) y 75 mujeres (50%), cuya edad estaba entre los 20 y 90 años de edad. Seleccionados a conveniencia en relación a la cercanía del grupo de investigación. Las cohortes de edad fueron distribuidas de la siguiente manera: un grupo de jóvenes de 20 a 30 años, un segundo grupo de 31 a 60 años y un tercer grupo de más de 61 años.

Descripción socio demográfica de la población:

Los participantes de este estudio correspondieron a personas cuyas edades oscilan entre los 20 y 90 años de edad, con una edad promedio de 43,7 años de edad, cuyos estratos socioeconómicos corresponden a los niveles 1, 2, 3, 4, 5 y 6. Los hombres y mujeres evaluados en el estudio presentan niveles de escolaridad desde la primaria hasta estudios universitarios. La población encuestada pertenece a grupos religiosos católicos, cristianos agnósticos y sin religión. Los participantes se hallan con estados civiles tales como solteros, casados, divorciados, viudos y en unión libre y las ocupaciones de los mismos son estudiantes, empleados, pensionados y en el hogar.

Lugar:

Bucaramanga, Santander.

Criterio de inclusión:

La muestra tuvo como criterio de inclusión que los participantes pertenecieran al grupo de edad y que firmaran el consentimiento informado.

Variables:

- Género
- Edad
- Estado civil
- Nivel educativo
- Estrato
- Ocupación
- Religión

Instrumento:

Fue aplicó el ítem 1 del cuestionario *IMAGINARIOS SOCIALES SOBRE ENVEJECIMIENTO EN LAS MUJERES*, elaborado por Rubio, Marín, De la Fuente, Cerquera y Prada (2009) y valorado por criterio de jueces de la Universidad de Granada-España para el estudio en COLOMBIA, con el apoyo de la AECI (Agencia Española de Colaboración Iberoamericana), cod. A01912208 de Febrero de 2009 que es tomado para esta investigación, con un nivel de confiabilidad de 0,790, según el estadístico Alfa de Cronbach.

El cuestionario aplicado tipo Likert, conformado por 26 (veintiséis) ítems, los cuales pueden ser respondidos de la siguiente manera: muy en desacuerdo, desacuerdo, no sé, de acuerdo y muy en desacuerdo.

Este cuestionario ha sido utilizado en diferentes investigaciones tales como *Identificación de los estereotipos de un grupo de jóvenes sobre el envejecimiento femenino*, realizado en Bucaramanga por Meléndez y Villabona (2010) y en la investigación *estereotipos sobre el envejecimiento femenino en tres grupos etáreos de población masculina* realizada por Benavides y Jaimes (2010).

Procedimiento:

Fase 1. Gestión para la consecución de la muestra.

Se buscó aleatoriamente a 150 personas que por relación de cercanía a las encuestadoras quisieran participar de la investigación y que cumplieran con los requisitos de inclusión de entrar en el rango de edad y firmar el consentimiento informado.

Fase 2. Firma del consentimiento informado y aplicación del instrumento.

Se dio a conocer el estudio por medio del consentimiento informado y la explicación verbal, permitiendo obtener la autorización del sujeto para aplicar la prueba según la norma de la resolución 8430 de 1993, capítulo 1, artículo 11, el cual indica que las investigaciones sin riesgo son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivo y aquellos en los que no se realiza ninguna modificación e intervención de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio entre los que se considera revisión de historias clínicas, entrevistas,

cuestionarios y otros en los que no se les identifique o trate aspectos sensitivos de su conducta. Seguido a esto se aplicó el ítem número uno del cuestionario “estereotipos del envejecer en la mujer” (Rubio, et. al, 2009). La aplicación se realizó de forma colectiva y autoaplicada.

Fase 3. Procesamiento y análisis de resultados

Para analizar los datos obtenidos se empleó el software SPSS, versión 18.0 para Windows. En la descripción de los datos se tuvo en cuenta el factor frecuencia relativa y acumulada en la pregunta, de igual manera se considerarán aspectos como media, error típico de la media, mediana, moda, entre otros. Además, se tuvo en cuenta variables como la edad, género, estado civil, nivel educativo, estrato socioeconómico, ocupación y religión, para poder describir cómo se comportan el ítem frente a estas variables.

Fase 4. Desarrollo del documento final

Se realizó la recopilación y análisis de datos del total del estudio.

RESULTADOS

ESTADÍSTICOS

Caracterización socio demográfica.

Tabla 1. Sujetos que componen la muestra de acuerdo con su género.

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	75	50
Femenino	75	50
Total	150	100

La tabla 1 muestra que la población o sujetos que componen la muestra corresponde a 150 personas, 75 hombres (50%) y 75 mujeres (50%).

Tabla 2. Sujetos que componen la muestra por edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20-30	50	33,3
31-60	50	33,3
61-90	50	33,3
Total	150	100

La tabla 2 evidencia que los participantes de la investigación correspondieron a 150 sujetos residentes en el área metropolitana de Bucaramanga, 75 hombres y 75 mujeres cuyas edades oscilan entre los 20 y 90 años de edad, y con una edad promedio de 43,7 %.

Para el análisis del presente estudio se agrupó la muestra en tres grupos etáreos de la siguiente manera: de 20 a 30 años de edad 50 participantes (33,3%), de 31 a 60 años de edad 50 participantes (33,3%) y de 61 a 90 años de edad 50 participantes (33%).

Tabla 3. Nivel de escolaridad de la muestra

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	14	9,3
Bachillerato	46	30,7
Técnico	15	10,0
Universitario	75	50,0
Total	150	100

La tabla 3, evidencia que el 50% de la muestra correspondió a personas con un nivel de escolaridad universitario, mientras que el 30,7% tienen bachillerato, seguidos por 10% con un nivel técnico y solo un 9,3% de la muestra presentan un nivel educativo correspondiente a primaria.

Tabla 4. Estrato socioeconómico de la muestra.

Estrato	Frecuencia	Porcentaje
1	5	3,3
2	11	7,3
3	41	27,3
4	48	32,0
5	16	10,7
6	29	19,3
Total	150	100

La tabla 4, muestra que la mayor parte de la población encuestada correspondió a personas de estrato socioeconómico 4 con un 32,0% de la población, seguido encontramos

el estrato 3 con un 27,0% de población, estrato 6 con un 19,3%, estrato 5 con un 10,7%, estrato 2 con un 7,3% y estrato 1 con un 3,3%.

Tabla 5. Estado civil de la muestra.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	65	43,3
Casado	63	42,0
Divorcio	5	3,3
Viudo	9	6,0
Unión libre	8	5,3
Total	150	100

En la tabla 5 se observa que la población encuestada en su mayoría fueron personas solteras (43,3%) y casadas (42,0%), seguido a esto encontramos pequeños porcentajes de población viuda (6,0%), unión libre (5,3%) y divorciados (3,3%).

Tabla 6. Religión de la muestra.

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	127	84,7
Cristiano	11	7,3
Agnóstico	1	0,7
Ninguna	11	7,3
Total	150	100

La tabla 6 se muestra que la mayor parte de los participantes de la investigación son católicos con un 84% de la población, un 7,3% afirman ser cristianos, al igual que la población que dice no tener religión y solo un 0,7% dice ser agnóstico.

Tabla 7. Ocupación de los participantes de la muestra.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	34	22,7
Empleado	84	56,0
Pensionado	14	9,3
Hogar	18	12,0
Total	150	100

La tabla 7, evidencia que la mayor parte de la población encuestada refirió ser empleado con un 84% de la población, seguido a este encontramos que el 22,7% refieren ser estudiantes un 12% están en el hogar y un 9,3% son pensionados.

Resultados de la percepción de salud.

A continuación se presenta el porcentaje de frecuencia de respuesta para el ítem “la mayor parte de las mujeres mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 60 años, aproximadamente, en donde se produce un fuerte deterioro de la salud”.

Para la presentación de los resultados de las frecuencias de acuerdo o desacuerdo con el estereotipo encuestado, las categorías de “muy en desacuerdo” y “en desacuerdo”, se han unido en una sola categoría llamada “desacuerdo”, también se han unido las categorías “de acuerdo” y “muy de acuerdo”, en una sola categoría llamada “acuerdo”. Esto con el fin de facilitar la interpretación de los resultados de la investigación.

Tabla 8. Frecuencia global de respuesta para ítem

Nivel de respuesta	N	Porcentaje
Desacuerdo	58	38,6%
No lo sé	11	7,3%
De acuerdo	81	54%

La tabla 8 evidencia que la mayoría de la población 54% está de acuerdo con el estereotipo “la mayor parte de las mujeres mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 60 años, aproximadamente, en donde se produce un fuerte deterioro de la salud” seguido a esto se hayó un 38,6% de muestra que manifiesta no estar de acuerdo y un 7,3% que no sabe .

Tabla 9. Percepción de la salud de acuerdo con el género.

Género	Nivel de respuesta	N	Porcentaje
Masculino	Desacuerdo	28	37,3%
	No sé	3	4%
	De acuerdo	44	58,7%
Femenino	Desacuerdo	30	40%
	No sé	8	10,7%
	De acuerdo	37	49,3%

La tabla 9, muestra que la mayor parte de la muestra masculina 58,7% está de acuerdo con el estereotipo “la mayor parte de las mujeres mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 60 años, aproximadamente en donde se produce un fuerte deterioro de la salud”, también en la población femenina en su mayoría 49,3% se observa acuerdo con el

estereotipo. Solo un 4% de la población masculina dice no saber acerca del estereotipo y un 10,7% en la población femenina. Finalmente el 40% de la población femenina está en desacuerdo con el estereotipo y un 37% de la población masculina también.

Tabla 10. Frecuencia global de respuesta para el estereotipo “según el rango de edad.

Rango de edad	N	Desacuerdo	No lo sé	De acuerdo
20-30	50	40%	8%	52%
30-60	50	42%	4%	54%
61-90	50	34%	10%	56%

La tabla 10 muestra que las puntuaciones más altas, o el nivel de acuerdo con el estereotipo se da en los tres rangos de edad, es decir para cada cohorte de edad la mayoría de sus participantes están de acuerdo con el estereotipo con resultados tales como; rango de edad de 20 -30 años 52% de la población dice estar de acuerdo, rango de edad de 30- 60 54% de la población está de acuerdo y en el rango de 61-90 encontramos que el 56% de la población también lo está, con lo cual se evidencia que las personas que perciben con mayor negativa la salud después de los 60 años de edad son las personas que tiene más de 61 años

Tabla 11. Frecuencia global de respuesta para el estereotipo según el estado civil.

Estado civil	N	Desacuerdo	No lo se	De acuerdo
Soltero	65	38,5%	10,8%	50,8%
Casado	63	39,7%	3,2%	57,1%
Divorciado	5	60,0%	0%	40,0%
Viudo	9	33,3%	22,2%	44,4%
Unión libre	8	38,7%	7,3%	54,0%

La tabla 11 muestra que la población con mayor acuerdo al estereotipo según el estado civil son los casados con un 57,1% y la población en mayor desacuerdo con el estereotipo son los divorciados con un 60,0% .

Tabla 12. Frecuencia global de respuesta para el estereotipo según el nivel educativo.

Nivel educativo	N	Desacuerdo	No lo sé	De acuerdo
Primaria	14	21,4%	14,3%	64,3%
Bachillerato	46	34,8%	8,7%	56,6%
Técnico	15	33,3%	6,7%	60,0%
Universitario	75	45,3%	5,3%	49,3%

La tabla 12 muestra que la población encuestada de acuerdo con su nivel educativo que mayor acuerdo presenta con el estereotipo corresponde a las personas de primaria con un 64% de la población, contrario a ello encontramos que quienes presentan un mayor desacuerdo son las personas con nivel educativo universitario con un 45,3% de la población.

Tabla 13. Frecuencia global de respuesta para el estereotipo según el estrato.

Estrato	N	Desacuerdo	No lo sé	De acuerdo
1	5	40,0%	0%	60,0%
2	11	27,3%	9,1%	63,3%
3	41	31,7%	12,2%	56,1%
4	48	39,9%	10,4%	50,0%
5	16	56,3%	0%	43,8%
6	29	41,4%	0%	58,6%

Según la tabla 13 la población encuestada de acuerdo con su estrato socioeconómico que presenta un mayor desacuerdo con el estereotipo es la población de estrato 4 con un 56,3% de la población, así mismo la población con mayor acuerdo al estereotipo corresponde a la población de estrato socioeconómico 2 con un 63,3% de la población.

Tabla 14 Frecuencia global de respuesta para el estereotipo según la ocupación.

Ocupación	N	Desacuerdo	No lo sé	De acuerdo
Estudiante	34	50,0%	5,9%	44,1%
Empleado	84	32,1%	4,8%	63,1%
Pensionado	14	50,0%	0%	50,0%
Hogar	18	35,3%	29,4%	35,3%

La tabla 14 evidencia que de acuerdo con la ocupación la población encuestada con mayor acuerdo al estereotipo son los empleados con un 63,1% mientras que la de los pensionados y estudiantes no están de acuerdo con el estereotipo con un 50% de su población.

Tabla 15. Frecuencia global de respuesta para el estereotipo “según la religión.

Religión.	N	Desacuerdo	No lo se	De acuerdo
Católico	127	36,2%	7,9%	55,9%
Cristiano	11	45,5%	0%	54,5%
Agnóstico	1	100%	0%	0%
Ninguna	11	54,5%	9,1%	36,4%

La tabla 15 evidencia que la población encuestada según su religión quienes tienen un mayor acuerdo con el estereotipo son los católicos con un 55,9% mientras que en desacuerdo con el mismo encontramos a un 100% de los agnósticos.

DISCUSION

La percepción de la salud responde a la valoración objetiva y subjetiva de salud de acuerdo con las experiencias de vida y la satisfacción con la misma. De manera tal que el presente, estudio permitió indagar acerca de la percepción de la salud que poseen 150 personas residentes en la ciudad de Bucaramanga entre los 20 y 90 años de edad, relacionadas con el proceso de envejecimiento específicamente lo que refiere a “salud percibida”.

La muestra fue distribuida de manera equitativa 75 hombres y 75 mujeres (ver tabla 1) en los diferentes rangos de edad.

En la presente investigación se encontró que tanto el género masculino como el femenino se encuentran de acuerdo con el ítem; sin embargo son los hombres quienes presenta mayor acuerdo con el mismo, con una frecuencia de 58,7% (ver tabla 9), contrario al género femenino quien presenta solo un 49, 3. De acuerdo con Barrantes (2006) la diferencia en la percepción de salud de acuerdo al género se da por qué no son iguales los desafíos que la sociedad impone a hombres y mujeres ni semejantes sus efectos

Así mismo, Smith y Kington (1997) afirman que ésta brecha de género puede ser el resultado de las diferencias hormonales relacionadas con la reproducción y que generan el efecto acumulativo de agotamiento materno que persiste en la vejez. De igual forma esta misma investigación dice que otras posibles explicaciones implican diferencias en cómo los hombres y las mujeres perciben y comunican los síntomas y los resultados de salud, puesto que el contacto más frecuente de las mujeres con el sistema de salud puede llevar a una mejor conciencia y de informar sobre los problemas de salud.

También en la investigación *Personas ancianas: salud y soledad* realizada en Bilbao, Bazo (1989), se dice que las mujeres manifiestan una percepción de salud peor que la que tienen los varones y quizá por eso van más al médico, aunque luego sean ellas las que viven más tiempo.

En acuerdo con lo anterior la investigación *Redes sociales y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa rica, España e Inglaterra* realizada por Puga, Rosero, Glaser y Castro (2007) se presenta una percepción poco positiva de la salud, pues la población mayor española presenta altos niveles de problemas instrumentales, y una mala percepción del estado de salud, especialmente en el caso de las mujeres mayores.

Por otra parte la muestra estudiada en la presente investigación corresponde a personas cuyas edades oscilan entre los 20 y 90 años de edad y que para el análisis del presente estudio se congregaron en tres grupos etáreos de la siguiente manera: de 20 a 30 años de edad 50 participantes (33,3%), de 31 a 60 años 50 participantes (33,3%) y de 61 a 90 años de edad 50 participantes (33%). Ver tabla 2.

Es importante señalar que los participantes la investigación tuvieron una edad promedio de 43,7, lo que significa que la mitad de los participantes sobrepasan a esta media y el otro medio es más joven. Una desviación típica de 18,43, lo que indica que no existe una dispersión alta entré la muestra estudiada con respecto a la media y una moda de 61, 0, siendo el dato que más se repitió.

Se encontró, que la cohorte de edad de 20 a 30 años es la de menor población en acuerdo con el ítem, con una frecuencia de 52% (Ver tabla 10. En acuerdo con esto, la investigación realizada por Cerquera, Flórez y Linares (2010) afirma que esta cohorte de

edad tanto para la población colombiana 59% como para la española 47% existe desacuerdo con el estereotipo a partir de lo cual se infiere que los jóvenes de la muestra estudiada están más alejados de los estereotipos negativos de la adultez mayor con relación a la percepción de la salud.

En oposición a esto, encontramos a la investigación *La vejez desde la mirada de los jóvenes chilenos*, un estudio exploratorio realizado por Cathalifaud, Thumala, Urquiza y Ojeda (2007) en el cual se afirma que un 70% de los jóvenes chilenos perciben al adulto mayor como una persona enfermiza y frágil.

En cuanto a la variable escolaridad, se encontró que la mitad de la muestra, 50% (ver tabla 3) cuenta con un nivel de escolaridad universitario, de los cuales un 45,3% (ver tabla 12) de los participantes dicen estar en desacuerdo con el ítem, mientras que los de nivel educativo primaria con un 64,3% de la muestra son quienes en su mayoría están de acuerdo con el ítem. Por tanto la educación podría vincularse al hecho de que la salud se considera como un bien "costoso", es decir, un individuo con mayor educación posee una mayor expectativa sobre su vida y una mayor comprensión sobre los posibles problemas de salud que pudiera sufrir a lo largo de ella, por lo tanto presenta un umbral superior de respuesta y mejor cuidado de su salud hecho que lo lleva a percibir con mayor seriedad algunas enfermedades (Vargas, Gutiérrez & Carreon, 2006).

También, Pinazo & Sánchez (2005) dicen que el nivel de escolaridad, influye sobre la percepción de salud puesto que tener un conocimiento más estructurado o fortalecido, permite tener una visión más clara de un futuro positivo, y por lo tanto de un envejecimiento de alta calidad.

Otros autores como Vargas, Gutiérrez & Carreon (2006) mencionan, que al tener bajo nivel educativo, se tienen menos expectativas sobre el futuro y un menor entendimiento de las afecciones, los padecimientos y la necesidad de atención médica, por tanto al relacionar estos resultados con el autorreporte se observa que una formación académica más avanzada se vincula con un mejor percepción de salud.

En esta misma línea la investigación *Percepción de salud en adultos mayores de la provincia Matanzas* (Dueñas, Bayarre, Triana & Rodríguez, 2011) afirma que existe una tendencia al incremento de percepción positiva de salud en la medida en que aumenta el nivel de escolaridad. También algunos autores como Gallegos, García, Duran, Reyes y Duran (2006) dicen que generalmente el nivel de escolaridad en el adulto mayor es bajo, principalmente entre mujeres de manera que, a menor grado de escolaridad se produce una mala percepción de salud.

En cuanto a la variable estrato socioeconómico se hayó, mayor incidencia de participación en el estrato cuatro, con una frecuencia del 32% (Ver tabla 4). La investigación además muestra que la percepción de salud en relación con el estrato socioeconómico presentó una media de 3,97, lo cual indica que aproximando el promedio, el estrato predominante es 4. El rango en el cual se mueven la mayoría de los encuestados está entre 2.6 y 5.1 y una desviación típica de 1,32, lo que indica que no existe una dispersión alta entre los sujetos de la muestra estudiada con respecto a la media.

El estrato 5 con un 56,3% de la muestra dice estar en desacuerdo con el ítem, mientras que el estrato 2 que representa la mayor parte de la muestra, dice estar de acuerdo con el ítem, con una frecuencia de 63,3%(ver tabla 13). Según autores como Smith y Kington

(1998) existe una fuerte asociación entre el nivel de riqueza y el estatus de salud, ya que las personas mayores que tienen más riqueza de las familias son más saludables, simplemente porque se puede dar una mejor atención de salud a medida que envejecen.

En relación a lo anterior la investigación *Personas ancianas, salud y soledad* realizada en Bilbao por Bazo (1989) menciona que las mujeres y grupos sociales de bajo estatus socioeconómico se auto perciben más negativamente y el sentimiento de soledad es la variable que muestra mayor asociación con la salud.

Para el caso de Colombia un estudio de tipo trasversal realizado en Bogotá por Varela, Carrasquilla, Tono y Samper (2002) denominado *Asimetría en la Información: Barreras para la implementación de la reforma de salud en Colombia* se encontró que a medida que aumenta el estrato, mejora el nivel educativo y por ende la percepción de salud.

De otro modo y en relación al estado civil en el presente estudio se encontró, que la mayor parte de la muestra presenta un estado civil soltero (43%, ver tabla 5). Además para esta variable se hayó que los casados con un 57,1% de la muestra refieren estar de acuerdo con el ítem. (Ver tabla 11). Así mismo, Bazo (1989) en su investigación *Personas ancianas: salud y soledad* afirma que las personas casadas tienen mejor percepción de salud (15 por 100) que las solteras, quienes perciben su situación de salud algo más negativamente (22 por 100), y las viudas son quienes mantienen una posición intermedia (18 por 100).

A la par Aguilar, Félix, Martínez, Quevedo y Gutiérrez, (s. f) en su estudio *Nivel dependencia-independencia y auto percepción de salud del adulto mayor* dice que los

adultos mayores que reportaron percepción de salud entre buena (48.9%) y regular (41.7%) son casados o en unión libre (50%).

También, la investigación *Identificación de estados de salud y su relación con características socioeconómicas y geográficas: análisis de una encuesta poblacional en México* refiere que en cuanto al estado civil, ser soltero, comparado con la categoría de referencia ser casado, representa una disminución en el puntaje de percepción, al igual que estar separado, divorciado o viudo.

De modo similar autores como Dueñas, Bayarres, Triana y Rodríguez (2010) en su investigación *Percepción de salud en adultos mayores de la provincia Matanzas* afirman que existe una relación entre la percepción de salud y el estado conyugal, tanto para los que tenían pareja como para los que no.

En la investigación *Género, vejez y salud (2006)* realizada en Nicaragua se afirma que para el caso de las mujeres en cuanto al estado civil, ser solteras, viudas, divorciadas, abandonadas o nunca casadas es una realidad cuyos efectos sobre la salud son difíciles de cuantificar, pero pueden incluir la falta de recursos, depresión, falta de movilidad y pobreza (Barrantes, 2006).

Desde otra perspectiva, la investigación refiere que el 84,7% (ver tabla 6) de la muestra encuestada pertenecer a la religión católica y dentro de ésta se encuentra que el 55,9% (ver tabla 15) está de acuerdo con el ítem. De acuerdo con Uriarte (1998) las personas que son más religiosas son físicamente más saludables y tienden a vivir más tiempo que aquellas que no lo son, lo cual significa que la religión produce en la gente una mejor salud.

En la misma línea autores como Krause, Ingersoll, Jersey y Suguizawa (1999) en su investigación, *Religión, social support, and health among the Japanese Elderly* indican que los adultos mayores y que son religiosos, tienden a poseer una mejor salud física y mental en comparación con personas de sus mismas características, quienes están menos involucradas en la religión.

Así mismo, la investigación *Identificación de estados de salud y su relación con características socioeconómicas y geográficas: análisis de una encuesta poblacional en México* (Vargas, Gutiérrez & Carreón, 2006) afirma que los motivos espirituales se encuentran enlazados con la concepción moderna que se tiene acerca de la salud, pero generalmente el valor de ésta y de la propia vida cobra verdadera importancia a partir de la adultez, ayudado por el incremento de información y el temor a las enfermedades crónicas y a la muerte, entre otras razones.

También, autores como Lozano (s.f) afirman que en la vejez lo espiritual y lo religioso llegan a su madurez y se convierten en algo esencial y definitivo, ya que es el momento de pensar en el más allá y en la lógica preocupación de lo que pueda suceder después de su muerte.

De otra parte encontramos que el 56 % (ver tabla 7) de la muestra encuestada son empleados; de los cuales un 63,1%, (ver tabla 14) están de acuerdo con el ítem. Según autores como Vargas, Gutiérrez y Carreón (2006) la ocupación guarda una relación directa con nivel socioeconómico y grado educativo; por tanto al observar la relación entre educación, ocupación y percepción de salud se puede inferir que los individuos que

estudian buscan un mejor cuidado de su salud y por tanto perciben mejor su estado de salud.

También Devlin y Hansen (2000) en su investigación *Variations in self-reported health status: results from a New Zealand Survey* relacionan la condición de desempleado, trabajar en el hogar (ama de casa) o estar retirado con una percepción de salud mala.

Con base en los resultados obtenidos, tras la aplicación de ítem 1 del cuestionario *Imaginarios sociales sobre envejecimiento en las mujeres* elaborado por Rubio et al., (2009), se encontró que la mayor parte de la muestra encuestada 54% (Ver tabla 8) afirma estar de acuerdo con el ítem. Esto según Jewell, Rossi y Triunfo (2007) puede estar relacionado con una buena nutrición, mayor educación y un estilo de vida activo; es decir que la percepción positiva de la salud está en un alto grado determinada por factores externos a ésta; y que se relacionan básicamente con estilos de vida que se han adquirido a lo largo del ciclo vital y que presentan su resultado en la adultez mayor.

De modo similar Pino, Bezerra y Portela (2009) reportan que la percepción de la salud en Portugal y España tiende a ser positiva, aunque los valores medios de las variables estudiadas son menores en Portugal que en España. Sin embargo, las personas mayores en Portugal tienen una percepción más positiva de su salud y utilizan menos los recursos sanitarios. La causa de estos resultados se puede deber a varias circunstancias, por un lado, que las personas mayores en Portugal acudan menos al centro de salud, por lo tanto, estén menos diagnosticadas y por otro, que la dificultad o el desconocimiento de los recursos les lleve a justificar la enfermedad como algo natural y propio de la edad y no acudir al centro de salud.

En esta misma línea la investigación *Imaginarios sociales sobre el envejecimiento en las mujeres* refiere que la salud en la adultez mayor según el 50% de los encuestados en España y el 59% en Colombia a nivel general, están de acuerdo con el estereotipo, de tal modo que se sigue manteniendo una percepción poco positiva de la salud después de los 60 años para los dos países.

En oposición a lo anterior Gallegos, García, Duran, Reyes y Durán (2006) en su investigación *autopercepción de la salud una aproximación a los ancianos en México* encontraron que la percepción del estado general de salud, en la población de adultos mayores de México era regular y buena, pues sólo 19.8% de la población reportó que su estado de salud era malo o muy malo.

También, Uribe, Valderrama y Molina (2007) afirman que una percepción negativa del estado de salud puede llevar a la aparición de enfermedades crónicas tales como: hipertensión arterial, diabetes, enfermedades de vías urinarias, insuficiencia renal; o enfermedades de funcionamiento ya sea incapacidad, discapacidad o limitación física o mental.

En suma, la percepción de la salud en el envejecimiento se hace ineludible, puesto que hace referencia a todo un proceso de vida cuyas repercusiones se acentúan en esta etapa del ciclo vital, pues según Smith y Kington (1998) en su estudio muestran que el estado de salud en edad avanzada está muy influenciado por una historia de la salud que se remonta a nuestra niñez y llega incluso más allá de la condición personal de salud para incluir el estado de salud de los padres y hermanos durante toda su vida.

Finalmente la investigación en sus resultados confirma que la muestra estudiada en su mayoría está de acuerdo con el ítem planteado. Así, las personas de género masculino, adultos mayores, de estado civil casados, de nivel educativo primario, de estrato socioeconómico dos, de ocupación empleado y de religión católica son quienes en su mayoría presentan acuerdo con el ítem.

CONCLUSIONES

La presente investigación permitió conocer la percepción de salud que se tiene de la vejez en un grupo de personas jóvenes, adultos y adultos mayores residentes en la ciudad de Bucaramanga con edades comprendidas entre los 20 y 90 años de edad.

Al analizar los datos obtenidos se encontró que existe un mayor porcentaje de acuerdo con el ítem según la muestra estudiada. Así mismo se estableció que existe una alta incidencia de parte de los hombres y los adultos mayores en el acuerdo con el estereotipo en salud.

De otro modo en cuanto a la variable escolaridad se encontró que a mayor escolaridad menor acuerdo con el ítem estudiado; así mismo en cuanto a la variable estrato socioeconómico los resultados muestran que el estrato 2 es el estrato con mayor porcentaje de la muestra en acuerdo con el ítem.

En relación a la variable estado civil los resultados del presente estudio evidencian que existe desacuerdo con el ítem de parte de los divorciados, mientras que los casados presentan una mayor acuerdo con el mismo.

En cuanto a la variable religión tuvo una mayor incidencia de participación la religión católica, la cual presenta acuerdo con el ítem. En referencia a la variable ocupación, los empleados son quienes están de acuerdo con el ítem y las personas de ocupación hogar son las que presentan desacuerdo con el mismo.

RECOMENDACIONES

Se sugiere en futuras investigaciones, continuar con la aplicación del presente ítem, en un grupo poblacional más amplio con el fin de generar una percepción de salud más contundente y significativa que permita reconocer a nivel global el estereotipo en salud que se tiene a nivel social.

Se hace necesaria que se trabaje los demás ítems presentados en el cuestionario *IMAGINARIOS SOCIALES SOBRE EL ENVEJECIMIENTO EN LAS MUJERES* con el fin de conocer de manera concreta las concepciones que tiene la población en referencia a la vejez.

Así mismo, se cree conveniente que la investigación se desarrolle a nivel local y/o nacional sobre otros estereotipos de salud en el envejecer de la mujer de manera que se pueda conocer ciertas diferencias y similitudes con respecto a lo estudiado.

Finalmente se propone la aplicación del instrumento Imaginarios sociales sobre envejecimiento en las mujeres, a una muestra femenina y/o masculina, teniendo en cuenta los rangos de edad ya establecidos, ya sea en la ciudad de Bucaramanga o fuera de la misma y realizar un estudio comparativo.

REFERENCIAS

- Aguilar, R. M., Félix, A., Martínez, M.L., Quevedo, M.M. Gutiérrez, G. (s.f) *Nivel dependencia-independencia y auto percepción de salud del adulto mayor*. Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros-UAT. Universidad Autónoma de Tamaulipas. Recuperado el 05 de julio de 2011 de http://www.cio.mx/8_enc_mujer/FE%20DE%20ERRATAS/S3-MCS39.pdf
- Barrantes, M.M (2006). Género, Vejez y Salud. *Acta Bioethica*, 12(2) ,193-197.
- Bazo, M. T. (1989). Personas ancianas: salud y soledad. *Reis*. 47, 193- 223
- Benavides, D.C. y Jaime, Y. A. (2010). *Estereotipos sobre envejecimiento en tres grupos etáreos de población masculina*. Trabajo de grado para optar al título de psicólogas sin publicación. Universidad Pontificia Bolivariana. Seccional Bucaramanga.
- Botero, M. B. E. & Pico, M. M. E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la promoción de la salud*, 12, 11-24.
- Castro, V. A. F., Espinosa, G. I., Rodríguez, C. P. & Santos, I. P. (2006). Relación entre el estado de salud percibido e indicadores de salud en la población española. *International Journal of Clinical and Psychology*, 7(3), 883-898.
- Cathalifaud, M.A., Thumala, D., Urquiza, A. & Ojeda, A. (2007). La vejez desde la mirada de los jóvenes chilenos. Estudio Exploratorio. *Redalyc*, 75-91.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CEPAL, (2006) *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. División de población de la CEPAL. Santiago de Chile, diciembre de 2006.

- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CEPAL (s.f). *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. Recuperado el 15 de mayo de 2011 en <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/vejez>
- Cerquera, A. M., Flórez, L.O. & Linares, M.M. (2010). Autopercepción de la salud en el adulto mayor. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 31, 407-428
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). 2000. El envejecimiento de la población en México. Recuperado el 22 de mayo de 2011 en <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje02.pdf>
- Devlin, N. Hansen, P. & Herbison, P. (1998) Variations in self-reported health status: results from a New Zealand survey. *The New Zealand medical journal*. 113, 517-520
- Dueñas, G. D., Bayarre, H. D., Triana, E.A. & Rodríguez P.V.(2011). Percepción de salud en adultos mayores de la provincia Matanzas. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 27(1), 10-22
- Dulcey, R. E & Uribe, V, C. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1-2), 17-27.
- Durán, D., Valderrama, L. J., Uribe, A.F., Molina, J. M. (2007). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Universitas Psychologica*, 7 (1) , 263-70.
- Felce, D. & Perry, J. (1995) Quality of life: It' s Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51-74.

- Gallegos, C. K., García, P. C., Durán, M. C., Reyes, H. & Durán, A. L. (2006). Autopercepción del estado de salud: Una aproximación al los ancianos en México. *Rev. Saúde Pública*, 40(5), 792-801.
- González, C. A. y Ham-Chande, R., (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud pública de México*, 49, 448- 458.
- González, J. I., Sarmiento. A., Alonso, C. E., Angulo, R. & Espinosa, F.A. (2005). Efectos del nivel de ingreso y desigualdad sobre la autopercepcion en la salud: análisis para el caso de Bogotá. *Gerencia y Políticas de salud*, 4(009), 120-140.
- González, V. T. (2004). *Psicología, salud y Religión. Psicología para América Latina*. Universidad de la Sabana Cuba. Recuperado el 02 de julio de 2011 de <http://www.psicolatina.org/Cuatro/psicologia.html>
- Jewell, T. R., Rossi, M. & Triunfo P.(2006). *El estado de salud del adulto mayor en América Latina. Departamento de Economía. Facultad de Ciencia Sociales*. Recuperado el 10 de mayo de 2011 de http://www.google.es/#sclient=psy&hl=es&rlz=1R2RNSN_esCO405&source=hp&q=el+estado+de+salud+de+los+adultos+en+america+latina&aq=f&aqi=&aql=&oq=&pbx=1&bav=on.2.or.r_gc.r_pw.&fp=4528ef9ffe57d0df&biw=1366&bih=515
- Krause, N, Ingersoll-Dayton, B., Liang, J. & Suguizagua, H. (1999) Religion, social support, and health among the Japanese elderly. *Journal of health and social behavior*. 40(4), 405-421.
- Leitón, E. Z. & Ordóñez R. Y. (2003). *Autocuidado de la salud para el adulto mayor: Manual de información para profesionales*. Recuperado el 27 de agosto de 2010 de www.drummondstevenson.com/autocuidado%20del%20adulto%20mayor.pdf –

- Lineamientos Plan de Intervenciones Colectivas (2009). *Promoción de la calidad de vida y salud de envejecimiento y vejez*. Recuperado el 20 de mayo de 2011 en www.saludcapital.gov.co.
- Lozano, C. A. (s.f) *El viejo de ayer, (5° parte) vejez religión muerte y adaptabilidad*. Departamento de salud pública. Facultad de Medicina UNAM Recuperado el 01 de julio de 2011 en <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-5/RFM049000505.pdf>
- Maldonado, G. G. & Mendiola, S.V. (2009). *Autopercepcion de la calidad de vida en adultos mayores. En contribuciones a las Ciencias sociales*. Recuperado el 01 de mayo de <http://www.eumed.net/rev/cccss/04/mgmi.htm>
- Marín, D. (2003). *Cambio en estereotipos sobre la vejez en dos grupos de estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia, luego de tomar cada uno un curso relacionado con el envejecimiento*. Tesis de grado de Magíster en Gerontología Social. Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Psicología.
- Marín, J. M. (2003) Envejecimiento. Sociedad española de Geriatria y Gerontología. *Salud Publica Educ Salud*, 3(1), 28-33.
- Meléndez, M. J. C. (1996). La autopercepción negativa y su desarrollo con la edad. *Psicogerontologia*, 12(8), 389
- Meléndez, M. C & Villabona, G. C. (2010). *Identificación de los estereotipos de un grupo de jóvenes sobre el envejecimiento femenino*. Tesis para optar al grado de psicóloga sin publicación. Universidad pontificia Bolivariana. Bucaramanga.
- Ministerio de la protección social. (2008). *Lineamientos técnicos para los centros de promoción y protección social para personas mayores*. Recuperado el 31 de mayo en <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Lineamientos/>

- Monchietti, A. & Krzemien, D. (2002) Envejecimiento femenino: participación social significativa y salud. *Psiquiatria.com*, 6(1), 1-7.
- Navarro, A. L. & Biedman, V. L. (2005). *La valoración del estado de salud en los Andaluces*. Comunicación presentada al IX Congreso de Metodología de las Ciencias Sociales y de Salud. Granada, España.
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (2001). *Documentos básicos 1*. 43ª ed. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. OMS.(1998) *Mujeres envejecimiento y salud*. Ginebra.
- Orozco, C. M. & Castillo, M.A. (2010). Dinámica familiar del anciano residente en el barrio Modelo de la ciudad de Barranquilla. *Psicogente*, 13(23), 42-58.
- Pinazo, S. & Sánchez, M. (2005). *Gerontología, Actualización, Innovación y propuestas*. Madrid. Pearson Prentice Hall.
- Pino, J. M.; Bezerra, B. F. & Portela, C. J. (2009). Calidad de vida en personas mayores. Apuntes para un programa de educación para la salud. *Revista de Investigación en Educación*, 3 (6), 70-78.
- Puga, D., Rosero, B. L., Glaser, K. & Castro, T. (2007). Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. *Población y salud en Mesoamérica*, 5(1), 1-23.
- Ramírez, V. L., Agredo R. A., Jerez, A. A & Chapal, A. (2008). Calidad de Vida y Condiciones de Salud en Adultos Mayores no Institucionalizados en Cali, Colombia. *Revista Salud Pública*, 10(4), 529-536.
- Rico, M. L. (2009). *Factores asociados a la autopercepción del estado de salud de los adultos mayores en México*. Tesis para optar al grado de maestra en población y desarrollo. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. México.

- Rubio, H. R., Marín, Z. D. J.; De la Fuente, S. I.; Cerquera, C. A. M.; & Prada, S. E. L. (2008). *Imaginos sociales sobre el envejecimiento en las mujeres*. 1-112. Investigación no publicada.
- Salgado, N. y Wong, R. (2007). *Género y Pobreza: determinantes de la salud en la vejez*. Salud publica en México, 49, 515- 521.
- Salvarezza, L. (1998). *La vejez. Una mirada gerontológica actual*. Argentina: Paidó.
- Smith, J. P. & Kington, R. "Raza, nivel socioeconómico, y la Salud tarde en edad avanzada "(1997). En *las diferencias raciales y étnicas en la salud de los estadounidenses de edad avanzada*, Linda G. Martin y Beth Soldo (eds.), Washington, DC, National Academy Press.
- Suárez, V.D.M. (2004). Mastectomía, afrontamiento y autopercepción corporal. *Psicología Científica*. Recuperado el 26 de agosto de 2010 de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-98-1-mastectomia-afrontamientos-y-autopercepcion-corporal.html>.
- Testa M. (1996) Current Concepts: Assessment of Quality-of-Life Outcomes. *N Engl J Med* , 334(13), 835-840.
- Todd, J.R., Rossi, M. & Triunfo, P. (2006). *El estado de salud del adulto mayor en América Latina*. Universidad de la República. Recuperado el 10 mayo de 2010 de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2578529>
- Tomás, C., Moreno, L. A., Germán, C., Alcalá, T. & Andrés, E. (2002). "Dependencia y necesidades de cuidados no cubiertas de las personas mayores de una zona de salud de Zaragoza". *Revista Española de Salud Pública*, 77, 215-226

- Uribe, A.F. & Buela-Casal, G. (2006). *Influencia del tipo de residencia sobre la depresión, el deterioro cognitivo y la calidad de vida en personas mayores*. Granada. Universidad de Granada. Investigación no publicada.
- Uribe, R. A. F., Valderrama O. L. I. & Molina L. J. M. (2007). Salud objetiva y salud psíquica en adultos mayores colombianos. *Acta Colombina de Psicología*, 10(1), 75-81.
- Uriarte, J., M. (1998) *Religión y Vejez*. Conferencia pronunciada el 29 de mayo de 1998 por el Obispo de Zamora dentro del programa de conferencias organizado por la Fundación científica Caja Rural de Zamora en el mes de la salud.
- Varela, A., Carrasquilla, G., Tono, T. & Samper, B. (2002) Asimetría en la información: Barreras para la implementación de la reforma de salud en Colombia. *Colombia Medica*, 33(3), 95-101
- Vargas, P.V., Gutiérrez, J. P. Carreón, R.V. (2006). Identificación de estados de salud y su relación con características socioeconómicas y geográficas: análisis de una encuesta poblacional en México. *Salud pública México*, 48 (6).
- Vasallo, C. y Sellanes, N. (2000) *Informe sobre tercera edad en la Argentina*. Capítulo tres. 153 - 276.

APENDICE

APENDICE 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por LUDY OMAIRA FLOREZ JAIMES Y MARIA MARGARITA LINARES de la Universidad Pontificia Bolivariana. El objetivo de este estudio es conocer la percepción de salud en la vejez que posee un grupo de personas de la ciudad de Bucaramanga.

Por ello en mis plenas condiciones mentales, con total autonomía y voluntad declaro que he sido informado de todos los procedimientos que se van a realizar con motivo del presente estudio y acepto participar libremente de este proceso.

Soy consciente que mi participación es voluntaria, también que no recibiré dinero o favor alguno por la participación y que podre retirarme del estudio en cualquier momento que lo desee, sin necesidad de ninguna explicación adicional o justificación. Además, soy consciente que los resultados derivados de los análisis de esta investigación tendrán un manejo confidencial, de manera que no será publicado mi nombre e identidad.

Bucaramanga _____ de _____ de 2011

YO _____ CC _____
_____ DE _____

FIRMA _____

APENDICE 2

IMAGINARIOS DEL ENVEJECER EN LA MUJER

NOMBRE _____

EDAD: _____ SEXO: M. ___ F. ___

ESTADO CIVIL _____

NIVEL EDUCATIVO: _____

ESTRATO SOCIOECONÓMICO: _____

OCUPACION _____

RELIGION _____

A continuación encontrará una pregunta, a las cuales debe contestar según su grado de acuerdo o desacuerdo, así:

1. Muy en desacuerdo.
2. Desacuerdo.
3. No lo se.
4. De acuerdo.
5. Muy de acuerdo.

1. La mayor parte de las mujeres mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 60 años, aproximadamente, en donde se produce un fuerte deterioro de la salud.

1__2__3__4__5__.

APENDICE 3

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION N° 008430 DE 1993

(4 DE OCTUBRE DE 1993)

Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

TITULO 1

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 1. Las disposiciones de estas normas científicas tienen por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud.

ARTICULO 2. Las instituciones que vayan a realizar investigación en humanos, deberán tener un Comité de Etica en Investigación, encargado de resolver todos los asuntos relacionados con el tema.

ARTICULO 3. Las instituciones, a que se refiere el artículo anterior, en razón a sus reglamentos y políticas internas, elaborarán su manual interno de procedimientos con el objeto de apoyar la aplicación de estas normas

ARTICULO 4. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- a) Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos
- b) Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- c) A la prevención y control de los problemas de salud.
- d) Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
- e) Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.
- f) A la producción de insumos para la salud.

TITULO II

DE LA INVESTIGACION EN SERES HUMANOS

CAPITULO 1

DE LOS ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION EN SERES HUMANOS

ARTICULO 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

ARTICULO 6. La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

- a) Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- b) Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.

- c) Se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- d) Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución.
- e) Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.
- f) Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.
- g) Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes ; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

ARTICULO 7. Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección, para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo, y demás normas técnicas determinadas para este tipo de investigación, y se tomarán las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

ARTICULO 8. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTICULO 9. Se considera como riesgo de la investigación la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

ARTICULO 10. El grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación.

ARTICULO 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

- a) **Investigación sin riesgo:** Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.
- b) **Investigación con riesgo mínimo:** Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas, pruebas de agudeza auditiva, termografías, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, recolección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos

profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volúmen máximo de 450 ml en dos meses excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico y registrados en este Ministerio o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo 55 de esta resolución.

- c) **Investigaciones con riesgo mayor que el mínimo:** Son aquellas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, estudios con los medicamentos y modalidades que se definen en los títulos III y IV de esta resolución, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyen procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre mayor al 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

ARTICULO 12. El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño para la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Así mismo, será suspendida de inmediato para aquellos sujetos de investigación que así lo manifiesten.

ARTICULO 13. Es responsabilidad de la institución investigadora o patrocinadora, proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente le corresponda.

ARTICULO 14. Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTICULO 15. El Consentimiento Informado deberá presentar la siguiente, información, la cual será explicada , en forma completa y clara al sujeto de investigación o, en su defecto, a su representante legal, en tal forma que puedan comprenderla.

- a) La justificación y los objetivos de la investigación.
- b) Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales.
- c) Las molestias o los riesgos esperados.
- d) Los beneficios que puedan obtenerse.
- e) Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- f) La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

- g) La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- h) La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- i) El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.
- j) La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución responsable de la investigación, en el caso de daños que le afecten directamente, causados por la investigación.
- k) En caso de que existan gastos adicionales, éstos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación o de la institución responsable de la misma.

ARTICULO 16. El Consentimiento Informado, del sujeto pasivo de la investigación, para que sea válido, deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a. Será elaborado por el investigador principal, con la información señalada en el artículo 15 de ésta resolución.
- b. Será revisado por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde se realizará la investigación.
- c. Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación.

- d. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su defecto. Si el sujeto de investigación no supiere firmar imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe.
- e. Se elaborará en duplicado quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o su representante legal.