

ARTÍCULO
ORIGINAL

Caracterización de la calidad de vida en adultos mayores pertenecientes a cuatro asociaciones de Cúcuta mediante la Escala FUMAT

Characterization of the quality of life in older adults belonging to four associations of Cucuta through the Fumat Scale

Briceño-Martinez, Anggie-Paola ¹; Contreras-Pava, Paula- Alejandra ²; León-Cely, Nancy-Esperanza³; Araque- Peñalosa, Dayanna-Karime ⁴; Rivera-Porras, Diego ⁵.

Como citar este artículo: Briceño-Martinez, Anggie-Paola; Contreras-Pava, Paula- Alejandra; León-Cely, Nancy-Esperanza; Araque- Peñalosa, Dayanna-Karime; Rivera-Porras, Diego. Caracterización de la calidad de vida en adultos mayores pertenecientes a cuatro asociaciones de Cúcuta. Revistas Científica Signos Fónicos. Año 2021: 7 (2). 1-26.

Recibido: abril 3, 2021 **Aprobado:** agosto 15, 2021.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El propósito de este estudio es caracterizar la calidad de vida en el adulto mayor a través de la escala FUMAT planteada por Schalock y Verdugo, que la definen desde un concepto multidimensional. **MÉTODOS:** Esta investigación se sustenta bajo un diseño no experimental de tipo descriptivo, enfoque cuantitativo de corte transversal, tomando una muestra de 58 adultos mayores de cuatro asociaciones de Cúcuta. **RESULTADOS:** Se obtuvo la caracterización de la calidad de vida en cada asociación en correlación con las 8 dimensiones evaluadas en la escala. **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN:** Se evidencia que la dimensión con menor rango de puntuación es bienestar material; dado que en la mayoría de las asociaciones predominan las falencias de condiciones materiales. **CONCLUSIONES:** La caracterización de calidad de vida por medio de evaluaciones estandarizadas son un paso necesario para desarrollar propósitos y estrategias centradas en la mejora de la calidad de vida del adulto mayor.

PALABRAS CLAVE: calidad de vida, adulto mayor, bienestar social, participación de la comunidad, salud pública.

^{1,2,3} Practicante

²Fonoaudióloga, Magister en Discapacidad, dayana.araque@unipamplona.edu.co, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6988-468X>, Universidad de Pamplona- Cúcuta, Colombia.

³Psicólogo, Magíster en Gerencia de Recursos Humanos, diego.rivera4@unipamplona.edu.co, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2169-3208>. Universidad de Pamplona- Cúcuta, Colombia.



ABSTRACT

INTRODUCTION: The purpose of this study is to characterize the quality of life in the elderly through the FUMAT scale proposed by Schalock and Verdugo, which define it from a multidimensional concept. **METHODS:** This research is based on a nonexperimental design of descriptive type, quantitative cross-sectional approach, taking a sample of 58 older adults from four Cúcuta associations. **RESULTS:** The quality of life characterization was obtained in each association in correlation with the 8 dimensions evaluated in the scale. **ANALYSIS AND DISCUSSION:** It is evident that the dimension with the lowest score range is material well-being; since in most of the associations the shortcomings of material conditions predominate. **CONCLUSIONS:** The characterization of quality of life through standardized assessments is a necessary step to develop purposes and strategies focused on improving the quality of life of the elderly.

KEYWORDS: quality of life, aged, social welfare, community participation, public health.

INTRODUCCIÓN

La utilización del concepto de Calidad de Vida (CV) puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras (1). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida se refiere a “La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones” (2). Este se encuentra influenciado por el estado de salud física del individuo, definido por la OMS como “la descripción de la salud en la persona en un momento concreto en el tiempo, según ciertas normas identificables, habitualmente con referencia a indicadores de salud” (3), así como su relación con su entorno.

Es así como este concepto de calidad de vida ha ido adquiriendo una importancia e interés especial dentro de la investigación y la práctica de los servicios sociales, educativos y sanitarios durante las tres últimas décadas (4). Todos los esfuerzos y desarrollos llevados a cabo durante este tiempo han permitido que el concepto de calidad de vida haya evolucionado desde una noción sensibilizadora a convertirse en un agente de cambio social y organizacional. Así, la búsqueda de la calidad es hoy un objetivo compartido por usuarios de ámbitos profesionales, organizaciones, políticos y financiadores que trabajan para conseguir servicios y procesos de calidad valorados por los propios usuarios para así mejorar su calidad de vida (5).

De acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando, Schalock y Verdugo, definen la calidad de vida desde un concepto multidimensional, que está compuesto por unas dimensiones, y estas a su vez van a variar de una persona a otra, de grupo a grupo y de lugar a lugar, además, posee componentes objetivos y subjetivos, y está influenciado por factores tanto ambientales, como personales y de interacción. Este término se basa en el grado tanto de experiencias positivas como negativas que tienen los sujetos, reflejándose dentro de los contextos culturales y sociales que rodean a los individuos, los cuales son necesarios para su bienestar personal (9), así como los criterios básicos que se requieren para la adaptación, construcción y aplicación de instrumentos, para su evaluación y medición (10).

Al pasar de los años, el envejecimiento manifiesta el cese de la vida laboral y el inicio de la vejez. Las personas envejecen de diversas maneras, dependiendo de las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante sus cursos de vida, es decir, implica procesos de desarrollo y de deterioro (6); según lo establecido por la (OMS) se define que el comienzo de la vejez o tercera edad se presenta a

partir de los 65 años, en Colombia se considera adulto mayor a las personas con edad igual o superior a 60 años o mayores de 50 años cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y mental así lo determinan (7). Ya que, si bien todos los seres vivos envejecen, resulta necesario precisar que el envejecimiento humano constituye un proceso multidimensional de los seres humanos que se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible; inicia en la concepción, se desarrolla durante el curso de vida y termina con la muerte. Es un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos de los individuos en interacción continua con la vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades, durante el transcurso del tiempo (8).

De ahí que sea necesario buscar estrategias que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores. Bajo este contexto y debido a las características y cambios asociados al proceso de envejecer, es importante conocer la calidad de vida con la que se vive esta etapa. Este conocimiento es de interés principal en el área de la salud, ya que ésta es la más importante en la percepción de bienestar en el adulto mayor (1).

En Colombia, las principales desigualdades sociales en la vejez se manifiestan en términos de ingresos económicos, seguridad social en pensiones, educación y género. En América Latina, Colombia tiene el más alto porcentaje de personas mayores de 60 años que carecen de ingresos: 42 % de las mujeres y un poco más del 25 % de los hombres (11).

La Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez está dirigida a todas las personas residentes en Colombia y en especial, a las personas de 60 años o más. Con énfasis en aquellas en condiciones de desigualdad social, económica, cultural o de género. Teniendo presente la referencia permanente al curso de vida (12). Es una Política Pública, de Estado, concertada, que articula a todos los estamentos del gobierno y a las organizaciones sociales con un propósito común: visibilizar, movilizar e intervenir la situación del envejecimiento humano y la vejez de las y los colombianos, durante el periodo 2014-2024. Por lo tanto, en Colombia se evidencia un aumento progresivo de la población, especialmente del grupo de los adultos mayores, lo que representa para el país un desafío en cuanto a políticas sociales y recursos.

Esta transformación demográfica genera gran impacto a nivel del desarrollo social, político y económico, así como en la calidad de vida, el cumplimiento de los derechos y las dinámicas de los procesos sociales, y de cohesión social, que conlleva (13). Según el censo de 2018 llevado a cabo por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, en Colombia existen 2.617.240 personas mayores de 65 años; es decir, el 6.31% de la población colombiana lo constituyen adultos mayores y se estima que para el año 2025 el porcentaje se incrementará a 10.5%. En cuanto al departamento de Norte de Santander se estima que el 9,1% de los habitantes son adultos mayores de 65 años mostrándose como un departamento en contar con un bajo porcentaje en comparación a otros del mismo país (14).

Desde el ámbito comunitario, el profesional en Fonoaudiología está capacitado para promover el bienestar comunicativo de las personas y las comunidades, por tanto, puede ejercer su profesión en el ámbito del bienestar social, atendiendo las necesidades de la población en situación de vulnerabilidad desde una perspectiva psicosocial y desde la intersectorialidad. De esta manera es importante diferenciar entre la intervención comunitaria que se realiza desde el bienestar social y la que se realiza desde el paradigma de la promoción de la salud. Por un lado, el trabajo en comunidad desde el bienestar social está basado en modelos sociales que pretenden el empoderamiento, la participación e inclusión social y el ejercicio de la ciudadanía a partir del uso de la comunicación y por otro lado, el trabajo comunitario desde la promoción de la salud está dado a partir de la educación en salud auditiva y comunicativa, control de factores de

riesgo, detección precoz y tratamiento de las alteraciones de la comunicación humana, esto basado en modelos de la promoción de la salud y modelos de gestión de riesgo en salud (15).

Es así que, de acuerdo a lo descrito anteriormente esta investigación tiene como fin contribuir a este campo mediante la recolección y análisis de información de los adultos mayores en cuanto a su calidad de vida. Para ello se dará respuesta al siguiente interrogante: ¿Cuáles son las características de la Calidad de Vida presentes en el adulto mayor de las asociaciones Nuevo México, Adulto Mayor Belén, Atardecer de los años y Raíces de Carora pertenecientes al programa del Instituto Municipal de Recreación y Deportes “IMRD” de la ciudad de Cúcuta?

MÉTODOS

El enfoque metodológico de la presente investigación se sustenta bajo un diseño no experimental de tipo descriptivo con enfoque cuantitativo, de corte transversal dado que este se clasifica como un estudio observacional de base individual que suele tener un doble propósito: descriptivo y analítico (16); la población sujeto de estudio diligenció la encuesta una única vez en un tiempo definido, que corresponde al instrumento de Evaluación de la calidad de vida en personas mayores “Escala FUMAT” la cual se basa en el modelo heurístico de calidad de vida planteado por Schalock y Verdugo. La calidad de vida es evaluada a través de 57 ítems distribuidos en ocho subescalas que corresponden con las dimensiones: Bienestar emocional, Relaciones interpersonales, Bienestar material, Desarrollo personal, Bienestar físico, Autodeterminación, Inclusión social y Derechos (17).

Primera Fase: trabajo de campo

Se realizó un proceso de búsqueda poblacional, donde se logró el acceso a la vinculación con el grupo HEVS - Hábitos y Estilo de Vida Saludable en adulto mayor del Instituto Municipal para la recreación y el deporte (IMRD) de la alcaldía de Cúcuta - Norte de Santander, quienes se basan principalmente en promover y mantener el bienestar físico, social y mental de todos los adultos mayores pertenecientes a las asociaciones de las diferentes comunas (18), las cuales se encuentran integrados por población mayor de 55 años, dónde están vinculadas las asociaciones: Grupo Nuevo México (Barrio Santo Domingo), Adulto Mayor Belén (Barrio Belén) Atardecer de los años (Barrio Ceci), y Raíces de Carora (Barrio Carora, Cuberos Niño y La Cabrera).

Para la realización de este estudio se establecen los siguientes criterios de inclusión y exclusión (Tabla 1):

TABLA 1. Criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
------------------------	------------------------

- Personas con edades mayor de 55 años.
- Personas pertenecientes a las asociaciones vinculadas con el Programa HEVS del Adulto Mayor del IMRD – Cúcuta, Norte de Santander.
- Personas con acceso al uso de las tecnologías de la información y comunicación “TIC”
- Participantes con autorización mediante Consentimiento Informado aprobado vía telefónica.
- Los artículos usados deben estar relacionados con el tema de Calidad De Vida en población Adulta Mayor.
- Los artículos seleccionados deben tener una ventana de 10 años máximos a la fecha actual; además deben ser localizados en bases de datos primarios, confiables y precisos.
- Personas con edades menores a 55 años.
- Adulto mayor no perteneciente a las asociaciones “Raíces de Carora, Grupo Nuevo México, Atardecer de los años y Asociación Adulto Mayor Belén” de la ciudad de Cúcuta del Departamento de Norte de Santander.
- Personas sin acceso a celular móvil o número de contacto.
- Participantes que no autorizan el diligenciamiento de “Escala FUMAT - Evaluación de la calidad de vida en personas mayores”.
- Los artículos seleccionados que superen una ventana de 10 años.

Fuente: Los autores

Segunda Fase: aplicación y recolección de datos

Para realizar la evaluación se tuvo en cuenta los siguientes elementos: Cuadernillo de anotación, Sección 1a. Escala de Calidad de Vida FUMAT para anotación de puntuaciones, tabla de baremos y tabla para obtener el Índice de Calidad de Vida y el percentil del Índice de Calidad de Vida. A raíz de la emergencia sanitaria que se presenta en la actualidad por COVID-19, se implementó para la toma de información el uso de las tecnologías de la información y comunicación, conocidas por su abreviatura como “TIC”, siendo un conjunto de tecnologías requeridas para el almacenamiento, recuperación, proceso y comunicación de la información (19); que se llevó a cabo bajo un momento sincrónico mediante llamadas telefónicas individuales a cada adulto mayor. Por lo cual se hizo necesario realizar una adaptación del cuadernillo de aplicación, presentando cada una de las preguntas que forman las ocho dimensiones a través de la plataforma Google Forms, descritas a continuación:

- **Bienestar emocional:** en esta dimensión se tiene en cuenta todo lo relacionado con la estabilidad emocional, la satisfacción del lugar en el que está, el autoconcepto, la ausencia de estrés, los sentimientos negativos y la relación de pareja en los adultos mayores.
- **Bienestar físico:** en ella se tendrá en cuenta la atención sanitaria que requiera el adulto mayor, la memoria, su movilidad, la visión, el sueño, el acceso a ayudas técnicas, las actividades de la vida diaria, la audición y la salud en general de los adultos mayores.
- **Bienestar material:** es necesario tener en cuenta la vivienda donde se encuentra el adulto mayor, las condiciones del servicio prestado, la jubilación y los ingresos que manifieste el adulto mayor.
- **Relaciones interpersonales:** esta dimensión se evidencia en el sentido en el que el adulto mayor identifica cuáles son sus amigos, como es su relación social con ellos, su relación con la familia y si reconoce relaciones consideradas positivas y gratificantes.
- **Inclusión social:** en esta dimensión se tiene en cuenta los siguientes indicadores: participación, integración, apoyos generales.
- **Desarrollo personal:** En esta dimensión se tienen en cuenta los siguientes indicadores: oportunidades de aprendizaje, habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, comunicación) y habilidades académicas.
- **Autodeterminación:** En esta dimensión se valoran aspectos como: metas y preferencias personales, autonomía, elecciones y decisiones.

- **Derechos:** La dimensión de derechos nos permite por medio de los siguientes indicadores ejercer sus derechos, responsabilidades, dignidad, derechos legales, información, respeto, defensa de derechos, intimidad, saber si son puestos en práctica en la atención del adulto mayor o no (20).

Tercera Fase: proceso de análisis

Esta fase inicia con la revisión y organización de los datos obtenidos al aplicar la escala FUMAT, todos los ítems están enunciados en tercera persona, con formato declarativo y se responden utilizando una escala de frecuencia de cuatro opciones ('nunca o casi nunca', 'a veces', 'frecuentemente' y 'siempre o casi siempre'); con un rango de puntuación de 1 a 4 según sea requerido. Seguidamente, se califica a cada uno de los sujetos a través de los baremos establecidos por la escala, con el objetivo de obtener la puntuación total directa, puntuación estándar, percentiles, índices de calidad de vida general y por dimensiones, valores necesarios para dar respuesta a la pregunta de investigación.

En la ejecución de este proceso, se utilizaron diversas hojas de cálculo de Microsoft Excel y de Google Forms, las cuales permitieron realizar procesos estadísticos gracias a las funciones con las que cuentan específicamente, para ayudar a crear y trabajar fundamentalmente en la abstracción y estudio de los resultados (21): comparación de la población y análisis individual por dimensiones de la escala.

Para el análisis de los respectivos resultados, se utilizó el Manual Básico "SPSS" con sus siglas en inglés "*Statistical Product and Service Solutions*" que permite realizar un análisis estadístico de los datos (22); donde se tomaron los valores que, arrojados por los percentiles de cada una de las ocho dimensiones, clasificadas en 4 cuartiles (Q) organizados de la siguiente manera:

- 76 - 100 corresponde al cuartil 1 (Q1)
- 51- 75 corresponde al cuartil 2 (Q2)
- 26 - 50 corresponde al cuartil 3 (Q3)
- 1-25 corresponde al cuartil 4 (Q4)

Por último, se aplicó la prueba Kruskal - Wallis para muestras independientes, dado que los datos presentan una distribución no paramétrica y a su vez son muestras de asociaciones independientes entre sí permitiendo comparar la variación entre los cambios en las puntuaciones de las asociaciones y así analizar si estos son significativos o no (23).

RESULTADOS

Se logra una muestra de 58 adultos mayores pertenecientes a las asociaciones Grupo Nuevo México (Barrio Santo Domingo), Adulto Mayor Belén (Barrio Belén) Atardecer de los años (Barrio Ceci), y Raíces De Carora (Barrio Carora, Cuberos Niño y La Cabrera) del IMRD. Los resultados obtenidos en el estudio serán expuestos en cuatro procesos, con el fin de mostrar los mismos de una manera concisa y eficaz, primero se muestra una caracterización sociodemográfica donde se evidencia que la mayor parte del muestreo estuvo compuesta por el sexo femenino, representando un 87,9% del total de los evaluados (Tabla 2); segundo, se realiza una distribución de la cantidad de adultos mayores en cada asociación, identificando que la mayor parte de los participantes pertenecen a la asociación número 3 Atardecer de los Años correspondiente a un 34,5%. (Tabla 3); tercero se caracterizan las ocho dimensiones por medio de la metodología de la escala FUMAT y finalmente se presenta la hipótesis planteada a través de la prueba Kruskal- Wallis (Tabla 12).

1. Caracterización Sociodemográfica

TABLA 2. Distribución por Género

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	7	12,1%
Femenino	51	87,9%
Total	58	100%

Fuente: Autores

2. Distribución por Asociación:

TABLA 3. Distribución por Asociación

Asociación	Frecuencia	Porcentaje
Asociación 1 Nuevo México	15	25,9%
Asociación 2 Adulto Mayor Belén	6	10,3%
Asociación 3 Atardecer de Los Años	20	34,5%
Asociación 4 Raíces de Carora	17	29,3%
Total	58	100%

Fuente: Autores

3. Caracterización de la calidad de vida por dimensiones:

Bienestar Emocional:

Se evidencia que el cuartil más predominante en las asociaciones 1 y 3 corresponde al Q2 equivalente al percentil 51 a 75; en la asociación 2 corresponde al Q1 con valor percentil 76 a 100 y finalmente la asociación 4 su valor es equivalente al percentil 26 a 50 que corresponde al Q3. Por otra parte, también se puede observar que el cuartil que menor predomina en la asociación 1 es Q4 equivalente al percentil 1 a 25; en la asociación 2 se ubica en el Q2; en la asociación 3 el cuartil menor predominante se ubica tanto en el Q1 como en el Q4 y en la asociación 4 se ubican tanto en el Q2 como en el Q3 (Tabla 4).

TABLA 4. Tabla cruzada asociaciones, Bienestar emocional

		Bienestar emocional				Total
		Percentil: 1 a 25 (Q4)	Percentil: 26 a 50 (Q3)	Percentil: 51 a 75 (Q2)	Percentil: 76 a 100 (Q1)	
Asociación	Asociación 1	1	3	9	2	15
	Asociación 2	0	2	1	3	6
	Asociación 3	1	7	11	1	20
	Asociación 4	3	7	3	4	17
Total		5	19	24	10	58

Fuente: Autores

Relaciones Interpersonales:

En esta dimensión el cuartil más predominante en las asociaciones 1, 3 y 4 corresponden al cuartil (Q2) el cual equivale a al valor percentil 51 a 75; mientras que la asociación 2 corresponden al cuartil (Q1) con valor percentil de 76 a 100. Por otra parte, también se puede observar que el cuartil que menor predomina en la asociación 1 es Q1 equivalente al percentil 75 a 100; en la asociación 2 se ubican en el cuartil Q2; en la asociación 3 el cuartil que menor predomina se ubica en el Q3 y la asociación 4 se ubica en el cuartil Q4 (Tabla 5).

TABLA 5. Tabla cruzada asociaciones, Relaciones interpersonales

		Relaciones interpersonales				Total
		Percentil: 1 a 25 (Q4)	Percentil: 26 a 50 (Q3)	Percentil: 51 a 75 (Q2)	Percentil: 76 a 100 (Q1)	

Asociación	Asociación 1	0	6	7	2	15
	Asociación 2	0	0	2	4	6
	Asociación 3	0	3	10	7	20
	Asociación 4	1	0	12	4	17
Total		1	9	31	17	58

Fuente: Los autores

Bienestar Material:

A nivel de bienestar material el cuartil más predominante en la asociación 1 corresponde al Q3 con un valor percentil de 26 a 50; en la asociación 2 se ubican tanto en el cuartil Q3 como en el Q4 y en las asociaciones 3 y 4 corresponden al Q4 que equivale a los percentiles a 25. Por otra parte, también se puede observar que el cuartil menos predominante en las asociaciones 1 y 4 es Q2 el cual equivale al percentil 51 a 75, la asociación 3 se ubican tanto el cuartil Q2 como en el Q3 (Tabla 6).

TABLA 6. Tabla cruzada asociaciones, Bienestar material

		Bienestar material			Total
		Percentil: 1 a 25 (Q4)	Percentil: 26 a 50 (Q3)	Percentil: 51 a 75 (Q2)	
Asociación	Asociación 1	5	9	1	15
	Asociación 2	3	3	0	6
	Asociación 3	12	4	4	20
	Asociación 4	8	6	3	17
Total		28	22	8	58

Fuente: Autores

Desarrollo Personal:

En la representación de la anterior tabla, se evidencia que a nivel de Desarrollo personal el cuartil más predominante en las asociaciones 1, 2, 3 y 4 corresponden al cuartil Q1 que equivale a los percentiles de 76 a 100. Por otra parte, también se puede observar que el cuartil que menos predomina en las asociaciones 1 y 2 es Q2 con un valor percentil de 51 a 75; mientras que en las asociaciones 3 y 4 el cuartil que menos predomina se ubica en el Q4 que equivale al percentil 1 a 25 (Tabla 7).

TABLA 7. Tabla cruzada asociaciones, Desarrollo personal

		Desarrollo personal		Total
--	--	---------------------	--	-------

		Percentil: 1 a 25 (Q4)	Percentil: 26 a 50 (Q3)	Percentil: 51 a 75 (Q2)	Percentil: 76 a 100 (Q1)	
Asociación	Asociación 1	0	0	3	12	15
	Asociación 2	0	0	2	4	6
	Asociación 3	2	3	6	9	20
	Asociación 4	1	0	7	9	17
	Total	3	3	18	34	58

Fuente: Autores

Bienestar Físico:

En la dimensión, el cuartil más predominante en las asociaciones 1 y 2 corresponden al cuartil Q2 el cual equivale al valor percentil 51 a 75 y en las asociaciones 3 y 4 se ubican en mayor medida dentro del cuartil Q1 que equivale a los percentiles de 76 a 100. Por otra parte, también se puede observar en la asociación 1 que el cuartil que menos predomina es Q4 equivalente al percentil 1 a 25; en la asociación 2 se ubica en el cuartil Q1 y en las asociaciones 3 y 4 el menor es el cuartil es Q3 equivalente al percentil 26 a 50. (tabla 8)

TABLA 8. Tabla cruzada asociaciones, Bienestar físico

		Bienestar físico				Total
		Percentil: 1 a 25 (Q4)	Percentil: 26 a 50 (Q3)	Percentil: 51 a 75 (Q2)	Percentil: 76 a 100 (Q1)	
Asociación	Asociación 1	1	3	6	5	15
	Asociación 2	0	0	4	2	6
	Asociación 3	6	2	4	8	20
	Asociación 4	3	1	5	8	17
	Total	10	6	19	23	58

Fuente: Autores

Autodeterminación:

Se puede evidencia que a nivel de Autodeterminación el cuartil más predominante en las asociaciones 1, 2, 3 y 4 corresponden al cuartil Q1 que equivale a los percentiles de 76 a 100. Por otra parte, también se puede observar que el cuartil en el que menos predomina la asociación 1 es Q2 con un valor percentil de 51 a 75; mientras que en la asociación 3 el cuartil se ubica en el Q3 que equivale al percentil 26 a 50 y en la asociación 4 el cuartil con menor predominancia se ubica tanto en el Q2 como en el Q3 (Tabla 9).

TABLA 9. Tabla cruzada asociaciones, Autodeterminación

		Autodeterminación				Total
--	--	-------------------	--	--	--	-------

		Percentil: 26 a 50 (Q3)	Percentil: 51 a 75 (Q2)	Percentil: 76 a 100 (Q1)	
Asociación	Asociación 1	0	1	14	15
	Asociación 2	0	0	6	6
	Asociación 3	2	5	13	20
	Asociación 4	2	2	13	17
Total		4	8	46	58

Fuente: Los autores

Inclusión Social:

Se evidencia que a nivel de inclusión social el cuartil más predominante en las asociaciones, 2, 3 y 4 corresponden al cuartil Q1 que equivale a los percentiles de 76 a 100. Por otra parte, también se puede observar que el cuartil menos predominante en las asociaciones 1 y 4 es Q3 con un valor percentil de 26 a 50 y en la asociación 3 el cuartil que menor prima se ubica tanto en el Q2 como en el Q3 (Tabla 10).

TABLA 10. Tabla cruzada asociaciones, Inclusión social

		Inclusión social				Total
		Percentil: 1 a 25 (Q4)	Percentil: 26 a 50 (Q3)	Percentil: 51 a 75 (Q2)	Percentil: 76 a 100 (Q1)	
Asociación	Asociación 1	0	1	3	11	15
	Asociación 2	0	0	0	6	6
	Asociación 3	5	2	2	11	20
	Asociación 4	0	1	0	16	17
Total		5	4	5	44	58

Fuente: Los autores

Derechos:

De acuerdo con la anterior tabla, se puede evidenciar que a nivel de Derechos el cuartil más predominante en las asociaciones 1 corresponde al Q2 el cual equivale al valor percentil 51 a 75 y en las asociaciones 2, 3 y 4 corresponden al Q1 con valor percentil 76 a 100. Por otra parte, también se puede observar que el cuartil que menos predomina en la asociación 1 es Q3 equivalente al percentil 26 a 50; en la asociación 3 se ubica en el Q4 lo que equivale al percentil 1 a 25 y en la asociación 4 se ubica en Q3 (Tabla 11).

TABLA 11. Tabla cruzada asociaciones, Derechos

		Derechos				Total
		Percentil: 1 a 25 (Q4)	Percentil: 26 a 50 (Q3)	Percentil: 51 a 75 (Q2)	Percentil: 76 a 100 (Q1)	
Asociación	Asociación 1	0	1	3	11	15
	Asociación 2	0	0	0	6	6
	Asociación 3	5	2	2	11	20
	Asociación 4	0	1	0	16	17
Total		5	4	5	44	58

Asociación	Asociación 1	0	1	10	4	15
	Asociación 2	0	0	0	6	6
	Asociación 3	1	3	7	9	20
	Asociación 4	0	2	5	10	17
	Total	1	6	22	29	58

Fuente: Autores

4. Resumen prueba de hipótesis por dimensiones

Tabla 12. Tabla resumen de prueba de hipótesis

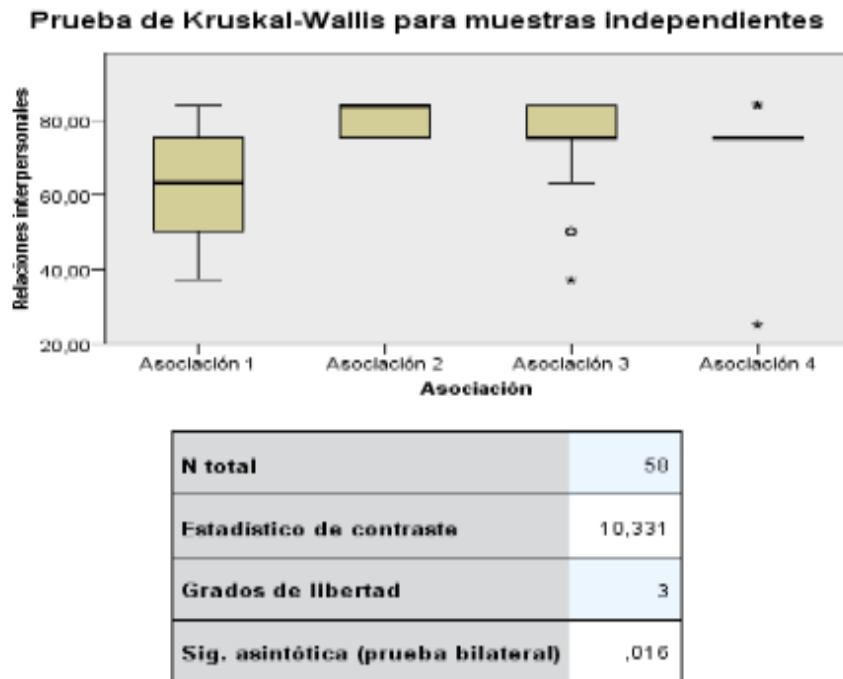
	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Bienestar emocional es la misma entre las categorías de Asociación.	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes	0,48	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de Relaciones interpersonales es la misma entre las categorías de Asociación.	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes	0,02	Rechazar la hipótesis nula.
3	La distribución de Bienestar material es la misma entre las categorías de Asociación.	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes	0,86	Retener la hipótesis nula.

4	La distribución de Desarrollo personal es la misma entre las categorías de Asociación.	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes	0,17	Retener la hipótesis nula.
5	La distribución de Bienestar físico es la misma entre las categorías de Asociación.	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes	0,52	Retener la hipótesis nula.
6	La distribución de Autodeterminación es la misma entre las categorías de Asociación.	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes	0,71	Retener la hipótesis nula.
7	La distribución de Inclusión social es la misma entre las categorías de Asociación.	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes	0,02	Rechazar la hipótesis nula.
8	La distribución de Derechos es la misma entre las categorías de Asociación.	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes	0,06	Retener la hipótesis nula.
9	La distribución del Índice de calidad de vida es la misma entre las categorías de Asociación.	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes	0,16	Retener la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de 0,5.

Fuente: Autores

De acuerdo con la información recolectada se consideró importante identificar si existían o no variaciones entre los resultados según las asociaciones encuestadas; por ello se formularon las hipótesis alterna y nula en el cual la primera, hace referencia a que existe variación en las puntuaciones de al menos una asociación la cual tendrá un valor de Sig. ($<0,05$), frente a la hipótesis nula donde todas las puntuaciones en las asociaciones son iguales con un valor de Sig. ($\geq 0,05$) (24). Por esta razón, se aplicó la prueba Kruskal - Wallis para muestras independientes dado que los datos presentan una distribución no paramétrica y a su vez son muestras de asociaciones independientes entre sí permitiendo comparar la variación entre los cambios en las puntuaciones de las asociaciones y si estos son significativos (25). Al analizar la tabla anterior se identificó que, en las categorías de bienestar emocional, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación y derechos, no se evidenciaron puntuaciones significativamente diferentes, sin embargo, en las categorías de relaciones interpersonales e inclusión social, si se evidencia esta diferencia significativa.

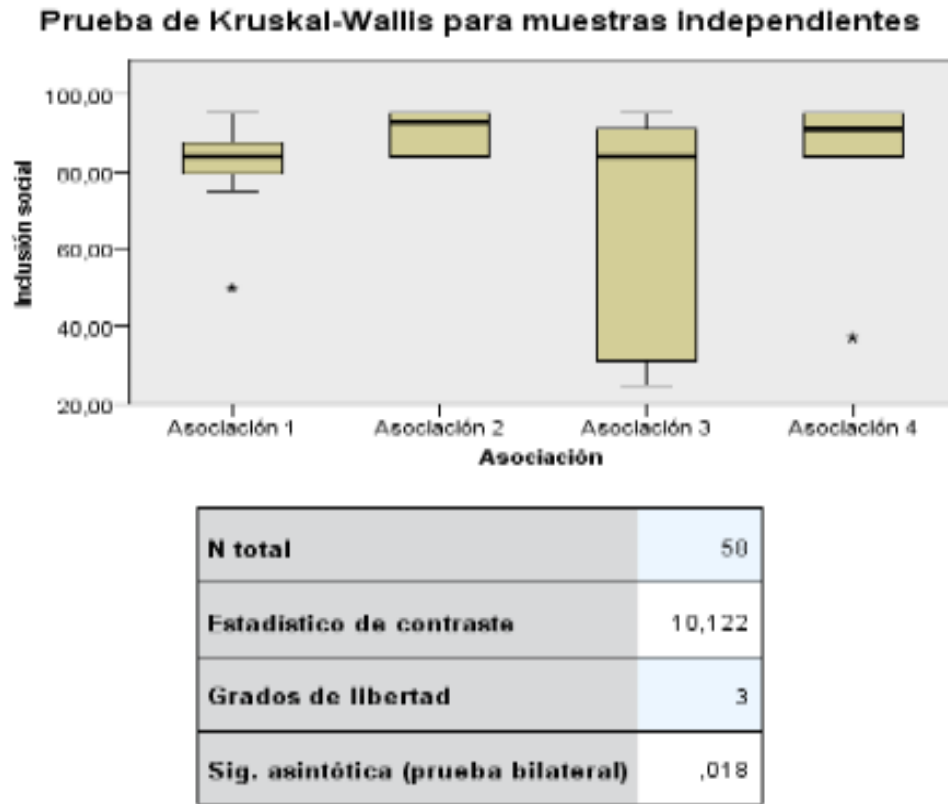


1. Las estadísticas de prueba se ajustan para empates.

Figura 1. Representación gráfica prueba de Kruskal - Wallis para muestras independientes- relaciones interpersonales

Fuente: Los autores

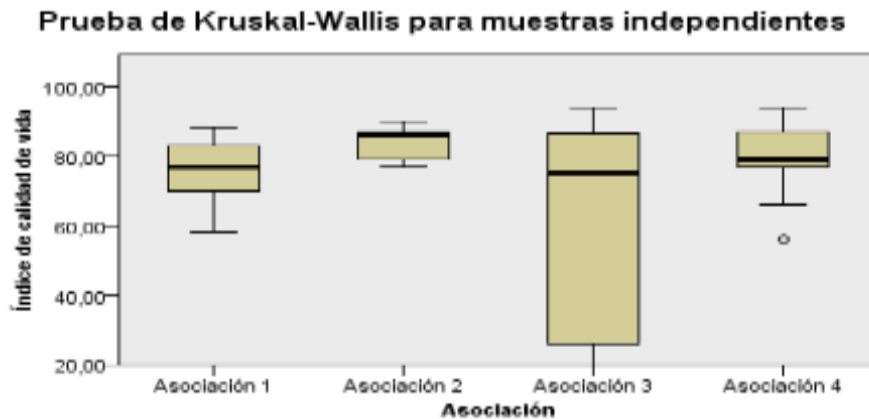
Según el gráfico anterior, debido a la posición que tenían las puntuaciones se trabajó la prueba de Kruskal - Wallis para muestras independientes y se evidencio que, a nivel de relaciones interpersonales se asume la hipótesis alterna puesto que, las asociaciones 3 y 4 presentan puntuaciones similares, sin embargo la asociación 2 difiere significativamente en puntaje, presentando el valor más alto entre las mismas a diferencia de la asociación 1 la cual difiere presentando la menor percepción a nivel de esta dimensión.



1. Las estadísticas de prueba se ajustan para empates.

Figura 2. Representación gráfica prueba de Kruskal - Wallis para muestras independientes- Inclusión social
Fuente: Autores

De acuerdo con el anterior gráfico, debido a la posición que tenían las puntuaciones se trabajó la prueba de Kruskal -Wallis para muestras independientes; en donde se evidencio que, a nivel de inclusión social se asume nuevamente la hipótesis alterna puesto que, las asociaciones 1 y 3 presentan puntuaciones iguales siendo las más bajas en comparación con las asociaciones 2 y 4, las cuales difieren presentando la mayor puntuación.



N total	58
Estadístico de contraste	5,247
Grados de libertad	3
Sig. asintótica (prueba bilateral)	,155

1. Las estadísticas de prueba se ajustan para empates.
2. No se realizan múltiples comparaciones porque la prueba global no muestra diferencias significativas en las muestras.

Figura 3. Representación gráfica prueba de Kruskal - Wallis para muestras independientes- Índice de calidad de vida

Fuente: Los autores

En lo evidenciado en el gráfico anterior, el cual refleja la prueba de Kruskal - Wallis para muestras independientes, a nivel del índice de Calidad de vida quien obtuvo una puntuación más alta es la asociación 2, seguida de la asociación 4, la asociación 1 y finalmente con una puntuación menor la asociación 3.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El Plan Decenal de Salud Pública (**PDSP**) tiene como objetivo reconocer el impacto del envejecimiento poblacional como fenómeno irreversible que debe ser abordado con efectividad, mediante la formulación, implementación y seguimiento de políticas de estado que mitiguen la afectación social que deriva en mayor proporción de población dependiente que no alcanza condiciones de autosostenibilidad (26), acompañadas de oportunidades ya que se debe promover el envejecimiento activo durante todo el curso de la vida y en todos los ámbitos cotidianos, mediante el desarrollo de una cultura positiva de la vejez para la población Colombiana; a través del desarrollo y fortalecimiento de acciones en los tres pilares: salud, seguridad y participación (27).

Al pasar de los años el adulto mayor experimenta dificultades para llevar a cabo las actividades de la vida diaria de una manera autónoma y libre (28); además presenta cambios físicos, cognitivos, de tipo económico, emocional y social; dichas funciones corporales y mentales sufren desgastes, anomalías, defectos, pérdidas o desviaciones que terminan por convertirse en mutiladores silenciosos de la capacidad funcional, incidiendo desde luego en la calidad de vida de los mismos (29), (30). Es por ello, que este tipo de población necesita asimilar todos estos cambios que le ocurren, para poder adaptarse y reproducir las implicaciones sociales y valorativas de dicha categoría, reestructurando su posición y su forma de participación en la sociedad (31).

Por lo anterior, la calidad de vida en el adulto mayor se ve afectada en muchas ocasiones por la salud física del individuo y su estado psicológico, grado de independencia, relaciones sociales e interrelación con el entorno; los cuales son factores necesarios que permitan alcanzar un equilibrio y satisfacción, contribuyendo de esta manera a las habilidades adaptativas del mismo (32). Esto representa que tanto factores externos como internos sean determinantes en el proceso de calidad de vida (33). En ese mismo sentido, la Escala FUMAT organiza a través de un enfoque multidimensional, la percepción del ser humano con respecto a su entorno donde se desenvuelve, haciendo referencia a dimensiones como: Bienestar material, bienestar emocional, relaciones interpersonales, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos, esperando que se tenga un equilibrio total (34).

De este modo, para dar respuesta al interrogante planteado en la presente investigación, el cual hace referencia a la caracterización de la Calidad de Vida presentes en el adulto mayor de las asociaciones Nuevo México, Adulto Mayor Belén, Atardecer de los años y Raíces Carora pertenecientes al programa del “IMRD” de la ciudad de Cúcuta; se refleja que en la dimensión de bienestar emocional, en la mayoría de las asociaciones presentaron resultados entre los percentiles más altos, indicando un alto grado de bienestar emocional lo que incluye aspectos como salud mental, estabilidad emocional, ausencia de estrés, sentimientos negativos, autoconcepto y satisfacción. Por tanto, las emociones positivas y negativas representan el componente afectivo emocional, ya que las primeras reflejan la forma en que una persona se siente entusiasmada, activa, alerta, con energía (35); por el contrario, las emociones negativas constituyen la dimensión general de estrés subjetivo y conllevan una visión de las obligaciones cotidianas como algo desagradable que empuja a estados emocionales aversivos, tales como disgusto, ira, culpa, miedo, tristeza y nerviosismo (36), (37).

Siguiendo con la línea de las dimensiones, a nivel de relaciones interpersonales la cual cumple un papel importante en el desarrollo personal; al realizar el estudio, la población adulto mayor de las asociaciones 1 (Nuevo México), 3 (Atardecer de los años) y 4 (Raíces de Carora), manifestó resultados con buen valor en la percepción de esta dimensión ubicándose en el percentil 51 a 75, sin embargo, la asociación 3 (Adulto Mayor Belén) se ubicó dentro del rango más alto (percentil 75 a 100), dando a conocer la buena captación en ámbitos como relaciones familiares, de pareja y relaciones sociales positivas manifestadas a partir de las interacciones entre los individuos y desarrollada sobre su base emocional; Debido a que esta se desarrolla en relación a su círculo social, las instituciones a las que asiste y los vínculos familiares con los que se cuenta (38); donde son característicos el compromiso, el afecto que conllevan al establecimiento de dichas relaciones que van a permitir la satisfacción de un conjunto de necesidades imprescindibles para el desarrollo integral en el adulto mayor (39).

De acuerdo con la dimensión de bienestar material se evidenció que, en el análisis de resultados la población adulto mayor, en cuanto a dicha dimensión se considera de inconformidad media y baja, puesto que ninguna de las asociaciones se ubica dentro del cuartil más alto (Q1) con valor percentil de 76 a 100. Por lo anterior, se podría decir que el bienestar material es una de las bases fundamentales para que exista

una calidad de vida integral (40), hallando una relación positiva entre el nivel de ingresos y la satisfacción con la vida, dado que si existen bajos ingresos económicos disminuirá la calidad de vida (41).

Dando continuidad, la dimensión de desarrollo personal, estudios indican que el desarrollo personal integra tres elementos que lo caracterizan. Por un lado, está su carácter individual, basándose en la propia experiencia personal y en las percepciones y evaluaciones de la misma; por otro lado, se encuentra su dimensión global que incluye una valoración o juicio de todos los aspectos de la vida (a menudo denominada satisfacción vital) y por último se destaca la autonomía que tiene el adulto mayor para llevar a cabo ciertas responsabilidades que se asumen con el paso del tiempo (42), (43). Por esto en relación con lo anterior esta dimensión muestra en los indicadores de resultados que, el cuartil que más predominó en las cuatro asociaciones es el cuartil Q1 que equivale a los percentiles de 76 a 100. Indicando en la población adulto mayor un alto grado de desempeño y/o desarrollo de habilidades funcionales académicas y el manejo de situaciones del diario vivir.

Por otra parte, en cuanto a lo referente del bienestar físico, se contemplan resultados equivalentes entre las asociaciones 1 (Nuevo México) y 2 (Adulto Mayor Belén), estas se ubicaron en el mismo rango de puntuación con percentil bueno ya que se ubican el percentil de 51 a 75, e igualmente las asociaciones 3 (Atardecer de los años) y 4 (Raíces de Carora) reflejaron esta equivalencia, ubicándose en el más alto rango de buena percepción de su salud en general, atención sanitaria, visión, memoria, movilidad y actividades de la vida diaria, siendo algo positivo dado que el proceso de envejecimiento suele acompañarse de limitaciones en las habilidades físicas las cuales conllevan en ocasiones a afectar la vida social (44); dado que se presentan menos actividades y planes, aunque existen formas de compensar dichas situaciones, y se llega incluso a lograr adecuados niveles de bienestar físico, dependiendo de ciertas condiciones del entorno y el propio individuo (45).

Siguiendo la línea de análisis, en la dimensión de autodeterminación se evidenciaron indicadores con satisfacción, la población adulto mayor se muestra como independientes al momento de manejar y hacer uso de sus ingresos y la toma de determinadas decisiones, puesto que, en el análisis de dichos resultados, en todas las cuatro asociaciones el cuartil que más predominó fue el (Q1) que equivale a los percentiles de 76 a 100. En relación con lo anterior autores señalan que la autodeterminación es una condición necesaria para que realmente tenga lugar la experiencia de poder disfrutar de lo que uno hace como resultado del esfuerzo personal y de la implicación en las actividades que se desarrolla (46), (47); es decir que en el adulto mayor sí estas condiciones están presentes podrá disfrutar de una mejor manera, esto le permitirá reforzar su autodeterminación y va a posibilitar que alcancen una mejor calidad de vida (48).

De acuerdo al análisis, en la dimensión de inclusión social se aprecia que las asociaciones ya mencionadas presentan un buen índice en este aspecto ya que se tienen en cuenta lo relacionado con la participación en diversas actividades que les permiten integrarse con sus semejantes y la comunidad; contar con el apoyo de amigos cercanos y tener una red de apoyo que permita satisfacer sus necesidades; es por esto que en estas cuatro asociaciones predominó el cuartil (Q1) que equivale a los percentiles de 76 a 100. Es así que dentro de la teoría se percibe como fundamental que esté dentro de la calidad de vida en los adultos mayores la integración de la inclusión social, la cual es posible generarla a través de actividades que produzcan en ellos placer y desarrollo tanto intelectual como social ; algo importante que se destaca en relación a ello , es la importancia de las tecnologías (49), y su papel en el ocio, información y participación de los mayores y que estos momentos de pandemia se está viviendo un mayor uso de estas herramientas (50).

Por último, en lo referente a la dimensión de derechos se observa que las asociaciones 2 (Adulto Mayor Belén) con 6 personas, asociación 3 (Atardecer de los Años) con 9 personas y la asociación 4 (Raíces de Carora) con 10 personas obtuvieron el mayor índice de resultado que corresponde al (Q1) con valor percentil 76 a 100. Mientras que, por otra parte, la asociación 1 (Nuevo México) con 10 personas se ubica dentro de los percentiles de 51 a 75 correspondiente al cuartil (Q2). Evidenciándose que en su entorno son tratados con respeto, disponen de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadanos, refiriendo así que no se están vulnerando sus derechos, y que sí están respetando su forma de ser y de esta manera satisfaciendo sus necesidades sociales y culturales. Los derechos deben constituirse a través de una política social que debe contener el marco de la materia que le dio origen e incluir el conjunto de medidas, normativas institucionales, administrativas y programáticas a desarrollar por el estado (51), (52) y en algunos casos, también por la sociedad civil y las organizaciones sociales que brinden el acompañamiento y la asesoría necesaria para que los adultos mayores se incluyan en estos procesos políticos, se cumplan sus derechos y se aporte en la mejora de su calidad de vida (53).

En relación con lo anterior; en la información recolectada se consideró importante identificar si existían o no variaciones entre los resultados según las asociaciones encuestadas; por esta razón, se aplicó la prueba Kruskal - Wallis para muestras independientes dado que los datos presentan una distribución no paramétrica y a su vez son muestras de asociaciones independientes entre sí permitiendo comparar la variación entre los cambios en las puntuaciones de las asociaciones y si estos son significativos (54). Es así que, teniendo en cuenta las hipótesis planteadas en el método se identificó que en las categorías de bienestar emocional, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación y derechos se mantiene la hipótesis nula dado que el error obtenido fue de un nivel de significación igual o mayor a 0,05 y por otra parte en las categorías relaciones interpersonales e inclusión social se rechazó la hipótesis nula y se asume la hipótesis alterna donde se plantea la variación en las puntuaciones de al menos una asociación dado que el nivel de significancia es inferior a 0,05.

De acuerdo con los autores, a pesar de los cambios sociales y de la edad, las redes familiares del adulto mayor permanecen estables si son recíprocas; con el aumento de la edad se incrementa la dependencia de los familiares y se disminuye el soporte de las personas por fuera de ellas (55)(56). Es así que de acuerdo al análisis arrojado en la prueba anteriormente mencionada según la posición de las puntuaciones, se evidencia que a nivel de relaciones interpersonales, se logró identificar el cumplimiento de la hipótesis alterna debido a que, las asociaciones (3) Atardecer de los años y (4) Raíces de Carora presentan puntuaciones similares, sin embargo la asociación (2) Adulto Mayor Belén difiere significativamente en puntaje, presentando el valor más alto entre las mismas y resaltando que las relaciones de apoyo dadas entre el adulto mayor y sus familias, se basan principalmente en orientaciones valorativas sobre la unidad familiar y la interdependencia, a diferencia de la asociación (1) Nuevo México la cual difiere presentando la menor percepción a nivel de esta dimensión.

En lo referente a la dimensión de inclusión social según la posición de las puntuaciones se logró identificar que en dicha dimensión se cumple la nuevamente la hipótesis alterna puesto que, las asociaciones (1) Nuevo México y (3) Atardecer de los años presentan puntuaciones iguales siendo las más bajas en comparación con las asociaciones (2) Adulto Mayor Belén y (4) Raíces de Carora, las cuales difieren presentando la mayor puntuación a nivel de esta dimensión; en vista de lo anterior se resalta que para estas últimas las relaciones sociales constituyen el corazón de su funcionamiento social (57). Por tal motivo, es importante resaltar que el estado debe garantizar pautas y control del cumplimiento de esta dimensión, para una mejora continua de las condiciones materiales y la capacidad intelectual (58)(59); lo que permite una generación de oportunidades para una vida armónica dentro de su familia y su comunidad (60).

Para finalizar, se realizó el análisis del Índice de Calidad de Vida en las cuatro asociaciones; los resultados arrojados en la prueba de Kruskal - Wallis para muestras independientes fueron que, a nivel del índice de Calidad de vida se reflejó una puntuación más alta en la asociación (2) Adulto Mayor Belén, seguida de la asociación (4) Raíces de Carora, la asociación (1) Nuevo México; en donde finalmente la asociación (3) Atardecer de los Años fue la que obtuvo una puntuación menor.

CONCLUSIONES

- En perspectiva de estos datos, se puede concluir que la Escala FUMAT supone una valiosa aportación a la investigación acerca de la calidad de vida y, especialmente, como un instrumento fiable con propiedades adecuadas y criterios válidos que justifican su uso e implementación en la práctica aplicada para la planificación de apoyos empleados en la intervención en adultos mayores, así como para encaminar las intervenciones dirigidas a la mejora de su calidad de vida.
- La asociación que manifestó una mejor percepción acerca de la calidad de vida según la aplicación de la Escala FUMAT y la tabulación a través de la prueba Kruskal - Wallis para muestras independientes, es la asociación Adulto Mayor Belén (Barrio Belén) de la Ciudad de Cúcuta Norte de Santander.
- La caracterización de la calidad de vida por medio de evaluaciones estandarizadas son un paso necesario para el desarrollo de propósitos y estrategias de atención específico y centrado en la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores. Siendo así que, desde el área de bienestar social o comunitario, el fonoaudiólogo responde a las necesidades de poblaciones vulnerables, y de grupos sociales marginados, desde el modelo de la rehabilitación basado en comunidad, con el fin de contribuir a mejorar la calidad de vida, promover la participación y el empoderamiento.
- Se logró evidenciar que la mayor parte de los participantes de este estudio pertenecen a la asociación número 3 Atardecer de los Años correspondiente a un 34%. A pesar de que en la mayoría de las asociaciones se presenta un rango similar de población adulto mayor.
- Desde una caracterización general, la población adulto mayor de las asociaciones Raíces Carora, Atardecer de los años, Adulto Mayor Belén y Nuevo México pertenecientes al programa del “IMRD” de la ciudad de Cúcuta se evidencia que la dimensión con menor rango de puntuación es bienestar material; dado que en la mayoría de las asociaciones hay predominio en las falencias de condiciones materiales, reflejando la necesidad de aumentar los esfuerzos con miras en la mejora de los factores que han incidido directamente sobre su percepción.
- En Norte de Santander los adultos mayores están inmersos dentro de la creación de procesos de planificación y políticas de salud, sin embargo, es necesario que en investigaciones futuras se abarque una población más extensa con el fin de producir estadísticas de salud de la misma, de manera que puedan ser incluidas en las prioridades para mejorar los programas de salud y prevención de enfermedades aportando así en la mejora de su calidad de vida.
- Se resalta la importancia de generar psico-educación al adulto mayor para que desde el aspecto personal, social y familiar puedan enriquecer su calidad de vida; para esto las entidades públicas, gobernaciones, alcaldías locales, junta de acción comunal y demás instituciones deben seguir dirigiendo sus esfuerzos a prestar los servicios necesarios para que esto se lleve a cabo realizando campañas de educación, actividades de integración, jornadas de salud, recreación y demás.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la Escala Fumat [Internet]. [acceso en el año 2020, Nov 23]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592008000200007
2. Céspedes JCS. Calidad de vida en docentes universitarios: una revisión sistemática. Rev Científica Signos Fónicos [Internet]. 2020; 4(2): 50–64. Disponible en: http://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/CDH/article/view/3973
3. Urzúa A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto Quality of life: A theoretical review. Ter PSICOLÓGICA. 2012; 30:61–71.
4. Montes, C., Llanos, A., y Soto, J. (2018). Los empleos de las personas con discapacidad. Convención Internacional de Salud. Cuba Salud, 3(21), 33-47.
5. Céspedes JCS. Calidad de vida en docentes universitarios: una revisión sistemática. Rev CIENTÍFICA SIGNOS FÓNICOS [Internet].2020; 4(2):50–64. Disponible en: http://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/CDH/article/view/3973
6. Fernández JA, Betancourt EM, Pérez NC, de Oca YM. Vida en el envejecimiento sano del adulto mayor [Internet]. Revista de Información Científica, 2011; 70 (2). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6143663&info=resumen&idioma=SPA>
7. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores La Escala FUMAT [Internet]. [Acceso en el año 2020 Nov 23]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/verdugo-evaluacion-01.pdf>
8. Envejecimiento y Vejez [Internet]. [Acceso 2020 Nov 23]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
9. Calidad de vida en la tercera edad [Internet]. [Acceso 2020 Nov 23]. Disponible en: http://www.scielo.org/bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003&lng=es&tlng=es
10. Vega V, Jenaro C, Flores N, Cruz Ortiz M, Artaza C. Calidad de vida de adultos con discapacidad intelectual institucionalizados en Chile desde la perspectiva de los proveedores de servicios. Univ. Psychol. 2013; 12 (3):923–32.
11. Beleño BP. Quality of life in the educational inclusion of children and adolescents with intellectual disability [Internet]. Revista Científica Signos Fónicos. 2019; 5(1), 60-72 Disponible en: http://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/CDH/article/view/3982
12. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez - Observatorio Vejez. Ministerio de Salud [Internet]. 2015 enero [Acceso 2020 Nov 23]. Disponible en: <https://www.oissobservatoriovejez.com/publicacion/politica-colombiana-de-envejecimiento-humano-y-vejez/>
13. Política colombiana de envejecimiento humano y vejez 2014-2024. Ministerio de Salud [Internet]. [Acceso 2020 Nov 23]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/POCEHV-2014-2024.pdf>
14. Ministerio de Salud y Protección Social Oficina de Promoción Social Sala situacional de la Población Adulta Mayor Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia Contenido. Disponible

en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/sala-situacional-Poblacion-adulta-mayor.pdf>

15. Ballesteros DB, Alfonso A. El fonoaudiólogo en el ámbito de la comunidad y el bienestar social. Revista Colombiana de Rehabilitación, 18(1), 75-86. <https://doi.org/10.30788/RevColReh.v18.n1.2019.327>

16. Rodríguez M, Mendivelso F. 141 Diseño de investigación de corte transversal. Revista Médica Sanitas [Acceso 2020 Nov 23]; Disponible en: <https://doi.org/10.26852/01234250.20>

17. Gómez LE, Verdugo MA, Arias B, Navas P. Evaluation of the quality of life in older persons and with disability: the Fumat Scale Investigaciones Aplicadas. Interv Psicosoc. 2008;17(2):189–99.

18. IMRD. Adulto Mayor [Internet]. [Acceso 2020 Nov 23]. Disponible en: <http://imrd-cucuta.gov.co/portfolio/adulto-mayor/>

19. Uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en las residencias médicas en México [Internet]. [cited 2020 Nov 23]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032017000200150

20. La Escala FUMAT [Internet]. [Acceso 2020 Nov 23]. Disponible en: https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf

21. Formularios para el proceso online de evaluaciones clínicas objetivas estructuradas (ECO) [Internet]. [Acceso 2020 Nov 23]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322017000400007

22. Requerimientos estadísticos para la determinación de Criterios e Indicadores de Desarrollo Sostenible del Municipio Autónomo Caroní [Internet]. [Acceso 2020 Nov 23]. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-48212015000200003

23. Flores E, Miranda MG, Villasís MÁ. The research protocol VI: How to choose the appropriate statistical test. Inferential statistics. Rev Alerg Mex [Internet]. 2017 Jul 1 [Acceso 2020 Nov 23];64(3):364–70. Disponible en: <http://www.revistaalergia.mx>

24. Llanos Redondo, A., Rangel Navia, H. J., Aguilar Cañas, S. J., Tamara Moncada, V. A., & Crespo Pérez, N. C. (2020). Evaluación de anquiloglosia y lactancia materna en lactantes de 0 a 24 meses. Revista Salud Bosque, 10(2). <https://doi.org/10.18270/rsb.v10i2.3015>.

25. Uso de técnicas estadísticas para evaluar la rugosidad superficial en probetas de acero inoxidable 316LVM sometidas a desgaste abrasivo comparativo [Internet]. [Acceso 2020 Nov 24]. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-07702015000100004

26. ¿El principio de precaución hace parte del Plan Decenal de Salud Pública de Colombia 2012-2021? [Internet]. [Acceso 2020 Nov 23]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321753629014>

27. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 [Internet]. [Acceso 2020 Nov 23]. Disponible en: <http://www.odc.gov.co/PUBLICACIONES/ArtMID/4214/ArticleID/6071/Plan-Decenal-de-Salud-P250blica-PDSP-2012-2021>

28. Chacón-Serna MJ, Quino-Ávila AC, Vallejo-Castillo LF. Capacidad funcional del anciano relacionada con la actividad física. Rev Investig en Salud Univ Boyacá [Internet]. 2017 Jul 24 [Acceso 2020 Nov 23];4(1):86. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24267/23897325.199>

29. Gabriela M, González A, Liliana M, Gómez G, Mata AJ. CPU-e [Internet]. Vol. 14, Revista de Investigación Educativa. 2012 [Acceso 2020 Nov 23]. Disponible en: http://www.uv.mx/cpue/num14/practica/aldana_garcia_mata_tic_vejez.html
30. Restrepo M. SL, Morales G. RM, Ramírez G. MC, López L. MV, Varela L. LE. Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. Rev Chil Nutr [Internet]. 2006 Dec [Acceso 2020 Nov 23];33(3):500–10. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000500006&lng=es&nrm=iso&tlng=e
31. Tolosa-López S, Crespo-Pérez N , Llanos-Redondo A, Aguilar-Cañas S, Rangel-Navia H, Portilla-Portilla E, Rivera Porras D. Estudio comparativo de la Frecuencia Fundamental, Jitter y Shimmer en escolares normo oyentes e hipoacúsicos. Ciencia e Innovación en Salud. 2021. E142: 325-340 DOI <http://dx.doi.org/10.17081/innosa.143>
32. Llanos-Redondo, Andrés; Contreras-Suárez, Karent-Susana; Aguilar-Cañas, Sandra Johanna. (2021). Evaluación del frenillo lingual en neonatos. Una revisión sistemática. Revista de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud. 3(1), 87-97. <https://doi.org/10.46634/riics.71>
33. Hena CP, Verdugo Á, Córdoba L. Adaptación para Colombia de la Escala INICO-FEAPS de evaluación de calidad de vida de personas con discapacidad intelectual. Spanish Rev Fac Med [Internet]. 2015 [Acceso 2020 Nov 23];63(4):677–86. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63.n4.50799>.
34. Gómez L. E., Verdugo M. A., ARIAS B, NAVAS P. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la escala FUMAT [Internet]. [Acceso 2020 Nov 23]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v17n2/v17n2a07.pdf>
35. Navarro AB, Bueno Martínez B, Delgado JB. Bienestar emocional en la vejez avanzada: estudio comparativo por edad y género. 2013 [Acceso 2020 Nov 23];5(1). Disponible en: www.psye.org
36. Relaciones interpersonales entre cuidadores informales y adultos mayores [Internet]. [Acceso 2020 Nov 23]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782016000200006
37. Pérez MDC, Gázquez JJ, Molero MDM, Martínez Á, Barragán AB, Simón MDM. Inteligencia emocional y salud en el envejecimiento: beneficios del programa PECE-PM. Actual en Psicol [Internet]. 2016 Dec 5 [Acceso 2020 Nov 24];30(121):11. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/actualidades>
38. Castellanos RP. Los estudios de calidad de vida: alternativa de educación basada en la investigación. Tecné, Episteme y Didaxis TED [Internet]. 1998 Jul 1 [Acceso 2020 Nov 23];0(4). Disponible en: <https://revistas.pedagogica.edu.co/index.php/TED/article/view/5698>
39. Jessup MN, Pulido R. Vista de los estudios de calidad de vida: alternativa de educación basada en la investigación [Internet]. [Acceso 2020 Nov 23]. Disponible en: <https://revistas.pedagogica.edu.co/index.php/TED/article/view/5698/4709>
40. Coronado JM, Díaz C, Alexander M, Segura A, Manrique González LM, Pablo J, et al. Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. Acta méd. peruana 26 (4),230-237.
41. Bienestar EL, Envejecimiento EL, Emma S, Valdés C. Voces y Contextos The personal well-being in older adults. 2009. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana.2009;4(7),48-65. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2110/211014858003.pdf>

42. Daskalopoulou C, Stubbs B, Kralj C, Koukounari A, Prince M, Prina AM. Physical activity and healthy ageing: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. Vol. 38, Ageing Research Reviews. Elsevier Ireland Ltd; 2017, 6–17.

43. Claros AV, Cruz VQ, Beltrán H. Effects of physical exercise on functional fitness and stability in older adults. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2012; 17(2):79-90.

44. Angarita-Ortiz, M. F., Calderón-Suescún, D. P., Carrillo-Sierra, S. M., Rivera-Porras, D., Cáceres-Delgado, M., & Rodríguez-González, D. (2020). Factores de protección de la salud mental en Universitarios: Actividad Física e Inteligencia emocional. *AVFT Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39 (6), 753-759.

45. Parra NSL, Valencia KC, Villamil AC. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Vol. 38, *Revista Cubana de Salud Pública*. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas; 2012. p. 562–80.

46. Mes M, Pérez J, Nunes C, Menéndez S. Psychological well-being in non-dependent active elderly individuals and its relationship with self-esteem and self-efficacy. *Cienc e Saude Coletiva*[Internet]. 2019; 24(1): 115–24. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000100115&lng=en&nrm=iso&tlng=es

47. Osorio P, Torrejón MJ, Anigstein MS. Calidad de vida en personas mayores en Chile [Internet]. 2011;24.[Acceso 2020 Nov 24]. Disponible en: www.revistamad.uchile.cl/CalidaddevidaenpersonasmayoresenChile

48. Del Carmen Pérez M, Linares JJG, Del Mar M, Jurado M, Martínez Á, Belén A, et al. Este trabajo cuenta con la colaboración del Proyecto Almería Urban, cofinanciado por fondos FEDER y el Ayuntamiento de Almería. *Internacional*. 2016;30(121):11–23. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/actualidades>

49. Mirian L, Escalona S, Denny L, Laffita M, Yunia L, Pérez C, et al. Evaluación de indicadores funcionales asociados a la creatividad en el adulto mayor Evaluation of functional indicators associated with creativity in elderly. *MEDISAN*. 2017 21.

50. Roque Y, Azcuy L, Toledo L. Política social para la atención a la vejez: una necesidad para Villa Clara Social policy for old age care: a necessity for Villa Clara. [Acceso 2020 Nov 24]; Disponible en: <http://www.novpob.uh.cu>

51. Dabove MI. Human rights of older people in the new American Convention and its bioethical implications. *Bioéticas*. [cited 2020 Nov 24]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18359/r/bi.1440>.

52. Robledo CA. Revisión Documental de las Oportunidades de Participación de las Personas Mayores de Medellín (Colombia). *Revista CES Derecho*. 2015; 6(2), 60-72.

53. Cabrera A, Guerra CW, Herrera M, Suris M. Métodos Estadísticos no Paramétricos y Transformaciones de Datos en Estudios de Poblaciones de Plagas Agrícolas [Internet]. [cited 2020 Nov 24]. *chileno J. Agric.* 2012; 72(3), 440-443. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-58392012000300020

54. Botero De Mejía BE, Eugenia M, Merchán P. Calidad de vida relacionada con la salud (cvrs) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. 2007; 12(1),12-24.

55. Verdugo MÁ, Gómez LE, Arias B. La escala integral de calidad de vida. *Desarrollo y estudio*

preliminar de sus propiedades psicométricas [Internet]. Salud: clínica, prevención, atención sanitaria y (re)habilitación. 2007, 38(4),37-56. Disponible en: <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/3170>

56. Fusté M, Pérez M, Paz LE. Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba [Internet]. Rev Nov Pob, 14 (27). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782018000100012

57. Pelcastre BE, Treviño S, González T, Márquez M. Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. Cad Saude Publica [Internet]. 2011; 27(3):460–70. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=es

58. Varela LF. Health and quality of life in the elderly. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2016;33(2):199–201. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstre>

59. Arenas-Tarazona, D. Y., Pérez-Rey, E. J., Forgiony-Santos, J., Rivera-Porras, D. y Carrillo-Sierra, S. M. (2019). Validación escala breve de creencia sobre violencia de género (CVG-DEJDS). Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 38(5), 583-595.

60. Prieto MU, Fernández G, RojoF, Lardiés R, Rodríguez V, Ahmed K, Rojo JM. Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de calidad de vida de las personas mayores en la Comunidad de Madrid: 2005 [Internet]. Rev. Esp. Salud Publica 82 (3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000300006