

Salud y bienestar mental de la persona mayor en cinco ciudades de Colombia (2020-2022)

Salud y bienestar mental de la persona mayor en cinco ciudades de Colombia (2020-2022)

Doris Cardona Arango
Ángela María Segura Cardona
Alejandra Segura Cardona
Carlos Arturo Robledo Marín

Cardona Arango, Doris

Salud y bienestar mental de la persona mayor en cinco ciudades de Colombia 2020-2022 / Doris Cardona Arango, Ángela Segura Cardona, Alejandra Segura Cardona, Carlos Arturo Robledo Marín. - Medellín: Universidad CES. Editorial CES, 2022.

179 páginas

ISBN: 978-958-5101-62-3

Salud mental 2. Bienestar social 3. Personas mayores 4. Calidad de vida 5. Trastornos mentales

CDD: 362.22

Catalogación: Biblioteca Fundadores, Universidad CES

Salud y bienestar mental de la persona mayor en cinco ciudades de Colombia.

ISBN: 978-958-5101-62-3

ISBNe: 978-958-5101-63-0

Primera edición: julio de 2022

© Editorial CES, Universidad CES

Calle 10 A No 22-04, teléfono 4440555, ext. 1154

<https://editorial.ces.edu.co/>

editorial@ces.edu.co

Medellín, Colombia

Impresión:

Impreso y hecho en Colombia

La información aquí publicada puede ser citada, con el respectivo crédito, y reproducida parcialmente para fines académicos, de investigación o salud pública. Se prohíbe la reproducción parcial o total de esta publicación para fines lucrativos o comerciales sin la expresa autorización.

Este libro cumple con lo dispuesto por la normativa colombiana que regula el depósito legal, con el fin de «garantizar su conservación e incrementar la memoria cultural del país».

Las ideas expresadas en esta publicación por los autores no comprometen a la Universidad CES o a su Editorial, frente a terceros.

Investigadores Universidad CES

Doris Cardona Arango

Ángela María Segura Cardona

Alejandra Segura Cardona – Estudiante Doctorado en Epidemiología y Bioestadística

Carlos Arturo Robledo Marín

Coinvestigadores Universidad CES

Diana Isabel Muñoz Rodríguez

Ovidio Muñoz Arroyave

Giselly Matagira Rondón

Angélica Muñoz Contreras

Erika Giraldo Gallo

Olga Lucía Arroyave García

Santiago Henao Villegas

Víctor Hugo Arboleda Campo

Jenny Yohana Cadavid Parra

Sebastián Bedoya Mejía

María Ceneida Henao Valencia

Yuly Marcela Parra Vanegas – Estudiante Maestría en Salud Pública

Recolección de la información

Imagroup Soluciones Inteligentes

Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación - Minciencias

Proyecto de investigación titulado “Salud y bienestar mental de la persona mayor, en cinco ciudades de Colombia. Año 2020” - Código 122884467945 - Contrato No. 425-2020 – Convocatoria 844 de 2019.



Agradecimientos

Los autores agradecen a todas las personas mayores que participaron voluntariamente en el estudio, residentes en las ciudades de Bucaramanga, Medellín, Pereira, Popayán y Santa Marta. Gracias a su participación se logró caracterizar las condiciones de salud mental desde aspectos poco estudiados en ellos, como: consumo de sustancias legales e ilegales (polifarmacia), conducta suicida (ideación, planeación e intento) e afición al juego (ludopatía); así mismo, se indagó por aspectos del bienestar mental como: bienestar psicológico (bienestar objetivo), felicidad (bienestar subjetivo) y calidad de vida.

Igualmente, sincero agradecimiento a los entes financiadores: MinCiencias (supervisores y evaluadores) y la Universidad CES (investigadores y directivos) por sus aportes económicos y en especie, para la terminación satisfactoria de esta investigación. Agradecimiento también para los auxiliares, encuestadores y a todos aquellos que creyeron en esta propuesta.

¡Gracias!

Contenido

Introducción	19
Referente teórico	23
1. Envejecimiento y vejez	23
2. Envejecimiento demográfico	26
3. Envejecimiento en Colombia	28
4. Salud Mental	33
5. Bienestar mental	35
Metodología	37
Tipo de estudio	37
Población de estudio	37
Diseño muestral	37
Proceso de recolección de la información	41
Descripción de las variables	44
Técnica e instrumento de recolección de la información	44
Análisis de datos	45
Consideraciones éticas	46
Resultados	48
1. Caracterización de las personas mayores según: condiciones demográficas, sociales, económicas y del estado de salud en las cinco ciudades	48
2. Identificación de los aspectos de la salud mental, con relación a la conducta suicida, el consumo de sustancias psicoactivas y la afición al juego	61
1. Conducta suicida	66
2. Consumo de sustancias psicoactivas	82
3. Afición al juego	97
3. Identificación de las personas mayores según: bienestar psicológico, felicidad y calidad de vida, en las cinco ciudades	113
1. Bienestar psicológico	117
2. Felicidad	134
3. Calidad de vida	150
Conclusiones	166
Bibliografía	171

Índice de tablas

Tabla 1. Distribución de la población urbana y cálculo de tamaño de muestra de las personas mayores, según ciudad.	38	Tabla 17. Condiciones del estado de salud de las personas mayores asociadas a la conducta suicida. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	76
Tabla 2. Población proyectada y población expandida a partir de muestra obtenida, según ciudad	40	Tabla 18. Condiciones de salud mental de las personas mayores asociadas a la conducta suicida. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	78
Tabla 3. Proporción de no respuesta y errores de muestreo para las variables de interés, según ciudad	41	Tabla 19. Distribución porcentual de las personas mayores según consumo de sustancias psicoactivas, por ciudad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	84
Tabla 4. Factores y variables incluidas en el instrumento de recolección de información	44	Tabla 20. Condiciones demográficas de las personas mayores asociadas al consumo de sustancias psicoactivas (legales e ilegales). Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	87
Tabla 5. Escalas de medición incluidas en el instrumento de recolección de información para las variables de interés	45	Tabla 21. Condiciones sociales de las personas mayores asociadas al consumo de sustancias psicoactivas (legales e ilegales). Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	89
Tabla 6. Análisis estadístico realizado según objetivo del estudio	46	Tabla 22. Condiciones económicas de las personas mayores asociadas al consumo de sustancias psicoactivas (legales e ilegales). Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	90
Tabla 7. Rutas de atención en salud para salud mental en cada ciudad	48	Tabla 23. Condiciones del estado de salud de las personas mayores asociadas al consumo de sustancias psicoactivas (legales e ilegales). Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	92
Tabla 8. Distribución porcentual de las personas mayores, según condiciones demográficas, por ciudad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	50	Tabla 24. Condiciones de salud mental de las personas mayores asociadas al consumo de sustancias psicoactivas (legales e ilegales). Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	94
Tabla 9. Distribución porcentual de las personas mayores, según condiciones sociales, por ciudad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	52	Tabla 25. Distribución porcentual de las personas mayores, según aspectos de la salud mental salud, por ciudad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	102
Tabla 10. Distribución porcentual de las personas mayores, según condiciones económicas, por ciudad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	54	Tabla 26. Condiciones demográficas de las personas mayores asociadas a la afición al juego. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	104
Tabla 11. Distribución porcentual de las personas mayores, según condiciones del estado de salud, por ciudad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	58	Tabla 27. Condiciones sociales de las personas mayores asociadas a la afición al juego. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	106
Tabla 12. Distribución porcentual de las personas mayores, según aspectos de la salud mental, por ciudad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	63	Tabla 28. Condiciones económicas de las personas mayores asociadas a la afición al juego. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	107
Tabla 13. Distribución porcentual de las personas mayores por conducta suicida, según condiciones sociales, por ciudad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	69	Tabla 29. Condiciones del estado de salud de las personas mayores asociadas a la afición al juego. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	109
Tabla 14. Condiciones demográficas de las personas mayores asociadas a la conducta suicida. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	71		
Tabla 15. Condiciones sociales de las personas mayores asociadas a la conducta suicida. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	73		
Tabla 16. Condiciones económicas de las personas mayores asociadas a la conducta suicida. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	75		

Tabla 30. Condiciones de la salud mental de las personas mayores asociadas a la afición al juego. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	111	Tabla 45. Condiciones demográficas de las personas mayores asociadas a la calidad de vida. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	155
Tabla 31. Distribución porcentual de las personas mayores según aspectos del bienestar mental, por ciudad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	115	Tabla 46. Condiciones sociales de las personas mayores asociadas a la calidad de vida. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	157
Tabla 32. Distribución porcentual de las personas mayores según bienestar psicológico, por ciudad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	120	Tabla 47. Condiciones económicas de las personas mayores asociadas a la calidad de vida. Colombia Proyecto SABAM, 2021.	158
Tabla 33. Factores demográficos de las personas mayores asociados al bienestar psicológico. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	123	Tabla 48. Condiciones del estado de salud de las personas mayores asociadas a la calidad de vida. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	160
Tabla 34. Condiciones sociales de las personas mayores asociados al bienestar psicológico. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	125	Tabla 49. Condiciones de salud mental de las personas mayores asociadas a la calidad de vida. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	162
Tabla 35. Condiciones económicas de las personas mayores asociados al bienestar psicológico. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	126		
Tabla 36. Condiciones del estado de salud de las personas mayores asociados al bienestar psicológico. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	128		
Tabla 37. Condiciones de salud mental de las personas mayores asociadas al bienestar psicológico de las personas mayores. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	130		
Tabla 38. Distribución porcentual de las personas mayores según escala de felicidad de Lima, por ciudad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	137		
Tabla 39. Condiciones demográficas de las personas mayores asociadas a la felicidad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	139		
Tabla 40. Condiciones sociales de las personas mayores asociadas a la felicidad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	141		
Tabla 41. Condiciones económicas de las personas mayores asociadas a la felicidad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	142		
Tabla 42. Condiciones del estado de salud de las personas mayores asociadas a la felicidad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	144		
Tabla 43. Condiciones de salud mental de las personas mayores asociadas a la felicidad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	146		
Tabla 44. Distribución porcentual de las personas mayores según calidad de vida, por ciudad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	153		

Índice de figuras

Figura 1. Bucaramanga: mapa y estructura por edad y sexo de la población.	29
Figura 2. Medellín: mapa y estructura por edad y sexo de la población	30
Figura 3. Pereira: mapa y estructura por edad y sexo de la población	31
Figura 4. Popayán: mapa y estructura por edad y sexo de la población	32
Figura 5. Santa Marta: mapa y estructura por edad y sexo de la población.	33
Figura 6. Ejemplo de mapa de barrio seleccionado en Medellín (barrio El Compromiso)	42
Figura 7. Ejemplo de mapa de manzana seleccionada en uno de los barrios de Medellín (manzana de barrio El Diamante)	43
Figura 8. Enfoque de determinantes sociales con los factores asociados a la conducta suicida en la persona mayor. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	81
Figura 9. Enfoque de determinantes sociales con los factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en la persona mayor. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	96
Figura 10. Distribución porcentual de las personas mayores según afición al juego, por ciudad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	100
Figura 11. Distribución proporcional de las personas mayores por tipo de juego, según ciudad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	101
Figura 12. Enfoque de determinantes sociales con los factores asociados a la afición al juego en la persona mayor. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	112
Figura 13. Enfoque de determinantes sociales con los factores asociados al bienestar psicológico de la persona mayor. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.	133
Figura 14. Enfoque de determinantes sociales con los factores asociados a la alta percepción de felicidad en la persona mayor, de cinco ciudades. Colombia: Proyecto SABAM, 2021	148
Figura 15. Enfoque de determinantes sociales con los factores asociados a la buena percepción de la calidad de vida en la persona mayor. Colombia: Proyecto SABAM, 2021	165



Introducción

Los cambios demográficos en el mundo lleva inexorablemente al envejecimiento poblacional, fenómeno irreversible que todos los países atraviesan por diferentes etapas de la transición demográfica. En este contexto, los estudios sobre la salud y el bienestar de las personas cobran interés en los gobernantes, académicos y público en general, con el fin de anticiparse y procurar una mejor calidad de vida de los ciudadanos.

En salud mental se indagó por situaciones propias de la vejez y la longevidad, tales como el comportamiento suicida, de alta prevalencia en personas mayores de los países desarrollados pero poco explorados en Colombia; la afición al juego, no necesariamente de juegos de azar; tema de interés en grupos de personas jóvenes. Pero cada vez estamos observando la aparición de más casinos y salas de juego, solamente para personas mayores, lo que indica que este fenómeno va en aumento sin que nos percatemos de sus consecuencias en la sociedad; el consumo de sustancias psicoactivas, orientado en esta investigación desde la perspectiva del consumo de medicamentos y otras sustancias de venta libre en el mercado.

Respecto al bienestar mental de la persona mayor, se desea indagar y aportar evidencia de indicadores positivos, que se alejan de la enfermedad y le permiten vivir en sociedad, como: el bienestar psicológico que abarca diferentes aspectos de la vida y le permiten “vivir mejor”, la felicidad como estado y como proceso mental que le ayuda a las personas el máximo disfrute de la vida; y la calidad de vida, entendida como la percepción individual de las condiciones de vida y la satisfacción con la vida. En este escenario, la salud mental contribuye a la salud social, y por lo tanto, en la persona mayor, *estar bien* le garantiza una mayor calidad de vida, independiente de los padecimientos y las limitaciones.

De esta forma se realizó la presente investigación, con el objetivo de **comparar la salud mental (conducta suicida, consumo de sustancias psicoactivas y afición al juego) y del bienestar mental (bienestar psicológico, felicidad y calidad de vida) de las personas mayores, según lugar de residencia en cinco ciudades de Colombia**

(Bucaramanga, Medellín, Pereira, Popayán y Santa Marta), en el año 2021 que permitan lograr un envejecimiento activo.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el envejecimiento activo es muy importante porque ayuda a aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida, con el objetivo de mejorar la calidad de vida, la productividad y esperanza de vida a edades cada vez mayores. Además de la importancia de continuar activo físicamente, es relevante permanecer activo social y mentalmente, participando en actividades recreativas, culturales, sociales, educativas, de vida diaria en familia y/o en la comunidad, ya sean de carácter voluntario o remuneradas⁽¹⁾. Dentro del contexto colombiano, son pocas las investigaciones acerca de indicadores positivos en la persona mayor. Este hecho muestra viabilidad, ya que está alineada con las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para garantizar un envejecimiento saludable; de Naciones Unidas (UN), sobre los retos que el envejecimiento poblacional traerá a los países; y del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), respecto a la invitación a indagar diferentes aspectos de las personas mayores, más allá de la enfermedad.

En mayo de 2017, para entender el reto futuro de nuestra sociedad, la OMS definió los 10 retos sobre el envejecimiento y la salud de las poblaciones, las cuáles se exponen a continuación⁽²⁾:

1. La población mundial está envejeciendo. Del año 2015 al 2050 se pasará del 12% al 22% de personas con más de 60 años, pero en algunos países este incremento se logrará en menos de 20 años (caso América Latina).
2. No hay evidencia de que hoy se disfrute de una mejor salud, en comparación con anteriores. La prevalencia de limitación funcional no ha variado en los últimos 30 años.
3. Los problemas de salud de la población que envejece son las enfermedades no transmisibles. En lo físico, la mayor incidencia de muerte se da por accidentes cardiocerebrovasculares; y los problemas de salud más prevalentes son alteraciones funcionales osteomusculares y las enfermedades pulmonares. En lo mental, las mayores afectaciones son los trastornos depresivos y las demencias.

4. Las condiciones de salud son distintas para cada persona. El proceso biológico que altera el equilibrio y lleva a la enfermedad, es una experiencia individual y no colectiva.
5. La salud en la vejez no es cuestión del azar. Todas las personas reflejan la herencia genética, sumado a exposiciones físicas y sociales, determina la salud en la vejez.
6. Hay discriminación por razones de edad. Cada vez son más frecuentes los prejuicios, prácticas o políticas discriminatorias contra las personas mayores.
7. La salud pública debe replantear la concepción de salud en la vejez. La salud no es solamente la ausencia de enfermedad; por lo tanto, buscar un envejecimiento saludable y activos es una inversión para la misma sociedad.
8. Los sistemas de salud deben adaptarse a las necesidades de las personas mayores. Los sistemas deben estar preparados para atender la multimorbilidad por enfermedades no transmisibles, tanto físicas como mentales.
9. Todos los países deben disponer de sistemas integrales de atención crónica. Estos sistemas deben procurar que las personas lleguen a la vejez con autonomía y dignidad.
10. Se requieren medidas intersectoriales. Todos los sectores deben buscar el envejecimiento saludable de sus habitantes, a través de programas y políticas que contribuyan a reducir la pobreza en la vejez (diversidad de edades en el trabajo) y adaptación de las ciudades a un mayor número de personas de edad (viviendas, edificio, transporte, etc). Desde lo académico se requiere nuevo conocimiento sobre las tendencias al envejecimiento poblacional.

El conocimiento sobre los componentes de la salud y bienestar mental de la persona mayor, permitirá a la sociedad y a sus instituciones:

- Anticipar las necesidades en salud física, mental y social.
- Permitir el fortalecimiento de los servicios de salud orientados a promover los hábitos y estilo de vida saludable al reducir el acceso a los servicios de salud, la reducción en la utilización de los recursos sociales y la constitución de las redes de apoyo y red de instituciones que propicien programas donde se privilegie lo positivo sobre lo negativo.
- Fomentar el bienestar subjetivo y un envejecimiento activo, saludable y digno.

- Posibilitar la formulación de políticas públicas que beneficien directamente a las personas mayores actuales, mejorando su satisfacción con la vida, calidad de vida y por ende su felicidad.

De esta forma contribuirá al cambio del paradigma cultural, donde la vejez se ha relacionado con la enfermedad, la dependencia y la falta de productividad, por otro donde se considere a la persona mayor como una persona autónoma, productiva y beneficiaria del desarrollo. El envejecimiento de las personas es un proceso natural del ciclo vital humano, no es una enfermedad, ni tiene que ser limitante o traumático para quien lo vive; y por ello se debe redimensionar su papel social con menores tensiones que permita vivir de acuerdo a las posibilidades vitales como una forma de dignificar esta etapa de la vida.

Para este proyecto se realizó una investigación cuantitativa, observacional de tipo analítico transversal (cross-sectional), donde se encuestaron 2506 personas desde los 60 años en cinco ciudades de Colombia, en el año 2021: Bucaramanga (96.748), Medellín (407.879), Pereira (78.127), Popayán (42.710) y Santa Marta (56.251), según las proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

El muestreo fue probabilístico, representativo por ciudad, por conglomerados (localidades o comunas), bietápico (barrios y manzanas), y aleatorio, que permitió reconstruir la población a través del cálculo de los factores de expansión, con base en las probabilidades de selección de cada persona mayor encuestada. Las variables de salud mental fueron: conducta suicida, consumo de sustancias psicoactivas y afición al juego, y variables de bienestar mental: bienestar psicológico, felicidad y calidad de vida. Estas y otras variables fueron medidas con instrumentos validados y otros adaptados a este grupo poblacional. Se espera que los resultados de esta investigación, posibiliten a corto y largo plazo:

- Cambio de mirada positiva de la vejez, al posibilitar el conocimiento de cómo lograr llegar a viejo con mejor calidad de vida, felicidad y bienestar.
- Estimación de la demanda de servicios de salud mental, al mostrar el panorama presente y futuro que rodea a las personas mayores de hoy y las necesidades del mañana.

- Reducción de las condiciones multimórbidas como: depresión, soledad, ideación suicida y consumo de sustancias psicoactivas (legales e ilegales) tanto en personas mayores, como sus familias, mediante la identificación de los factores de protección que pueden ser fortalecidos.
- Diseño de políticas y programas que garanticen el disfrute del derecho a una vida digna de los viejos de hoy y del mañana, pero cada vez más funcionales, saludables y activos, dado que representan un número mayor cada día. ¡Abogamos de esta forma, por el derecho a envejecer y morir dignamente!
- Implementación de medidas tempranas que propicien la felicidad, la calidad de vida, la dignidad y la autonomía de las personas mayores, que propicien una vida activa, saludable, desde una perspectiva de un goce efectivo de derechos, indistinto de la edad que se tenga.

Este libro contiene los principales resultados de la investigación realizada en las cinco ciudades seleccionadas, y por ello se presenta en capítulos (seis variables de interés); también se deja constancia que, con esta información se han elaborado varios artículos, los cuales han sido enviados a diferentes revistas científicas. Además de la divulgación de los hallazgos evidenciados, en espacios académicos y su socialización con tomadores de decisión y personas mayores de las ciudades estudiadas.

Referente teórico

1. Envejecimiento y vejez

Por vejez se refiere a una representación social de un individuo basada en la edad, es la última fase de la vida humana, debe estudiarse más específicamente al cuestionar los factores que contribuyen al logro de esta etapa de la vida, los hábitos de este grupo de edad y sus posibilidades de envejecimiento. Además, en el marco de un paradigma social y de comportamiento, estudiar la vejez implica pensar en el papel de las personas mayores en la sociedad⁽³⁾. En el caso particular de Colombia, una persona ha llegado a la vejez cuando tiene sesenta (60) años de edad o más, según la Ley 1315 de 2009.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), por envejecimiento se entiende: “El deterioro de las funciones progresivas y generalizadas, que producen una pérdida de respuesta adaptativa al estrés y un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad”⁽⁴⁾. Según la Ley 2055 de 2020 de Colombia, por envejecimiento activo y saludable se entiende un “Proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social, de participar en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y de contar con protección, seguridad y atención, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todos los individuos en la vejez, y permitirles así seguir contribuyendo activamente a sus familias, amigos, comunidades y naciones. El concepto de envejecimiento activo y saludable se aplica tanto a individuos como a grupos de población”.

El envejecimiento se define comúnmente como la acumulación de muchos cambios deletéreos en las células y tejidos con el avance de la edad, que son responsables del aumento del riesgo de enfermedad y muerte⁽⁵⁾. Esta etapa está asociada con un aumento del 55% en los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) entre las personas de 60 años o más entre 2004 y 2030, lo que indica que se necesitarán más recursos médicos para satisfacer las necesidades de atención médica de las personas mayores en todo el mundo⁽⁶⁾. En algunos estudios se ha identificado que cuando la memoria, el juicio, el lenguaje y la atención son inferiores al esperado para la edad y el nivel educativo, aparece la fragilidad⁽⁷⁾. Por supuesto, existen muchos tipos de envejecimiento como el fisiológico, biológico, molecular, funcional o incluso social. Por esta razón, es un proceso de cambio en el organismo que con el tiempo disminuye la probabilidad de supervivencia y reduce la capacidad fisiológica de autorregulación, reparación y adaptación a las demandas ambientales. Esta definición integra todos los aspectos importantes que definen el envejecimiento biológico, a saber, el tiempo, los cambios, la disminución de las reservas, la desregulación y la irreversibilidad de su finalización con la muerte⁽⁸⁾.

Los principios del curso o trayecto de vida, asumidos a lo largo del tiempo, destacan el desarrollo humano como un proceso dinámico que se presenta durante el tiempo vivido, que se ve influenciado por el lugar, la red de relaciones sociales, el contexto cultural y las fuerzas estructurales que influyen en el bienestar y el funcionamiento; por lo tanto, es necesario considerar el envejecimiento como un proceso holístico, y no como

el único resultado de factores a nivel micro, como los comportamientos individuales, sino también influenciado por factores a nivel macro, como el entorno, el espacio físico que propicia la movilidad y la seguridad, el empleo, la educación, la interacción social y el acceso a los recursos, los cuales contribuyen a promover la salud⁽⁹⁾.

La noción de envejecimiento se utiliza en los estudios de la vejez desde los años 60, aproximadamente. A su vez incluye otros similares como el de envejecimiento exitoso, satisfactorio, óptimo, positivo, productivo, e incluso, en los textos con un enfoque más biomédico se hace referencia al envejecimiento saludable. El concepto de envejecimiento es multidimensional, multidisciplinar y multinivel, abarca condiciones biológicas, psicológicas y sociales y cuenta con repercusiones individuales y poblacionales importantes⁽¹⁰⁾. Según la OMS, el envejecimiento activo se ha definido como “el proceso de optimizar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” y se ha estudiado a partir de seis grupos de determinantes:^(11,12).

Ambientales: se refiere a los contextos rural/urbano y a los ambientes facilitadores como las ciudades amigables y libres de barreras arquitectónicas, las viviendas adaptadas que disminuyan los accidentes y las caídas⁽¹³⁾.

Conductuales: una de las falsas creencias en relación con la vejez es pensar que es muy tarde para adoptar estilos de vida saludables y que las personas mayores no pueden cambiar de comportamiento. Por el contrario, realizar una actividad física adecuada y regular, comer saludablemente, mantener hábitos sanos como el dejar de fumar, no abusar del alcohol y los medicamentos, previenen las enfermedades y retardan el declive funcional, con lo cual se prolonga la longevidad y mejora considerablemente la calidad de vida⁽¹⁴⁾.

Económicos: es conocido que en muchos casos, después de la jubilación, disminuyen los ingresos de las personas mayores y sobre todo de las mujeres. Las políticas de envejecimiento activo deben reducir la pobreza de este colectivo y procurar su implicación en actividades que generen ingresos. Cada vez más se reconoce la necesidad de apoyar la contribución que hacen los mayores a través de su trabajo en actividades de voluntariado o en los vínculos remunerados que aún tengan⁽¹⁵⁾.

Servicios sociales y sanitarios: deben de estar orientados a la promoción de la salud y la prevención de enfermedad, al acceso equitativo a la atención primaria y a los cuidados de larga duración. Los servicios sociales y sanitarios deben ser al mismo tiempo, universales, equitativos, y deben de estar debidamente coordinados⁽¹⁶⁾.

Sociales: se refiere a las oportunidades de educación y aprendizaje a lo largo de toda la vida, el apoyo social y las redes que lo sustentan, y la prevención de la violencia y el abuso, todos ellos son los factores clave del ambiente social que pueden mejorar la salud, la independencia y la productividad en la vejez⁽¹⁷⁾.

Personales: se refiere a los aspectos biológicos, genéticos y adaptativos de estilos de vida que pueden ser compensados. Tanto el sexo, como la cultura, son factores transversales cruciales para el envejecimiento activo. El género tiene un profundo efecto, el estatus social, el acceso a la educación, el trabajo, la salud y la alimentación. Los valores culturales y las tradiciones determinan la visión que una sociedad tiene de los mayores y su convivencia con las otras generaciones. Además, la cultura influye en los comportamientos en salud y personales.

Los determinantes anteriormente expuestos, cobran relevancia, en tanto tienen un sustento en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores. Además, se presentan en su conjunto para la ciudadanía e inspira a la optimización de las oportunidades en salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. El envejecimiento es, por tanto, un fenómeno que tiene su origen en un conjunto de causas, con efectos en diferentes esferas biosociales.

2. Envejecimiento demográfico

El envejecimiento de la población es la tendencia demográfica dominante del siglo XXI: un reflejo del aumento de la longevidad, la disminución de la fertilidad y la progresión de grandes cohortes hacia edades más avanzadas. Entre la población de mayor edad, el grupo de 85 años o más, está creciendo especialmente rápido y se prevé que supere los 500 millones en los próximos 80 años⁽¹⁸⁾. En cuanto a los países más envejecidos del mundo, tenemos en orden decreciente: Japón, Italia, Alemania

y España⁽¹⁹⁾. En los Países Bajos, el número de personas de 65 años o más aumentará de 3 millones en 2015 (17,8% de la población total) a 4,7 millones en 2060 (26% de la población total)⁽²⁰⁾. Según un informe de las Naciones Unidas, se espera que el número de personas de 65 años o más aumente de 700 millones (9%) en todo el mundo en 2019 a 1500 millones (16%) en 2050⁽⁶⁾.

Se proyecta que entre los años 2010 y 2050, en los países menos desarrollados, el número de personas mayores aumentará más del 250%, en comparación con el 71% en los países desarrollados^(21,22). Para el 2070, la Comisión Europea estima que el 30% de las personas de la región, tendrá aproximadamente 65 años o más, frente al 20% actual, con una esperanza de vida al nacer cerca de 86,1 y 90, 3 años para los hombres y mujeres respectivamente⁽²²⁾. Entre el 2015 y 2050, la proporción de la población mundial mayor de 60 años casi se duplicará del 12% al 22%. En el 2050, el 80% de las personas mayores vivirán en países de ingresos bajos y medios; este fenómeno de envejecimiento de la población es mucho más rápido que en el pasado, lo que lleva a que las personas en el mundo vivan más de los 60 años. También, se espera que la población mundial de 60 o más alcance los 2.000 millones, frente a los 900 millones del periodo comprendido en el 2015. Así mismo, se espera que esta cantidad (120 millones) vivan solo en China, y 434 millones de personas en este grupo de edad en todo el mundo; también que el 80% de todas las personas mayores vivan en países de ingresos bajos y medianos. En Francia, se tuvo casi 150 años para adaptarse a un cambio del 10% al 20% en la proporción de población mayor de 60 años; sin embargo, lugares como Brasil, China e India tendrán algo más de 20 años para hacer la misma adaptación. A mediados de siglo, muchos países, como Chile, China, la República Islámica de Irán y la Federación de Rusia tendrán una proporción similar de personas mayores a Japón⁽²³⁾.

Para América Latina, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) “la esperanza de vida a los 60 años se ha calculado en 21 años; el 81% de las personas nacidas en la región vivirá hasta los 60, mientras que el 42% de ellos superará la edad de 80”. En Colombia, para el 2050, la esperanza de vida será de 79 y los mayores de 60 se quintuplicarán y superarán a los menores de 15 años. También el porcentaje de personas mayores de 59 años llegaran al 23,12% en 2050⁽²³⁾. Todos los países

enfrentan grandes desafíos para garantizar que los sistemas sociales y de salud estén listos para aprovechar al máximo este cambio demográfico⁽²⁴⁾.

Uno de los aspectos más relevantes de la dinámica demográfica que viene experimentando Colombia es el envejecimiento progresivo de la población, debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad. La proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países, fenómeno que es considerado como un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico de las naciones; pero también constituye un reto para la sociedad, que debe asumirlo para mejorar al máximo la salud y el bienestar de las personas mayores.

3. Envejecimiento en Colombia

Para Colombia, el proceso de transición demográfica ha experimentado una velocidad más fuerte frente al panorama mundial. La tasa bruta de natalidad registró una reducción significativa: pasó de 46,35 nacimientos por cada mil entre 1950-1955 a 15,03 por mil entre 2015-2020⁽²⁵⁾. La población colombiana envejece de manera acelerada, lo que genera efectos económicos, sociales y de servicios de salud⁽²⁶⁾. De hecho, la mayor supervivencia de la población de mayor edad se expone por medio de la esperanza de vida a los 60 y 80 años de edad, que son crecientes entre 1950 y 2020, pasando de 14,08 años de vida a 20,74 años entre 1950-1955 y 2015-2020 en el mundo y de 14,55 años a 22,96 años en Colombia; y paralelamente en la esperanza de vida a los 80 años de 5,21 años a 8,23 en el mundo y 4,64 años a 9,23 años de vida en Colombia, reflejando las menores tendencias de mortalidad en la vejez, una mayor supervivencia y el efecto acumulado de envejecimiento como fenómeno demográfico mundial⁽²⁵⁾. El índice de envejecimiento que, conforme con el DANE, muestra que por cada cien personas menores de 15 años hay 58,6 mayores de 60 años y 40,4 mayores de 65 años⁽²⁷⁾.

Por otra parte, se espera que la proporción de personas mayores en Colombia se duplique para el 2050 (del 11 % al 25 %)⁽²⁸⁾, el incremento sostenido del número de personas mayores durante las últimas décadas es evidente en todo el mundo⁽¹⁸⁾. Con más de 45 millones de habitantes, Colombia vive actualmente una rápida transformación demográfica y la

proporción de personas mayores de 60 años habrá aumentado del 10 % al 20 % en el 2050⁽²⁵⁾, por lo tanto, los servicios de salud que promueven el envejecimiento saludable son más importantes, capturando la atención de la salud en el país, particularmente con igualdad⁽²⁸⁾. Según el Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) realizado en el año 2018 los mayores de 65 años eran el 8,8% de la poblacional, en el 2020, pasaron al 9,3% y para el año 2023 se proyecta que representen el 10,2%⁽²⁹⁾. Las proyecciones de población indican que esa proporción incrementará cada año⁽³⁰⁾.

3.1 Envejecimiento en la ciudad de Bucaramanga

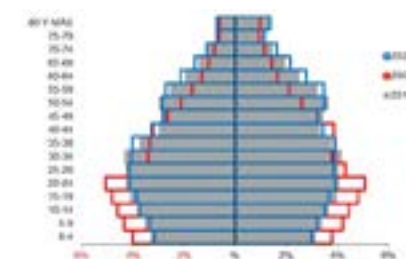
El Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018⁽³¹⁾ indica que en la ciudad de Bucaramanga residen 528.855 habitantes de los cuales el 52,2% son mujeres y el 47,5% son hombres. Los datos reportan que la dependencia demográfica en la ciudad fue de 52,32, el índice de juventud fue de 25,78 y el índice de envejecimiento de 78,05. Según un diagnóstico poblacional realizado por la Secretaría de Salud y Ambiente de Bucaramanga, como parte de la política de vejez y envejecimiento en el año 2017, indica que la ciudad cuenta con 73.680 adultos mayores, que representa el 14% de la población total de la ciudad. Según este informe el 75% de la población mayor de la ciudad se encuentra afiliada al régimen contributivo, el 97% reside en el área urbana, el 54% no registra ningún nivel de escolaridad y 7.031 presentan alguna discapacidad⁽³²⁾ **Figura 1.**

Comunas de Bucaramanga



Fuente: Alcaldía de Bucaramanga. Programas sociales. Mapas⁽³³⁾

Estructura por edad y sexo



Fuente: Alcaldía de Bucaramanga. Estudio carga de enfermedad, 2018⁽³⁴⁾

Figura 1. Bucaramanga: mapa y estructura por edad y sexo de la población.

3.2 Envejecimiento en la ciudad de Medellín

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda realizado en el año 2018⁽³¹⁾, se reporta que en la ciudad de Medellín residen 2.372.330 habitantes evidenciándose un incremento porcentual de población del 6,5% en el periodo intercensal 2005-2018, la proporción se distribuye en 52,9% del sexo femenino y 47,1% del sexo masculino. Se considera que la ciudad se encuentra en un periodo importante de transición demográfica debido a un marcado cambio en la fecundidad, descenso de la mortalidad, una acelerada urbanización y crecimiento económico. Con respecto a la distribución por edad, 251.220 son personas mayores de 65 años, las cuales representan el 10,6% de la población de la ciudad, identificándose un índice de envejecimiento de 62,0, es decir, que se puede afirmar que en la ciudad de Medellín por cada 100 menores de 15 años, hay 62 personas mayores de 65 años, con un promedio de edad superior al nacional (40,4%) y al departamental (49,4%)⁽³¹⁾. Debido a esto, el Plan Gerontológico 2017-2027 de la Alcaldía de Medellín⁽³⁵⁾, refiere que se espera el índice de envejecimiento de la ciudad para el año 2050 sea similar al que hoy se presenta en países más desarrollados, alcanzando las 2787 personas mayores de 60 años por cada 1000 menores de 15 años⁽³⁶⁾. **Figura 2.**

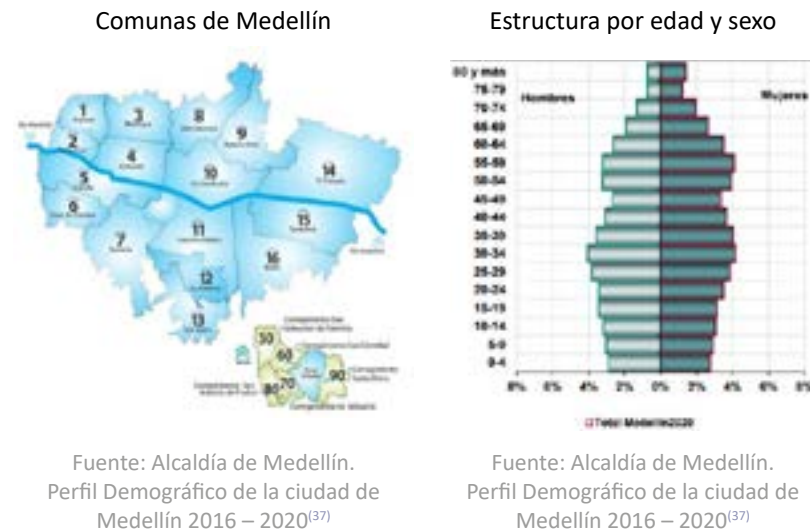


Figura 2. Medellín: mapa y estructura por edad y sexo de la población.

3.3 Envejecimiento en la ciudad de Pereira

De acuerdo con el censo realizado en el año 2018, la población de la ciudad de Pereira era de 409.670 habitantes, un incremento porcentual de población del 6,5% en el periodo intercensal 2005-2018, con un 52,9% de mujeres en la ciudad. Con respecto a la distribución por edad la población mayor de 65 años corresponde al 12%, este grupo poblacional presenta un incremento continuo en el índice de envejecimiento de la ciudad 13,6 en el año 1995 a 67,03 en el año 2018⁽³⁸⁾. Debido a esto se aprobó el acuerdo No. 12 de 2019, por medio del cual se adopta la política pública del adulto mayor que operará entre el 2019 y el 2028 en el municipio. Se ha identificado que Risaralda se encuentra entre los departamentos donde menos del 20% de la población se encuentra en las edades menores a los 14 años, situación que preocupa debido a la pérdida del relevo generacional, además se relaciona con mayores demandas en salud para las cuales el departamento no se encuentra preparado⁽³⁹⁾. **Figura 3**

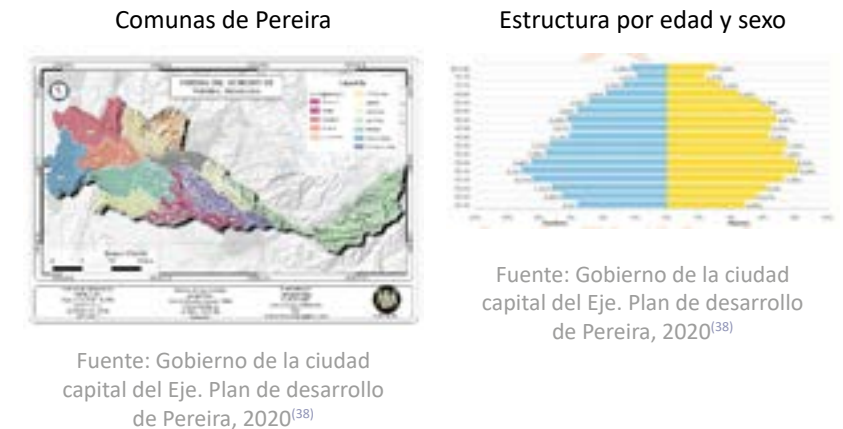


Figura 3. Pereira: mapa y estructura por edad y sexo de la población.

3.3 Envejecimiento en la ciudad de Popayán

El Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018⁽³¹⁾ indica que en la ciudad de Popayán residen 277.270 habitantes de los cuales el 51,9% son mujeres y el 48,1% son hombres. Los datos reportan que el índice de dependencia demográfica en la ciudad fue de 42,1 y el índice de envejecimiento de 51,4, el cual ha presentado aumento importante desde

el censo del año 2005, donde se reportó un índice de envejecimiento de 35,82 y de 22,30 en 1993. Se puede afirmar que en la ciudad de Popayán la proporción de personas mayores es del 10,1%, es decir, por cada 100 personas que residen en la ciudad de Popayán 10 son personas mayores de 65 años, lo cual podría indicar que para el año 2020 la ciudad consumió su bono demográfico. **Figura 4**

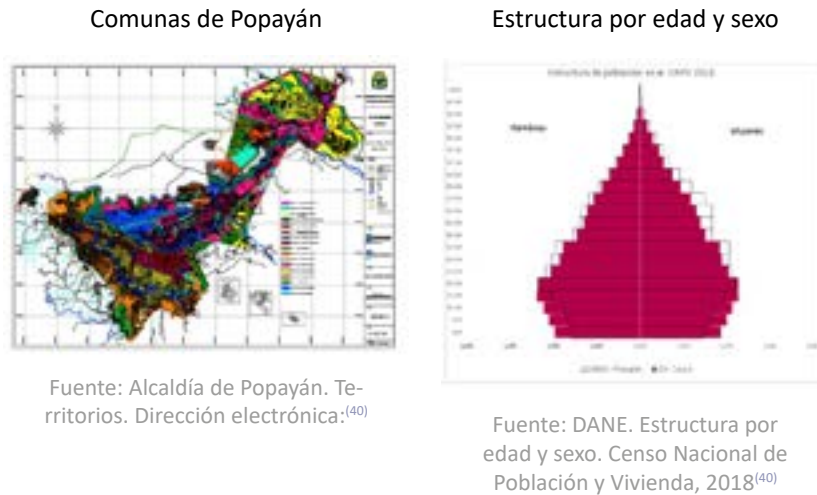


Figura 4. Popayán: mapa y estructura por edad y sexo de la población.

3.3 Envejecimiento en la ciudad de Santa Marta

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda realizado en el año 2018⁽⁹⁴⁾ reporta que en la ciudad de Santa Marta residen 479.853 habitantes evidenciándose un incremento porcentual de población del 6,5% en el periodo intercensal 2005-2018, la proporción se distribuye en 51,6% del sexo femenino y 48,4% del sexo masculino. Con respecto a la distribución por edad, el 10,7% de la población de la ciudad tiene 59 o más años, identificándose un índice de envejecimiento de 28,3, es decir, para el año 2018 por cada 100 menores de 15 años, había 34 mayores de 65 años⁽⁴¹⁾. **Figura 5**

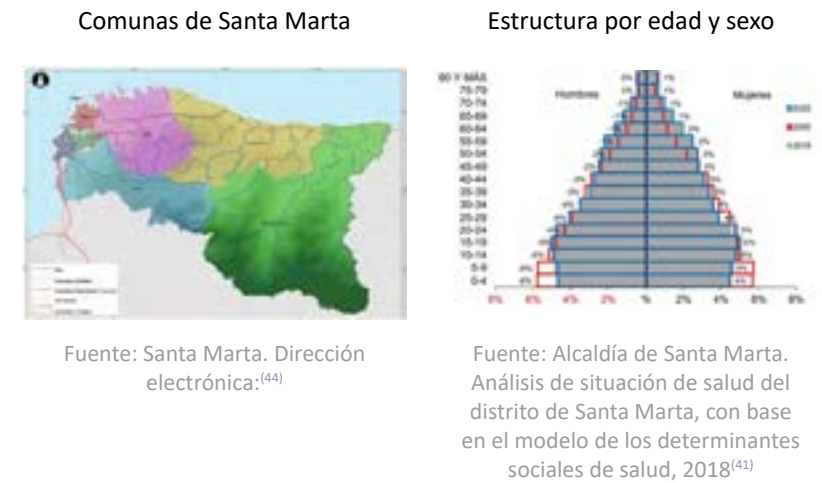


Figura 5. Santa Marta: mapa y estructura por edad y sexo de la población.

4. Salud mental

La OMS en 1948 definió “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”⁽⁴²⁾; definición que invita a reflexionar la pérdida del equilibrio en el organismo, que lo hace susceptible a padecerlas producto de su interacción física, mental y social.

Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la salud es un impulsor, un indicador y un resultado del desarrollo sostenible; esto se debe a que las personas sanas aportan su potencial productivo a la sociedad y demandan menos recursos en su atención. Por lo tanto, los nuevos medicamentos, vacunas, el genoma humano, son desarrollo para las naciones al evitar las muertes prematuras ya que aumenta la esperanza de vida al nacer.

Esta Agencia definió los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)⁽⁴³⁾ específicamente en el objetivo número tres: salud y bienestar. Se consideró que debía “garantizar vidas saludables y promover el bienestar para todas las edades”, sin embargo, en una revisión detallada de las metas, se evidencia un alto énfasis en la necesidad de evitar la muerte en edades tempranas (infantil, niñez y materna), no así de las personas mayores.

Además, poco se menciona la salud o el bienestar para todas las edades. Dichas metas no consideran los avances en la reducción del riesgo de muerte en la niñez y el impacto que esto supone en el aumento de la esperanza de vida de las personas, que trae consigo, progreso y desarrollo para las naciones.

Relacionado con su **salud mental**, en la población mayor, aproximadamente el 15% sufre algún trastorno mental⁽⁴⁴⁾, siendo la depresión el trastorno psiquiátrico de mayor frecuencia entre las personas mayores⁽⁴⁵⁾, ya que la función mental influye en todas las áreas de la vida, para interactuar con los demás y el manejo de sus asuntos personales⁽⁴⁶⁾ y es el conjunto de operaciones mentales que se efectúan mediante la interpretación perceptual de estímulos para transferirla a una respuesta o conducta de desempeño. En estas operaciones se encuentran involucrados los procesos cognitivos simples y complejos como sensación, percepción, atención, concentración, memoria, pensamiento, lenguaje e inteligencia⁽⁴⁷⁾. El envejecimiento implica un declive fisiológico natural, que conlleva el incremento en la probabilidad de padecer deterioro cognitivo; estas condiciones mentales afectan de manera directa la calidad de vida de la población adulta mayor, así como la de sus familiares más cercanos, convirtiéndose en un grave problema de salud pública⁽⁴⁸⁾.

La OMS afirma que debido al aumento acelerado del número de las personas mayores alrededor del mundo, es necesario centrar la atención en sus problemáticas específicas, donde más del 20% de las personas mayores han sufrido algún trastorno neurológico o mental y aproximadamente el 7% de ellos se encuentra en condición de discapacidad atribuible a las problemáticas de salud mental. Adicionalmente, verdadero problema radica en que el personal sanitario, la sociedad y las personas mayores no reconocen la magnitud de los problemas de salud mental, además del estigma asociado a estos, impide que las personas reciban ayuda de manera oportuna⁽⁴⁴⁾.

Frente a esta problemática se han abordado múltiples factores de tipo social, psíquico y biológico, para tratar de determinar los elementos de la salud mental en la población mayor y se han identificado aspectos como el dolor, la pérdida de funcionalidad, la soledad y la fragilidad, los cuales se han convertido en los factores de mayor asociación con la aparición de afectaciones de tipo mental. La magnitud del problema radica en que

el componente mental influye también en la salud física, por lo tanto los factores de enfermedad que padecen las personas mayores, podrían presentar empeoramiento en presencia de alguna problemática mental⁽⁴⁴⁾.

Dentro de las problemáticas de salud mental que se presentan en las personas mayores, es necesario mencionar los cambios en la afectividad que tienen lugar en la vejez, especialmente en el componente emocional, debido a que en esta etapa de la vida se experimentan una serie de sucesos como la jubilación, la muerte de seres queridos, el nido vacío, la pérdida de la capacidad funcional, el deterioro de la salud, la pérdida de autonomía, entre otros. Estos cambios afectan el equilibrio emocional y genera una serie de reacciones afectivas negativas que podrían llegar a evolucionar a condiciones como la depresión⁽⁴⁹⁾. Debido a lo anterior, ha aumentado el interés en comprender la afectividad en la persona mayor y todas sus características. En diversas pesquisas, se ha identificado como las personas mayores experimentan con mayor intensidad las emociones positivas, que las negativas, en comparación con la gente más joven, es decir, después de los 60 años las experiencias emocionales negativas se dan con menor frecuencia y las expresiones como la felicidad, el bienestar y la satisfacción tienen un mayor peso en condición emocional^(50,51).

En esta esfera afectiva se debe resaltar que, en la adultez mayor se presentan trastornos mentales y conductuales como consecuencia de cambios de humor, irritabilidad, miedo, y ansiedad, sumados a trastornos de tipo adaptativo debido a los múltiples cambios que se viven. Sin embargo, son los trastornos depresivos los que tienen un papel más significativo en esta etapa debido a su aparición silenciosa, su evolución acelerada y el gran impacto que genera en la persona mayor a nivel social, funcional y de salud⁽⁵²⁾.

5. Bienestar mental

La población mundial experimenta un aumento en la expectativa de vida, lo que lleva a plantearse cómo están envejeciendo las poblaciones y cómo incluir el envejecimiento en las agendas de gobierno, debido al cambio en la composición de las poblaciones con consecuencias que afectan la vida individual y colectiva. Ahora ya no es solo vivir más años, sino con satisfacción y condiciones que permitan el logro de un bienestar subjetivo y posibiliten lograr la felicidad.

Tradicionalmente la vejez se asociaba a enfermedades, dependencia y falta de productividad. Sin embargo, en la actualidad, la realidad no coincide con este concepto. Con la edad, la mayoría de las personas se adaptan al cambio y se convierten en actores activos y protagónicos para la comunidad, puesto que contribuyen a través de actividades tanto remuneradas como voluntarias, a la integración de la familia y la comunidad, fomentando la independencia y la participación, las cuales son beneficiosas para la salud y el fortalecimiento de la dignidad de las personas en todas las edades.

Por lo tanto, esto propone un cambio en el paradigma clásico de las ciencias de la salud centradas en el diagnóstico de enfermedades, para apostar por un enfoque centrado en la salud y el bienestar; en esta dirección se abre la posibilidad de indagar por el envejecimiento funcional (centrado en la salud física), envejecimiento activo (centrado en la salud mental) y envejecimiento saludable (centrado en la salud social).

El bienestar hace parte de la salud mental y su enfoque está dado desde la percepción individual sobre su calidad de vida y otros aspectos positivos de la vida, que permiten la interacción de la persona mayor con su entorno físico y social.

El principal objetivo de los gobiernos es incrementar el bienestar de las personas por medio de la generación de bienes y servicios, bajo el supuesto de que un aumento en la producción, siempre trae consigo mayor bienestar; de ahí el gran énfasis que por mucho tiempo se le ha otorgado al PIB como indicador del bienestar y desarrollo. No obstante, en años recientes se ha desarrollado varios esfuerzos para estimar el bienestar de las personas a través de la noción de bienestar subjetivo basándose en la idea de que la felicidad y satisfacción con la vida, debe ser una meta universal.

En lo relacionado al bienestar mental de las personas mayores, se desea indagar y aportar evidencia de indicadores positivos, que se alejen de la enfermedad y les permitan vivir en sociedad, como: el bienestar psicológico, que abarca diferentes aspectos de la vida y fomentan el “vivir mejor”, la felicidad como estado y como proceso mental, que les ayuda a las personas a lograr el máximo disfrute de la vida; y la calidad de vida, entendida como la percepción individual de las condiciones de vida y la

satisfacción con la vida. En este ámbito la salud mental contribuye a la salud social, lo que impacta en la persona mayor en una mayor calidad de vida, independiente de los padecimientos y las limitaciones que eventualmente pueden tener.

Metodología

Tipo de estudio

Estudio cuantitativo, observacional de tipo analítico, transversal (cross-sectional), en el que se comparó la salud mental (conducta suicida, consumo de sustancias psicoactivas y afición al juego) y el bienestar mental (bienestar psicológico, felicidad y calidad de vida) de las personas mayores, de 60 años y más de edad que viven en las ciudades de Bucaramanga, Medellín, Pereira, Popayán y Santa Marta, en el año 2021.

Población de estudio

La población de estudio son las personas mayores de 60 años, no institucionalizadas, residentes en el área urbana de las ciudades de Bucaramanga, Medellín, Pereira, Popayán o Santa Marta, que según las proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para el año 2021 son aproximadamente 681.715 personas. La distribución de la población de estudio en cada una de las cinco ciudades se presenta en la **tabla 2**.

Diseño muestral

Se diseñó un muestreo probabilístico, representativo por ciudad, por conglomerados, bietápico y aleatorio, que permitió reconstruir la población objetivo a través del cálculo de los factores de expansión, con base en las probabilidades de selección de cada persona mayor encuestada. Se considera probabilístico dado que todas las personas mayores residentes en cada ciudad tenían una probabilidad de selección conocida mayor a cero. Los conglomerados fueron las comunas o localidades al interior de cada ciudad.

Para realizar el cálculo de la muestra representativa para personas de 60 años y más que residen en cada ciudad, se utilizó la fórmula para poblaciones finitas, tomando, un nivel de confianza del 95 %, un error de muestreo del 5 %, una proporción esperada del 49 % (IC95 %: 49 %-60 %), de prevalencia de depresión en personas mayores a nivel nacional según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2015), prevalencia utilizada como variable proxy de la salud mental de las personas mayores del país, efecto de diseño (deff) del 1,0, con estos criterios se obtuvo el tamaño de muestra mínima requerida para cada ciudad. Adicionalmente, la muestra se amplió para corregir posibles pérdidas de información, donde se asumió una proporción de no respuesta del 25 %; quedando muestras de aproximadamente 500 personas mayores por ciudad. **Tabla 1.**

Tabla 1. Distribución de la población urbana y cálculo de tamaño de muestra de las personas mayores, según ciudad.

Ciudad	Comunas/Localidades	Barrios	Población urbana	Población proyectada > 60	% Población > 60	Muestra mínima requerida	Muestra ampliada
Bucaramanga	17	220	604.186	96.748	16,0 %	382	510
Medellín	16	264	2.530.461	407.879	16,1 %	384	512
Pereira	19	438	404.270	78.127	19,3 %	382	509
Popayán	9	226	269.271	42.710	15,9 %	381	507
Santa Marta	9	241	490.898	56.251	11,5 %	381	508
Total	70	1.389	4.299.086	681.715	15,9	1.910	2.546

Fuente: Construcción propia. Proyecto SABAM - Proyecciones 2021, tomado de: DANE, Censo 2018⁽⁵³⁾

El muestreo bietápico se hizo de la siguiente forma: se seleccionaron 51 barrios por ciudad como unidad secundaria de muestreo (USM) por medio de muestreo sistemático aleatorio, buscando con ello una muestra dispersa en todas las comunas o localidades de la ciudad; y al interior de cada barrio se seleccionaron dos (2) manzanas como unidad primaria de muestreo (UPM) por muestreo aleatorio simple. Estas dos etapas de selección (barrios, y manzanas), se basaron en los marcos muestrales de manzanas con la cartografía urbana de cada ciudad. Por lo cual, en cada ciudad, para cada barrio seleccionado, se construyó el marco muestral (enumeración de manzanas observadas en la cartografía de cada barrio)

y con base en éste, se realizó la selección de dos manzanas utilizando muestreo aleatorio simple, utilizando tabla de números aleatorios.

La unidad final de análisis (UFA) estuvo conformada por todos los mayores que habitaban las viviendas de las manzanas seleccionadas y que cumplían con los criterios de inclusión: personas mayores de 60 años y más de edad, no institucionalizadas, que aceptaron participar en el estudio y que firmaron el consentimiento informado. Se excluyeron del estudio a los mayores que presenten somnolencia, que no estén alerta, no tengan orientación temporo-espacial y no sigan órdenes simples y a aquellos que presentaran limitaciones sensoriales que les impidiera participar.

Se encuestaron 2506 personas mayores de 60 años en las cinco ciudades estudiadas, logrando incluir en Bucaramanga a 500 adultos, al igual que en Medellín y Santa Marta; en Popayán se incluyeron 501 mayores y en Pereira se incluyeron 505 adultos, superando en todas las ciudades el tamaño de muestra mínimo requerido. A cada uno de estos adultos mayores se le calcularon las probabilidades de selección, con el fin de obtener los factores de expansión y de esta manera, identificar el tamaño de la población objetivo a la cual se pueden referir los resultados obtenidos para cada ciudad. Los factores de expansión fueron corregidos utilizando principalmente los criterios de no respuesta y la distribución de personas mayores por sexo de cada ciudad, según proyecciones del DANE. **Tabla 2.**

La muestra de 2506 personas expandió a 534.580 en las cinco ciudades, con una reducción del 21,6 % como porcentaje de variación con respecto a la población objetivo (681.715); variación menor al 25 % de la muestra ampliada, posiblemente explicada por: 1) dificultad para acceder a las viviendas de los adultos, dada las restricciones sanitarias, originadas por la pandemia, 2) enfermedad, fallecimiento o limitaciones cognitivas de los encuestados por encierro, soledad o pérdida de familiares y amigos, 3) se usó la proyección de población estimada para el 2021 por el DANE, antes de la pandemia, la cual no contemplaba la movilidad interna dentro de las cinco ciudades seleccionadas, entre otras razones. **Tabla 2.**

Tabla 2. Población proyectada y población expandida a partir de muestra obtenida, según ciudad

Ciudad	Población proyectada > 60	Muestra mínima requerida	Muestra obtenida	Población expandida > 60	% variación población proyectada y expandida
Bucaramanga	96.748	382	500	81.487	- 15,8
Medellín	407.879	384	500	282.891	- 30,6
Pereira	78.127	382	505	69.918	- 10,5
Popayán	42.710	381	501	38.759	- 9,3
Santa Marta	56.251	381	500	61.525	9,4
Total	681.715	1.910	2.506	534.580	- 21,6

Construcción propia. Proyecto SABAM. Proyecciones 2021, tomado de: DANE, Censo 2018⁽⁵³⁾

En las cinco ciudades estudiadas, se visitaron un total de 9.170 viviendas, en las cuales se logró identificar a 4.469 adultos mayores; de éstos, 1.963 no aceptaron participar del estudio, obteniendo así una proporción global de no respuesta del 43,9%, proporciones que varían entre 13,3% y 56,7% entre las ciudades estudiadas. Por lo tanto, para encontrar a un adulto mayor se deben recorrer por lo menos dos viviendas y para lograr realizar una encuesta efectiva, se requiere recorrer por lo menos cuatro viviendas; y en ciudades como Bucaramanga y Medellín, se deben recorrer por lo menos siete viviendas para lograr encontrar a un adulto mayor que acepte participar del estudio. **Tabla 3.**

Los errores de muestreo se calcularon partiendo de los resultados obtenidos para las principales variables de interés, que hace referencia al bienestar mental de los adultos mayores, como son los indicadores positivos de felicidad, calidad de vida y bienestar psicológico. En relación a la felicidad, los errores de muestreo por ciudad varían entre 2,9% y 4,3%, y de manera global para las cinco ciudades, se encuentra un error del 1,7%. Resultados similares se encuentran, en relación a la calidad de vida, dichos errores variaron entre 3,5% y 4,2%, con error global del 1,8%; y en el bienestar psicológico, se encontraron errores que varían por ciudad entre 3,9% y 4,4%, con error global del 1,9%. **Tabla 3.**

Tabla 3. Proporción de no respuesta y errores de muestreo para las variables de interés, según ciudad

Ciudad	Muestra obtenida	Población expandida	% No respuesta	Felicidad (alta)		Calidad de vida (alta)		Bienestar psicológico (mucho fortaleza)	
				Proporción obtenida	Error de muestreo	Proporción obtenida	Error de muestreo	Proporción obtenida	Error de muestreo
Bucaramanga	500	81.487	56,7	87,1	2,9	62,0	4,2	52,1	4,4
Medellín	500	282.891	48,2	77,8	3,6	22,6	3,7	35,4	4,2
Pereira	505	69.918	50,8	43,1	4,3	20,1	3,5	28,6	3,9
Popayán	501	38.759	13,3	75,1	3,8	34,8	4,1	47,2	4,3
Santa Marta	500	61.525	32,8	65,4	4,2	22,9	3,7	39,1	4,3
Total	2.506	534.580	43,9	73,0	1,7	29,2	1,8	38,3	1,9

Construcción propia. Proyecto SABAM. Proyecciones 2021, tomado de: DANE, Censo 2018⁽⁵³⁾

Vale aclarar que los resultados sobre la caracterización de las personas mayores por condiciones demográficas, sociales, económicas y del estado de salud de las según la ciudad de residencia (objetivos 1 y 2), se presentan con la **muestra expandida**; al igual que los resultados de las variables de interés sobre salud y bienestar mental. Para los análisis bivariados, donde se realizaron pruebas de hipótesis y valor p, se calcularon con la **muestra obtenida** en cada ciudad.

Proceso de recolección de la información

El trabajo de campo se realizó con la empresa Imagroup Soluciones Inteligentes. En cada ciudad se contó con un coordinador y cinco encuestadores seleccionados de acuerdo a su perfil profesional o experiencia en recolección de información o en trabajo con población adulta mayor. En terreno, a los encuestadores se les hizo entrega de un mapa de cada barrio y de la manzana a la cual debe dirigirse, identificando de manera clara el lugar exacto, los lugares aledaños y la dirección. Una vez el encuestador llegaba a la manzana, debía recorrer todas las viviendas que

allí se encontraban y encuestar a los mayores que vivían en éstas y que aceptaran participar del estudio.

El siguiente es un ejemplo de los mapas de la ciudad de Medellín, entregados a cada encuestador: **Figuras 6 y 7**.

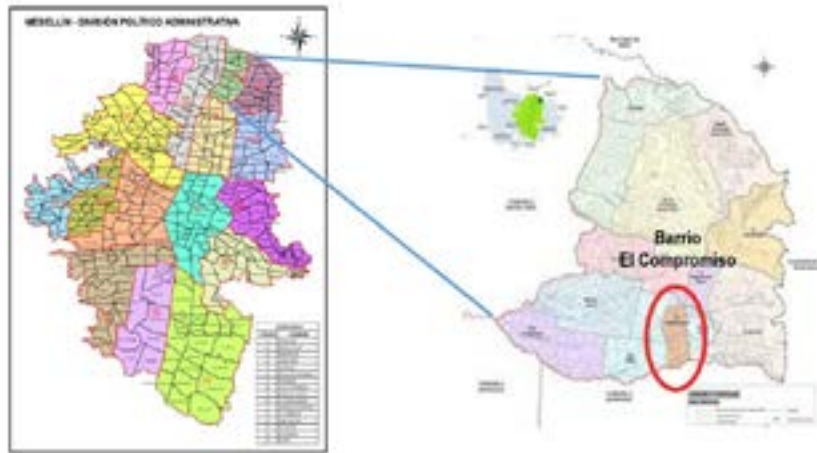


Figura 6. Ejemplo de mapa de barrio seleccionado en Medellín (barrio El Compromiso)

Fuente: Elaboración propia. Proyecto SABAM

En caso de que la manzana no correspondiera a una vivienda, sino a otro tipo de ambiente como institución escolar, estación de policía, hogar geriátrico, iglesia, cancha, etc., el encuestador debía informar a los coordinadores de campo quienes asignaban otra manzana. Cada semana los encuestadores entregaban un informe de avance, indicando: encuestas realizadas, barrios visitados y faltantes, inconvenientes de orden público presentado y hacían entrega de las encuestas completamente diligenciadas con sus respectivos consentimientos. Cada encuesta era revisada por los supervisores y si estaba incompleta o no correspondía al barrio, manzana o persona mayor, se devolvía al encuestador para completarla.



Figura 7. Ejemplo de mapa de manzana seleccionada en uno de los barrios de Medellín (manzana de barrio El Diamante)

Fuente: Elaboración propia. Proyecto SABAM

Los investigadores y auxiliares de investigación realizaron el muestreo, la capacitación, supervisión al trabajo de campo, control de calidad de las encuestas realizadas y digitación de las mismas. La capacitación a supervisores y encuestadores fue presencial asistida por tecnología, en la cual se hizo estandarización para unificar criterios y aclarar todas las inquietudes que se presentan antes, durante y después del proceso de recolección, relacionado con el acceso a las viviendas, la presentación del proyecto, el consentimiento informado, el instrumento diseñado, el manual del encuestador, el manejo de los formatos de obligatorio cumplimiento, el reporte de novedades, la suspensión de la encuesta (en caso de que fuese necesario) y la despedida de la vivienda, entre otros. Se les explicó acerca de cada una de las preguntas incluidas en el instrumento, la forma adecuada de dirigir las preguntas a la persona mayor, la importancia de la aplicación del consentimiento informado y del registro adecuado de cada uno de los formatos entregados. En campo, a cada encuestador se le entregó: un listado de manzanas a encuestar, un mapa de cada manzana a la cual debía dirigirse, una carta de presentación, un kit de bioseguridad con: tapabocas, guantes, termómetros, chaleco y los formularios con su correspondiente consentimiento informado, entre otros.

Descripción de las variables.

Las variables a estudiar fueron agrupadas en varios componentes con el fin de incluir las variables dependientes, independientes y variables confusoras. En la **tabla 4** se presentan los factores y variables estudiadas:

Tabla 4. Factores y variables incluidas en el instrumento de recolección de información

Factores	Variables	Relación
Condiciones demográficas	Sexo Edad Estado civil Nivel educativo Rol en el hogar Estrato de la vivienda Afilación al Sistema de seguridad social Fuente de ingresos	Variables confusoras
Salud y bienestar mental (envejecimiento activo)	Salud mental: • Conducta suicida (ideación, planeación e intento) • Estado de ánimo: síntomas depresivos • Abuso de drogas de medicamentos • Afición al juego Bienestar mental: • Felicidad • Calidad de vida • Bienestar psicológico	Variables dependientes
Salud física (envejecimiento funcional)	Multimorbilidad Dependencia funcional Estado nutricional	Variables independientes
Salud social (envejecimiento saludable)	Funcionamiento familiar Apoyo social Maltrato Participación social	Variables independientes

Construcción propia. Proyecto SABAM.

Técnica e instrumento de recolección de la información.

La fuente de información fue primaria y como técnica utilizada para la obtención de los datos fue la encuesta, para la cual se diseñó un instrumento de recolección de información, que incluyó preguntas cerradas

con opciones de respuesta múltiple o única respuesta y las siguientes escalas de medición, instrumentos validados y con autorización de uso de sus autores. **Tabla 5**

Tabla 5. Escalas de medición incluidas en el instrumento de recolección de información para las variables de interés

Salud mental	Bienestar mental
Deterioro cognitivo: Minimental State Examination (MMSE)	Calidad de vida: Escala de calidad de vida WHOQOL-OLD
Conducta suicida: Escala SADPERSONS	Bienestar psicológico: Escala de florecimiento
Afición al juego: Cuestionario South Oaks (SOGS)	Felicidad: Escala de felicidad de Lima
Capacidad funcional: índice de Barthel	Espiritualidad: Escala de espiritualidad personal
Prueba de rendimiento físico (SPPB)	Apoyo social: APGAR familiar
Depresión: Escala de síntomas depresivos del Centro de estudios epidemiológicos (CES-D)	Calidad del sueño: Índice de calidad del sueño de Pittsburgh
Dolor: Escala visual analógica de dolor	Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS)
Maltrato: Escala Geriátrica de Maltrato al Adulto Mayor (GMS)	Estado nutricional: Escala DETERMINE
Discriminación: Escala de discriminación de la vida cotidiana	

Análisis de datos

Los datos fueron analizados con técnicas y pruebas estadísticas, dependiendo de su alcance y complejidad; así mismo, la presentación gráfica de los resultados se hace dependiendo de la naturaleza de la variable. Para los cálculos, la información fue digitada en Excel y exportada a los programas Jamovi (software gratuito) y SPSS (licencia de la Universidad CES); a continuación, se presenta el análisis utilizado para dar respuesta a cada objetivo:

Tabla 6. Análisis estadístico realizado según objetivo del estudio

Objetivos	Análisis de los datos
Objetivo 1: Caracterizar a la persona mayor según condiciones demográficas, sociales, económicas y del estado de salud, según ciudad de residencia.	Análisis univariado: <ul style="list-style-type: none"> • Se realizó a todas las variables • Medidas de frecuencia: proporciones, tasas y razones, para las variables cualitativas • Medidas de resumen: tendencia central, posición y dispersión para las variables cuantitativas • Gráficos: pastel, barras simples, histograma, líneas • Tablas simples
Objetivo 2: Identificar los aspectos de la salud mental (conducta suicida, consumo de sustancias psicoactivas y afición al juego) y del bienestar mental (bienestar psicológico, felicidad y calidad de vida) de las personas mayores, por ciudad.	Análisis univariado: <ul style="list-style-type: none"> • Se realizó para cada una de las seis variables de interés (salud mental y bienestar mental) • Medidas de frecuencia: proporciones, tasas y razones, para las variables cualitativas • Medidas de resumen: tendencia central, posición y dispersión para las variables cuantitativas • Gráficos: pastel, barras simples
Objetivo 3: Explorar las condiciones demográficas, sociales, económicas y del estado de salud que afectan la salud mental y el bienestar mental de las personas mayores.	Análisis bivariado: <ul style="list-style-type: none"> • Se analizaron las seis variables de interés por ciudad • Medidas epidemiológicas: razones de prevalencia (RP), intervalos de confianza del 95 % (IC95 %) • Pruebas estadísticas: Chi-cuadrado • Tablas compuestas

Construcción propia. Proyecto SABAM.

Consideraciones éticas

El presente estudio se clasificó como de riesgo mínimo, de acuerdo a la Resolución 8430 de 1993⁽⁵⁴⁾, del Ministerio de Salud, que reglamenta la investigación en seres vivos; así mismo, se respetó la integridad de las personas encuestadas, independiente de las creencias, condiciones físicas y psicológicas en que se encontraban.

El Comité Institucional de Ética de Investigación en Humanos de la Universidad CES, en su sesión 134 del 20 de mayo de 2019 (Acta 134), aprobó el proyecto de investigación **“Salud y bienestar mental de la**

persona mayor, en cinco ciudades de Colombia. Año 2020” y el consentimiento informado, el cual fue firmado por las personas mayores encuestadas, frente a dos testigos.

Los investigadores dejan constancia que los resultados derivados de la recolección de datos y análisis de la información, no serán utilizados para fines distintos a los objetivos planteados y las bases de datos solo serán utilizadas con fines investigativos. Se considera lo estipulado en el artículo 15 de la Constitución Nacional sobre información consignada en bases de datos y la garantía de la confiabilidad y seguridad en el manejo de ellas. Además, se respetarán los derechos morales de cada uno de los coinvestigadores, y su aporte al proyecto, así como los derechos patrimoniales de cada una de las instituciones financiadoras (MinCiencias y Universidad CES).

Como se indagó por aspectos sensibles para la conducta y se aplicaron pruebas tamiz ninguna diagnóstica, se deja constancia que se dio orientación especial para los casos de deterioro mental encontrado y se dispuso de una ruta de atención psicológica en cada ciudad. De esta forma, si en algún momento de la encuesta, una persona mayor manifiesta sentirse mal a causa de las preguntas, y/o el encuestador identifica una posible crisis emocional, se siguió uno de estos caminos:

Teleasistencia: con los profesionales en salud mental (psicóloga), para reportar la situación y recibir indicaciones.

Rutas de atención en salud para salud mental en cada ciudad: la psicóloga del proyecto SABAM sugiere al encuestador: indicarle al adulto mayor y a su acompañante que es necesario desplazarse a la institución de salud que le brindará el apoyo necesario para esa situación específica. En cada ciudad se cuenta con una ruta de atención, la cual también se dejó explícita en el manual de trabajo de campo. **Tabla 7**

Tabla 7. Rutas de atención en salud para salud mental en cada ciudad

Bucaramanga	Medellín	Pereira	Popayán	Santa Marta
Línea Amiga Nacional 192. (se puede marcar desde celulares o teléfonos fijos). Teléfono 6337000 opción 5. Celular 3126740066.	Línea Nacional 123 (las 24 horas del día) Se puede marcar desde celulares o teléfonos fijos: Línea Amiga (604) 4444448. Celular: 3007231123, (las 24 horas del día).	Línea Amiga "Amate y Vive" 106 – teléfono fijo (6) 3339610. Lunes a viernes 8:00a.m. – 12:00p.m. y 2:00 – 5:00p.m.	Línea CRUE 8205390 – 8205366, celular 3218128623 Lunes a domingo las 24 horas.	Línea Nacional 018000955532 Teléfono fijo (5) 4209600 ext. 1212. Lunes a viernes 8:00a.m. -12:00p.m. y 2:00p.m. – 6:00p.m.

Resultados

1. Caracterización de las personas mayores según condiciones demográficas, sociales, económicas y del estado de salud en las cinco ciudades

En el proceso de recolección de información se logró encuestar 2.506 personas mayores residentes en la zona urbana en las cinco ciudades estudiadas, y después de calcular las probabilidades de selección, se logró expandir la muestra a 534.580 personas mayores de dichas ciudades. En el caso de la ciudad de Bucaramanga, se encuestaron 500 adultos mayores, cuyos resultados se expanden a 81.487; en Medellín se encuestaron 500 que expandieron a 282.891; en Pereira se encuestaron 505 adultos mayores, cuya expansión es de 69.918; en Popayán se incluyeron 501 personas mayores que expandieron a 38.759; y finalmente, en Santa Marta se encuestaron 500 mayores que expandieron a 61.525.

En la **tabla 8** se observan los resultados sobre la caracterización de las condiciones demográficas, sociales, económicas y del estado de salud de las personas mayores según la ciudad de residencia, se presentan con la muestra expandida; al igual, que los resultados de las variables de interés sobre salud y bienestar mental. La población de personas mayores residente en la zona urbana de las cinco ciudades encuestadas, estuvo constituida principalmente por mujeres, con una relación 2:1 comparada con los hombres; proporción similar se encontró en las ciudades

de Bucaramanga, Medellín y Popayán; mientras que en las ciudades de Pereira y Santa Marta se encontró una relación 1:1 entre hombres y mujeres.

Al analizar la distribución por grupos de edad, se encontró mayor representación de personas mayores jóvenes, en edades de 60 a 74 años, con un 80,3% (429.483); por ciudad, se observa que cuatro de cada cinco también se clasifican en este mismo grupo de edad, con excepción de los mayores residentes en Popayán, donde tres de cada cinco, están en este rango de edad. Se encontró, además, que sólo el 1,7% (9.449) de personas mayores del estudio eran longevos, puesto que tenían 90 años o más, de los cuales se encontraron algunos centenarios en la ciudad de Medellín. El 38,4% (205.161) de las personas mayores del estudio contaban con pareja estable al momento de la encuesta (casado-unió libre), cuyas proporciones variaron entre 31,3% y 50,7% en las ciudades estudiadas; el porcentaje restante, del total, manifestaron no tener pareja estable al momento de la encuesta e informan ser solteros, separados o divorciados o viudos, con similares proporciones entre los solteros y los viudos.

Más de la mitad de las personas mayores del estudio, tenían como nivel máximo de escolaridad la primaria (52,6%), seguido de la secundaria representada en el 22,6% (120.808) y del nivel técnico o universitario representado por el 15,2% (81.084). En la ciudad de Popayán se encontró la mayor proporción de personas mayores con nivel de escolaridad de primaria con el 66,7% (25.839), en Santa Marta se encontró la mayor proporción con nivel de secundaria con el 45,8% (28.155). El nivel de técnico o universitario se encontró con mayor frecuencia en Bucaramanga con el 27,5% (22.429), mientras que el nivel posgradual fue más frecuente en Santa Marta (4,6%) y en Medellín (3,1%). En menos del 10% de las personas mayores de las diferentes ciudades, reportaron no tener ningún nivel de escolaridad.

El 5,8% (31.186) de las personas mayores del estudio reportaron ser desplazados al momento de la encuesta, siendo más frecuente en personas mayores residentes en Medellín (8,2%) y Popayán (11,1%). De otro lado, el 0,9% (4.805) de total de mayores reportaron ser inmigrantes, de los cuales residían principalmente en la ciudad de Bucaramanga (2,3%).

En relación a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el 98,6% (527.093) están afiliados, con proporciones

superiores al 96% en todas las ciudades del estudio. Más de la mitad de estas personas mayores se encuentran en el régimen subsidiado (57,7%), siendo esta cifra menor solo en la ciudad de Bucaramanga (33,1%), donde la afiliación al régimen contributivo fue más frecuente (64,8%). Así mismo, la afiliación al sistema pensional es referida por el 28,6% (153.057) de la totalidad de las personas mayores, siendo esta cifra mayor en los residentes de la ciudad de Bucaramanga (45,2%). **Tabla 8.**

Tabla 8. Distribución porcentual de las personas mayores, según condiciones demográficas, por ciudad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021

Condiciones demográficas	Ciudad										Total N=534580	
	Bucaramanga N=81487		Medellín N=282891		Pereira N=69918		Popayán N=38759		Santa Marta N=61525			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Grupo poblacional												
Desplazado	1351	1,7	23128	8,2	2103	3,0	4292	11,1	312	0,5	31186	5,8
Inmigrante	1893	2,3	2132	0,8	52	0,1	5	0,0	723	1,2	4805	0,9
Afiliación al SGSSS												
Si	79790	97,9	281268	99,4	67378	96,4	38383	99,0	60274	98,0	527093	98,6
No	1697	2,1	1623	0,6	2540	3,6	376	1,0	1251	2,0	7487	1,4
Tipo de régimen de afiliación SGSSS												
Contributivo	52829	64,8	117838	41,7	18984	27,2	9644	24,9	19295	31,4	218590	40,9
Subsidiado	26961	33,1	163430	57,8	48394	69,2	28739	74,1	40979	66,6	308503	57,7
No asegurado	1697	2,1	1623	0,6	2540	3,6	376	1,0	1251	2,0	7487	1,4
Afiliación al sistema pensional												
Si	36861	45,2	80387	28,4	15226	21,8	6467	16,7	14116	22,9	153057	28,6
No	44626	54,8	202504	71,6	54692	78,2	32292	83,3	47409	77,1	381523	71,4
Sexo												
Hombre	27046	33,2	92461	32,7	32604	46,6	16565	42,7	30851	50,1	199527	37,3
Mujer	54441	66,8	190430	67,3	37314	53,4	22194	57,3	30674	49,9	335053	62,7
Grupo de edad (años)												
Joven (60-74)	66644	81,8	234190	82,8	53102	75,9	25684	66,3	49863	81,0	429483	80,3
Viejo (75-89)	13558	16,6	42766	15,1	16390	23,4	12218	31,5	10716	17,4	95648	17,9
Longevo (90-99)	1285	1,6	5777	2,0	426	0,6	857	2,2	946	1,5	9291	1,7
Centenario (100 ó más)	0	0,0	158	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	158	0,0
Estado civil												
Soltero	26713	32,8	61522	21,7	18469	26,4	9847	25,4	15077	24,5	131628	24,6
Casado/unión libre	25514	31,3	104641	37,0	28120	40,2	15666	40,4	31220	50,7	205161	38,4
Separad/divorciado	7375	9,1	51641	18,3	12419	17,8	4322	11,2	3631	5,9	79388	14,9
Viudo	21885	26,9	65087	23,0	10910	15,6	8924	23,0	11597	18,8	118403	22,1
Escolaridad												
Ninguno	7927	9,7	19634	6,9	5367	7,7	2605	6,7	2985	4,9	38518	7,2
Primaria	27281	33,5	160996	56,9	41536	59,4	25839	66,7	23454	38,1	279106	52,6
Secundaria	21837	26,8	47533	16,8	15617	22,3	7666	19,8	28155	45,8	120808	22,6
Técnico/ universitario	22429	27,5	45833	16,2	6331	9,1	2365	6,1	4126	6,7	81084	15,2
Postgrado	2013	2,5	8895	3,1	1067	1,5	284	0,7	2805	4,6	15064	2,8

Condiciones demográficas	Ciudad										Total N=534580	
	Bucaramanga N=81487		Medellín N=282891		Pereira N=69918		Popayán N=38759		Santa Marta N=61525			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Grupo poblacional												
Desplazado	1351	1,7	23128	8,2	2103	3,0	4292	11,1	312	0,5	31186	5,8
Inmigrante	1893	2,3	2132	0,8	52	0,1	5	0,0	723	1,2	4805	0,9
Afiliación al SGSSS												
Si	79790	97,9	281268	99,4	67378	96,4	38383	99,0	60274	98,0	527093	98,6
No	1697	2,1	1623	0,6	2540	3,6	376	1,0	1251	2,0	7487	1,4
Tipo de régimen de afiliación SGSSS												
Contributivo	52829	64,8	117838	41,7	18984	27,2	9644	24,9	19295	31,4	218590	40,9
Subsidiado	26961	33,1	163430	57,8	48394	69,2	28739	74,1	40979	66,6	308503	57,7
No asegurado	1697	2,1	1623	0,6	2540	3,6	376	1,0	1251	2,0	7487	1,4
Afiliación al sistema pensional												
Si	36861	45,2	80387	28,4	15226	21,8	6467	16,7	14116	22,9	153057	28,6
No	44626	54,8	202504	71,6	54692	78,2	32292	83,3	47409	77,1	381523	71,4

En relación al rol en el hogar, se encontró que más de la mitad (56,4%) de las personas mayores manifestaron ser jefes de hogar, seguido de cónyuge del jefe del hogar representado en el 20,9% (111.888). Estas proporciones fueron similares entre las ciudades, con excepción de Bucaramanga, en la que cuatro de cada diez mayores (35.059) reportaron este rol, seguido de ser hermano de jefe de hogar (30,5%).

El 81,0% (301.546) de los adultos de las cinco ciudades, reportaron que su familia era funcional. Esta proporción osciló entre el 65,2% (40.108) en Santa Marta y el 88,8% (72.356) en Bucaramanga. La disfunción familiar fue severa para el 5% (2.985) de los residentes en Santa Marta. Con respecto al apoyo social, el 87,7% (468.673) de las personas mayores lo percibieron como bueno o adecuado. Las proporciones entre las ciudades fueron similares excepto en Santa Marta, ciudad en la que el apoyo social es percibido como escaso o bajo para el 30% de los mayores residentes en la ciudad. **Tabla 9**

El 41,2% (220.180) de los mayores reportaron haberse sentido discriminados. La mayor proporción estuvo en Pereira representado en el 57,6% (50.285), mientras que los residentes de Popayán, fueron quienes menos

proporción de discriminación reportaron (23,9%; 9.258). Frente al maltrato, este fue reportado por seis de cada diez personas mayores de las cinco ciudades, con proporciones similares entre ellas, excepto para Popayán donde el maltrato fue del 41,1% (15.926) de las personas mayores residentes en la ciudad.

Tabla 9. Distribución porcentual de las personas mayores, según condiciones sociales, por ciudad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021

Condiciones sociales	Ciudad										Total N=534580	
	Bucaramanga N=81487		Medellín N=282891		Pereira N=69918		Popayán N=38759		Santa Marta N=61525			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Rol en el hogar												
Jefe de hogar	35059	43,0	154579	54,6	44469	63,6	27580	71,2	39859	64,8	301546	56,4
Cónyuge	12473	15,3	66648	23,6	12107	17,3	6370	16,4	14290	23,2	111888	20,9
Hermano	24823	30,5	27814	9,8	3023	4,3	1812	4,7	7263	11,8	64735	12,1
Otro	9132	11,2	33850	12,0	10319	14,8	2997	7,7	113	0,2	56411	10,6
Funcionalidad familiar percibida (Escala APGAR)												
Funcional	72356	88,8	236438	83,6	51617	73,8	32477	83,8	40108	65,2	432996	81,0
Disfunción leve	4684	5,7	32837	11,6	12234	17,5	4228	10,9	14109	22,9	68092	12,7
Disfunción moderada	1736	2,1	4396	1,6	3907	5,6	1359	3,5	4323	7,0	15721	2,9
Disfunción severa	2711	3,3	9220	3,3	2160	3,1	695	1,8	2985	4,9	17771	3,3
Apoyo social percibido (Escala MOS)												
Bajo apoyo	4504	5,5	27678	9,8	10018	14,3	5216	13,5	18491	30,1	65907	12,3
Buen apoyo	76983	94,5	255213	90,2	59900	85,7	33543	86,5	43034	69,9	468673	87,7
Discriminación (Escala discriminación en la vida cotidiana)												
No discriminado	52231	64,1	166493	58,9	29633	42,4	29501	76,1	36542	59,4	314400	58,8
Discriminación	29256	35,9	116398	41,1	40285	57,6	9258	23,9	24983	40,6	220180	41,2
Maltrato (Escala geriátrica de maltrato)												
No maltratado	21047	25,8	115548	40,8	27440	39,2	22833	58,9	26914	43,7	213782	40,0
Cualquier maltrato	60440	74,2	167343	59,2	42478	60,8	15926	41,1	34611	56,3	320798	60,0

El estrato socioeconómico de las viviendas en donde residen las personas mayores fue principalmente bajo, representado en dos de cada tres; similar proporción se encontró en las residencias de Medellín, Pereira y Popayán. En las ciudades de Santa Marta y Bucaramanga, se encontró mayor proporción de personas mayores que residen en viviendas ubicadas en estrato socioeconómico medio. Adicionalmente, las viviendas en las que residen son en mayor proporción viviendas propias o familiares (72,5%); situación similar se evidenció en las cinco ciudades estudiadas. El tiempo de residencia que llevan ellos en cada una de las ciudades del estudio es superior a los dos años, con proporciones superiores al 80%. En relación a los ingresos económicos, en general el 57,8% de las personas mayores manifiestan recibirlos; esta proporción fue similar en los adultos de Popayán con 51,1%; proporción mayor se encontró en personas mayores de Medellín con 70,4% y Bucaramanga con 63,4%, y menor en adultos Santa Marta con 30,1% y Pereira con 28,0%. Los mayores que manifiestan recibir ingresos, el 84,3% (260.378) reportan recibir menos de un salario mínimo legal vigente, el cual estuvo definido en COP\$ 908.526 para el año 2021; seguido del 10,4% (32050) de los adultos que refirieron recibir entre uno y dos salarios mínimos; y del 5,3% (16308) que manifiestan recibir más de dos salarios mínimos.

En la ciudad de Bucaramanga, de las personas mayores que manifiestan recibir ingresos, el 45,7% perciben un salario, seguido del 31,0% que perciben entre uno y dos salarios y del 23,2% perciben más de dos salarios mínimos legales vigentes. En las ciudades de Medellín, Popayán y Pereira, las personas mayores reciben principalmente un salario mínimo, con proporciones de 94,8% para las dos primeras y 90,7% para la última, respectivamente. De otro lado, en la ciudad de Santa Marta, el 61,6% reciben un salario, el 23,4% reciben entre uno y dos salarios y el 15% reciben más de dos salarios mínimos legales vigentes.

Adicionalmente, de las personas mayores que manifiestan recibir ingresos, reportan que dichos recursos provienen principalmente de jubilación o pensión y de subsidios, con proporciones de 34,8% (107.376) y 33,7% (104.084), respectivamente; por ciudad también se evidenciaron estas dos fuentes como las principales contribuciones a los ingresos, aunque en Medellín y Popayán los adultos refieren en primera instancia los recursos provenientes de los subsidios y luego los provenientes de jubilación o pensión. Es de anotar, que en general una baja proporción

de personas mayores reportaron ingresos provenientes de empleo formal (3,4%), en las ciudades esta proporción varió entre 2,2% y 9,1%, y el empleo informal fue reportado por el 11,3% de las personas mayores, con una variación entre 5,1% y 13,4% en las diferentes ciudades.

Tabla 10

Tabla 10. Distribución porcentual de las personas mayores, según condiciones económicas, por ciudad. Colombia. Proyecto SABAM, 2021.

Condiciones económicas	Ciudad										Total N=534580	
	Bucaramanga N=81487		Medellín N=282891		Pereira N=69918		Popayán N=38759		Santa Marta N=61525		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Estrato económico vivienda												
Bajo (1-2)	22436	27,5	191873	67,8	59685	85,4	28821	74,4	28556	46,4	331371	62,0
Medio (3-4)	32807	40,3	91018	32,2	10193	14,6	9938	25,6	32969	53,6	176925	33,1
Alto (5-6)	26244	32,2	0	0,0	40	0,1	0	0,0	0	0,0	26284	4,9
Tenencia vivienda												
Propia	45877	56,3	148008	52,3	31985	45,7	19104	49,3	42119	68,5	287093	53,7
Arrendada	19344	23,7	83160	29,4	23289	33,3	8234	21,2	11091	18,0	145118	27,1
Hipotecada	439	0,5	454	0,2	465	0,7	275	0,7	21	0,0	1654	0,3
Familiar	15827	19,4	51269	18,1	14179	20,3	11146	28,8	8294	13,5	100715	18,8
Tiempo de residencia en la ciudad												
< 1 año	67	0,1	2415	0,9	737	1,1	274	0,7	0	0,0	3493	0,7
1 a 2 años	14624	17,9	27551	9,7	7605	10,9	1851	4,8	4846	7,9	56477	10,6
2 años ó más	66796	82,0	252925	89,4	61576	88,1	36634	94,5	56679	92,1	474610	88,8
Ingreso económico en el mes anterior												
Si recibió	51654	63,4	199181	70,4	19586	28,0	19806	51,1	18509	30,1	308736	57,8
No recibió	29833	36,6	83710	29,6	50332	72,0	18953	48,9	43016	69,9	225844	42,2
Ingreso en el mes anterior de quienes manifiestan recibirlo (N=308736), en salarios mínimos legales vigentes												
Menos de 1	23623	45,7	188804	94,8	17770	90,7	18782	94,8	11399	61,6	260378	84,3
Entre 1 y 2	16031	31,0	9329	4,7	1521	7,8	837	4,2	4332	23,4	32050	10,4
Más de 2	12000	23,2	1048	0,5	295	1,5	187	0,9	2778	15,0	16308	5,3

Condiciones económicas	Ciudad										Total N=534580	
	Bucaramanga N=81487		Medellín N=282891		Pereira N=69918		Popayán N=38759		Santa Marta N=61525		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Fuente de ingreso de quienes manifiestaron recibirlo en el mes anterior (N=308736)												
Jubilación/pensión	32413	62,8	53967	27,1	7428	37,9	5344	27,0	8224	44,4	107376	34,8
Ayuda familiar	765	1,5	35887	18,0	3253	16,6	1128	5,7	2283	12,3	43316	14,0
Alquiler/renta	789	1,5	4351	2,2	1298	6,6	412	2,1	1660	9,0	8510	2,8
Subsidios	10416	20,2	73841	37,1	4819	24,6	11206	56,6	3802	20,5	104084	33,7
Empleo formal	2599	5,0	4447	2,2	1780	9,1	515	2,6	1174	6,3	10515	3,4
Empleo informal	4672	9,0	26688	13,4	1008	5,1	1201	6,1	1366	7,4	34935	11,3

Con respecto al estado de salud percibido, cuatro de cada diez personas mayores reportan que su salud es buena; y uno de cada cuatro, la califica como regular. Casi el 2% de la población de mayores refiere que su estado de salud es malo. Bucaramanga es la ciudad donde más de la mitad de los mayores (56,8%; 46.314) perciben su estado de salud como excelente y muy bueno; mientras que en Pereira esta percepción solo alcanza el 22% (15.331).

Al analizar la distribución de la población de personas mayores según las enfermedades, se encontró que el 63% (337.036) no reportó ningún diagnóstico. Esta proporción, fue superior al 50% en las ciudades de Bucaramanga, Medellín y Popayán; mientras que, en las ciudades de Pereira y Santa Marta, solo uno de cada tres no reportó enfermedad. Tener solo un diagnóstico fue reportado por el 16,5% (88.030) de los mayores, lo cual osciló entre 8,5% (24.156) y 34,9% (21.444).

La multimorbilidad (dos o más enfermedades) fue reportada por el 20,5% de los adultos mayores, siendo más frecuente en Santa Marta representada en un 36,2% (22.266). Con respecto al consumo de medicamentos diarios, se encontró que más de la mitad de la población de mayores consume al menos un medicamento diario. La polifarmacia es más frecuente en la ciudad de Medellín donde el 23,7% de las personas mayores (67.031) consumen 3 o más medicamentos por día. En Pereira,

este consumo fue del 3,8% (2.658), aunque el consumo de 1 a 3 medicamentos en esta misma ciudad fue del 60% (41.932). Frente al tiempo de consumo de los medicamentos, se encontró la mayor proporción en el periodo de más de doce meses representada por el 68,3% (222.476) de las personas mayores con proporciones similares entre las ciudades. Sin embargo, en Bucaramanga esta frecuencia ascendió al 85,6% (53.696).

Frente a la infección por COVID-19, esta fue referida por el 4,5% (24.145) de los adultos mayores. Las proporciones fueron similares entre las ciudades excepto en Santa Marta en la que la frecuencia de infección había alcanzado al 14,8% (9.103) de los mayores para el momento de la toma de datos del estudio. Las ciudades con menor proporción de casos fueron, para ese mismo momento, Pereira (1,7%; 1.162) y Popayán (2,0; 783). Con respecto a otras condiciones, el 71,7% (383.084) reportó haber estado enfermo en algún momento de los últimos cuatro meses; esta proporción, aunque fue similar entre las ciudades, osciló entre el 69,1% y 85,5% alcanzando su mayor frecuencia en la ciudad de Popayán.

Uno de cada cinco de las personas mayores refirió dolor constante en los últimos seis meses y de ellos, el 64,1% (68.397) manifiesta que el dolor sigue igual; mientras que para el 12,3% (13.148) el dolor ha empeorado. El 53,5% lo califica como severo; el 15,7% como insoportable (16.795); y, el 21,8% (23.227) como moderado. Aunque, en la ciudad de Pereira el autoreporte de dolor es más frecuente (27,1%; 8.927), en Medellín está la mayor proporción de personas que perciben este dolor como severo e insoportable, reportado por el 95,5% de los mayores.

En relación a la capacidad funcional, se encontró que, aunque el 64,6% (345.590) de las personas mayores se reconocieron como físicamente activos, solo el 9,9% cumplen con las recomendaciones de actividad física sugeridas por la reciente Guía de Actividad Física y comportamiento sedentario de la OMS⁽⁵⁵⁾. El autoreporte de activos fue más alto en las ciudades de Bucaramanga, Medellín y Popayán (frecuencias entre 64,1% y 75,5%); mientras que en Pereira y en Santa Marta este autoreporte fue del 39,8% (27.830) y 45,3% (26.781) respectivamente. Sin embargo, con respecto a la actividad física recomendada por OMS, las ciudades de Pereira, Popayán y Santa Marta no cuentan con mayores que cumplan estas recomendaciones; Bucaramanga solo tiene un cumplimiento de 7,2% (5.894), mientras que el 16,6% (47.101) de los mayores de Medellín, lo-

graron cumplir con las recomendaciones para ser clasificados como físicamente activos.

En general, el 76% (406.293) personas mayores son independientes en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria. Entre las ciudades, esta proporción es similar, excepto para las personas mayores de Santa Marta y Pereira. Para los mismos, la frecuencia de independencia solo alcanzó el 42,9% (26.382) y 57,6% (40.250) respectivamente. La dependencia severa fue más frecuente entre los mayores de la ciudad de Popayán donde se alcanzó el 1,3% (516). En la ciudad de Medellín, se encontró la mayor proporción de personas mayores independientes en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) representado por el 90,3% (255.533). En Pereira estuvo la mayor frecuencia de quienes necesitan ayuda para estas actividades (26%; 18.158), mientras que, en Santa Marta, se encontró la mayor frecuencia de aquellos quienes son dependientes en sus AIVD (13%; 7.976). En general, el 82,6% (441.642) de las personas mayores son independientes para la ejecución de las AIVD.

Con respecto al rendimiento físico, más de la mitad de las personas mayores (55,1%) tuvieron un rendimiento físico moderado, seguido por el rendimiento bajo presente en uno de cada tres adultos mayores. En general, solo en el 6,7% (35.853) de los mayores se encontró un rendimiento físico alto, siendo Bucaramanga la ciudad en la que este rendimiento tuvo la mayor frecuencia (27,4%; 22.344). Pereira fue la ciudad en la que el rendimiento físico muy bajo tuvo la frecuencia más alta (17%; 11.894). Uno de cada dos personas mayores (50,9%) se clasificó en estado prefrágil, siendo más frecuente en las ciudades de Pereira y Popayán, representado en el 68,4% (47.789) y 63,6% (24.660) respectivamente. Adicionalmente, Bucaramanga fue la ciudad en la que más frecuencia de mayores sin fragilidad se encontró (52,1%; 42.458), seguida por la ciudad de Medellín (45,9%; 129.743). Los mayores frágiles estuvieron representados por el 8% (42.609), con mayor frecuencia en la ciudad de Santa Marta (17,6%; 10.822).

En general, el 42,9% (229.516) de las personas mayores reportó tener alguna discapacidad. De ellos, el 83,5% (191.545) reportaron la discapacidad de tipo visual; el 15,9% (36.421) manifestaron tener discapacidad auditiva, mientras que la discapacidad de tipo motriz fue referida por el 6,8% (15.546). Las ciudades en las que la discapacidad fue más

frecuente fueron Bucaramanga (45,2%; 36.805) y Medellín representado por el 51,7% (146.249). Sin embargo, se encontró que el 94,9% (507.199) de las personas mayores están en riesgo alta de discapacidad con proporción similar entre las ciudades del estudio.

En relación al riesgo nutricional, en general uno de cada tres de las personas mayores se encuentra en buen estado nutricional. Esta proporción es similar entre las ciudades, excepto Bucaramanga, ciudad en la que el buen estado nutricional alcanza a dos de cada tres mayores. De otro lado, Pereira es la ciudad en la que hay mayor riesgo nutricional, representado por el 45,4% (31.763) de los mayores de la zona urbana, seguido por los mayores de Medellín, ciudad en la que el 36,7% (100.917) tienen un riesgo nutricional alto. Con respecto a la calidad del sueño, el 75,7% (404.624) de las personas mayores reportaron tener buena calidad del mismo. Sin embargo, la pobre calidad del sueño osciló entre el 8,6% (3.384) y 31,5% (22.000). Las ciudades con mayor frecuencia de pobre calidad de sueño son Medellín, Pereira y Santa Marta. **Tabla 11**

Tabla 11. Distribución porcentual de las personas mayores, según condiciones económicas, por ciudad. Colombia. Proyecto SABAM, 2021.

Estado de salud	Ciudad										Total N=534580	
	Bucaramanga N=81487		Medellín N=282891		Pereira N=69918		Popayán N=38759		Santa Marta N=61525			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Estado de salud percibido												
Excelente	13124	16,1	35072	12,4	6135	8,8	3911	10,1	2831	4,6	61073	11,4
Muy bueno	33190	40,7	50865	18,0	9196	13,2	8470	21,9	13852	22,5	115573	21,6
Bueno	24414	30,0	123055	43,5	13807	19,7	17534	45,2	31616	51,4	210426	39,4
Regular	9961	12,2	69838	24,7	37361	53,4	8203	21,2	12079	19,6	137442	25,7
Malo	798	1,0	4061	1,4	3419	4,9	641	1,7	1147	1,9	10066	1,9
Número enfermedades diagnosticadas												
Ninguna	62563	76,8	214569	75,8	22178	31,7	19911	51,4	17815	29,0	337036	63,0
Una	11134	13,7	24156	8,5	23261	33,3	8035	20,7	21444	34,9	88030	16,5
Dos	5991	7,4	30487	10,8	20994	30,0	10033	25,9	17661	28,7	85166	15,9
Tres o más	1799	2,2	13679	4,8	3485	5,0	780	2,0	4605	7,5	24348	4,6

Estado de salud	Ciudad										Total N=534580	
	Bucaramanga N=81487		Medellín N=282891		Pereira N=69918		Popayán N=38759		Santa Marta N=61525			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Medicamentos diarios												
Ninguno	18765	23,0	135966	48,1	25328	36,2	10312	26,6	18276	29,7	208647	39,0
1 a 3	49439	60,7	79894	28,2	41932	60,0	23052	59,5	33430	54,3	227747	42,6
Más de 3	13283	16,3	67031	23,7	2658	3,8	5395	13,9	9819	16,0	98186	18,4
Tiempo con los medicamentos												
Menos de 6 meses	6121	9,8	7010	4,8	8288	18,6	10092	35,5	5134	11,9	36645	11,2
Entre 6 y 12 meses	2905	4,6	38999	26,5	12743	28,6	1266	4,5	10899	25,2	66812	20,5
Más de 12 meses	53696	85,6	100916	68,7	23559	52,8	17089	60,1	27216	62,9	222476	68,3
Ha presentado Covid-19												
Si	3034	3,7	10063	3,6	1162	1,7	783	2,0	9103	14,8	24145	4,5
No	78453	96,3	272828	96,4	68756	98,3	37976	98,0	52422	85,2	510435	95,5
Enfermedad en los últimos 4 meses												
Si	58495	71,8	195440	69,1	51662	73,9	33139	85,5	44348	72,1	383084	71,7
No	22992	28,2	87451	30,9	18256	26,1	5620	14,5	17177	27,9	151496	28,3
Dolor constante en los últimos 6 meses												
Si	14215	17,4	56551	20,0	18927	27,1	3985	10,3	13017	21,2	106695	20,0
No	67272	82,6	226340	80,0	50991	72,9	34774	89,7	48508	78,8	427885	80,0
Dolor en el último mes, en quienes tienen dolor constante (N=106.695)												
Ha mejorado	3206	22,6	6541	11,6	7639	40,4	1520	38,1	5244	48,0	25150	23,6
Sigue igual	9276	65,3	42624	75,4	9547	50,4	1870	46,9	5080	39,0	68397	64,1
Ha empeorado	1733	12,2	7386	13,1	1741	9,2	595	14,9	1693	13,0	13148	12,3
Intensidad del dolor (EVA), en quienes tienen dolor constante (N=106.695)												
Sin dolor (0)	3262	22,9	0	0,0	805	4,3	5	0,1	364	2,8	4436	4,2
Dolor leve (1-3)	347	2,4	0	0,0	2746	14,5	703	17,6	1377	10,6	5173	4,8
Dolor moderado (4-6)	4526	31,8	2577	4,6	8815	46,6	2181	54,7	5128	39,4	23227	21,8
Dolor severo (7-8)	4245	29,9	40692	72,0	6561	34,7	738	18,5	4828	37,1	57064	53,5
Dolor insoportable (9-10)	1835	12,9	13282	23,5	0	0,0	358	9,0	1320	10,1	16795	15,7

Estado de salud	Ciudad										Total N=534580	
	Bucaramanga N=81487		Medellín N=282891		Pereira N=69918		Popayán N=38759		Santa Marta N=61525			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Actividad física autoreportada												
Inactivo	29288	35,9	73392	25,9	42088	60,2	9478	24,5	34744	56,5	188990	35,4
Activo	52199	64,1	209499	74,1	27830	39,8	29281	75,5	26781	43,5	345590	64,6
Actividad física recomendada (OMS)												
Activo	5894	7,2	47101	16,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	52995	9,9
Inactivo	75593	92,8	235790	83,4	69918	100,0	38759	100,0	61525	100,0	481585	90,1
Actividades básicas de la vida diaria (Escala Barthel)												
Independencia	62022	76,1	246303	87,1	40250	57,6	31336	80,8	26382	42,9	406293	76,0
Dependencia leve	17708	21,7	32925	11,6	28383	40,6	6725	17,4	32899	53,5	118640	22,2
Dependencia moderada	1361	1,7	2586	0,9	1285	1,8	182	0,5	2206	3,6	7620	1,4
Dependencia severa	396	0,5	503	0,2	0	0,0	83	0,2	0	0,0	982	0,2
Dependencia	0	0,0	574	0,2	0	0,0	433	1,1	38	0,1	1045	0,2
Actividades instrumentales de la vida diaria (Escala Lawton y Brody)												
Independiente	70137	86,1	255533	90,3	44092	63,1	31049	80,1	40831	66,4	441642	82,6
Necesita ayuda	8869	10,9	6637	2,3	18158	26,0	5826	15,0	12718	20,7	52208	9,8
Dependiente	2481	3,0	20721	7,3	7668	11,0	1884	4,9	7976	13,0	40730	7,6
Rendimiento físico (Escala SPPB)												
Alto	22344	27,4	8432	3,0	388	0,6	1392	3,6	3297	5,4	35853	6,7
Moderado	36876	45,3	189438	67,0	29106	41,6	18635	48,1	20722	33,7	294777	55,1
Bajo	14694	18,0	65907	23,3	28530	40,8	14212	36,7	35219	57,2	158562	29,7
Muy bajo	7573	9,3	19114	6,8	11894	17,0	4520	11,7	2287	3,7	45388	8,5
Fragilidad (Escala Frail)												
Sin fragilidad	42458	52,1	129743	45,9	19614	28,1	10804	27,9	17492	28,4	220111	41,2
Prefrágil	33471	41,1	132729	46,9	47789	68,4	24660	63,6	33211	54,0	271860	50,9
Frágil	5558	6,8	20419	7,2	2515	3,6	3295	8,5	10822	17,6	42609	8,0
Discapacidad												
Sin discapacidad	44682	54,8	136642	48,3	51568	73,8	30746	79,3	41426	67,3	305064	57,1
Con alguna discapacidad	36805	45,2	146249	51,7	18350	26,2	8013	20,7	20099	32,7	229516	42,9
Tipo de discapacidad*, en quienes tienen alguna (N=229.516)												
Visual	33590	91,3	123435	84,4	11781	64,2	5699	71,1	17040	84,4	191545	83,5
Auditiva	2547	6,9	21451	14,7	7055	38,4	2051	25,6	3317	16,5	36421	15,9
Motora	2726	7,4	11126	7,6	488	2,7	979	12,2	227	1,1	15546	6,8

Estado de salud	Ciudad										Total N=534580	
	Bucaramanga N=81487		Medellín N=282891		Pereira N=69918		Popayán N=38759		Santa Marta N=61525			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Riesgo de discapacidad (Escala SPPB)												
Sin riesgo	13872	17,0	8432	3,0	388	0,6	1392	3,6	3297	5,4	27381	5,1
Riesgo alto	67615	83,0	274459	97,0	69530	99,4	37367	96,4	58228	94,6	507199	94,9
Riesgo nutricional (Escala Determine)												
Buen estado nutricional	51402	63,1	91548	32,4	18141	25,9	13609	35,1	22432	36,5	197132	36,9
Riesgo moderado	12531	15,4	90426	32,0	20014	28,6	14323	37,0	21839	35,5	159133	29,8
Riesgo alto	17554	21,5	100917	36,7	31763	45,4	10827	27,9	17254	28,0	178315	33,4
Calidad del sueño (Escala Pittsburg)												
Buen sueño	71719	88,0	205227	72,5	47918	68,5	35411	91,4	44349	72,1	404624	75,7
Pobre calidad del sueño	9768	12,0	77664	27,5	22000	31,5	3348	8,6	17176	27,9	129956	24,3

Se presenta cada categoría de discapacidad de forma independiente.

2. Identificación de los aspectos de la salud mental, con relación a la conducta suicida, el consumo de sustancias psicoactivas y la afición al juego

La salud mental de las personas mayores se caracterizó principalmente en función de tres aspectos: la conducta suicida, el consumo de sustancias psicoactivas y afición al juego; sin embargo, también se indagó por otro aspecto relacionado con la salud mental como es la depresión. El riesgo de conducta suicida se indagó a través del instrumento SADPERSONS⁽⁵⁶⁾, se preguntó por el consumo de nueve tipos de sustancias psicoactivas a saber: tabaco, bebidas alcohólicas, cannabis, cocaína, anfetaminas, inhalantes, tranquilizantes, alucinógenos, y opiáceos; en la afición al juego, se indagó por catorce tipos de juegos, entre juegos de azar, juegos de mesa y videojuegos, y el riesgo de juego patológico a través de la escala SOGS. El riesgo de depresión se midió con la Escala CES-D⁽⁵⁷⁾.

En relación a la conducta suicida, más de la mitad de las personas mayores del estudio presentan bajo riesgo (55,8%), proporción similar se observa en la ciudad de Medellín (52,6%) y con proporción superior en Popayán (80,8%) y Bucaramanga (78,2%); sin embargo, en ciudades como Pereira se encuentra la mayor proporción con algún riesgo (62,5%), donde el 45,4% (31728) están en riesgo moderado, el 15,8% (11013) están en riesgo alto y el 1,4% (986) requeriría ser ingresado para manejo hospitalario. En Santa Marta, también se observa mayor proporción de adultos algún riesgo de conducta suicida (53,9%), donde el 44,1% (27154) están en riesgo moderado, el 7,2% (44513) están en riesgo alto y el 2,5% (1561) requeriría ser ingresado para manejo hospitalario.

Al momento de la encuesta, se encontró que tres de cada cinco personas mayores no presentaron síntomas depresivos (61,0%); al analizar por ciudad, se observan proporciones similares o superiores en Medellín (67,0%), Bucaramanga (78,3%) y Popayán (78,9%). En las ciudades de Pereira y Santa Marta se observó con mayor frecuencia a adultos con éstos síntomas, con proporciones de 71,6% y 64,0%, respectivamente.

El consumo de alguna sustancia psicoactiva en algún momento de su vida, es referido por uno de cada cuatro personas mayores (24,1%), estas proporciones variaron entre 7,0% y 33,6% en las cinco ciudades estudiadas, representando la cifra menor a los adultos de Popayán y la cifra mayor en Medellín. Entre las sustancias psicoactivas más frecuentemente referidas, se encuentran, el tabaco referido por el 15,4% y las bebidas alcohólicas referidas por el 14,8%. Estas dos sustancias fueron también las más frecuentes en todas las ciudades estudiadas, variando el orden, puesto que para los adultos de las ciudades de Bucaramanga, Medellín y Pereira fue más frecuente el tabaco, mientras que, para los de Popayán y Santa Marta, fue más frecuente el consumo de bebidas alcohólicas.

Entre los que reportaron haber consumido alguna sustancia psicoactiva a lo largo de su vida, se observa que tres de cada cuatro han consumido una sola sustancia (73,0%), mientras que uno de cada cuatro ha consumido entre dos o más sustancias (27,0%); en todas las ciudades se observaron proporciones similares, aunque en Pereira se observó una proporción más alta de consumo de dos o más sustancias psicoactivas (41,4%). Con relación a la afición al juego, uno de cada tres personas mayores se autodefine como aficionado a estos (33,6%), por ciudad, estas propor-

ciones variaron: en Bucaramanga el 17,5%, en Popayán el 25,3%, en Pereira el 27,2%, en Santa Marta el 37,9% y en Medellín el 40,1% se consideran aficionados. Los tipos de juegos que realizan más frecuentemente los aficionados a estos son: chance (74,5%), juegos de mesa (35,1%), lotería (20,2%), baloto (14,4%) y súper astro (9,5%).

Los aficionados a los juegos reportan con proporciones del 20% o más los siguientes juegos en la ciudad de Bucaramanga: chance, baloto y lotería; en la ciudad de Medellín juegan más frecuentemente: chance, juegos de mesa y lotería; en la ciudad de Pereira refirieron principalmente: chance, baloto y súper astro; en la ciudad de Popayán manifestaron jugar: chance y juegos de mesa; y en Santa Marta indicaron jugar: chance, súper astro, lotería y baloto. El 13,6% de las personas mayores del estudio manifestaron realizar apuestas en dinero, con proporciones similares en las diferentes ciudades. De estos, el 4,6% son probablemente jugadores patológicos según la escala SOGS, ubicados principalmente en las ciudades de Pereira y Santa Marta; y el 69,9% tienen algún problema con el juego, ubicados principalmente en Medellín, Popayán y Santa Marta. **Tabla 12**

Tabla 12. Distribución porcentual de las personas mayores, según aspectos de la salud mental, por ciudad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021

Salud mental	Ciudad										Total N=534580	
	Bucaramanga N=81487		Medellín N=282891		Pereira N=69918		Popayán N=38759		Santa Marta N=61525		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Conducta suicida (Escala SADPERSONS)												
Bajo riesgo (0-2)	63686	78,2	148728	52,6	26191	37,5	31314	80,8	28359	46,1	298278	55,8
Alto riesgo (3-10)	17801	21,8	134163	47,4	43727	62,5	7445	19,2	33166	53,9	236302	44,2
Riesgo de conducta suicida (Escala SADPERSONS)												
Bajo	63686	78,2	148728	52,6	26191	37,5	31314	80,8	28359	46,1	298278	55,8
Moderado	16568	20,3	111864	39,5	31728	45,4	6821	17,6	27154	44,1	194135	36,3
Alto	1134	1,4	20748	7,3	11013	15,8	250	0,6	4451	7,2	37595	7,0
Requiere hospitalización	99	0,1	1551	0,5	986	1,4	374	1,0	1561	2,5	4571	0,9

Salud mental	Ciudad										Total N=534580	
	Bucaramanga N=81487		Medellín N=282891		Pereira N=69918		Popayán N=38759		Santa Marta N=61525			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Síntomas depresivos (Escala CES-D)												
No	63829	78,3	189573	67,0	19853	28,4	30586	78,9	22159	36,0	326000	61,0
Si	17658	21,7	93318	33,0	50065	71,6	8173	21,1	39366	64,0	208580	39,0
Consumo de sustancias psicoactivas												
No	74081	90,9	187827	66,4	57021	81,6	36056	93,0	50717	82,4	405702	75,9
Si	7406	9,1	95064	33,6	12897	18,4	2703	7,0	10808	17,6	128878	24,1
Tipo de sustancia psicoactiva* en quienes consumen (N=128.878)												
Tabaco	5361	72,4	62645	65,9	9492	73,6	1507	55,8	3080	28,5	82085	63,7
Bebidas alcohólicas	3169	42,8	57302	60,3	8033	62,3	1587	58,7	9249	85,6	79340	61,6
Tranquilizantes	609	8,2	1509	1,6	132	1,0	65	2,4	0	0,0	2315	1,8
Alucinógenos	110	0,1	503	0,5	333	2,6	65	2,4	0	0,0	1011	0,8
Opiáceos	110	0,1	503	0,5	367	2,8	65	2,4	0	0,0	1045	0,8
Cannabis	151	2,0	503	0,5	188	1,5	65	2,4	0	0,0	907	0,7
Cocaína	110	1,5	503	0,5	173	1,3	65	2,4	0	0,0	851	0,7
Anfetamina	110	1,5	503	0,5	262	2,0	65	2,4	0	0,0	940	0,7
Inhalantes	110	1,5	503	0,5	173	1,3	65	2,4	0	0,0	851	0,7
Número de sustancias consumidas por quienes consumen (Policonsumo) (N=128.878)												
Una sustancia	5783	78,1	69175	72,8	7558	58,6	2312	85,5	9287	85,9	94115	73,0
Dos o más sustancias	1623	21,9	25889	27,2	5339	41,4	391	14,5	1521	14,1	34763	27,0
Afición al juego												
No aficionado	67252	82,5	169552	59,9	50896	72,8	28956	74,7	38180	62,1	354836	66,4
Aficionado	14235	17,5	113339	40,1	19022	27,2	9803	25,3	23345	37,9	179744	33,6

Salud mental	Ciudad										Total N=534580	
	Bucaramanga N=81487		Medellín N=282891		Pereira N=69918		Popayán N=38759		Santa Marta N=61525			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Tipo de juego* en los aficionados (N=179.744)												
Chance	10791	75,8	84245	74,3	15788	83,0	6968	71,1	16126	69,1	133918	74,5
Juegos de mesa	1436	10,1	54428	48,0	2418	12,7	3215	32,8	1618	6,9	63115	35,1
Loterías	2247	15,8	22868	20,2	2378	12,5	1479	15,1	7247	31,0	36219	20,2
Baloto	2877	20,2	9435	8,3	5879	30,9	1427	14,6	6177	26,5	25795	14,4
Súper Astro	184	1,3	3009	2,7	4044	21,3	1027	10,5	8780	37,6	17044	9,5
Juegos de habilidades	386	2,7	3879	3,4	1498	7,9	1610	16,4	532	2,3	7905	4,4
Apuestas en carreras y deportes virtuales	0	0,0	0	0,0	617	3,2	0	0,0	753	3,2	1370	0,8
Máquinas electrónicas o tragamonedas	163	1,1	0	0,0	528	2,8	0	0,0	778	3,3	1469	0,8
Juegos de internet	110	0,8	0	0,0	1391	7,3	0	0,0	0	0,0	1501	0,8
Ruleta	0	0,0	0	0,0	1030	5,4	0	0,0	335	1,4	1365	0,8
Póker	0	0,0	0	0,0	416	2,2	0	0,0	750	3,2	1166	0,6
Videojuegos	0	0,0	0	0,0	358	1,9	359	3,7	0	0,0	717	0,4
Apuestas deportivas	12	0,1	0	0,0	342	1,8	0	0,0	0	0,0	354	0,2
Blackjack	0	0,0	0	0,0	416	2,2	0	0,0	0	0,0	416	0,2
Apuesta dinero												
No	71182	87,4	237758	84,0	61020	87,3	36175	93,3	55482	90,2	461617	86,4
Si	10305	12,6	45133	16,0	8998	12,7	2584	6,7	6043	9,8	72963	13,6
Riesgo de juego patológico en quienes apuestan dinero (Escala SOGS) (N=72963)												
Sin ningún problema	5916	57,4	6950	15,4	4110	46,2	815	31,5	811	13,4	18602	25,5
Algún problema	4389	42,6	38183	84,6	3595	40,4	1769	68,5	3080	51,0	51016	69,9
Probable jugador patológico	0	0,0	0	0,0	1193	13,4	0	0,0	2152	35,6	3345	4,6

Se presenta cada sustancia psicoactiva o tipo de juego de forma independiente.

Las tres variables de interés relacionadas con la salud mental (**conducta suicida, consumo de sustancias y afición al juego**) de la persona mayor, se presentan a continuación en tres capítulos independientes, cada uno correspondiente a la condición mental de interés, iniciando con un soporte teórico, seguido de los resultados y terminando con las conclusiones y recomendaciones para su intervención, en diferentes niveles: individual, familiar y social.

1. Conducta suicida

Introducción

La OMS en el año 2014 definió el suicidio como “todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero móvil”⁽⁵⁸⁾. Cada año 703.000 personas se quitan la vida y otro grupo de personas intenta suicidarse⁽⁵⁹⁾; el suicidio se ha convertido gradualmente en un importante problema de salud pública⁽⁶⁰⁻⁶²⁾; está clasificada como la decimotercera causa principal de muerte y representa el 1,4 % de todas las muertes⁽⁶⁰⁾.

La ideación suicida: es un término amplio que se usa para describir una variedad de contemplaciones, deseos y preocupaciones con la muerte y el suicidio⁽⁶³⁾, está relacionado con manifestaciones que se haga a través de amenazas, verbales o escritas.

El plan suicida: además del deseo de morir implica la elaboración de un plan para realizar el acto suicida, identificando métodos, lugares, momentos, la consecución de insumos para hacerlo, elaborar notas o mensajes de despedida. Implica un alto riesgo de pasar al intento.

El intento de suicidio. es un comportamiento autolesivo con un resultado no fatal acompañado de evidencia implícita de que la persona tenía la intención de morir⁽⁶⁴⁾.

La conducta suicida puede mostrar diferentes caras: en el caso del suicidio consumado, el sujeto consigue intencionadamente acabar con su vida. Por el contrario, en el suicidio frustrado, a pesar de que la persona

tiene una intención innegablemente suicida y ha utilizado un procedimiento habitualmente letal (ahorcamiento, precipitación, arma de fuego), el suicidio no se consuma por la inexperiencia del sujeto en el manejo del método, por la rápida intervención de los servicios médicos, de la comunidad familiar o social, o, simplemente, por azar⁽⁶⁵⁾. Además, el suicidio de ancianos puede ser sub-reportado en $\geq 40\%$ como “suicidios silenciosos”, como muertes por sobredosis, auto-inanición o deshidratación, y los “accidentes” a menudo no se reportan como suicidios; siguen siendo incomprendidos, poco reconocidos y tratados de manera inadecuada en esta población⁽⁶⁶⁾.

La ideación suicida es bastante común en comparación con la conducta suicida, y la prevalencia de por vida de la ideación suicida en la comunidad varía de aproximadamente el 13,5 % al 35 %⁽⁶⁷⁾. La mayoría de las muertes por suicidio involucraron armas de fuego, que fueron utilizadas de manera desproporcionada por fallecidos sin enfermedad mental conocida (81,6 % de los hombres y 44,6 % de las mujeres fallecidas) en comparación con aquellos con enfermedad mental conocida (70,5 % de los hombres y 30,0 % de las mujeres fallecidas)⁽⁶⁸⁾.

La aparición de la conducta suicida puede ser producto del estrés, y de su relación con el medio en el que se desenvuelve. También depende de otros factores intrínsecos de la personalidad que resultan en una mala adaptación y en la aparición de la pérdida del sentido de la vida, desesperanza y depresión (factores psicológicos)⁽⁶⁹⁾. Es habitual que las personas mayores expresen sus intenciones suicidas refiriendo que son una carga para los demás, y que no desean seguir siéndolo y que los demás estarían mejor si ellos estuvieran muertos; consideran que ya han vivido demasiado, que no tiene sentido que continúen viviendo y que no desean darles más trabajo a los seres queridos.

Resultados

Esta variable fue medida con la escala SADPERSONS, recomendada por el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, cuyo nombre se traduce como “personas tristes” y consiste en un acrónimo en inglés de los principales factores de riesgo de suicidio: Sex (sexo), Age (edad), Depresión (depresión), Previous attempt (intentos previos), Etanol abuse (abuso de alcohol), Rational thinking loss (pérdida de pensamiento

racional), Social supports lacking (carencia de soporte social), Organized plan (plan organizado), No spouse (sin pareja), Sickness (enfermedad). Por cada elemento presente se suma un punto, la puntuación final oscila entre 0-10 y se define conducta a seguir con el siguiente puntaje: 0-2 seguimiento ambulatorio, 3-4 seguimiento cercano (puede ser en hospitalización), 5-6 sugiere ingreso hospitalario, 7-10 requiere hospitalización⁽⁷⁰⁾. Para este estudio se agrupó la variable en: bajo riesgo (puntaje 0-2) y alto riesgo (3-10).

De acuerdo a la medición utilizada, se encontró un 55,8% (298.278) de personas mayores con bajo riesgo de conducta suicida que no requiere un cuidado especial por parte de los servicios de salud ni de sus familias, pero el restante 44,2% si presentan algún tipo de riesgo que requiere una conducta a seguir, como el 36,3% (184.135) personas con seguimiento cercano y los demás requieren hospitalización. Por ciudad, se destacan las ciudades de Popayán y Bucaramanga, donde el bajo riesgo es del 80,8% (31.314) y 78,2% (63.686) respectivamente, y preocupante la ciudad de Pereira donde se encontró un 62,5% (43.727) de personas mayores con riesgos superiores que requieren atención especializada, por parte de profesionales de la salud física y mental. En Santa Marta hay un 2,5% (1561) de adultos que requieren hospitalización inmediata para prevenir un suicidio.

La población de personas mayores del estudio en las ciudades seleccionadas fue mayoritariamente de sexo femenino, con un 62,7% (335.053) en una relación de 1:2 aproximadamente, con respecto a los hombres; proporción similar se encontró en las ciudades de Bucaramanga, Medellín y Popayán; mientras que en las ciudades de Pereira y Santa Marta se encontró una relación 1:1 entre hombres y mujeres. Al analizar la distribución por grupos de edad, se encontró mayor representación de personas entre 60 a 74 años (personas mayores jóvenes), con un 80,3% (429.483), seguido de los viejos de 75 a 89 años (17,9%); por ciudad, se conserva la misma relación, con excepción de los mayores residentes en Popayán, donde tres de cada cinco, están en este rango de edad. Así mismo, el 1,7% (9.449) de los mayores eran longevos, puesto que tenían 90 a 99 años y 158 centenarios fueron encuestados en Medellín (0,1% de las personas mayores de esta ciudad). **Tabla 13**

Según la escala de medición CES-D para determinar sintomatología depresiva, el 39% (208.580) de las personas mayores de estas cinco ciudades tienen depresión, donde se destacan los adultos de Pereira, con el 71,6% (50.065) y Santa Marta con el 64% (39.366); cifras superiores a las encontradas en la Encuesta SABE, que fue del 49% a nivel nacional, pero inferiores a los adultos de Popayán (21,1%) y Bucaramanga (21,7%). El pensar en atentar contra su vida (planear) e intentarlo también se encontró en las personas mayores, donde el 5,8% (30.950) ha pensado hacerlo, con porcentajes mayores en los adultos de Pereira (7%) y Santa Marta (6,5%) y el 3,6% (19.244) ya lo ha intentado, superado por los residentes de Santa Marta, con el 5% y Medellín, con el 4,4%.

En cuando a la E (abuso de alcohol), hay un 14,9% (79.843) de personas mayores que reconocer haber abusado de esta sustancia psicoactiva legal y la ciudad con mayor consumo fue Pereira con el 21% (14.710) y la menor fue Bucaramanga con el 5,3% (4296). Otros aspectos que se suman para configurar la conducta suicida, es la ausencia de pareja donde la frecuencia relativa de personas mayores solas fue del 32,8 (175.401), siendo Medellín la ciudad donde se encontró una mayor proporción de mayores con ausencia de pareja (44,9%) y la menor proporción en Bucaramanga (9%); la enfermedad física se registró en el 16,9% (90.165) de las cinco ciudades, con una prevalencia más alta en Medellín (23,5%) y la menor en Popayán (3,3%); y el soporte social deficiente o ausencia de redes sociales y familiares, fue del 6,6% (35.478), la mayor deficiencia se encontró en la ciudad de Santa Marta (14,9%) **Tabla 13**.

Tabla 13. Distribución porcentual de las personas mayores por conducta suicida, según condiciones sociales, por ciudad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021

Condiciones sociales	Ciudad										Total	
	Bucaramanga		Medellín		Pereira		Popayán		Santa Marta		N=534580	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Riesgo conducta suicida (Escala SADPERSONS)												
Bajo (0-2)	63686	78,2	148728	52,6	26191	37,5	31314	80,8	28359	46,1	298278	55,8
Moderado (3-4)	16568	20,3	111864	39,5	31728	45,4	6821	17,6	27154	44,1	194135	36,3
Alto (5-6)	1134	1,4	20748	7,3	11013	15,8	250	0,6	4451	7,2	37596	7,0
Requiere hospitalizac (7-10)	99	0,1	1551	0,5	986	1,4	374	1,0	1561	2,5	4571	0,9

Condiciones sociales	Ciudad										Total	
	Bucaramanga		Medellín		Pereira		Popayán		Santa Marta		N=534580	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Conducta suicida (Escala SADPERSONS) dicotómica												
Bajo riesgo (0-2)	63686	78,2	148728	52,6	26191	37,5	31314	80,8	28359	46,1	298278	55,8
Alto riesgo (3-10)	17801	21,8	134163	47,4	43727	62,5	7445	19,2	33166	53,9	236302	44,2
S - Sexo												
Mujer	54441	66,8	190430	67,3	37314	53,4	22194	57,3	30674	49,9	335053	62,7
Hombre	27046	33,2	92461	32,7	32604	46,6	16565	42,7	30851	50,1	199527	37,3
A - Grupo de edad (años)												
Joven (60-74)	66644	81,8	234190	82,8	53102	75,9	25684	66,3	49863	81,0	429483	80,3
Viejo (75-89)	13558	16,6	42766	15,1	16390	23,4	12218	31,5	10716	17,4	95648	17,9
Longevo (90-99)	1285	1,6	5777	2,0	426	0,6	857	2,2	946	1,5	9291	1,7
Centenario (100 ó más)	0	0,0	158	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	158	0,0
D - Depresión (Escala CES-D)												
Sin depresión	63829	78,3	189573	67,0	19853	28,4	30586	78,9	22159	36,0	326000	61,0
Con depresión	17658	21,7	93318	33,0	50065	71,6	8173	21,1	39366	64,0	208580	39,0
Pensado en atentar contra su vida												
Sí	3560	4,4	18014	6,4	4905	7,0	455	1,2	4016	6,5	30950	5,8
No	77927	95,6	264877	93,6	65013	93,0	38304	98,8	57509	93,5	503630	94,2
P - Intentado previamente atentar contra su vida												
Sí	878	1,1	12337	4,4	2558	3,7	379	1,0	3092	5,0	19244	3,6
No	80609	98,9	270554	95,6	67360	96,3	38380	99,0	58433	95,0	515336	96,4
E - Abuso del alcohol												
Sí	4296	5,3	50490	17,8	14710	21,0	393	1,0	9954	16,2	79843	14,9
No	77191	94,7	232401	82,2	55208	79,0	38366	99,0	51571	83,8	454737	85,1
R - Pérdida del pensamiento racional, alucinaciones u obsesiones												
Sí	1675	2,1	4108	1,5	4883	7,0	610	1,6	2858	4,6	14134	2,6
No	79812	97,9	278783	98,5	65035	93,0	38149	98,4	58667	95,4	520446	97,4
S - Soporte social deficiente												
Sí	4754	5,8	13446	4,8	7757	11,1	344	0,9	9177	14,9	35478	6,6
No	76733	94,2	269445	95,2	62161	88,9	38415	99,1	52348	85,1	499102	93,4
O - Plan organizado para atentar contra su vida												
Sí	641	0,8	5886	2,1	2255	3,2	473	1,2	766	1,2	10021	1,9
No	80846	99,2	277005	97,9	67663	96,8	38286	98,8	60759	98,8	524559	98,1
N - Ausencia de pareja												
Sí	7340	9,0	127052	44,9	25778	36,9	7430	19,2	7801	12,7	175401	32,8
No	74147	91,0	155839	55,1	44140	63,1	31329	80,8	53724	87,3	359179	67,2
S - Enfermedad física												
Sí	8366	10,3	66370	23,5	7305	10,4	1290	3,3	6834	11,1	90165	16,9
No	73121	89,7	216521	76,5	62613	89,6	37469	96,7	54691	88,9	444415	83,1

SADPERSONS: Sex (sexo), Age (edad), Depresión (depresión), Previous attempt (intentos previos), Etanol abuse (abuso de alcohol), Rational thinking loss (pérdida de pensamiento racional), Social supports lacking (carencia de soporte social), Organized plan (plan organizado), No spouse (sin pareja), Sickness (enfermedad).

Al momento de analizar el comportamiento de cada uno de las condiciones que pudiesen estar relacionados con el alto riesgo para conducta suicida, clasificados según la escala utilizada (SADPERSONS), se encontraron diferencias estadísticamente significativas con las variables demográficas: ciudad, sexo, estado civil, dado que en la prueba estadística chi cuadrado (χ^2) de independencia, presentan un valor inferior a 0,05. Analizando cada una de las categorías de ellas, se encontró que las personas mayores residentes en Popayán presentan menor probabilidad de alto riesgo y la de mayor probabilidad, son los habitantes de Pereira seguidos por los de Santa Marta y Medellín, todos ellos comparados con los mayores de Bucaramanga; ser mujer también disminuye la probabilidad evidenciando la mayor exposición de los hombres. Llama la atención que contar con pareja (casados o en unión libre) es un aspecto que disminuye la probabilidad de tener alto riesgo de conducta suicida, seguidos de los viudos o viudas.

Otras condiciones demográficas también mostraron incremento en la probabilidad de tener ideas, planes e intentos suicidas (conducta suicida), como estar en el grupo de 60 a 74 años, tener un mayor grado de escolaridad, los afiliados al régimen subsidiado, no estar asegurado o no estar asegurado al sistema general (SGSSS). Estas condiciones no mostraron asociación estadística con la conducta suicida. **Tabla 14**

Tabla 14. Condiciones demográficas de las personas mayores asociadas a la conducta suicida. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Condiciones demográficas	Conducta suicida		Total n(%)	χ^2	Valor p	R _{Pc} (IC 95 %)
	Alto riesgo n(%)	Bajo riesgo n(%)				
Ciudad						
Bucaramanga	169 (14,7)	331 (24,3)	500 (19,9)	282,235	0,000*	1,00
Medellín	270 (23,5)	230 (16,9)	500 (19,9)			1,59 (1,37 - 1,85)
Pereira	335 (29,1)	170 (12,5)	505 (20,1)			1,96 (1,71 - 2,25)
Popayán	99 (8,62)	402 (29,6)	501 (19,9)			0,58 (0,47 - 0,72)
Santa Marta	275 (23,9)	225 (16,5)	500 (19,9)			1,62 (1,40 - 1,88)
Sexo						
Mujer	400 (34,8)	953 (70,1)	1353 (53,9)	312,658	0,000*	0,45 (0,41 - 0,49)
Hombre	748 (65,1)	405 (29,8)	1153 (46,0)			1,00

Condiciones demográficas	Conducta suicida		Total n(%)	χ ²	Valor p	RPc (IC 95 %)
	Alto riesgo n(%)	Bajo riesgo n(%)				
Grupo de edad (años)						
Joven (60-74)	892 (77,7)	1021 (75,1)	1913 (76,3)	4,118	0,249	1,00
Viejo (75-89)	243 (21,1)	316 (23,2)	559 (22,3)			0,93 (0,83 - 1,03)
Longevo (90 o más)	12 (1,04)	21 (1,54)	33 (1,31)			0,82 (0,53 - 1,26)
Estado civil						
Soltero	311 (27,0)	292 (21,5)	603 (24,0)	22,933	0,000*	1,00
Casado/unión libre	444 (38,6)	621 (45,7)	1065 (42,4)			0,80 (0,72 - 0,89)
Separad/divorciado	165 (14,3)	147 (10,8)	312 (12,4)			1,02 (0,90 - 1,16)
Viudo(a)	228 (19,8)	298 (21,9)	526 (20,9)			0,84 (0,74 - 0,95)
Escolaridad						
Posgrado	46 (2,04)	49 (1,83)	95 (1,93)	3,276	0,512	1,00
Técnico / superior	99 (4,4)	103 (3,86)	202 (4,10)			1,01 (0,78 - 1,30)
Secundaria	312 (13,8)	378 (14,1)	690 (14,0)			0,93 (0,74 - 1,16)
Primaria	605 (26,8)	704 (26,3)	1309 (26,6)			0,95 (0,76 - 1,18)
Ninguno	86 (3,82)	124 (4,64)	210 (4,27)			0,84 (0,64 - 1,10)
Grupo poblacional desplazado						
No	1091 (95,0)	1284 (94,5)	2375 (94,7)	0,294	0,587	1,00
Si	57 (4,96)	74 (5,44)	131 (5,22)			0,94 (0,77 - 1,15)
Grupo poblacional Inmigrante						
No	1139 (99,2)	1346 (99,1)	2485 (99,1)	0,074	0,785	1,00
Si	9 (0,78)	12 (0,88)	21 (0,83)			0,93 (0,56 - 1,53)
Afiliación al SGSSS						
No	31 (2,70)	34 (2,50)	65 (2,59)	0,095	0,757	1,04 (0,80 - 1,34)
Si	1117 (97,2)	1324 (97,4)	2441 (97,4)			1,00
Tipo de régimen de afiliación SGSSS						
Contributivo	380 (33,1)	532 (34,1)	912 (33,7)	5,928	0,051	1,00
Subsidiado	737 (64,1)	982 (63,0)	1719 (63,5)			1,02 (0,93 - 1,13)
No asegurado	31 (2,70)	43 (2,76)	74 (2,73)			1,00 (0,76 - 1,32)
Afiliación al sistema pensional						
No	833 (72,5)	1031 (75,9)	1864 (74,3)	3,685	0,054	0,91 (0,82 - 1,00)
Si	315 (27,4)	327 (24,0)	642 (25,6)			1,00

Al relacionar las condiciones sociales asociadas a la conducta suicida en la persona mayor, se encontró que todas ellas presentan asociación estadística, que indica que los jefes del hogar son los que presentan mayor riesgo, y aquellos que están en condición de cónyuges del jefe del hogar como hermanos u otro familiar, tienen menor probabilidad de presentar ideas, planeación o intento suicida. Asimismo, la conducta suicida está más presente en las personas mayores que conviven con familias disfuncionales (leve, moderada o severa), los que perciben bajo apoyo social tanto de familiares, amigos y vecinos, los que se sienten discriminados en las actividades de la vida diaria frente a los que no se perciben así y los que han sufrido algún tipo de maltrato. De todas estas condiciones, en las personas mayores que viven con familias con disfuncionalidad moderada, aumenta en un 50 % la probabilidad de presentar riesgo de conducta suicida y en los que sienten discriminados, aumenta la probabilidad en un 33%. **Tabla 15**

Tabla 15. Condiciones sociales de las personas mayores asociadas a la conducta suicida. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Condiciones sociales	Conducta suicida		Total n(%)	χ ²	Valor p	RPc (IC 95 %)
	Alto riesgo n(%)	Bajo riesgo n(%)				
Rol en el hogar						
Jefe del hogar	806 (70,2)	824 (60,6)	1630 (65,0)	42,631	0,000*	1,00
Conyugue	147 (12,8)	309 (22,7)	456 (18,1)			0,65 (0,56 - 0,75)
Hermano	97 (8,44)	114 (8,39)	211 (8,41)			0,92 (0,79 - 1,08)
Otro	98 (8,53)	111 (8,17)	209 (8,33)			0,94 (0,81 - 1,10)
Funcionalidad familiar percibida (Escala APGAR)						
Funcional	831 (72,3)	1079 (79,4)	1910 (76,2)	32,498	0,000*	1,00
Disfunción leve	181 (15,7)	202 (14,8)	383 (15,2)			1,08 (0,96 - 1,22)
Disfunción moderada	66 (5,74)	35 (2,57)	101 (4,03)			1,50 (1,29 - 1,74)
Disfunción severa	70 (6,09)	42 (3,09)	112 (4,46)			1,43 (1,23 - 1,67)

Condiciones sociales	Conducta suicida		Total n(%)	X ²	Valor p	RPC (IC 95 %)
	Alto riesgo n(%)	Bajo riesgo n(%)				
Apoyo social percibido (Escala MOS)						
Buen apoyo	904 (78,7)	1171 (86,2)	2075 (82,8)	24,468	0,000*	1
Bajo apoyo	244 (21,2)	187 (13,7)	431 (17,1)			1,29 (1,18 - 1,43)
Discriminación (Escala discriminación en la vida cotidiana)						
Discriminación	465 (40,5)	383 (28,2)	848 (33,8)	42,053	0,000*	1,33 (1,22 - 1,44)
No discriminado	683 (59,4)	975 (71,7)	1658 (66,1)			1,00
Maltrato (Escala geriátrica de maltrato)						
Cualquier maltrato	722 (62,8)	740 (54,4)	1462 (58,3)	18,061	0,000*	1,21 (1,10 - 1,32)
Sin maltrato	426 (37,1)	618 (45,5)	1044 (41,6)			1,00

Además, se encontraron condiciones económicas asociadas estadísticamente a la conducta suicida de la persona mayor en la zona urbana de las cinco ciudades de estudio, mostrando que residir en una vivienda ubicada en estrato socioeconómico 1 y 2 tiene una mayor probabilidad de presentar esta conducta, disminuyendo a medida que se asciende en el estrato socioeconómico. Si dicha vivienda es arrendada, también aumenta esta probabilidad en un 30% con respecto a los que son dueños de ella; a medida que se vive un mayor tiempo en la ciudad, también disminuye la probabilidad de tener ideas, planes o intentos suicidas. La disminución llega al 29% si se lleva más de 6 años como residente en ella. **Tabla 16**

Relacionado con los ingresos económicos, no contar con estos ingresos aumenta la probabilidad de una conducta suicida en un 15%. La fuente de ingresos que más aporta a su disminución es contar con subsidios y la que más influye sobre la condición autodestructiva, es la de tener un empleo formal, situación que podría ser explicada por no haber alcanzado una jubilación y estar laborando porque sus escasos ingresos los obligan a estar todavía vinculados, laboralmente hablando en un entorno oficial; mientras que en los informales o independientes, tienden a disminuir la conducta suicida. **Tabla 16**

Tabla 16. Condiciones económicas de las personas mayores asociadas a la conducta suicida. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Condiciones Económicas	Conducta suicida		Total n(%)	X ²	Valor p	RPC (IC 95 %)
	Alto riesgo n(%)	Bajo riesgo n(%)				
Estrato económico vivienda						
Alto (5-6)	2 (0,17)	10 (0,73)	12 (0,47)	9,314	0,009*	0,38 (0,10 - 1,37)
Medio (3-4)	414 (36,0)	547 (40,2)	961 (38,3)			1,00
Bajo (1-2)	732 (63,7)	801 (58,9)	1533 (61,1)			1,10 (1,01 - 1,21)
Tenencia de la vivienda						
Propia	554 (48,2)	759 (55,8)	1313 (52,3)	30,865	0,000*	1,00
Arrendada	372 (32,4)	306 (22,5)	678 (27,0)			1,30 (1,18 - 1,42)
Hipotecario	7 (0,60)	10 (0,73)	17 (0,67)			0,97 (0,55 - 1,72)
Familiar	215 (18,7)	283 (20,8)	498 (19,8)			1,02 (0,90 - 1,15)
Tiempo de residencia en la ciudad						
< 1 año	71 (6,18)	44 (3,24)	115 (4,58)	14,341	0,001*	1,00
2 a 5 años	237 (20,6)	258 (18,9)	495 (19,7)			0,77 (0,65 - 0,91)
6 años o más	840 (73,1)	1056 (77,7)	1896 (75,6)			0,71 (0,61 - 0,83)
Ingresos económicos en el mes anterior						
No recibió	699 (60,8)	741 (54,5)	1440 (57,4)	10,175	0,001*	1,15 (1,05 - 1,25)
Si recibió	449 (39,1)	617 (45,4)	1066 (42,5)			1,00
Fuente de ingreso de quienes manifestaron recibirlo en el mes anterior						
Sin ingresos	699 (60,8)	741 (54,5)	1440 (57,4)	22,395	0,001*	1,00
Jubilación/pensión	162 (14,1)	215 (15,8)	377 (15,0)			0,88 (0,77 - 1,00)
Ayuda familiar	39 (3,39)	35 (2,57)	74 (2,95)			1,08 (0,86 - 1,35)
Alquiler/renta	27 (2,35)	34 (2,50)	61 (2,43)			0,91 (0,68 - 1,21)
Ingreso/Subsidios	134 (11,6)	235 (17,3)	369 (14,7)			0,74 (0,64 - 0,86)
Empleo formal	34 (2,96)	29 (2,13)	63 (2,51)			1,11 (0,87 - 1,40)
Empleo informal	53 (4,61)	69 (5,08)	122 (4,86)			0,89 (0,72 - 1,10)

La conducta suicida se encontró asociada estadísticamente con la variable estado de salud percibido, se incrementa en un 31 % si la percepción es regular y en un 44 % si es mala. También, la multimorbilidad de enfermedades diagnosticadas aumenta la probabilidad a medida que se tienen más enfermedades, con respecto a los que no tienen; tener tres o más enfermedades incrementa la probabilidad en un 55 % (IC95%:1,34-1,80). Además, el no haber padecido ninguna enfermedad en los últimos cuatro meses, también disminuye en un 4 % la probabilidad de tener una conducta suicida, tener algún tipo de dolor constante, incrementa porcentualmente esta probabilidad en un 22 % y finalmente, los que padecieron Covid-19 aumentaron la probabilidad en un 9 %. **Tabla 17**

Respecto a otras condiciones físicas relacionadas con la capacidad funcional de la persona mayor, se encontró que el estar inactivo físicamente aumenta estos comportamientos en un 49 %. Asimismo, tener algún grado de dependencia para realizar las actividades de la vida diaria, aumenta la conducta en un 24 % y si es independiente para la realización de las instrumentales, disminuye la probabilidad en un 22 %. Además, no tener discapacidad y tener un alto rendimiento físico disminuye la probabilidad de presentar una conducta autolesiva, con asociaciones estadísticamente significativas. También están asociadas estadísticamente a la conducta suicida, el presentar un riesgo nutricional alto (23 % más comparado con los de buen estado nutricional) y pobre calidad del sueño (38 % más comparado con los que tienen buen sueño). **Tabla 21**

Tabla 17. Condiciones del estado de salud de las personas mayores asociadas a la conducta suicida. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Estado de salud	Conducta suicida		Total n(%)	X ²	Valor p	RPC (IC 95 %)
	Alto riesgo n(%)	Bajo riesgo n(%)				
Estado de salud percibido						
Excelente	111 (9,66)	160 (11,7)	271 (10,8)	37,762	0,000*	1,00
Muy buena	162 (14,1)	270 (19,8)	432 (17,2)			0,91 (0,75 - 1,10)
Buena	454 (39,5)	571 (42,0)	1025 (40,9)			1,08 (0,92 - 1,26)
Regular	389 (33,8)	335 (24,6)	724 (28,8)			1,31 (1,11 - 1,53)
Mala	32 (2,78)	22 (1,62)	54 (2,15)			1,44 (1,11 - 1,88)

Estado de salud	Conducta suicida		Total n(%)	X ²	Valor p	RPC (IC 95 %)
	Alto riesgo n(%)	Bajo riesgo n(%)				
Número enfermedades diagnosticadas						
Ninguna	543 (47,2)	759 (55,8)	1302 (51,9)	34,666	0,000*	1,00
Una	296 (25,7)	279 (20,5)	575 (22,9)			1,23 (1,11 - 1,36)
Dos	229 (19,9)	277 (20,3)	506 (20,1)			1,08 (0,96 - 1,21)
Tres o mas	80 (6,96)	43 (3,16)	123 (4,90)			1,55 (1,34 - 1,80)
Medicamentos diarios						
Ningún	433 (37,7)	455 (33,5)	888 (35,4)	4,989	0,082	1,00
1 a 3	572 (49,8)	715 (52,6)	1287 (51,3)			0,91 (0,83 - 0,99)
Más de 3	143 (12,4)	188 (13,8)	331 (13,2)			0,88 (0,76 - 1,01)
Ha presentado Covid-19						
No	1074 (93,5)	1284 (94,5)	2358 (94,0)	1,112	0,291	1,00
Si	74 (6,44)	74 (5,44)	148 (5,90)			1,09 (0,92 - 1,29)
Enfermedad en los últimos 4 meses						
No	910 (79,2)	1090 (80,2)	2000 (79,8)	0,384	0,535	1,00
Si	238 (20,7)	268 (19,7)	506 (20,1)			1,03 (0,93 - 1,14)
Dolor constante en los últimos 6 meses						
No	887 (77,2)	1134 (83,5)	2021 (80,6)	15,521	0,000*	1,00
Si	261 (22,7)	224 (16,4)	485 (19,3)			1,22 (1,11 - 1,34)
Actividad física autoreportada						
Activo	576 (50,1)	929 (68,4)	1505 (60,0)	86,233	0,000*	1,00
Inactivo	572 (49,8)	429 (31,5)	1001 (39,9)			1,49 (1,37 - 1,62)
Actividades básicas de la vida diaria (Escala Barthel)						
Independencia	736 (64,1)	994 (73,1)	1730 (69,0)	28,934	0,000*	1,00
Algún grado de dependencia	412 (35,8)	364 (26,8)	776 (30,9)			1,24 (1,14 - 1,35)
Actividades instrumentales de la vida diaria (Escala Lawton y Brody)						
Dependiente	125 (10,8)	104 (7,65)	229 (9,13)	32,097	0,000*	1,00
Necesita ayuda	199 (17,3)	150 (11,0)	349 (13,9)			1,04 (0,89 - 1,21)
Independiente	824 (71,7)	1104 (81,2)	1928 (76,9)			0,78 (0,68 - 0,89)
Rendimiento físico (Escala SPPB)						
Alto	25 (2,17)	47 (3,46)	72 (2,87)	11,627	0,009	1,00
Moderado	506 (44,0)	660 (48,6)	1166 (46,5)			1,24 (0,90 - 1,72)
Bajo	473 (41,2)	482 (35,4)	955 (38,1)			1,42 (1,03 - 1,97)
Muy bajo	144 (12,5)	169 (12,4)	313 (12,4)			1,32 (0,94 - 1,85)
Discapacidad						
Con alguna discapacidad	393 (34,2)	416 (30,6)	809 (32,2)	3,688	0,000*	1,09 (0,99 - 1,19)
Sin discapacidad	755 (65,7)	942 (69,3)	1697 (67,7)			1,00

Estado de salud	Conducta suicida		Total n(%)	X ²	Valor p	RPC (IC 95 %)
	Alto riesgo n(%)	Bajo riesgo n(%)				
Riesgo nutricional (Escala Determine)						
Buen estado nutricional	425 (37,0)	576 (42,4)	1001 (39,9)	18,306	0,000*	1,00
Riesgo moderado	331 (28,8)	424 (31,2)	755 (30,1)			1,03 (0,92 - 1,15)
Riesgo alto	392 (34,1)	358 (26,3)	750 (29,9)			1,23 (1,11 - 1,35)
Calidad del sueño (Escala Pittsburg)						
Pobre calidad del sueño	286 (24,9)	197 (14,5)	483 (19,2)	43,298	0,000*	1,38 (1,27 - 1,51)
Buen sueño	862 (75,0)	1161 (85,4)	2023 (80,7)			1,00

Respecto a las condiciones que afectan la salud mental, es comprensible que muchas de ellas estén asociadas estadísticamente a la conducta suicida, principalmente porque ellas pueden generar algún malestar a la persona mayor y llevarlas a adoptar una conducta suicida, como la depresión, el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, la afición a cualquier tipo de juego recreativo o que comprometa sus ingresos como juegos de azar, baloto y chance, entre otros. **Tabla 18**

De esta forma se encontró que tener alguna sintomatología depresiva aumenta en 2,54 veces más la probabilidad de presentar conducta suicida (RP=3,54; IC95%:3,16-3,98), consumir al menos una sustancia psicoactiva (que puede ser cigarrillo, alcohol o medicamentos) aumenta la probabilidad en un 38%. Los aficionados al juego (entre ellos chance y baloto) también presentan un incremento de probabilidad en porcentajes mayores al 10%; los jugadores patológicos (quienes apuestan dinero) también presentan un aumento en la conducta autodestructiva. **Tabla 18**

Tabla 18. Condiciones de salud mental de las personas mayores asociadas a la conducta suicida. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Salud mental	Conducta suicida		Total n(%)	X ²	Valor p	RPC (IC 95 %)
	Alto riesgo n(%)	Bajo riesgo n(%)				
Síntomas depresivos (Escala CES-D)						
Con depresión	894 (77,8)	354 (26,0)	1248 (49,8)			3,54 (3,16 - 3,98)
Sin depresión	254 (22,1)	1004 (73,9)	1258 (50,1)	667,884	0,000*	1,00

Salud mental	Conducta suicida		Total n(%)	X ²	Valor p	RPC (IC 95 %)
	Alto riesgo n(%)	Bajo riesgo n(%)				
Consumo de sustancias psicoactivas						
1 sustancia	193 (16,8)	130 (9,57)	323 (12,8)			1,38 (1,24 - 1,53)
2 o más sustancias	61 (5,31)	51 (3,75)	112 (4,46)			1,26 (1,05 - 1,50)
No consume	894 (77,8)	1177 (86,6)	2071 (82,6)	34,497	0,000*	1,00
Tabaco (cigarrillos)						
No	1008 (87,8)	1248 (91,8)	2256 (90,0)			0,79 (0,70 - 0,89)
Si	140 (12,1)	110 (8,10)	250 (9,97)	11,616	0,001*	1,00
Bebidas alcohólicas						
No	982 (85,5)	1244 (91,6)	2226 (88,8)	23,059	0,000*	0,74 (0,66 - 0,82)
Si	166 (14,4)	114 (8,39)	280 (11,1)			1,00
Afición al juego						
Aficionado	350 (30,4)	360 (26,5)	710 (28,3)	4,849	0,028	1,10 (1,01 - 1,21)
No aficionado	798 (69,5)	998 (73,4)	1796 (71,6)			1,00
Chance						
No	875 (76,2)	1081 (79,6)	1956 (78,0)	4,156	0,041	0,90 (0,81 - 0,99)
Si	273 (23,7)	277 (20,3)	550 (21,9)			1,00
Baloto						
No	1054 (91,8)	1291 (95,0)	2345 (93,5)	10,96	0,001	0,76 (0,67 - 0,88)
Si	94 (8,18)	67 (4,93)	161 (6,42)			1,00
Loterías						
No	1092 (95,1)	1307 (96,2)	2399 (95,7)	1,918	0,166	0,86 (0,72 - 1,04)
Si	56 (4,87)	51 (3,75)	107 (4,26)			1,00
Riesgo de juego patológico en quienes apuestan dinero (Escala SOGS)						
Algún problema	62 (50)	81 (54,3)	143 (52,3)	1,861	0,394	0,95 (0,72 - 1,26)
Probable jugador patológico	14 (11,2)	10 (6,71)	24 (8,79)			1,28 (0,86 - 1,91)
Sin ningún problema	48 (38,7)	58 (38,9)	106 (38,8)			1,00

Conclusiones

En las cinco ciudades estudiadas Bucaramanga, Medellín, Pereira, Popayán y Santa Marta se encontró un 55,8% de personas mayores con bajo riesgo de conducta suicida que no requiere un cuidado especial por parte de los servicios de salud ni de sus familias, pero el restante 44,2% si presentan algún tipo de riesgo que requiere una conducta a seguir:

el 36,3% requiere seguimiento cercano y los demás requieren hospitalización. Por ciudad, se destaca el bajo riesgo que se observa en Popayán y Bucaramanga. Es llamativo los hallazgos de la ciudad de Pereira donde se encontró un 62,5% de personas mayores con riesgos superiores que requieren atención especializada, por parte de profesionales de la salud física y mental.

Estos resultados muestran la necesidad de hacer prevención y seguimiento a las condiciones asociadas a la conducta suicida, que permita una oportuna intervención en diferentes ámbitos, detectando temprana aquellas que aumentan la probabilidad de presentar una conducta autoleiva, tales como: demográficas (ser hombre y estar sin pareja estable), sociales (vivir con familias disfuncionales, escaso apoyo social y sentirse discriminado o maltratado), económicas (no tener ingresos económicos ni contar con vivienda propia), estado de salud (padecer alguna o algunas enfermedades, presentar dolor constante, tener alguna dependencia funcional y baja actividad física, riesgo nutricional alto y pobre calidad del sueño), afectación en su salud mental (síntomatología depresiva, consumir sustancias psicoactivas legales e ilegales, ser aficionado al juego recreativo y de azar).

Dados los anteriores hallazgos, se recomienda hacer prevención de la conducta suicida, desde el modelo ecosistémico de los determinantes sociales, donde se abarquen las diferentes condiciones que llevan a desarrollar en la persona mayor la ideación, planeación e intento de atentar contra su vida. Ver enfoque y estrategias propuestas desde la salud pública en la **figura 8**.

Estrategias preventivas desde la salud pública

Para lograr la prevención de la conducta suicida en la persona mayor, se proponen las siguientes estrategias que abarquen les diferentes condiciones analizadas:

- **Estrategias positivas de realización personal:** rodearse de personas con pensamiento positivo, escuchar música y otras actividades de esparcimiento, realizar actividad física solo o acompañado, adoptar acciones de interés personal, cumplir metas, adoptar hábitos de vida saludable, conocer las rutas de atención en salud mental.

- **Estrategias familiares:** creación de ambientes protectores, fortalecer las relaciones familiares, propiciar la seguridad económica en el hogar, asignar tareas domésticas, realizar las actividades de la vida diaria de forma autónoma, solicitar ayuda cuando se requiera, educar a los menores en la no violencia contra la persona mayor, educar para la vejez.
- **Comunitario:** posibilitar la participación de los mayores en los grupos comunitarios, contar con espacios de reunión donde se propicien las relaciones con pares, amigos y vecinos, adoptar la cultura de la no discriminación y evitar el edadismo, reducir las barreras de acceso a los servicios de salud.
- **Fomento de la cohesión social:** identificar personas en riesgo de suicidio o de cualquier elemento de la conducta suicida, fortalecer los servicios de salud y las rutas de atención, realizar acciones de promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad mental, capacitar a los profesionales de la salud para la detección temprana del riesgo, fortalecer la participación social, formular políticas públicas, destinar recursos a la promoción, prevención, atención y rehabilitación, fomentar los sistemas de vigilancia en salud pública.



Figura 8. Enfoque de determinantes sociales con los factores asociados a la conducta suicida en la persona mayor. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Fuente: Proyecto SABAM. Construcción propia.

2. Consumo de sustancias psicoactivas

Introducción

La dependencia de sustancias es una de las características más conocidas de los productos farmacéuticos; sí bien las diferentes drogas no solo se utilizan para el alivio del cuerpo, también producen estados físicos y mentales que generan dependencia y adicción, que terminan en un aumento desmedido del consumo del fármaco, y desviando el objetivo principal que es el bienestar de las personas⁽⁷¹⁾. Diversos estudios han evidenciado una asociación entre la polifarmacia y la aparición de eventos adversos, estos factores de riesgo han disminuido la capacidad funcional de muchos adultos mayores, reflejando fragilidad corporal, comorbilidades e incluso en casos extremos se han registrado eventos en riesgos de mortalidad⁽⁷²⁾. Otra situación inmersa a la polifarmacia es la falta de adherencia al tratamiento, una falla terapéutica que termina por desencadenar un proceso de hospitalización por parte del adulto mayor. Es normal una reacción de rechazo del organismo frente a un medicamento específico, pero los regímenes de medicación deben contemplar un control y seguimiento del paciente, evitando una descompensación y desenlace negativo⁽⁷³⁾.

Con respecto al adulto mayor se conoce poco sobre el consumo de sustancias, debido a que los estudios y las encuestas no abarcan este segmento de la población.

La alta prevalencia de enfermedades entre los adultos mayores también provoca un elevado consumo de fármacos (polifarmacia), el que puede conducir a interacciones farmacológicas no deseadas, además de que la frecuencia e intensidad de efectos adversos sea mayor⁽⁷⁴⁾. La presencia de estas enfermedades y condiciones no ocasiona una muerte inmediata en los miembros de la tercera edad, por lo que implica repercusiones en su funcionalidad física, mental, social y económica, y lleva incluso a algún tipo de discapacidad⁽⁷⁵⁾ al surgir necesidades que deben ser cubiertas por el entorno familiar y social, o bien por un cuidador profesional⁽⁷⁶⁾.

En anteriores estudios se encontró que el consumo de alcohol alguna vez en la vida y en el último año, se relacionó con mayor riesgo de re-

querir ayuda en las actividades básicas o en actividades instrumentales (ABIVD). Por otra parte, en personas mayores se ha observado una alta frecuencia de polifarmacia y consumo de bebidas alcohólicas⁽⁷⁷⁾, lo cual, sumado a la disminuida función renal natural del envejecimiento⁽⁷⁸⁾, entraña diversos peligros como mayores efectos adversos, entre ellos, la interacción entre fármacos, la disminución en la calidad de vida, el deterioro cognitivo y los gastos innecesarios⁽⁷⁴⁾. Posiblemente hay algunas personas que consumen alcohol para disminuir los efectos adversos de los fármacos; sin embargo, también la polifarmacia podría ser resultado del tratamiento para disminuir los efectos adversos, así como de enfermedades producidas por el consumo de alcohol.

Adicionalmente, el consumo de tabaco alguna vez en la vida se relacionó con un mayor riesgo de polifarmacia, esto es similar a lo obtenido por otro estudio con personas mayores⁽⁷⁹⁾, en el cual el ser ex-fumador está relacionado con el número de medicamentos consumidos. En este estudio se encontró que, a pesar de estas limitaciones, el consumo del alcohol, del tabaco y de otras drogas afecta significativamente variables de cuidado, como las ABIVD, la percepción familiar, la social y la de la propia salud, a la vez que incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónico-degenerativas, infecciosas, y trastornos mentales y del comportamiento. Por tanto, es de vital importancia desarrollar instrumentos de diagnóstico y tratamiento específicos para personas mayores que sean consumidores de sustancias psicoactivas.

Resultados

En relación al consumo de sustancias psicoactivas se indagó por la frecuencia de las siguientes sustancias: tabaco o cigarrillo, bebidas alcohólicas, cannabis, cocaína, anfetaminas u otro tipo de estimulantes, inhalantes, tranquilizantes o pastillas para dormir, alucinógenos u opiáceos. De acuerdo a la medición utilizada, se encontró un 24,1 % (128.878) de personas consumen al menos una sustancia psicoactiva, siendo la ciudad de Medellín donde uno de cada tres mayores consume dos o más de ellas. Dentro de las primeras sustancias que más prevalece el consumo sobresale el tabaco o cigarrillo, con el 15,4 % (82.085). Llama la atención que para la ciudad de Medellín (22,1 %) presentó el mayor consumo, seguido de la ciudad de Pereira y Bucaramanga. Y para el caso las bebidas alcohólicas, su proporción de consumo fue del 14,8 % (79.340) y el mayor

uso se dio en las ciudades de Medellín, Santa Marta y Pereira. Se evidenció que es en las ciudades de Bucaramanga (3,9%) y Popayán (4,1%) donde es menos frecuente este consumo. El consumo de las demás sustancias estuvo similar en cada una de las ciudades, no superando el 0,2% manifestar que el 6,5% consume 2 o más sustancias. **Tabla 19**

Respecto a la frecuencia de uso, el tabaco (incluyendo cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) se consume de una a dos veces al mes (10,4%) y es en Santa Marta donde es mayor (26,2%). Las demás sustancias presentaron una frecuencia mensual del 3% y en todas ellas es mayor su consumo por las personas mayores de Santa Marta. **Tabla 19**

Tabla 19. Distribución porcentual de las personas mayores según consumo de sustancias psicoactivas, por ciudad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Condiciones sociales	Ciudad										Total	
	Bucaramanga		Medellín		Pereira		Popayán		Santa Marta			
	N=81487		N=282891		N=69918		N=38759		N=61525		N=534580	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Tabaco (cigarrillos)												
Si	5361	6,6	62645	22,1	9492	13,6	1507	3,9	3080	5,0	82085	15,4
No	76126	93,4	220246	77,9	60426	86,4	37252	96,1	58445	95,0	452495	84,6
Bebidas alcohólicas												
Si	3169	3,9	57302	20,3	8033	11,5	1587	4,1	9249	15,0	79340	14,8
No	78318	96,1	225589	79,7	61885	88,5	37172	95,9	52276	85,0	455240	85,2
Cannabis												
Si	151	0,2	503	0,2	188	0,3	65	0,2	0	0,0	907	0,2
No	81336	99,8	282388	99,8	69730	99,7	38694	99,8	61525	100,0	533673	99,8
Cocaína												
Si	110	0,1	503	0,2	173	0,2	65	0,2	0	0,0	851	0,2
No	81377	99,9	282388	99,8	69745	99,8	38694	99,8	61525	100,0	533729	99,8
Anfetaminas u otro tipo de estimulantes												
Si	110	0,1	503	0,2	262	0,4	65	0,2	0	0,0	940	0,2
No	81377	99,9	282388	99,8	69656	99,6	38694	99,8	61525	100,0	533640	99,8
Inhalantes												
Si	110	0,1	503	0,2	173	0,2	65	0,2	0	0,0	851	0,2
No	81377	99,9	282388	99,8	69745	99,8	38694	99,8	61525	100,0	533729	99,8
Tranquilizantes o pastillas para dormir												
Si	609	0,7	1509	0,5	132	0,2	65	0,2	0	0,0	2315	0,4
No	80878	99,3	281382	99,5	69786	99,8	38694	99,8	61525	100,0	532265	99,6

Condiciones sociales	Ciudad										Total	
	Bucaramanga		Medellín		Pereira		Popayán		Santa Marta			
	N=81487		N=282891		N=69918		N=38759		N=61525		N=534580	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Alucinógenos												
Si	110	0,1	503	0,2	333	0,5	65	0,2	0	0,0	1011	0,2
No	81377	99,9	282388	99,8	69585	99,5	38694	99,8	61525	100,0	533569	99,8
Opiáceos												
Si	110	0,1	503	0,2	367	0,5	65	0,2	0	0,0	1045	0,2
No	81377	99,9	282388	99,8	69551	99,5	38694	99,8	61525	100,0	533535	99,8
Consumo de 2 o más sustancias												
No consume	74081	90,9	187827	66,4	57021	81,6	36056	93,0	50717	82,4	405702	75,9
1 sustancia	5783	7,1	69175	24,5	7558	10,8	2312	6,0	9287	15,1	94115	17,6
2 o más sustancias	1623	2,0	25889	9,2	5339	7,6	391	1,0	1521	2,5	34763	6,5
Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)												
Nunca	78423	96,2	227582	80,4	62223	89,0	36654	94,6	43037	70,0	447919	83,8
1 o 2 veces al mes	1390	1,7	34364	12,1	3124	4,5	816	2,1	16123	26,2	55817	10,4
Cada mes	964	1,2	11648	4,1	1508	2,2	904	2,3	1484	2,4	16508	3,1
Cada semana	658	0,8	7927	2,8	2654	3,8	351	0,9	668	1,1	12258	2,3
A diario casi diario	52	0,1	1370	0,5	409	0,6	34	0,1	213	0,3	2078	0,4
Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)												
Nunca	81260	99,7	282891	100,0	69288	99,1	38523	99,4	46906	76,2	518868	97,1
1 o 2 veces al mes	186	0,2	0	0,0	528	0,8	236	0,6	14619	23,8	15569	2,9
Cada mes	0	0,0	0	0,0	102	0,1	0	0,0	0	0,0	102	0,0
Cada semana	41	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	41	0,0
A diario casi diario	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)												
Nunca	81411	99,9	282891	100,0	69445	99,3	38523	99,4	46906	76,2	519176	97,1
1 o 2 veces al mes	76	0,1	0	0,0	473	0,7	236	0,6	14619	23,8	15404	2,9
Cada mes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cada semana	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
A diario casi diario	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)												
Nunca	81411	99,9	282891	100,0	69529	99,4	38523	99,4	46906	76,2	519260	97,1
1 o 2 veces al mes	76	0,1	0	0,0	389	0,6	236	0,6	14619	23,8	15320	2,9
Cada mes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cada semana	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
A diario casi diario	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Anfetaminas u otro tipo de estimulantes												
Nunca	81411	99,9	282891	100,0	69535	99,5	38523	99,4	46906	76,2	519266	97,1
1 o 2 veces al mes	76	0,1	0	0,0	383	0,5	236	0,6	14619	23,8	15314	2,9
Cada mes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cada semana	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
A diario casi diario	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Condiciones sociales	Ciudad										Total	
	Bucaramanga		Medellín		Pereira		Popayán		Santa Marta			
	N=81487		N=282891		N=69918		N=38759		N=61525		N=534580	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Inhalantes												
Nunca	80912	99,3	282388	99,8	69488	99,4	38523	99,4	46906	76,2	518217	96,9
1 o 2 veces al mes	497	0,6	0	0,0	430	0,6	236	0,6	14619	23,8	15782	3,0
Cada mes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cada semana	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
A diario casi diario	78	0,1	503	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	581	0,1
Tranquilizantes o pastillas para dormir												
Nunca	81411	99,9	282388	99,8	69492	99,4	38523	99,4	46906	76,2	518720	97,0
1 o 2 veces al mes	76	0,1	503	0,2	426	0,6	236	0,6	14619	23,8	15860	3,0
Cada mes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cada semana	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
A diario casi diario	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Alucinógenos												
Nunca	81487	100,0	282388	99,8	69229	99,0	38599	99,6	46906	76,2	518609	97,0
1 o 2 veces al mes	0	0,0	503	0,2	572	0,8	160	0,4	14619	23,8	15854	3,0
Cada mes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cada semana	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
A diario casi diario	0	0,0	0	0,0	117	0,2	0	0,0	0	0,0	117	0,0
Opiáceos												
Nunca	81487	100,0	281684	99,6	69918	100,0	38759	100,0	61483	99,9	533331	99,8
1 o 2 veces al mes	0	0,0	1207	0,4	0	0,0	0	0,0	42	0,1	1249	0,2
Cada mes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cada semana	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
A diario casi diario	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Al momento de analizar el comportamiento de cada uno de las condiciones que pudiesen estar relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, se encontraron diferencias estadísticamente significativas con las variables demográficas: ciudad, sexo, grupos de edad, estado civil y nivel educativo dado que en la prueba estadística chi cuadrado (X^2) de independencia, presentan un valor inferior a 0,05.

Analizando cada una de las categorías de ellas, se encontró que las personas mayores residentes en Popayán presentan menor probabilidad de consumo de SPA comparados con los habitantes mayores de Medellín, que tienen un 88% más probabilidad (RP= 1,88; IC95%:1,46-2,44). Ser mujer también disminuye la probabilidad evidenciando la mayor exposición de los hombres, que las superan en un 46% y en los de 90 años o más de edad, también se reduce la probabilidad en un 84%. **Tabla 20**

El estar separado/divorciado y soltero, aumenta la probabilidad de consumo en un 16% y 2%, respectivamente. Llama la atención que la escolaridad es una condición que aumenta la probabilidad, en todos los niveles analizados. De las demás condiciones demográficas, sin asociación estadística evidente, se encontró que ser un ciudadano extranjero (inmigrante externo) aumenta la probabilidad de consumo de sustancias en un 9%, mientras que ser desplazado (inmigrante interno) disminuye la probabilidad en un 13%. **Tabla 20**

Tabla 20. Condiciones demográficas de las personas mayores asociadas al consumo de sustancias psicoactivas (legales e ilegales). Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Condiciones demográficas	Consumo de SPA		Total	X^2	Valor p	RPC (IC 95 %)
	Si n(%)	No n(%)	n(%)			
Ciudad						
Bucaramanga	72 (16,5)	428 (20,6)	500 (19,9)	64,517	0,000*	1,00
Medellín	136 (31,2)	364 (17,5)	500 (19,9)			1,88 (1,46 - 2,44)
Pereira	95 (21,8)	410 (19,7)	505 (20,1)			1,30 (0,98 - 1,72)
Popayán	43 (9,88)	458 (22,1)	501 (19,9)			0,59 (0,41 - 0,85)
Santa Marta	89 (20,4)	411 (19,8)	500 (19,9)			1,23 (0,92 - 1,64)
Sexo						
Mujer	170 (39,0)	1183 (57,1)	1353 (53,9)	47,106	0,000*	0,54 (0,45 - 0,65)
Hombre	265 (60,9)	888 (42,8)	1153 (46,0)			1,00
Grupo de edad (años)						
Joven (60-74)	357 (82,0)	1556 (75,1)	1913 (76,3)	12,203	0,007*	1,00
Viejo (75-89)	77 (17,7)	482 (23,2)	559 (22,3)			0,73 (0,58 - 0,92)
Longevo (90-99)	1 (0,22)	32 (1,54)	33 (1,31)			0,16 (0,02 - 1,12)
Estado civil						
Casado/unión libre	196 (45,0)	869 (41,9)	1065 (42,4)	20,202	0,000*	1,00
Separad/divorciado	67 (15,4)	245 (11,8)	312 (12,4)			1,16 (0,91 - 1,49)
Viudo(a)	58 (13,3)	468 (22,5)	526 (20,9)			0,59 (0,45 - 0,78)
Soltero	114 (26,2)	489 (23,6)	603 (24,0)			1,02 (0,83 - 1,26)

Condiciones demográficas	Consumo de SPA		Total	X ²	Valor p	RPc (IC 95 %)
	Si n(%)	No n(%)	n(%)			
Escolaridad						
Posgrado	9 (2,06)	86 (4,15)	95 (3,79)	18,911	0,001*	1,00
Técnico / superior	39 (8,96)	163 (7,87)	202 (8,06)			2,03 (1,02 - 4,03)
Secundaria	150 (34,4)	540 (26,0)	690 (27,5)			2,29 (1,21 - 4,34)
Primaria	211 (48,5)	1098 (53,0)	1309 (52,2)			1,70 (0,90 - 3,20)
Ninguno	26 (5,97)	184 (8,88)	210 (8,37)			1,30 (0,63 - 2,68)
Grupo poblacional desplazado						
No	415 (95,4)	1960 (94,6)	2375 (94,7)	0,421	0,516	1,00
Si	20 (4,59)	111 (5,35)	131 (5,22)			0,87 (0,57 - 1,32)
Grupo poblacional Inmigrante						
No	431 (99,0)	2054 (99,1)	2485 (99,1)	0,042	0,837	1,00
Si	4 (0,91)	17 (0,82)	21 (0,83)			1,09 (0,45 - 2,66)
Afiliación al SGSSS						
No	7 (1,60)	58 (2,80)	65 (2,59)	2,02	0,155	1,00
Si	428 (98,3)	2013 (97,1)	2441 (97,4)			1,62 (0,80 - 3,29)
Tipo de régimen de afiliación SGSSS						
Contributivo	172 (39,5)	721 (34,8)	893 (35,6)	4,948	0,084	1,00
Subsidiado	256 (58,8)	1292 (62,3)	1548 (61,7)			0,85 (0,72 - 1,02)
No asegurado	7 (1,60)	58 (2,80)	65 (2,59)			0,55 (0,27 - 1,14)
Afiliación al sistema pensional						
No	324 (74,4)	1540 (74,3)	1864 (74,3)	0,003	0,957	1,00
Si	111 (25,5)	531 (25,6)	642 (25,6)			0,99 (0,81 - 1,21)

Con respecto a las condiciones sociales de las personas mayores, este estudio encontró que todas las condiciones analizadas presentan una asociación estadísticamente significativa con el consumo de SPA. Según el rol que desempeña dentro de la familia ya que los jefes del hogar reportaron un mayor consumo de sustancias psicoactivas, pero son aquellos no familiares en quienes se aumenta la probabilidad de consumo en un 5%. Considerando el funcionamiento familiar, quienes conviven en un hogar funcional tienen menor proporción de consumo fuente a los consumidores y se observó que aumenta la probabilidad a medida que la funcionalidad pasa de leve (RP=1,14) a severa (RP=1,90). Así mismo, el bajo apoyo social percibido de sus familiares amigos, aumenta la probabilidad de consumo de PSA en un 25% comparados con los que perciben buen apoyo, lo mismo que se perciben como discriminados (38% más) y maltratados (53% más con respecto a los que no se sienten ni discriminados ni maltratados por sus familiares y amigos. **Tabla 21**

Tabla 21. Condiciones sociales de las personas mayores asociadas al consumo de sustancias psicoactivas (legales e ilegales). Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Características sociales	Consumo de SPA		Total n(%)	X ²	Valor p	RPc (IC 95 %)
	Si n(%)	No n(%)				
Rol en el hogar						
Jefe del hogar	302 (69,4)	1328 (64,1)	1630 (65,0)	8,381	0,039*	1,00
Conyugue	61 (14,0)	395 (19,0)	456 (18,1)			0,72 (0,55 - 0,93)
Hermano	31 (7,12)	180 (8,69)	211 (8,41)			0,79 (0,56 - 1,11)
Otro	41 (9,42)	168 (8,11)	209 (8,33)			1,05 (0,79 - 1,41)
Funcionalidad familiar percibida (Escala APGAR)						
Funcional	314 (72,1)	1596 (77,0)	1910 (76,2)	17,605	0,001*	1,00
Disfunción leve	72 (16,5)	311 (15,0)	383 (15,2)			1,14 (0,90 - 1,44)
Disfunción moderada	14 (3,21)	87 (4,20)	101 (4,03)			0,84 (0,51 - 1,38)
Disfunción severa	35 (8,04)	77 (3,71)	112 (4,46)			1,90 (1,41 - 2,54)
Apoyo social percibido (Escala MOS)						
Buen apoyo	345 (79,3)	1730 (83,5)	2075 (82,8)	4,504	0,034*	1,00
Bajo apoyo	90 (20,6)	341 (16,4)	431 (17,1)			1,25 (1,02 - 1,54)
Discriminación (Escala discriminación en la vida cotidiana)						
Discriminación	180 (41,3)	668 (32,2)	848 (33,8)	13,368	0,000*	1,38 (1,16 - 1,63)
No discriminado	255 (58,6)	1403 (67,7)	1658 (66,1)			1,00
Maltrato (Escala geriátrica de maltrato)						
Cualquier maltrato	297 (68,2)	1165 (56,2)	1462 (58,3)	21,380	0,000*	1,53 (1,27 - 1,85)
Sin maltrato	138 (31,7)	906 (43,7)	1044 (41,6)			1,00

Las condiciones económicas se encontraron asociadas estadísticamente al consumo de SPA de la persona mayor, de la zona urbana de las cinco ciudades de estudio, mostrando que residir en una vivienda ubicada en estrato socioeconómico bajo (1-2) tiene una probabilidad menor de

presentar esta conducta y no se encontraron consumidores residentes en los estratos altos (5-6). Si dicha vivienda es arrendada, entonces también se aumenta esta probabilidad en un 14% con respecto a los que son dueños de ella y a medida que se vive un mayor tiempo en la ciudad, también se va disminuyendo la probabilidad de tener un consumo, disminución que llega al 37% si se lleva más de 6 años como residente en ella. **Tabla 22**

Relacionado con los ingresos económicos, no contar con estos ingresos aumenta la probabilidad de consumo en un 2% aproximadamente, y esta aumenta a un 53% si el empleo es informal o independiente, comparado con los que no tienen ingresos. Se resalta que los que reciben ayuda económica de algún familiar o desarrollan actividades en un empleo formal, se disminuye la probabilidad de consumo, no significando que los que no reciben ayudas o salarios, tengan más probabilidad de hacer uso de dichas sustancias. **Tabla 22**

Tabla 22. Condiciones económicas de las personas mayores asociadas al consumo de sustancias psicoactivas (legales e ilegales). Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Condiciones económicas	Consumo de SPA		Total	X ²	Valor p	RPC (IC 95 %)
	Si n(%)	No n(%)	n(%)			
Estrato económico vivienda						
Alto (5-6)	0 (0)	12 (0,57)	12 (0,47)	16,484	0,000*	IND
Medio (3-4)	202 (46,4)	759 (36,6)	961 (38,3)			1,00
Bajo (1-2)	233 (53,5)	1300 (62,7)	1533 (61,1)			0,72 (0,60 - 0,85)
Tenencia de la vivienda						
Propia	221 (50,8)	1092 (52,7)	1313 (52,3)	3,913	0,271	1,00
Arriendo	131 (30,1)	547 (26,4)	678 (27,0)			1,14 (0,94 - 1,39)
Hipotecario	1 (0,22)	16 (0,77)	17 (0,67)			0,34 (0,05 - 2,34)
Familiar	82 (18,8)	416 (20,0)	498 (19,8)			0,97 (0,77 - 1,23)
Tiempo de residencia en la ciudad						
< 1 año	30 (6,89)	85 (4,10)	115 (4,58)	7,89	0,019*	1,00
2 a 5 años	93 (21,3)	402 (19,4)	495 (19,7)			0,72 (0,50 - 1,03)
6 años o más	312 (71,7)	1584 (76,4)	1896 (75,6)			0,63 (0,45 - 0,87)

Condiciones económicas	Consumo de SPA		Total	X ²	Valor p	RPC (IC 95 %)
	Si n(%)	No n(%)	n(%)			
Ingresos económicos en el mes anterior						
No recibió	253 (58,1)	1187 (57,3)	1440 (57,4)	0,105	0,745	1,02 (0,86 - 1,22)
Si recibió	182 (41,8)	884 (42,6)	1066 (42,5)			1,00
Fuente de ingreso de quienes manifestaron recibirlo en el mes anterior						
Sin ingresos	253 (58,1)	1187 (57,3)	1440 (57,4)	14,975	0,020*	1,00
Jubilado pensionado	69 (15,8)	308 (14,8)	377 (15,0)			1,04 (0,81 - 1,32)
Ayuda familiar	10 (2,29)	64 (3,09)	74 (2,95)			0,76 (0,42 - 1,38)
Alquiler/renta/ ingresos bancarios	13 (2,98)	48 (2,31)	61 (2,43)			1,21 (0,73 - 1,98)
Ingreso/Subsidios	48 (11,0)	321 (15,4)	369 (14,7)			0,74 (0,55 - 0,98)
Empleo formal	9 (2,06)	54 (2,60)	63 (2,51)			0,81 (0,43 - 1,50)
Empleo informal	33 (7,58)	89 (4,29)	122 (4,86)			1,53 (1,12 - 2,10)

El consumo de sustancias legales e ilegales indagadas en este estudio, se encontró directamente relacionado con el estado de salud, consumo de medicamentos, actividad física, dependencia y el rendimiento físico diferencias estadísticas significativas en la prueba estadística utilizada para estimar esta asociación (X²), encontrando que percibir un mal estado de salud disminuye el consumo hasta en un 45%; un caso similar, a mayor número de enfermedades la reducción es del 32% y con más de 3 medicamentos diaria, se disminuye el consumo de sustancias en un 38%.

Las personas mayores que consumen algún tipo de sustancia, presentaron alguna enfermedad en los últimos 4 meses (6%), antes del estudio y también sintieron un dolor constante en los últimos 6 meses (5%).

Nótese que en los independientes para la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria se aumenta la probabilidad de consumo en un 61% y en las personas mayores con muy bajo rendimiento físico se aumenta la probabilidad en un 126% (RP=2,26; IC95%:1,08-4,72). Los mayores que perciben una mala higiene al dormir o pobre calidad del sueño se aumenta en un 20% la probabilidad de consumir sustancias

psicoactivas, muy seguramente para lograr un sueño reparador o para disminuir el dolor constante. **Tabla 23**

Tabla 23. Condiciones del estado de salud de las personas mayores asociadas al consumo de sustancias psicoactivas (legales e ilegales). Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Estado de salud	Consumo de SPA		Total	X ²	Valor p	RPC (IC 95 %)
	Si n(%)	No n(%)	n(%)			
Estado de salud percibido						
Excelente	63 (14,4)	208 (10,0)	271 (10,8)	22,777	0,000*	1,00
Muy buena	94 (21,6)	338 (16,3)	432 (17,2)			0,93 (0,70 - 1,23)
Buena	177 (40,6)	848 (40,9)	1025 (40,9)			0,74 (0,57 - 0,95)
Regular	94 (21,6)	630 (30,4)	724 (28,8)			0,55 (0,41 - 0,74)
Mala	7 (1,60)	47 (2,26)	54 (2,15)			0,55 (0,27 - 1,15)
Número enfermedades diagnosticadas						
Ninguna	249 (57,2)	1053 (50,8)	1302 (51,9)	6,525	0,088	1,00
Una	92 (21,1)	483 (23,3)	575 (22,9)			0,83 (0,67 - 1,04)
Dos	78 (17,9)	428 (20,6)	506 (20,1)			0,80 (0,63 - 1,01)
Tres o mas	16 (3,67)	107 (5,16)	123 (4,90)			0,68 (0,42 - 1,08)
Medicamentos diarios						
Ningún medicamento	199 (45,7)	689 (33,2)	888 (35,4)	24,603	0,000*	1,00
de 1 a 3 medicamentos	190 (43,6)	1097 (52,9)	1287 (51,3)			0,65 (0,55 - 0,78)
Más de 3 medicamentos	46 (10,5)	285 (13,7)	331 (13,2)			0,62 (0,46 - 0,83)
Ha presentado Covid-19						
No	409 (94,0)	1949 (94,1)	2358 (94,0)	0,005	0,944	1,00
Si	26 (5,97)	122 (5,89)	148 (5,90)			1,01 (0,70 - 1,45)
Enfermedad en los últimos 4 meses						
No	343 (78,8)	1657 (80,0)	2000 (79,8)	0,3	0,584	1,00
Si	92 (21,1)	414 (19,9)	506 (20,1)			1,06 (0,86 - 1,30)
Dolor constante en los últimos 6 meses						
No	347 (79,7)	1674 (80,8)	2021 (80,6)	0,259	0,61	1,00
Si	88 (20,2)	397 (19,1)	485 (19,3)			1,05 (0,85 - 1,30)
Actividad física reportada						
Activo	291 (66,8)	1214 (58,6)	1505 (60,0)	10,268	0,001*	1,00
Inactivo	144 (33,1)	857 (41,3)	1001 (39,9)			0,74 (0,61 - 0,89)
Actividades básicas de la vida diaria (Escala Barthel)						
Independencia	318 (73,1)	1412 (68,1)	1730 (69,0)	9,481	0,049*	1,00
Algún grado de dependencia	117 (26,8)	659 (31,8)	776 (30,9)			0,82 (0,67 - 0,99)
Actividades instrumentales de la vida diaria (Escala Lawton y Brody)						
Dependiente	27 (6,20)	202 (9,75)	229 (9,13)	16,387	0,000*	1,00
Necesita ayuda	41 (9,42)	308 (14,8)	349 (13,9)			0,99 (0,63 - 1,57)
Independiente	367 (84,3)	1561 (75,3)	1928 (76,9)			1,61 (1,11 - 2,32)

Estado de salud	Consumo de SPA		Total	X ²	Valor p	RPC (IC 95 %)
	Si n(%)	No n(%)	n(%)			
Rendimiento físico (Escala SPPB)						
Alto	7 (1,60)	65 (3,13)	72 (2,87)	9,795	0,020*	1,00
Moderado	209 (48,0)	957 (46,2)	1166 (46,5)			1,84 (0,90 - 3,76)
Bajo	150 (34,4)	805 (38,8)	955 (38,1)			1,61 (0,78 - 3,31)
Muy bajo	69 (15,8)	244 (11,7)	313 (12,4)			2,26 (1,08 - 4,72)
Discapacidad						
Con alguna discapacidad	148 (34,0)	661 (31,9)	809 (32,2)	0,729	0,393	1,08 (0,90 - 1,29)
Sin discapacidad	287 (65,9)	1410 (68,0)	1697 (67,7)			1,00
Estado nutricional						
Buen estado Nutricional	177 (40,6)	824 (39,7)	1001 (39,9)	0,125	0,939	1,00
Riesgo nutricional Moderado	129 (29,6)	626 (30,2)	755 (30,1)			0,96 (0,78 - 1,18)
Riesgo nutricional Alto	129 (29,6)	621 (29,9)	750 (29,9)			0,97 (0,79 - 1,19)
Calidad del sueño						
Pobre calidad del sueño	97 (22,2)	386 (18,6)	483 (19,2)	3,096	0,078	1,20 (0,98 - 1,47)
Buen sueño	338 (77,7)	1685 (81,3)	2023 (80,7)			1,00

El no tener ningún riesgo de conducta suicida disminuye en un 34% el consumo de sustancias, caso similar ocurre con los síntomas depresivos, el cual disminuye en un 8% aproximadamente. Llama la atención que en relación al juego, las personas mayores que son aficionados al juego tienen 2,5 veces la probabilidad de consumir, muy posiblemente, por la estrecha relación entre los juegos recreativos, de esparcimiento y de azar con el consumo de tabacos o cigarrillos y bebidas alcohólicas, que se ha descrito en la literatura; pero también los que juegan chance (RP=2,48), baloto (RP=1,80) y lotería (RP=1,96) tienen mayor probabilidad de consumirlas. **Tabla 24**

Tabla 24. Condiciones de salud mental de las personas mayores asociadas al consumo de sustancias psicoactivas (legales e ilegales). Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Salud mental	Consumo de SPA		Total	X ²	Valor p	R _{Pc} (IC 95 %)
	Si n(%)	No n(%)	n(%)			
Conducta suicida						
Sin riesgo	181 (41,6)	1177 (56,8)	1358 (54,1)	33,56	0,000*	1,00
Con algún riesgo	254 (58,3)	894 (43,1)	1148 (45,8)			1,66 (1,39 - 1,97)
Síntomas depresivos (Escala CES-D)						
Depresión Clínica	208 (47,8)	1040 (50,2)	1248 (49,8)	0,829	0,362	0,92 (0,77 - 1,09)
Sin depresión	227 (52,1)	1031 (49,7)	1258 (50,1)			1,00
Afición al juego						
Aficionado al juego	217 (49,8)	493 (23,8)	710 (28,3)	120,422	0,000*	2,51 (2,13 - 2,97)
No aficionado al juego	218 (50,1)	1578 (76,1)	1796 (71,6)			1,00
Chance						
No	256 (58,8)	1700 (82,0)	1956 (78,0)	113,297	0,000*	1,00
Si	179 (41,1)	371 (17,9)	550 (21,9)			2,48 (2,10 - 2,93)
Baloto						
No	387 (88,9)	1958 (94,5)	2345 (93,5)	18,607	0,000*	1,00
Si	48 (11,0)	113 (5,45)	161 (6,42)			1,80 (1,40 - 2,32)
Loterías						
No	400 (91,9)	1999 (96,5)	2399 (95,7)	18,363	0,000*	1,00
Si	35 (8,04)	72 (3,47)	107 (4,26)			1,96 (1,47 - 2,61)
Riesgo de juego patológico en quienes apuestan dinero (Escala SOGS)						
Algún problema con el juego	52 (66,6)	91 (46,6)	143 (52,3)	8,945	0,011*	1,83 (1,18 - 2,85)
Probable jugador patológico	5 (6,41)	19 (9,74)	24 (8,79)			1,05 (0,44 - 2,50)
Sin ningún problema con el juego	21 (26,9)	85 (43,5)	106 (38,8)			1,00

Conclusiones

Aunque el consumo de sustancias legales e ilegales menor al 15% en todas las sustancias estudiadas (tabaco o cigarrillo, bebidas alcohólicas, cannabis, cocaína, anfetaminas u otro tipo de estimulantes, inhalantes, tranquilizantes o pastillas para dormir, alucinógenos u opiáceos), es importante mencionar que está asociado con condiciones demográficas, como: vivir en la ciudad de Medellín, ser hombre, tener menos de 75 años de edad, no tener pareja conyugal, escolaridad a nivel de secundaria principalmente. En las condiciones sociales se evidenció la convivencia con familias disfuncionales, no tener un rol claramente definido en el hogar, bajo apoyo social y ser discriminado o maltratado, por familiares, amigos y vecinos con quienes se tienen relaciones de confianza. Igualmente, tener su residencia ubicada en estrato bajo, no tener casa propia y tener un empleo informal, incrementan la probabilidad del consumo de sustancias, estas condiciones dentro de las características económicas indagadas.

En las condiciones de salud física y mental, se destaca el aumento de las personas mayores que tienen un autoreporte de inactividad física, bajo rendimiento físico, alguna discapacidad y una pobre calidad del sueño. En lo mental, se destaca tener algún riesgo de conducta suicida, pero en relación a la afición al juego, se evidencia quizás como uno de los hallazgos más relevantes ya que están asociados con el aumento del consumo de sustancias y que cada uno de sus tipos de juego analizado. Los hallazgos evidencian la necesidad de hacer una mayor prevención desde la salud pública, con el fin de disminuir el consumo indiscriminado de las sustancias legales e ilegales que se consiguen fácilmente en el mercado y son de venta libre al público, enfocados directamente en la persona mayor, ya que la sobre medicación, policonsumo, abuso y dependencia, puede generarles eventos adversos y limitarles el disfrute de una vida digna y con calidad.

Por esta razón se hace su abordaje desde un enfoque de determinantes y estrategias propuestas para su prevención temprana. **Figura 9**



Figura 9. Enfoque de determinantes sociales con los factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en la persona mayor. Colombia: Proyecto SABAM, 2021

Fuente: Proyecto SABAM. Construcción propia.

Estrategias preventivas desde la salud pública

Para lograr la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y el policonsumo en la persona mayor, se proponen las siguientes estrategias que abarquen las diferentes condiciones analizadas:

- **Estrategias positivas de realización personal:** mantener una actitud positiva ante la vida, los logros y las adversidades; realizar actividades recreativas y de esparcimiento que le mantengan ocupado su tiempo libre y rodearse de personas no consumidoras y no aficionadas al juego.
- **Estrategias saludables y promotoras de salud:** adoptar y mantener hábitos de realización periódica y constantes de actividad física solo o acompañado, participar en comités de salud, ser adherente a los tratamientos ordenados por los profesionales de la salud, vigilar su salud física y el consumo de medicamentos recetados para las enfermedades diagnosticadas, evitar la automedicación, reducir las barreras de acceso a los servicios de salud.

- **Estrategias familiares:** fortalecer y mantener las buenas relaciones familiares e intergeneracionales, propiciar la seguridad económica en el hogar para evitar la dependencia económica de las personas mayores, evitar la soledad y el aislamiento, no tener actitudes de estigma, discriminación y maltrato en razón de la edad.
- **Estrategias gubernamentales:** identificar tempranamente en los servicios de salud a las personas mayores con ideas, planes e intentos de suicidio, con uso o abuso de sustancias psicoactivas y ludópatas ya que ellas son las más expuestas al policonsumo de sustancias legales e ilegales, fomentar la participación social incluyente con la población mayor, formular políticas públicas, destinar recursos para el diseño de sistemas de vigilancia en salud pública que promuevan la salud mental y eviten el consumo de PSA.

3. Afición al juego

Introducción

El juego es una actividad popular entre las personas mayores en un entorno social e intercultural⁽⁸⁰⁾, esta actividad está aumentando significativamente y se ha convertido en un comportamiento recreativo y regular entre esta población⁽⁸¹⁾. En la IV versión del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-IV) se habló del juego como un trastorno de control de los impulsos no clasificado en otra parte, pero se trasladó a la categoría de trastornos adictivos frecuentemente relacionados con sustancias, y los impulsos, en términos de fenomenología, superposición comórbida y modelos neurobiológicos⁽⁸²⁾.

En un estudio longitudinal de la participación de los adultos, se determinó que el juego puede proporcionar una forma de apoyo social a las personas mayores que se encuentran aislados⁽⁸³⁾. McNeilly y Burke por su parte, identificaron la estimulación cognitiva y la excitación económica proporcionada en un entorno seguro, como razones de la popularidad de los juegos de casino entre los mayores; también encontraron que divertirse, relajarse y conocer gente nueva eran razones para que apostaran⁽⁸⁴⁾. Otras razones citadas para apostar incluyen la posibilidad de ganar, disfrutar de un desafío y pasar el tiempo⁽⁸⁵⁾.

La literatura consultada indica que las personas mayores tienden a preferir las máquinas tragamonedas sobre otros juegos de azar en el casino (81,86). Esta tendencia es particularmente común entre las mujeres⁽⁸⁷⁾. De hecho, en un estudio realizado por la Universidad de Nebraska, el 68% de los jugadores de edad avanzada preferían las máquinas tragamonedas, siendo la mayoría mujeres. Estos jugadores indicaron que estaban más interesados en la cantidad de acción disponible que en la cantidad de dinero ganado. Nicol (2000) considera que las tragamonedas tienen las peores probabilidades; sin embargo, las personas mayores disfrutan de las máquinas porque son juegos de baja habilidad que no involucran estrategia⁽⁸⁵⁾ y puede jugarse durante períodos prolongados sin competir contra otra persona⁽⁸⁸⁾. Además, Eadington (1999) afirmó que “los casinos generan la mayor proporción de sus ingresos por juegos de máquinas tragamonedas”, es ésta una de las actividades de más rápida expansión⁽⁸⁹⁾.

El juego de máquinas tragamonedas atrae a las personas mayores porque requiere menos habilidad⁽⁸⁵⁾, y se puede jugar durante períodos de tiempo más prolongados⁽⁸⁸⁾; es dudoso que la mayoría que juegan a las tragamonedas sean conscientes de este hecho. Además, en el estudio, las personas mayores de Dakota del Norte pueden creer que los juegos de azar en los casinos son una forma de aumentar sus ingresos. Los anuncios que muestran a todos los jugadores de casino como ganadores que se pasan en grande en el casino perpetúan este engaño.

Para la mayoría de las personas mayores, ir al casino es entretenimiento, pero para alrededor del 8% es una adicción que puede costarles sus ahorros para la jubilación. Los adultos mayores apuestan por la oportunidad de socializar, lo que los hace muy atractivos⁽⁹⁰⁾, les da la oportunidad de volver a sentirse vivos, sobrellevar la soledad y la pérdida, y los hace sentir jóvenes⁽⁹¹⁾. Esto acentúa la necesidad de políticas para protegerlos de los peligros asociados con los juegos de azar en los casinos.

El juego de casino tiende a ser una actividad favorita entre las personas mayores⁽⁹²⁾ y pueden ser más vulnerables al atractivo, porque a menudo se enfrentan a transiciones posteriores en la vida como: jubilación, muerte de un cónyuge, limitación física, dolor emocional debido a la pérdida y la soledad, y la falta de oportunidades para socializar⁽⁹³⁾. Levens et al (2005) sugirió que existía una preocupación de salud significativa con respecto a la prevalencia de las conductas de juego en ellos; sin embargo, la falta

de investigación sobre los jugadores patológicos “proporciona poca información sobre la prevalencia de la comorbilidad psiquiátrica entre los jugadores de edad avanzada”⁽⁹⁴⁾. En un estudio de Pietrzak et al. (2005) informaron una mayor gravedad de los problemas médicos, familiares, sociales, psiquiátricos y de alcohol por parte de los jugadores mayores con trastorno del juego⁽⁹⁵⁾.

A pesar de que algunos estudios en adultos mayores consideran que no es un problema significativo, otros coinciden que la adicción al juego está aumentando entre los mayores en los Estados Unidos⁽⁹⁶⁾. Los adultos jubilados con ingresos disponibles y mucho tiempo libre son particularmente vulnerables, el número creciente de casinos en todo el país, la mayor aceptación del juego como una actividad de ocio inofensiva y las tácticas de marketing agresivas dirigidas a esta población los hace aún más vulnerables a los problemas del juego y la adicción⁽⁹⁰⁾.

Quinn⁽⁹⁷⁾ encontró que las estrategias e incentivos de marketing son efectivos con las personas mayores, lo que puede explicar por qué los casinos dirigen una cantidad considerable de sus presupuestos hacia ellos. Este estudio también apoyó la investigación previa de Gosker (1999) y Katz (2000) que los casinos “cortegan” a los mayores. Las tácticas de marketing agresivas dirigidas a esta población, junto con una mayor aceptación del juego como una actividad de ocio inofensiva, hacen que sean más vulnerables a los problemas de juego y la adicción.

Las personas mayores, sus amigos, familiares deben estar al tanto de las señales de advertencia de problemas con el juego y, claramente, se necesita más investigaciones para estudiar la tendencia creciente de la afición al juego de personas mayores. Como señaló el Informe de la Comisión de Estudio del Impacto del Juego Nacional, es extremadamente difícil cuantificar los costos y beneficios asociados con el juego⁽⁹⁸⁾; sin embargo, se necesita más investigación que indague los beneficios percibidos del juego por parte de los ancianos para determinar si sus motivaciones para hacerlo difieren de la población más joven, determinar el papel que juegan las promociones de casino en el comportamiento de los mayor, calcular los costos asociados con el juego recreativo y el juego problemático principalmente en la población mayor.

Resultados

Una de las variables de salud mental medida en las personas mayores, fue la afición al juego. Se consultó por catorce tipos de juegos, entre juegos de azar, juegos de mesa, apuestas, loterías y videojuegos; también se indagó por el riesgo de juego patológico a través de la escala SOGS⁽⁹⁾. Para este análisis se hace una descripción de dichos juegos y luego se identificó los factores asociados a la persona mayor aficionada a los juegos, representando al 33,6% (179.744) de las personas mayores de las cinco ciudades encuestadas. Por ciudad, el porcentaje más alto de afición al juego se encontró en Medellín con el 40,1% (11.339), seguido de Santa Marta con 37,9% (23345), Pereira con 27,2% (19022), Popayán con 25,3% (9803) y el más bajo en Bucaramanga con el 17,5% (12.235).

Figura 10

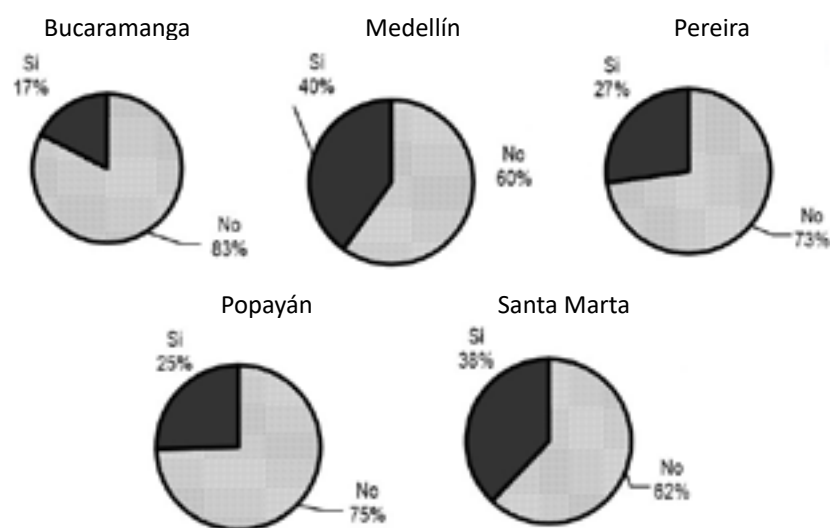


Figura 10. Distribución porcentual de las personas mayores según afición al juego, por ciudad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

De los mayores que manifestaron afición al juego (179.744), los tipos de juego más frecuentemente reportados, fueron: chance (74,5%), juegos de mesa (35,1%), lotería (20,2%), baloto (14,4%) y súper astro (9,5%); por ciudad, los juegos más reportados fueron: en Bucaramanga, reportaron principalmente chance, baloto y loterías; en Medellín fue más fre-

cuenta el chance, juegos de mesa, que registró la proporción mayor entre las cinco ciudades, y loterías; en Pereira reportaron chance y baloto, que representaron la mayor proporción entre las ciudades, además de juegos de mesa y loterías; en Popayán, reportaron chance, juegos de mesa y juegos de habilidades, representando éste última la proporción mayor entre todas las ciudades; y en Santa Marta, reportaron chance, súper astro y lotería, siendo estos dos últimos los mayores porcentajes en estos tipos de juego entre las diferentes ciudades.

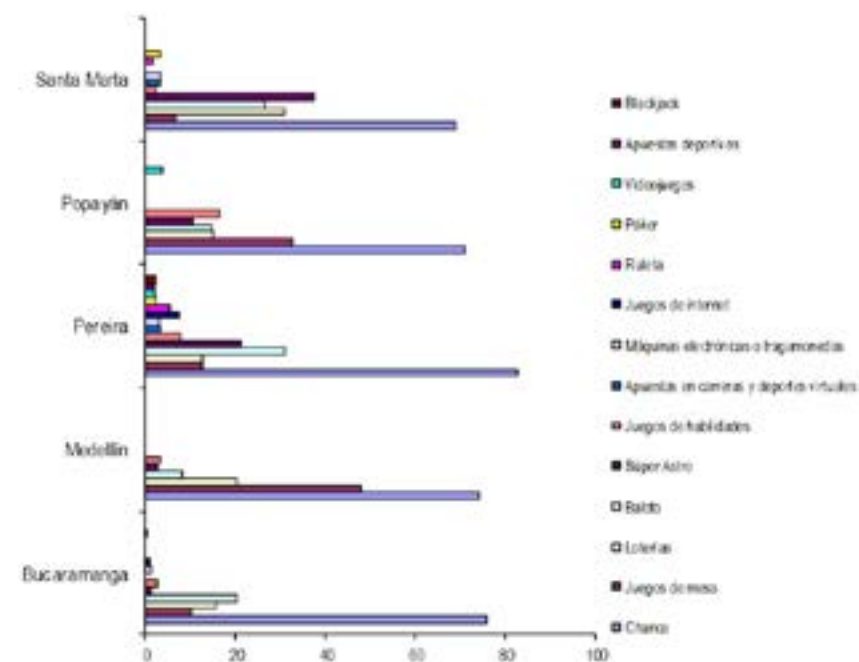


Figura 11. Distribución proporcional de las personas mayores por tipo de juego, según ciudad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

En las personas mayores aficionadas a los juegos, se encontró que el 13,6% (72963) manifestaron haber realizado en algún momento de su vida apuestas con dinero, siendo este uno de los criterios para establecer el riesgo de juego patológico; en las ciudades esta proporción fue 6,7% para los mayores de Popayán, 8,8% para los de Santa Marta, 12,6% para los de Bucaramanga, 12,7% para los de Pereira y 16,0% para los mayores de Medellín.

A estas 72963 personas mayores aficionados a los juegos de azar y que apuestan dinero, se aplicó el instrumento SOGS para determinar el riesgo de juego patológico, donde se encontró que, el 25,5% (28602) no tienen ningún riesgo de juego patológico; mientras que la proporción restante tienen algún problema con el juego (69,9%) o son probablemente jugadores patológicos (4,6%). Al analizar cada ciudad, Bucaramanga presentó mayor proporción de personas mayores sin problema con el juego (57,4%) y la proporción restante presenta algún problema con el juego; en Pereira la proporción de mayores sin problemas con el juego fue de 46,2%, seguido del 40,4% que tienen algún problema con el juego y del 13,4% que son probablemente jugadores patológicos; en Popayán la proporción de mayores sin problemas con el juego fue de 31,5% y el porcentaje restante corresponde a adultos con algún problema con el juego; en Medellín, el 15,4% de los mayores no presentan problemas con el juego y el restante, si presentan algún tipo de problema; y por último, en Santa Marta, el 13,4% de los mayores no presentan problemas con el juego, el 51,0% presenta algún tipo de problema con el juego y el 35,6% son probablemente jugadores patológicos. **Tabla 25**

Tabla 25. Distribución porcentual de las personas mayores, según aspectos de la salud mental salud, por ciudad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Salud mental	Ciudad										Total N=534580	
	Bucaramanga N=81487		Medellín N=282891		Pereira N=69918		Popayán N=38759		Santa Marta N=61525		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Afición al juego												
No aficionado	67252	82,5	169552	59,9	50896	72,8	28956	74,7	38180	62,1	354836	66,4
Aficionado	14235	17,5	113339	40,1	19022	27,2	9803	25,3	23345	37,9	179744	33,6
Tipo de juego* en los aficionados (N=179744)												
Chance	10791	75,8	84245	74,3	15788	83,0	6968	71,1	16126	69,1	133918	74,5
Juegos de mesa	1436	10,1	54428	48,0	2418	12,7	3215	32,8	1618	6,9	63115	35,1
Loterías	2247	15,8	22868	20,2	2378	12,5	1479	15,1	7247	31,0	36219	20,2
Baloto	2877	20,2	9435	8,3	5879	30,9	1427	14,6	6177	26,5	25795	14,4
Súper Astro	184	1,3	3009	2,7	4044	21,3	1027	10,5	8780	37,6	17044	9,5

Salud mental	Ciudad										Total N=534580	
	Bucaramanga N=81487		Medellín N=282891		Pereira N=69918		Popayán N=38759		Santa Marta N=61525		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Tipo de juego* en los aficionados (N=179744)												
Juegos de habilidades	386	2,7	3879	3,4	1498	7,9	1610	16,4	532	2,3	7905	4,4
Apuestas en carreras y deportes virtuales	0	0,0	0	0,0	617	3,2	0	0,0	753	3,2	1370	0,8
Máquinas electrónicas o tragamonedas	163	1,1	0	0,0	528	2,8	0	0,0	778	3,3	1469	0,8
Juegos de internet	110	0,8	0	0,0	1391	7,3	0	0,0	0	0,0	1501	0,8
Ruleta	0	0,0	0	0,0	1030	5,4	0	0,0	335	1,4	1365	0,8
Póker	0	0,0	0	0,0	416	2,2	0	0,0	750	3,2	1166	0,6
Videojuegos	0	0,0	0	0,0	358	1,9	359	3,7	0	0,0	717	0,4
Apuestas deportivas	12	0,1	0	0,0	342	1,8	0	0,0	0	0,0	354	0,2
Blackjack	0	0,0	0	0,0	416	2,2	0	0,0	0	0,0	416	0,2
Apuesta dinero												
No	71182	87,4	237758	84,0	61020	87,3	36175	93,3	55482	90,2	461617	86,4
Si	10305	12,6	45133	16,0	8998	12,7	2584	6,7	6043	9,8	72963	13,6
Riesgo de juego patológico en quienes apuestan dinero (Escala SOGS) (N=72963)												
Sin ningún problema	5916	57,4	6950	15,4	4110	46,2	815	31,5	811	13,4	18602	25,5
Algún problema	4389	42,6	38183	84,6	3595	40,4	1769	68,5	3080	51,0	51016	69,9
Probable jugador patológico	0	0,0	0	0,0	1193	13,4	0	0,0	2152	35,6	3345	4,6

Las condiciones demográficas que se asocian con la afición al juego son: la ciudad de residencia, el sexo, el nivel educativo y el régimen de afiliación al sistema de seguridad social. En relación a los que son aficionados al juego se encontró que hay una mayor proporción en la ciudad de Santa Marta con el 25,7%, en los hombres 53,3%, en las personas mayores jóvenes 76,3%, en los que son casados o viven en unión libre 44,3%, los que terminaron la primaria 53,8%, los que son del régimen subsidiado 53,9% y los que no están afiliados al sistema pensional 71,9%.

Así mismo, se puede identificar como aumenta la afición al juego en la ciudad de Santa Marta en un 34% comparada con Bucaramanga, en las

personas mayores de 90 a 99 años disminuyen su afición al juego en un 17% aproximadamente con respecto a los más jóvenes; en relación a la escolaridad, llama la atención que se observa un aumento en la afición en todos los niveles, más evidente en los de secundaria comparado con los de posgrado, pero en los tienen posgrados se disminuye su afición al juego.

En los grupos poblacionales clasificados como desplazados internos, se aumenta la probabilidad de presentar afición al juego en un 19% y al comparar la afiliación al SGSSS se identifica que los que no están afiliados tienen un 20% de probabilidad mayor de ser aficionado al juego respecto a los que no están afiliados, caso contrario ocurre con la afiliación al sistema pensión donde este disminuye en un 12%.

Tabla 26. Condiciones demográficas de las personas mayores asociadas a la afición al juego. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Condiciones demográficas	Afición al juego		Total n(%)	X ²	Valor p	RPC (IC 95 %)
	Si n(%)	No n(%)				
Ciudad						
Bucaramanga	136 (19,1)	364 (20,2)	500 (19,9)	21,700	0,000*	1,00
Medellín	126 (17,7)	374 (20,8)	500 (19,9)			0,92 (0,75 - 1,14)
Pereira	136 (19,1)	369 (20,5)	505 (20,1)			0,99 (0,80 - 1,21)
Popayán	129 (18,1)	372 (20,7)	501 (19,9)			0,94 (0,76 - 1,16)
Santa Marta	183 (25,7)	317 (17,6)	500 (19,9)			1,34 (1,11 - 1,61)
Sexo						
Mujer	331 (46,6)	1022 (56,9)	1353 (53,9)	21,666	0,000*	0,74 (0,65 - 0,84)
Hombre	379 (53,3)	774 (43,0)	1153 (46,0)			1,00
Grupo de edad (años)						
Joven (60-74)	542 (76,3)	1371 (76,3)	1913 (76,3)	0,690	0,875	1,00
Viejo (75-89)	160 (22,5)	399 (22,2)	559 (22,3)			1,01 (0,87 - 1,17)
Longevo (90-99)	8 (1,12)	26 (1,44)	34 (1,35)			0,83 (0,45 - 1,52)
Estado civil						
Casado/ unión libre	315 (44,3)	750 (41,7)	1065 (42,4)	4,348	0,226	0,99 (0,85 - 1,16)
Separad/ divorciado	77 (10,8)	235 (13,0)	312 (12,4)			0,83 (0,66 - 1,04)
Viudo(a)	139 (19,5)	387 (21,5)	526 (20,9)			0,89 (0,73 - 1,07)
Soltero	179 (25,2)	424 (23,6)	603 (24,0)			1,00

Condiciones demográficas	Afición al juego		Total n(%)	X ²	Valor p	RPC (IC 95 %)
	Si n(%)	No n(%)				
Escolaridad						
Posgrado	18 (2,53)	77 (4,28)	95 (3,79)	14,190	0,007*	1,00
Técnico / superior	59 (8,30)	143 (7,96)	202 (8,06)			1,54 (0,96 - 2,46)
Secundaria	210 (29,5)	480 (26,7)	690 (27,5)			1,60 (1,04 - 2,47)
Primaria	382 (53,8)	927 (51,6)	1309 (52,2)			1,54 (1,00 - 2,35)
Ninguno	41 (5,77)	169 (9,40)	210 (8,37)			1,03 (0,62 - 1,69)
Grupo poblacional desplazado						
No	666 (93,8)	1709 (95,1)	2375 (94,7)	1,880	0,170	1,00
Si	44 (6,19)	87 (4,84)	131 (5,22)			1,19 (0,93 - 1,53)
Grupo poblacional Inmigrante						
No	705 (99,2)	1780 (99,1)	2485 (99,1)	0,213	0,644	1,00
Si	5 (0,70)	16 (0,89)	21 (0,83)			0,83 (0,38 - 1,80)
Afiliación al SGSSS						
No	22 (3,09)	43 (2,39)	65 (2,59)	0,999	0,317	1,20 (0,84 - 1,69)
Si	688 (96,9)	1753 (97,6)	2441 (97,4)			1,00
Tipo de régimen de afiliación SGSSS						
Contributivo	305 (42,9)	588 (32,7)	893 (35,6)	25,711	0,000*	1,00
Subsidiado	383 (53,9)	1165 (64,8)	1548 (61,7)			0,72 (0,63 - 0,82)
No asegurado	22 (3,09)	43 (2,39)	65 (2,59)			0,99 (0,69 - 1,40)
Afiliación al sistema pensional						
No	511 (71,9)	1353 (75,3)	1864 (74,3)	3,019	0,082	0,88 (0,77 - 1,01)
Si	199 (28,0)	443 (24,6)	642 (25,6)			1,00

Las condiciones sociales que se asocian estadísticamente con la afición al juego son: el rol del adulto en el hogar, aunque es importante mencionar que el jefe del hogar presentó la mayor proporción de afición al juego con el 70,5%, los que tienen una familia funcional 76%, los que tienen buen apoyo 83%, los que no tienen discriminación 63,5% y que han sufrido cualquier tipo de maltrato un 57,3%. En el rol de la persona mayor en el hogar, el ser jefe aumenta, frente a los demás roles que disminuyen la afición al juego hasta en un 35% aproximadamente, aunque la funcionalidad familiar no es estadísticamente significativa, las personas mayores con una familia disfuncional severa aumentan en un 35% la afición al juego; caso similar ocurrió con la discriminación donde se aumenta en un 12% la afición al juego comparada con los que no son discriminados.

Tabla 27. Condiciones sociales de las personas mayores asociadas a la afición al juego. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Condiciones sociales	Afición al juego		Total n(%)	X ²	Valor p	RPC (IC 95 %)
	Si n(%)	No n(%)				
Rol en el hogar						
Jefe del hogar	501 (70,5)	1129 (62,8)	1630 (65,0)	15,531	0,001*	1,00
Conyugue	111 (15,6)	345 (19,2)	456 (18,1)			0,79 (0,66 - 0,94)
Hermano	56 (7,88)	155 (8,63)	211 (8,41)			0,86 (0,68 - 1,09)
Otro	42 (5,91)	167 (9,29)	209 (8,33)			0,65 (0,49 - 0,86)
Funcionalidad familiar percibida (Escala APGAR)						
Funcional	540 (76,0)	1370 (76,2)	1910 (76,2)	7,015	0,071	1,00
Disfunción leve	98 (13,8)	285 (15,8)	383 (15,2)			0,90 (0,75 - 1,08)
Disfunción moderada	29 (4,08)	72 (4,00)	101 (4,03)			1,01 (0,74 - 1,39)
Disfunción severa	43 (6,05)	69 (3,84)	112 (4,46)			1,35 (1,06 - 1,73)
Apoyo social percibido (Escala MOS)						
Buen apoyo	590 (83,0)	1485 (82,6)	2075 (82,8)	0,061	0,804	1,00
Bajo apoyo	120 (16,9)	311 (17,3)	431 (17,1)			0,97 (0,82 - 1,15)
Discriminación (Escala discriminación en la vida cotidiana)						
Discriminación	259 (36,4)	589 (32,7)	848 (33,8)	3,084	0,079	1,12 (0,98 - 1,27)
No discriminado	451 (63,5)	1207 (67,2)	1658 (66,1)			1,00
Maltrato (Escala geriátrica de maltrato)						
Cualquier maltrato	407 (57,3)	1055 (58,7)	1462 (58,3)	0,421	0,516	0,95 (0,84 - 1,08)
Sin maltrato	303 (42,6)	741 (41,2)	1044 (41,6)			1,00

Las condiciones económicas que se asocian con la afición al juego son: el estrato económico de la vivienda donde reside la persona mayor, identificando que la afición al juego aumenta en un 28% en los de estrato bajo y alto; pero es menor en los que residen en el estrato medio, aunque el tiempo de residencia en la ciudad no es significativa. Llama la atención que a medida que se aumenta en años la permanencia, se aumenta la

probabilidad en un 43%, frente a los que viven hace menos de un año. Por otro lado, se observa cómo se incrementa estas posibilidades cuando se tiene algún ingreso por ejemplo: salarios por la vinculación en empleo formal (24%), alquiler o renta (16%) pensiones o jubilaciones (5%), frente a los que no percibieron ingresos económicos en el mes anterior a la encuesta.

Tabla 28. Condiciones económicas de las personas mayores asociadas a la afición al juego. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Condiciones económicas	Afición al juego		Total n(%)	X ²	Valor p	RPC (IC 95 %)
	Si n(%)	No n(%)				
Estrato económico vivienda						
Alto (5-6)	1 (0,14)	11 (0,61)	12 (0,47)	17,651	0,000*	0,25 (0,03 - 1,65)
Medio (3-4)	316 (44,5)	645 (35,9)	961 (38,3)			1,00
Bajo (1-2)	393 (55,3)	1140 (63,4)	1533 (61,1)			0,77 (0,68 - 0,88)
Tenencia de la vivienda						
Propia	398 (56,0)	915 (50,9)	1313 (52,3)	6,817	0,077	1,00
Arriendo	171 (24,0)	507 (28,2)	678 (27,0)			0,83 (0,71 - 0,96)
Hipotecario	3 (0,42)	14 (0,77)	17 (0,67)			0,58 (0,20 - 1,63)
Familiar	138 (19,4)	360 (20,0)	498 (19,8)			0,91 (0,77 - 1,07)
Tiempo de residencia en la ciudad						
< 1 año	23 (3,23)	92 (5,12)	115 (4,58)	4,122	0,127	1,00
2 a 5 años	142 (20)	353 (19,6)	495 (19,7)			1,43 (0,97 - 2,12)
6 años o más	545 (76,7)	1351 (75,2)	1896 (75,6)			1,43 (0,99 - 2,08)
Ingresos económicos en el mes anterior						
No recibió	404 (56,9)	1036 (57,6)	1440 (57,4)	0,127	0,721	0,97 (0,86 - 1,10)
Si recibió	306 (43,0)	760 (42,3)	1066 (42,5)			1,00

Condiciones económicas	Afición al juego		Total n(%)	X ²	Valor p	RPc (IC 95 %)
	Si n(%)	No n(%)				
Fuente de ingreso de quienes manifestaron recibirlo en el mes anterior						
Sin ingresos	404 (56,9)	1036 (57,6)	1440 (57,4)	8,698	0,191	1,00
Jubilado pensionado	112 (15,7)	265 (14,7)	377 (15,0)			1,05 (0,88 - 1,26)
Ayuda familiar	19 (2,67)	55 (3,06)	74 (2,95)			0,91 (0,61 - 1,36)
Alquiler/renta	20 (2,81)	41 (2,28)	61 (2,43)			1,16 (0,80 - 1,68)
Ingreso/Subsidios	98 (13,8)	271 (15,0)	369 (14,7)			0,94 (0,78 - 1,14)
Empleo formal	22 (3,09)	41 (2,28)	63 (2,51)			1,24 (0,87 - 1,76)
Empleo informal	35 (4,92)	87 (4,84)	122 (4,86)			1,02 (0,76 - 1,36)

Las principales condiciones de salud de las personas mayores con afición al juego fueron principalmente: no sufrir ninguna enfermedad lo reportó el 48,7% de los aficionados, tomar entre 1 y 3 medicamentos (48,3%), tener enfermedades diagnosticadas, con actividad física reportada, capacidad física para la realización de sus actividades, sin discapacidad (65,2%) y buena calidad del sueño. De ellas, se asocian estadísticamente con la afición al juego: el estado de salud percibido como malo, disminuye la probabilidad en un 29% (RP=0,71), haber sufrido la infección por Covid aumentó dicha probabilidad en un 52%, haber sufrido una enfermedad en los últimos 4 meses (aumentó en un 14%), sufrir dolor constante en los últimos 6 meses también aumento la probabilidad en un 30%, tener algún grado de dependencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria, aumentó en un 13% y la independencia en la realización de las actividades instrumentales, también la aumento la probabilidad de tener una afición por el juego en un 70%. **Tabla 29**

Otras condiciones físicas de los mayores, no presentaron asociación estadística, pero si se observa un aumento en la probabilidad de desarrollar dicha afición, por ejemplo: tener un muy bajo rendimiento físico (23%), haber padecido alguna enfermedad en los últimos 4 meses antes de la encuesta (14%) o tener una o más enfermedades, sufrir alguna discapacidad (11%), riesgo nutricional moderado (5%).

Tabla 29. Condiciones del estado de salud de las personas mayores asociadas a la afición al juego. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Estado de salud	Afición al juego		Total n(%)	X ²	Valor p	RPc (IC 95 %)
	Si n(%)	No n(%)				
Estado de salud percibido						
Excelente	106 (14,9)	165 (9,18)	271 (10,8)	32,157	0,000*	1,00
Muy buena	147 (20,7)	285 (15,8)	432 (17,2)			0,86 (0,71 - 1,06)
Buena	271 (38,1)	754 (41,9)	1025 (40,9)			0,67 (0,56 - 0,80)
Regular	171 (24,0)	553 (30,7)	724 (28,8)			0,60 (0,49 - 0,73)
Mala	15 (2,11)	39 (2,17)	54 (2,15)			0,71 (0,45 - 1,11)
Número enfermedades diagnosticadas						
Una	175 (24,6)	400 (22,2)	575 (22,9)	6,525	0,088	1,14 (0,98 - 1,33)
Dos	153 (21,5)	353 (19,6)	506 (20,1)			1,13 (0,96 - 1,33)
Tres o mas	36 (5,07)	87 (4,84)	123 (4,90)			1,10 (0,82 - 1,47)
Ninguna	346 (48,7)	956 (53,2)	1302 (51,9)			1,00
Medicamentos diarios						
Ningún	276 (38,8)	612 (34,0)	888 (35,4)	5,211	0,073	1,00
1 a 3	343 (48,3)	944 (52,5)	1287 (51,3)			0,85 (0,75 - 0,97)
Más de 3	91 (12,8)	240 (13,3)	331 (13,2)			0,88 (0,72 - 1,08)
Ha presentado Covid-19						
No	648 (91,2)	1710 (95,2)	2358 (94,0)	14,243	0,000*	1,00
Si	62 (8,73)	86 (4,78)	148 (5,90)			1,52 (1,24 - 1,86)
Enfermedad en los últimos 4 meses						
No	550 (77,4)	1450 (80,7)	2000 (79,8)	3,377	0,066	1,00
Si	160 (22,5)	346 (19,2)	506 (20,1)			1,14 (0,99 - 1,33)
Dolor constante en los últimos 6 meses						
No	541 (76,1)	1480 (82,4)	2021 (80,6)	12,565	0,000*	1,00
Si	169 (23,8)	316 (17,5)	485 (19,3)			1,30 (1,13 - 1,49)
Actividad física autoreportada						
Activo	451 (63,5)	1054 (58,6)	1505 (60,0)	4,959	0,026*	1,00
Inactivo	259 (36,4)	742 (41,3)	1001 (39,9)			0,86 (0,75 - 0,98)
Actividades básicas de la vida diaria (Escala Barthel)						
Independencia	0 (0)	7 (0,38)	7 (0,27)	11,016	0,026*	1,00
Algún grado de dependencia	1 (0,14)	6 (0,33)	7 (0,27)			1,13 (0,99 - 1,29)
Actividades instrumentales de la vida diaria (Escala Lawton y Brody)						
Dependiente	40 (5,63)	189 (10,5)	229 (9,13)	15,638	0,000*	1,00
Necesita ayuda	95 (13,3)	254 (14,1)	349 (13,9)			1,55 (1,12 - 2,16)
Independiente	575 (80,9)	1353 (75,3)	1928 (76,9)			1,70 (1,27 - 2,28)

Estado de salud	Afición al juego		Total n(%)	X2	Valor p	RPc (IC 95 %)
	Si n(%)	No n(%)				
Rendimiento físico (Escala SPPB)						
Alto	19 (2,67)	53 (2,95)	72 (2,87)	5,148	0,161	1,00
Moderado	338 (47,6)	828 (46,1)	1166 (46,5)			1,09 (0,73 - 1,63)
Bajo	251 (35,3)	704 (39,1)	955 (38,1)			0,99 (0,66 - 1,48)
Muy bajo	102 (14,3)	211 (11,7)	313 (12,4)			1,23 (0,81 - 1,87)
Discapacidad						
Con alguna discapacidad	247 (34,7)	562 (31,2)	809 (32,2)	2,846	0,091	1,11 (0,98 - 1,27)
Sin discapacidad	463 (65,2)	1234 (68,7)	1697 (67,7)			1,00
Estada nutricional						
Buen estado Nutricional	280 (39,4)	721 (40,1)	1001 (39,9)	0,624	0,732	1,00
Riesgo nutricional Moderado	222 (31,2)	533 (29,6)	755 (30,1)			1,05 (0,90 - 1,21)
Riesgo nutricional Alto	208 (29,2)	542 (30,1)	750 (29,9)			0,99 (0,85 - 1,15)
Calidad del sueño						
Pobre calidad del sueño	134 (18,8)	349 (19,4)	483 (19,2)	0,102	0,749	0,97 (0,83 - 1,14)
Buen sueño	576 (81,1)	1447 (80,5)	2023 (80,7)			1,00

En relación a su salud mental, las principales proporciones de los aficionados a los juegos, fueron: no tener conducta suicida (50,7%), sin síntomas depresivos (56,6%) y los no consumidores de sustancias psicoactivas con el 69,4%. Al asociar estas condiciones, se halló asociación estadística con todas ellas, de la siguiente forma: en los que no tienen ningún riesgo de conducta suicida se disminuye la probabilidad en un 14% (RP=0,86; IC95%:0.76-0,98), así mismo sucede con los no consumidores de cigarrillo y bebidas alcohólicas; mientras en los consumidores de alguna sustancia aumentan la probabilidad a medida que aumenta el número de sustancias (RP=2,06). **Tabla 30**

Tabla 30. Condiciones de la salud mental de las personas mayores asociadas a la afición al juego. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Salud mental	Afición al juego		Total n(%)	X2	Valor p	RPc (IC 95 %)
	Si n(%)	No n(%)				
Conducta suicida (Escala SADPERSONS)						
Sin riesgo	360 (50,7)	998 (55,5)	1358 (54,1)	4,849	0,028*	0,86 (0,76 - 0,98)
Con algún riesgo	350 (49,2)	798 (44,4)	1148 (45,8)			1,00
Síntomas depresivos (Escala CES-D)						
Con depresión	308 (43,3)	940 (52,3)	1248 (49,8)	16,334	0,000*	0,77 (0,68 - 0,87)
Sin depresión	402 (56,6)	856 (47,6)	1258 (50,1)			1,00
Consumo de sustancias psicoactivas						
1 sustancia	162 (22,8)	161 (8,96)	323 (12,8)	120,467	0,000*	2,10 (1,84 - 2,40)
2 o más sustancias	55 (7,74)	57 (3,17)	112 (4,46)			2,06 (1,68 - 2,52)
No consume	493 (69,4)	1578 (87,8)	2071 (82,6)			1,00
Tabaco (cigarrillos)						
No	581 (81,8)	1675 (93,2)	2256 (90,0)	1322,126	0,000*	0,49 (0,43 - 0,57)
Si	129 (18,1)	121 (6,73)	250 (9,97)			1,00
Bebidas alcohólicas						
No	576 (81,1)	1650 (91,8)	2226 (88,8)	59,183	0,000*	0,54 (0,46 - 0,62)
Si	134 (18,8)	146 (8,12)	280 (11,1)			1,00

Conclusiones

La afición al juego en las personas mayores, se encontró en uno de cada tres personas mayores de las ciudades estudiadas; y fue mayor en los adultos de Medellín, seguido de los adultos de Santa Marta, Pereira, Popayán y Bucaramanga donde fue menor. Los tipos de juego más frecuentemente reportados, fueron: chance, juegos de mesa, lotería, baloto y súper astro.

El 13,6% de las personas mayores aficionados a los juegos manifestaron haber realizado en algún momento de su vida apuestas en dinero, siendo este uno de los criterios para establecer el riesgo de juego patológico donde, el 25,5% de estos no tienen ningún riesgo de padecer ludopatía; mientras que la proporción restante tienen algún problema con el juego o son probablemente jugadores patológicos.

Entre las condiciones asociadas a la afición al juego prevenible en la persona mayor, detectadas a través de este estudio, con el fin de que reduzcan o eviten, en caso de ser nociva para su salud, se encuentran las condiciones demográficas como la ciudad de residencia, el sexo, el nivel educativo, el régimen de afiliación al sistema de seguridad social y las condiciones sociales, tales como: el rol del adulto en el hogar; las condiciones económicas como el estrato económico de la vivienda donde reside el adulto mayor; las condiciones del estado de salud como el estado de salud de la persona mayor al momento de la encuesta, haber presentado Covid-19, presentar dolor, realizar actividad física, tener independencia para realizar las actividades de la vida diaria; y las condiciones de salud mental como la conducta suicida, depresión, y el consumo de sustancias psicoactivas.

La detección temprana de las anteriores condiciones, permite construir estrategias para su prevención en caso de ser necesario, principalmente de las conductas de riesgo para el juego patológico o ludopatía, ya que muchos otros juegos los realiza la persona mayor, como actividades de esparcimiento consideradas normales y que no requieren acciones preventivas ni señales de alerta. **Figura 12**

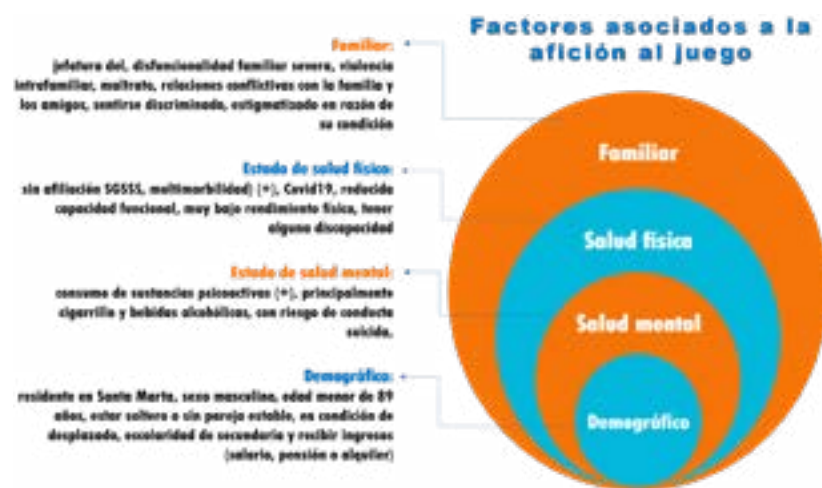


Figura 12. Enfoque de determinantes sociales con los factores asociados a la afición al juego en la persona mayor. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Fuente: Proyecto SABAM. Elaboración propia.

Estrategias preventivas desde la salud pública

Este estudio evidenció que el 75% (70% con algún problema y 5% como probable jugador patológico), de la población adulto mayor se encuentran en riesgo de llegar a la ludopatía, por lo que se plantea las siguientes estrategias en salud pública para ayudar a reducir, prevenir o controlar la afición al juego.

- **Estrategias positivas de realización personal:** realizar actividades recreativas y de esparcimiento que le mantengan ocupado su tiempo libre y rodearse de personas no aficionadas al juego, para evitar la tentación de jugar, principalmente en aquellos donde se pueda ver comprometida su seguridad económica, ya que las mayores probabilidades de tener afición por el juego, las tienen quienes reciben algún tipo de ingresos económicos, entonces son quienes tienen poder adquisitivo para llegar a los juegos de azar.
- **Estrategias familiares:** mantener saneadas las finanzas familiares, involucrando a la persona mayor en la economía doméstica (no con dependencia económica); evitar el rechazo, aislamiento, maltrato o violencia intrafamiliar.
- **Estrategias gubernamentales:** identificar tempranamente los casinos y otros establecimientos abiertos al público, donde se incentiva la participación de las personas mayores, en los juegos de azar, y regular el acceso a través de la formulación de políticas públicas, donde se incluyan estas condiciones poco estudiadas, pero que generan afectaciones en su salud y el bienestar mental.

3. Identificación de las personas mayores según: bienestar psicológico, felicidad y calidad de vida, en las cinco ciudades

El bienestar mental de las personas mayores se caracterizó principalmente en función de tres aspectos: el bienestar psicológico, la felicidad y la calidad de vida; sin embargo, también se incluyó otros aspectos relacionados con el bienestar mental como es la espiritualidad y sus componentes sobre la satisfacción con la vida, el desarrollo personal, el

sentido positivo y la alegría de vivir. Finalmente, se incluyó las actividades lúdicas, artísticas o culturales que realiza el adulto mayor en su tiempo libre. Entre los instrumentos de medición utilizados, se encuentra la escala de Florecimiento⁽¹⁰⁰⁾ para el bienestar psicológico, la escala de Lima⁽¹⁰¹⁾ para medir la felicidad, el WHOQOL-OLD⁽¹⁰²⁾ para la calidad de vida.

En relación al bienestar psicológico, se encontró que uno de cada tres presenta mucha fortaleza (38,3%); por ciudad se encontró mayor proporción en los residentes en la zona urbana de Bucaramanga referida por el 52,1%, seguido por los residentes en Popayán. Con respecto a la felicidad, tres de cada cuatro personas mayores del estudio puntuaron alto en la escala (73,0%), y uno de cada cuatro puntuaron en moderada (26,3%), solo el 0,7% de las personas mayores puntuaron bajo en dicha escala. Aproximadamente, nueve de cada diez mayores de Bucaramanga, ocho de cada diez de Medellín, cuatro de cada diez adultos de Pereira, ocho de cada diez de Popayán y siete de cada diez personas mayores de Santa Marta, reportaron altos niveles de felicidad al momento de la encuesta.

En general, para el 47,4% de las personas mayores estudiadas, la calidad de vida puntúa en un nivel moderado, seguido de aquellos en los que puntúan alto. Al analizar por ciudad, se encuentran algunas variaciones con respecto a los resultados generales, para el caso de Bucaramanga se encontró que el 62,0% percibe como “alta” su calidad de vida alta, seguida del 24,0% con moderada. En Medellín, el 58,5% puntuaron en calidad de vida moderada, seguido del 22,6% con percepción alta. En Pereira, el 51,1% de los mayores puntuaron en calidad de vida baja, seguido del 28,8% que puntuaron en calidad de vida moderada. En Popayán, el 44,8% de sus mayores se ubicaron en calidad de vida moderada, seguida del 34,8% que se ubicaron en alta. Finalmente, en Santa Marta, el 49,5% de los mayores puntuaron en calidad de vida moderada, seguida del 27,6% que puntuaron en calidad de vida baja.

Al indagar por la espiritualidad de las personas mayores, se encontró que dos de cada de ellos, presentan alta espiritualidad (65,5%); la proporción se presentó en Medellín y la menor en Pereira. Igualmente, el 84,8% manifestó estar altamente satisfecho con su vida, proporciones similares se observaron en cada ciudad, con excepción de los residentes en Pereira que reportaron una proporción de 55,3%. El 79,3% de los adultos encuestados manifiestan tener alta realización personal; por

ciudad se observaron similares proporciones, aunque con valores superiores en Bucaramanga e inferiores en Pereira. El sentido positivo de la vida fue valorado con proporciones similares entre moderado (42,1%) y alto (39,6%), con resultados similares por ciudad, con excepción de los adultos de Pereira, comparado con más del 50% de los residentes en Popayán y Bucaramanga. Así mismo, para más de la mitad de las personas mayores, la alegría de vivir la percibieron como “alta”, con proporciones similares por ciudad, con excepción de Santa Marta, donde esta proporción baja al 34,1% y en Popayán sube al 70,5%. **Tabla 31**

Con el fin de conocer las actividades que las personas mayores realizan en su tiempo libre, las cuales pueden aportarle en su bienestar mental, se encontró que realmente el 68,9% (368.424) manifestaron no realizan ninguna de ellas, indicando que solo una tercera parte de las personas mayores (31,0%) realizan alguna actividad, con mayor participación en la ciudad de Bucaramanga (47,6%) y la menor en los residentes de Pereira (13,3%). Clasificando las actividades, se encontró que las lúdicas son más frecuentemente reportadas (17%), le siguen en su orden las artísticas y las culturales, sin muchas variaciones por ciudad. **Tabla 31**

Tabla 31. Distribución porcentual de las personas mayores según aspectos del bienestar mental, por ciudad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Bienestar mental	Ciudad										Total N=534580	
	Bucaramanga N=81487		Medellín N=282891		Pereira N=69918		Popayán N=38759		Santa Marta N=61525		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Bienestar psicológico (Escala de Florecimiento)												
Mucha fortaleza	42455	52,1	100056	35,4	19996	28,6	18303	47,2	24050	39,1	204860	38,3
Sin fortaleza	39032	47,9	182835	64,6	49922	71,4	20456	52,8	37475	60,9	329720	61,7
Felicidad (Escala de Alarcón)												
Alta	70968	87,1	219960	77,8	30151	43,1	29119	75,1	40217	65,4	390415	73,0
Moderada	10167	12,5	60240	21,3	39289	56,2	9519	24,6	21287	34,6	140502	26,3
Baja	352	0,4	2691	1,0	478	0,7	121	0,3	21	0,0	3663	0,7

Bienestar mental	Ciudad										Total N=534580	
	Bucaramanga N=81487		Medellín N=282891		Pereira N=69918		Popayán N=38759		Santa Marta N=61525			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Calidad de vida (Escala WHOQOL-OLD)												
Alta	50531	62,0	63899	22,6	14038	20,1	13481	34,8	14089	22,9	156038	29,2
Moderada	19579	24,0	165587	58,5	20139	28,8	17369	44,8	30469	49,5	253143	47,4
Baja	11377	14,0	53405	18,9	35741	51,1	7909	20,4	16967	27,6	125399	23,5
Espiritualidad (Escala de espiritualidad personal)												
Alta espiritualidad	54763	67,2	213304	75,4	25434	36,4	24642	63,6	32188	52,3	350331	65,5
Baja espiritualidad	26724	32,8	69587	24,6	44484	63,6	14117	36,4	29337	47,7	184249	34,5
Satisfacción con la vida												
Alta	76077	93,4	253337	89,6	38651	55,3	30934	79,8	54508	88,6	453507	84,8
Moderada	5058	6,2	26863	9,5	28942	41,4	7499	19,3	6700	10,9	75062	14,0
Baja	352	0,4	2691	1,0	2325	3,3	326	0,8	317	0,5	6011	1,1
Realización personal												
Alta	73918	90,7	228139	80,6	45205	64,7	28479	73,5	48069	78,1	423810	79,3
Moderada	7494	9,2	49239	17,4	21026	30,1	9668	24,9	12697	20,6	100124	18,7
Baja	75	0,1	5513	1,9	3687	5,3	612	1,6	759	1,2	10646	2,0
Sentido positivo												
Alto	41260	50,6	115541	40,8	16778	24,0	22719	58,6	15659	25,5	211957	39,6
Moderado	32793	40,2	116352	41,1	30879	44,2	12089	31,2	32814	53,3	224927	42,1
Bajo	7434	9,1	50998	18,0	22261	31,8	3951	10,2	13052	21,2	97696	18,3
Alegría de vivir												
Alta	55405	68,0	175079	61,9	36056	51,6	27312	70,5	20995	34,1	314847	58,9
Moderada	21173	26,0	85921	30,4	23102	33,0	9794	25,3	25614	41,6	165604	31,0
Baja	4909	6,0	21891	7,7	10760	15,4	1653	4,3	14916	24,2	54129	10,1
Actividad principal que realiza en el tiempo libre												
Lúdicas	9018	11,1	63586	22,5	4732	6,8	8118	20,9	5542	9,0	90996	17,0
Artísticas	17090	21,0	16677	5,9	1261	1,8	3769	9,7	5195	8,4	43992	8,2
Culturales	12641	15,5	9394	3,3	3317	4,7	4520	11,7	1296	2,1	31168	5,8
Ninguna	42738	52,4	193234	68,3	60608	86,7	22352	57,7	49492	80,4	368424	68,9

Las tres variables relacionadas con el bienestar mental (psicológico, felicidad y calidad de vida del adulto mayor), se presentan en tres capítulos, cada uno correspondiente a la condición mental de interés, iniciando con un soporte teórico, seguido de los resultados y terminando con las conclusiones y recomendaciones para su intervención, en diferentes niveles: individual, familiar y social.

1. Bienestar psicológico

Introducción

El bienestar psicológico se define como “el esfuerzo por perfeccionar las propias potencialidades, por lo que tendría que ver con que la vida adquiera sentido para uno mismo, con ciertos esfuerzos para superar y lograr metas valiosas; la tarea central de las personas en su vida es reconocer y aprovechar al máximo todos tus talentos”, por ello, cada persona tiene la responsabilidad de encontrar el sentido de su vida, independiente de las adversidades⁽¹⁰³⁾. El proceso de envejecimiento en el funcionamiento de las sociedades y el bienestar afecta a las personas mayores, por la influencia en los aspectos psicológicos, económicos, sociales y familiares, las varía según las peculiaridades demográficas, el desarrollo económico, la adecuación de los sistemas de salud y bienestar social para dar respuestas a los nuevos retos⁽¹⁰⁴⁾.

El bienestar psicológico es uno de los indicadores primordiales de la salud mental en las diferentes etapas del ciclo vital, fundamentalmente en la vejez. El término bienestar psicológico ha producido un gran debate en los últimos años, pues su definición está fundamentada en dos antiguas orientaciones filosóficas. La primera ha sido conocida como hedonismo, relacionada principalmente con la felicidad, es decir, conceptúa el término de bienestar como la maximización de experiencias positivas y la minimización de experiencias negativas; por el contrario, la segunda perspectiva conocida como tradición eudaimónica, apunta a vivir de manera plena, es decir, establece que el bienestar se encuentra en la ejecución de actividades congruentes con valores profundos, conjeturando con esto que las personas podrán desarrollar todo su potencial humano y se sentirán realizadas⁽¹⁰⁵⁾.

De acuerdo con Carol Ryff se refiere al bienestar psicológico como el esfuerzo por perfeccionar el propio potencial, de este modo tendría que ver con que la vida adquiriera un significado para uno mismo, con ciertos esfuerzos de superación y conseguir metas valiosas. La tarea central de las personas en su vida es reconocer y realizar al máximo todos sus talentos, subrayó además, que la responsabilidad del individuo de encontrar el significado de su existencia, incluso frente a realidades ásperas o adversas⁽¹⁰⁶⁾. Este autor formula un modelo multidimensional del desarrollo personal donde especifica seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida, y crecimiento personal⁽¹⁰⁶⁾.

El modelo de Ryff (1989) es tomado como el principal referente en los estudios del bienestar psicológico en diferentes disciplinas⁽¹⁰⁷⁾. En los últimos años el estudio de bienestar psicológico en adultos mayores, a través del concepto de satisfacción vital, ha cobrado relevancia por ser considerado un indicador sanitario, desde una mirada evolucionada que integra diferentes aspectos de la salud y la enfermedad⁽¹⁰⁸⁾.

La mayoría de los modelos de bienestar desde la perspectiva de la vida útil, se pueden clasificar desde las metas o necesidades universales; difieren entre individuos y pueden cambiar a medida que las personas envejecen⁽¹⁰⁹⁾. En consecuencia con lo anterior, en algunos estudios se ha reportado que mantener un sentido más fuerte de bienestar psicológico en la vejez, puede proteger contra el desarrollo de la fragilidad física⁽¹¹⁰⁾. Entre los diversos contextos se ha identificado tres pilares destacables:

- Vida placentera: se consigue mediante la presencia de emociones positivas.
- Vida comprometida: se logra mediante una actividad placentera.
- Vida significativa: se logra a través de la capacidad de descubrir un significado y un propósito en la vida.

Desde una perspectiva positiva, se clasifican en tres dimensiones:

- La hedónica: las tecnologías se utilizan para inducir experiencias positivas.
- La eudaimónica: las tecnologías se utilizan para ayudar a las personas a alcanzar experiencias personales y atractivas.

- La social/interpersonal: se utiliza para mejorar la integración social y ser parte de un grupo social que brinda bienestar relacional, por medio de este concepto se aporta una estimulación cognitiva más allá de la atención médica tradicional⁽⁵⁾.

Así, el desarrollo personal, el afrontamiento de los retos, la valoración sobre las circunstancias, el funcionamiento de la sociedad, la percepción de sí mismos, la calidad de los vínculos y la creencia en que la vida tiene sentido, constituyen los principales indicadores del funcionamiento positivo, por lo que el bienestar psicológico está relacionado con aspectos que hacen que las personas se sientan vitales y construyan sus proyecciones de futuro^(111,112).

Bajo este contexto se han diseñado varios instrumentos para evaluar el bienestar psicológico. Estos instrumentos han sido ampliamente usados en población joven. Para el propósito de esta investigación que se enfoca en el bienestar psicológico de la población mayor, se seleccionó el instrumento “Flourishing scale “ (FS) de Ed Diener. Este instrumento es autorizado para su uso por parte del autor, solicita la adecuada citación del mismo: *Although copyrighted, the SPANE and Flourishing Scale may be used as long as proper credit is given. Permission is not needed to employ the scales and requests to use the scales will not be answered on an individual basis because permission is granted here. This article should be used as the citation for the scales, and this note provides evidence that permission to use the scales is granted.*

Resultados

En relación al bienestar psicológico, se indagó por la opinión para alcanzar una vida plena y significativa. Más del 73 % manifestaron que estuvieron bastante de acuerdo y totalmente de acuerdo, este comportamiento fue similar para las cinco ciudades de estudio, aunque llama la atención que, para Pereira y Popayán, el 19 % aproximadamente, manifestaron que algo de acuerdo. Respecto a la gratificación con las relaciones sociales que brindan apoyo, más del 80 % estuvo de acuerdo, sin diferencias por ciudad. Igual resultado se encontró en el interés que manifiesta la persona mayor por sus actividades diarias.

Respecto a su contribución en la felicidad y el bienestar de otros, las respuestas de bastante y totalmente de acuerdo son mayores al 60 %,

exceptuando a los mayores residentes en Pereira que la mitad están de acuerdo con esta afirmación. Similar porcentaje de respuestas se encontró de acuerdo en la capacidad y competencia que tiene la persona mayor para realizar las tareas que son importantes para sí mismo y para considerar como una buena persona y tener una buena vida, cuyos porcentajes superan el 70%, sin mayores diferencias por ciudad, variando solo para los adultos de Pereira, donde el 44% está algo de acuerdo hasta el totalmente en desacuerdo con la afirmación dada.

En relación a si ve su futuro con optimismo, el 15% aproximadamente, no está de acuerdo con esta afirmación, siendo más frecuente en la ciudad de Santa Marta y Medellín. En relación al bienestar psicológico se encontró que el 38,3% manifestaron tener mucha fortaleza, presentándose con mayor intensidad en la ciudad de Bucaramanga con el 52,1%, seguido de Popayán con el 47,2% y la que tiene menor fortaleza es mejor es la ciudad de Pereira con el 28,6%.

Tabla 32. Distribución porcentual de las personas mayores según bienestar psicológico, por ciudad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021

Escala de bienestar psicológico	Ciudad										Total	
	Bucaramanga		Medellín		Pereira		Popayán		Santa Marta		N=534580	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Conseguir una vida plena y significativa												
Totalmente en desacuerdo	1334	1,6	7159	2,5	8491	12,1	611	1,6	4964	8,1	22559	4,2
Bastante en desacuerdo	452	0,6	10633	3,8	6574	9,4	0	0,0	1534	2,5	19193	3,6
Algo en desacuerdo	1217	1,5	2828	1,0	3996	5,7	390	1,0	1984	3,2	10415	1,9
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2771	3,4	23431	8,3	2599	3,7	1356	3,5	2975	4,8	33132	6,2
Algo de acuerdo	13306	16,3	27149	9,6	13260	19,0	4702	12,1	11884	19,3	70301	13,2
Bastante de acuerdo	23230	28,5	108913	38,5	24890	35,6	15867	40,9	17112	27,8	190012	35,5
Totalmente de acuerdo	39177	48,1	102778	36,3	10108	14,5	15833	40,8	21072	34,2	188968	35,3
Totalmente en de acuerdo	368	0,5	2834	1,0	5660	8,1	432	1,1	2927	4,8	12221	2,3
Relaciones sociales son gratificantes y le ofrecen el apoyo que necesita												
Bastante en desacuerdo	2712	3,3	5331	1,9	1926	2,8	91	0,2	2588	4,2	12648	2,4
Algo en desacuerdo	539	0,7	10759	3,8	3656	5,2	995	2,6	4110	6,7	20059	3,8
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4247	5,2	32258	11,4	4383	6,3	2673	6,9	3137	5,1	46698	8,7
Algo de acuerdo	9243	11,3	71157	25,2	16983	24,3	7340	18,9	9123	14,8	113846	21,3
Bastante de acuerdo	28837	35,4	110874	39,2	22285	31,9	15281	39,4	19296	31,4	196573	36,8
Totalmente de acuerdo	35541	43,6	49678	17,6	15025	21,5	11947	30,8	20344	33,1	132535	24,8

Escala de bienestar psicológico	Ciudad										Total	
	Bucaramanga		Medellín		Pereira		Popayán		Santa Marta		N=534580	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Se implica y se interesa en sus actividades diarias												
Totalmente en desacuerdo	392	0,5	4930	1,7	5089	7,3	293	0,8	4476	7,3	15180	2,8
Bastante en desacuerdo	1727	2,1	5691	2,0	1082	1,5	0	0,0	81	0,1	8581	1,6
Algo en desacuerdo	556	0,7	5621	2,0	3962	5,7	456	1,2	2655	4,3	13250	2,5
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2912	3,6	19869	7,0	4656	6,7	1880	4,9	3437	5,6	32754	6,1
Algo de acuerdo	8215	10,1	34573	12,2	16821	24,1	6941	17,9	12969	21,1	79519	14,9
Bastante de acuerdo	19806	24,3	101101	35,7	25929	37,1	14360	37,0	14285	23,2	175481	32,8
Totalmente de acuerdo	47879	58,8	111106	39,3	12379	17,7	14829	38,3	23622	38,4	209815	39,2
Contribuye activamente a la felicidad y el bienestar de otros												
Totalmente en desacuerdo	0	0,0	3117	1,1	4700	6,7	76	0,2	3176	5,2	11069	2,1
Bastante en desacuerdo	2293	2,8	4991	1,8	1376	2,0	160	0,4	2487	4,0	11307	2,1
Algo en desacuerdo	324	0,4	3797	1,3	2503	3,6	323	0,8	3516	5,7	10463	2,0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6489	8,0	57196	20,2	6290	9,0	2770	7,1	5241	8,5	77986	14,6
Algo de acuerdo	23622	29,0	38392	13,6	19040	27,2	7985	20,6	8907	14,5	97946	18,3
Bastante de acuerdo	19132	23,5	89683	31,7	21469	30,7	15118	39,0	15931	25,9	161333	30,2
Totalmente de acuerdo	29627	36,4	85715	30,3	14540	20,8	12327	31,8	22267	36,2	164476	30,8
Es competente y capaz en las tareas que son importantes para usted												
Totalmente en desacuerdo	113	0,1	5407	1,9	4995	7,1	358	0,9	6367	10,3	17240	3,2
Bastante en desacuerdo	1785	2,2	2891	1,0	2571	3,7	133	0,3	78	0,1	7458	1,4
Algo en desacuerdo	596	0,7	7975	2,8	2180	3,1	753	1,9	2627	4,3	14131	2,6
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5769	7,1	20450	7,2	4633	6,6	1214	3,1	3499	5,7	35565	6,7
Algo de acuerdo	10752	13,2	18037	6,4	18228	26,1	7514	19,4	8389	13,6	62920	11,8
Bastante de acuerdo	27926	34,3	100913	35,7	21001	30,0	13635	35,2	20684	33,6	184159	34,4
Totalmente de acuerdo	34546	42,4	127218	45,0	16310	23,3	15152	39,1	19881	32,3	213107	39,9
Es buena persona y tiene buena vida												
Totalmente en desacuerdo	341	0,4	2485	0,9	5553	7,9	341	0,9	4989	8,1	13709	2,6
Bastante en desacuerdo	1757	2,2	5040	1,8	1090	1,6	0	0,0	151	0,2	8038	1,5
Algo en desacuerdo	388	0,5	6998	2,5	2088	3,0	232	0,6	2573	4,2	12279	2,3
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3690	4,5	32460	11,5	3113	4,5	1637	4,2	3867	6,3	44767	8,4
Algo de acuerdo	9663	11,9	26893	9,5	16627	23,8	6457	16,7	9843	16,0	69483	13,0
Bastante de acuerdo	19930	24,5	94168	33,3	25836	37,0	13680	35,3	20048	32,6	173662	32,5
Totalmente de acuerdo	45718	56,1	114847	40,6	15611	22,3	16412	42,3	20054	32,6	212642	39,8
Ve su futuro con optimismo												
Totalmente en desacuerdo	184	0,2	3277	1,2	7512	10,7	313	0,8	5070	8,2	16356	3,1
Bastante en desacuerdo	1509	1,9	5390	1,9	4799	6,9	83	0,2	377	0,6	12158	2,3
Algo en desacuerdo	234	0,3	5620	2,0	1582	2,3	433	1,1	1998	3,2	9867	1,8
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4305	5,3	40442	14,3	6311	9,0	2287	5,9	2930	4,8	56275	10,5
Algo de acuerdo	11873	14,6	19025	6,7	14145	20,2	6103	15,7	11995	19,5	63141	11,8
Bastante de acuerdo	35085	43,1	96912	34,3	23527	33,6	14840	38,3	18399	29,9	188763	35,3
Totalmente de acuerdo	28297	34,7	112225	39,7	12042	17,2	14700	37,9	20756	33,7	188020	35,2

Escala de bienestar psicológico	Ciudad										Total	
	Bucaramanga		Medellín		Pereira		Popayán		Santa Marta		N=534580	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
La gente lo(a) respeta												
Totalmente en desacuerdo	185	0,2	2992	1,1	4930	7,1	417	1,1	6112	9,9	14636	2,7
Bastante en desacuerdo	113	0,1	4615	1,6	582	0,8	78	0,2	1862	3,0	7250	1,4
Algo en desacuerdo	1865	2,3	2932	1,0	1050	1,5	91	0,2	2365	3,8	8303	1,6
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3591	4,4	47622	16,8	2806	4,0	811	2,1	2413	3,9	57243	10,7
Algo de acuerdo	6614	8,1	35541	12,6	16346	23,4	3672	9,5	8612	14,0	70785	13,2
Bastante de acuerdo	19003	23,3	90787	32,1	22418	32,1	15888	41,0	18158	29,5	166254	31,1
Totalmente de acuerdo	50116	61,5	98402	34,8	21786	31,2	17802	45,9	22003	35,8	210109	39,3
Bienestar psicológico												
Mucha fortaleza	42455	52,1	100056	35,4	19996	28,6	18303	47,2	24050	39,1	204860	38,3
Sin fortaleza	39032	47,9	182835	64,6	49922	71,4	20456	52,8	37475	60,9	329720	61,7

Las características más relevantes de las personas mayores con mucha fortaleza en su bienestar psicológico, fueron: residentes en Bucaramanga, mujeres, jóvenes de 60 a 74 años, casados o en unión libre, con escolaridad de primaria, no son desplazados ni ciudadanos extranjeros, afiliados al SGSSS principalmente al régimen subsidiado y unos de cada cuatro, no tiene afiliación al sistema pensional.

Al momento de analizar el comportamiento de cada uno de las condiciones que pudiesen estar relacionados con el bienestar psicológico, se encontraron diferencias estadísticamente significativas con las variables demográficas: ciudad, estado civil y nivel educativo dado que en la prueba estadística chi cuadrado (X^2) de independencia, presentan un valor inferior a 0,05. Analizando cada una de las categorías de ellas, se encontró que las personas mayores residentes en Pereira y Medellín presentan menor probabilidad de tener un mejor bienestar psicológico, comparado con Bucaramanga.

Llama la atención que al tener mayor edad aumenta el bienestar psicológico en un 8% aproximadamente especialmente en el grupo de longevo (de 90 a 99 años). Con respecto a los factores demográficos de las personas mayores, se evidencia que las mujeres presentan un 2% de mayor fortaleza comparadas con los hombres, en los casados o unión libre se aumenta la probabilidad en un 13% y en los viudos en un 14%. La escolaridad se da en todos los niveles de formación, comparado con los

que no tienen ningún nivel y es mucho mayor esta posibilidad en los de secundaria (RP=1,54; IC95%:1,21-1,97). Otras condiciones que aumentan la probabilidad de contar con una mayor fortaleza, sin asociación estadística, es el hecho de no ser desplazado, ni ciudadano extranjero (inmigrante) (32% más comparado con los que sí están en esta situación), los afiliados al régimen contributivo.

Tabla 33. Factores demográficos de las personas mayores asociados al bienestar psicológico. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Condiciones demográficas	Bienestar psicológico		Total n(%)	X^2	Valor p	RPC (IC 95 %)
	Mucha fortaleza n(%)	Sin fortaleza n(%)				
Ciudad						
Bucaramanga	256 (26,9)	244 (15,6)	500 (19,9)	230,282	0,000*	1,00
Medellín	56 (5,90)	444 (28,5)	500 (19,9)			0,21 (0,16 - 0,28)
Pereira	166 (17,4)	339 (21,7)	505 (20,1)			0,64 (0,55 - 0,74)
Popayán	233 (24,5)	268 (17,2)	501 (19,9)			0,90 (0,79 - 1,03)
Santa Marta	238 (25,0)	262 (16,8)	500 (19,9)			0,92 (0,81 - 1,05)
Sexo						
Hombre	430 (45,3)	723 (46,4)	1153 (46,0)	0,300	0,583	1,00
Mujer	519 (54,6)	834 (53,5)	1353 (53,9)			1,02 (0,92 - 1,13)
Grupo de edad (años)						
Joven (60-74)	725 (76,3)	1188 (76,3)	1913 (76,3)	0,923	0,820	1,00
Viejo (75-89)	210 (22,1)	349 (22,4)	559 (22,3)			0,99 (0,87 - 1,11)
Longevo (90-99)	14 (1,47)	20 (1,28)	34 (1,35)			1,08 (0,72 - 1,63)
Estado civil						
Soltero	212 (22,3)	391 (25,1)	603 (24,0)	9,555	0,023*	1,00
Casado/unión libre	426 (44,8)	639 (41,0)	1065 (42,4)			1,13 (0,99 - 1,29)
Separad/divorciado	100 (10,5)	212 (13,6)	312 (12,4)			0,91 (0,75 - 1,10)
Viudo(a)	211 (22,2)	315 (20,2)	526 (20,9)			1,14 (0,98 - 1,32)
Escolaridad						
Ninguno	56 (5,90)	154 (9,89)	210 (8,37)	17,250	0,002*	1,00
Primaria	505 (53,2)	804 (51,6)	1309 (52,2)			1,44 (1,14 - 1,82)
Secundaria	285 (30,0)	405 (26,0)	690 (27,5)			1,54 (1,21 - 1,97)
Técnico o superior	74 (7,79)	128 (8,22)	202 (8,06)			1,37 (1,02 - 1,83)
Posgrado	29 (3,05)	66 (4,23)	95 (3,79)			1,14 (0,78 - 1,66)
Grupo poblacional desplazado						
Si	46 (4,84)	85 (5,45)	131 (5,22)	0,446	0,504	1,00
No	903 (95,1)	1472 (94,5)	2375 (94,7)			1,08 (0,85 - 1,37)

Condiciones demográficas	Bienestar psicológico		Total n(%)	X ²	Valor p	RPc (IC 95 %)
	Mucha fortaleza n(%)	Sin fortaleza n(%)				
Grupo poblacional Inmigrante						
Si	6 (0,63)	15 (0,96)	21 (0,83)	0,778	0,377	1,00
No	943 (99,3)	1542 (99,0)	2485 (99,1)			1,32 (0,67 - 2,61)
Afiliación al SGSSS						
Si	927 (97,6)	1514 (97,2)	2441 (97,4)	0,459	0,498	1,12 (0,79 - 1,58)
No	22 (2,31)	43 (2,76)	65 (2,59)			1,00
Tipo de régimen de afiliación SGSSS						
Contributivo	361 (38,0)	532 (34,1)	893 (35,6)	4,049	0,132	1,19 (0,84 - 1,69)
Subsidiado	566 (59,6)	982 (63,0)	1548 (61,7)			1,08 (0,76 - 1,52)
No asegurado	22 (2,31)	43 (2,76)	65 (2,59)			1,00
Afiliación al sistema pensional						
Si	244 (25,7)	398 (25,5)	642 (25,6)	0,007	0,933	1,00 (0,89 - 1,12)
No	705 (74,2)	1159 (74,4)	1864 (74,3)			1,00

Con respecto a las condiciones sociales de las personas mayores, este estudio encontró que, según el rol que desempeña dentro de la familia, el 67,1% de quienes son jefes del hogar reportaron una mayor fortaleza en su bienestar psicológico, el 85,8% manifestó vivir en hogares funcionales, también ocho de cada diez cuenta con buen apoyo social percibido, no se sienten discriminados, pero el 55,3% tienen cualquier tipo de maltrato.

De esta forma, quien asume un rol de jefe, conyugue o hermano del jefe del hogar, aumenta su bienestar en más del 50%, comparados con los que no son familiares. Asimismo, quienes viven en hogares funcionales tienen un 138% más probabilidad de tener mucha fortaleza (RP=2,38), quienes perciben buen apoyo social, no son discriminados ni maltratados tienen mayor probabilidad de tener mucha fortaleza para su bienestar psicológico.

Tabla 34. Condiciones sociales de las personas mayores asociados al bienestar psicológico. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Condiciones sociales	Bienestar psicológico		Total n(%)	X ²	Valor p	RPc (IC 95 %)
	Mucha fortaleza n(%)	Sin fortaleza n(%)				
Rol en el hogar						
Jefe en el hogar	637 (67,1)	993 (63,7)	1630 (65,0)	15,433	0,001*	1,54 (1,21 - 1,95)
Conyugue	180 (18,9)	276 (17,7)	456 (18,1)			1,55 (1,20 - 2,01)
Hermano	79 (8,32)	132 (8,47)	211 (8,41)			1,47 (1,10 - 1,97)
Otro	53 (5,58)	156 (10,0)	209 (8,33)			1,00
Funcionalidad familiar percibida (Escala APGAR)						
Funcional	815 (85,8)	1095 (70,3)	1910 (76,2)	85,027	0,000*	2,38 (1,60 - 3,56)
Disfunción leve	100 (10,5)	283 (18,1)	383 (15,2)			1,46 (0,94 - 2,25)
Disfunción moderada	14 (1,47)	87 (5,58)	101 (4,03)			0,77 (0,41 - 1,45)
Disfunción severa	20 (2,10)	92 (5,90)	112 (4,46)			1,00
Apoyo social percibido (Escala MOS)						
Bajo apoyo	119 (12,5)	312 (20,0)	431 (17,1)	23,284	0,000*	1,00
Buen apoyo	830 (87,4)	1245 (79,9)	2075 (82,8)			1,44 (1,23 - 1,70)
Discriminación (Escala discriminación en la vida cotidiana)						
No discriminado	696 (73,3)	962 (61,7)	1658 (66,1)	35,163	0,000*	1,40 (1,25 - 1,58)
Discriminación	253 (26,6)	595 (38,2)	848 (33,8)			1,00
Maltrato (Escala geriátrica de maltrato)						
Sin maltrato	424 (44,6)	620 (39,8)	1044 (41,6)	5,726	0,017*	1,13 (1,02 - 1,25)
Cualquier maltrato	525 (55,3)	937 (60,1)	1462 (58,3)			1,00

Las condiciones económicas se encontraron asociadas estadísticamente al bienestar psicológico de la persona mayor de la zona urbana de las cinco ciudades de estudio, mostrando que residir en una vivienda ubicada en estrato socioeconómico 5 y 6 tiene una probabilidad mayor (82%) de presentar esta conducta. Si dicha vivienda es propia o hipotecada, entonces se aumenta ésta probabilidad hasta un 27% comparada con los que viven en condición de arrendamiento y a medida que se vive un mayor tiempo en la ciudad se disminuye la probabilidad de tener una mayor fortaleza; así mismo, se identifica que el tener ingresos económicos en el mes inmediatamente anterior a la encuesta, aumenta en un 6% el bienestar psicológico, y el recibir dichos ingresos por pensión, jubilación o empleo informal se aumenta la fortaleza hasta un 29% comparado con los que no tienen ingresos.

Tabla 35. Condiciones económicas de las personas mayores asociados al bienestar psicológico. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Características	Bienestar psicológico		Total n(%)	X ²	Valor p	RPc (IC 95 %)
	Mucha fortaleza n(%)	Sin fortaleza n(%)				
Estrato económico vivienda						
Bajo (1-2)	490 (51,6)	1043 (66,9)	1533 (61,1)	59,170	0,000*	1,00
Medio (3-4)	452 (47,6)	509 (32,6)	961 (38,3)			1,47 (1,33 - 1,62)
Alto (5-6)	7 (0,73)	5 (0,32)	12 (0,47)			1,82 (1,12 - 2,96)
Tenencia de la vivienda						
Propia	518 (54,5)	795 (51,0)	1313 (52,3)	4,564	0,206	1,06 (0,94 - 1,20)
En arriendo	251 (26,4)	427 (27,4)	678 (27,0)			1,00
Hipotecario	8 (0,84)	9 (0,57)	17 (0,67)			1,27 (0,76 - 2,12)
Familiar	172 (18,1)	326 (20,9)	498 (19,8)			0,93 (0,79 - 1,09)
Tiempo de residencia en la ciudad						
< 1 año	50 (5,26)	65 (4,17)	115 (4,58)	5,569	0,061	1,00
2 a 5 años	167 (17,5)	328 (21,0)	495 (19,7)			0,77 (0,60 - 0,98)
6 años o más	732 (77,1)	1164 (74,7)	1896 (75,6)			0,88 (0,71 - 1,10)

Características	Bienestar psicológico		Total n(%)	X ²	Valor p	RPc (IC 95 %)
	Mucha fortaleza n(%)	Sin fortaleza n(%)				
Ingresos económicos en el mes anterior						
Si recibió	419 (44,1)	647 (41,5)	1066 (42,5)	1,627	0,202	1,06 (0,96 - 1,18)
No recibió	530 (55,8)	910 (58,4)	1440 (57,4)			1,00
Fuente de ingresos						
Sin ingresos	530 (55,8)	910 (58,4)	1440 (57,4)	25,614	0,000*	1,00
Jubilado pensionado	179 (18,8)	198 (12,7)	377 (15,0)			1,29 (1,13 - 1,46)
Ayuda familiar	22 (2,31)	52 (3,33)	74 (2,95)			0,80 (0,56 - 1,15)
Alquiler/renta/i	16 (1,68)	45 (2,89)	61 (2,43)			0,71 (0,46 - 1,09)
Ingresos/Subsidios	137 (14,4)	232 (14,9)	369 (14,7)			1,00 (0,86 - 1,17)
Empleo formal	16 (1,68)	47 (3,01)	63 (2,51)			0,69 (0,44 - 1,05)
Empleo informal	49 (5,16)	73 (4,68)	122 (4,86)			1,09 (0,86 - 1,36)

Se observa una mayor fortaleza en el bienestar psicológico en quienes perciben su estado de salud como bueno (40%), no sufrir ninguna enfermedad diagnosticada (49,6%), consumir de 1 a 3 medicamentos (54,4%), no haber tenido enfermedades ni dolores constantes en los últimos meses, ser activo e independiente para realizar las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales, respectivamente, rendimiento físico moderado, sin discapacidad, buen estado nutricional y buen sueño.

El bienestar psicológico está relacionado estadísticamente con varias condiciones del estado de salud: estado de salud percibido, enfermedades, medicamentos, dolor, actividad física, dependencia, rendimiento físico, estado nutricional y calidad del sueño. De esta forma, se encontró que el tener un buen y excelente estado de salud aumenta la probabilidad de tener mucha fortaleza hasta 3 veces, con respecto a quienes lo perciben como malo su estado de salud. El tener hasta dos enfermedades diagnosticadas (multimorbilidad) y consumir hasta tres medicamentos diarios aumenta dicha probabilidad, comparados con los que padecen o consumen más de tres.

El bienestar psicológico se aumenta hasta un 93% cuando se es independiente para realizar las actividades de la vida diaria, tanto las básicas como las instrumentales; cuando se tiene un alto rendimiento físico, buen estado nutricional (50% más comparado los de riesgo nutricional alto), buena calidad del sueño (61% más respecto a los que tienen una pobre calidad), los que no tienen dolor constante ni los que padecen enfermedades en los últimos meses, antes de la encuesta.

Tabla 36. Condiciones del estado de salud de las personas mayores asociados al bienestar psicológico. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Estado de salud	Bienestar psicológico		Total n(%)	X ²	Valor p	RPc (IC 95 %)
	Mucha fortaleza n(%)	Sin fortaleza n(%)				
Estado de salud percibido						
Excelente	126 (13,2)	145 (9,31)	271 (10,8)	61,386	0,000*	2,78 (1,51 - 5,13)
Muy buena	214 (22,5)	218 (14,0)	432 (17,2)			2,97 (1,62 - 5,43)
Buena	380 (40,0)	645 (41,4)	1025 (40,9)			2,22 (1,21 - 4,06)
Regular	220 (23,1)	504 (32,3)	724 (28,8)			1,82 (0,99 - 3,34)
Mala	9 (0,94)	45 (2,89)	54 (2,15)			1,00
Número enfermedades diagnosticadas						
Ninguna	471 (49,6)	831 (53,3)	1302 (51,9)	11,175	0,011*	1,03 (0,80 - 1,33)
Una	211 (22,2)	364 (23,3)	575 (22,9)			1,04 (0,80 - 1,36)
Dos	224 (23,6)	282 (18,1)	506 (20,1)			1,26 (0,97 - 1,64)
Tres o mas	43 (4,53)	80 (5,13)	123 (4,90)			1,00
Medicamentos diarios						
Ningún medicamento	304 (32,0)	584 (37,5)	888 (35,4)	7,975	0,019*	0,88 (0,75 - 1,04)
de 1 a 3 medicamentos	517 (54,4)	770 (49,4)	1287 (51,3)			1,03 (0,89 - 1,20)
Más de 3 medicamentos	128 (13,4)	203 (13,0)	331 (13,2)			1,00
Ha presentado Covid-19						
Sí	63 (6,63)	85 (5,45)	148 (5,90)	1,476	0,224	1,00
No	886 (93,3)	1472 (94,5)	2358 (94,0)			0,88 (0,72 - 1,07)
Enfermedad en los últimos 4 meses						
Sí	162 (17,0)	344 (22,0)	506 (20,1)	9,232	0,002*	1,00
No	787 (82,9)	1213 (77,9)	2000 (79,8)			1,22 (1,07 - 1,41)

Estado de salud	Bienestar psicológico		Total n(%)	X ²	Valor p	RPc (IC 95 %)
	Mucha fortaleza n(%)	Sin fortaleza n(%)				
Dolor constante en los últimos 6 meses						
Sí	145 (15,2)	340 (21,8)	485 (19,3)	16,245	0,000*	1,00
No	804 (84,7)	1217 (78,1)	2021 (80,6)			1,33 (1,14 - 1,54)
Actividad física reportada						
Inactivo	340 (35,8)	661 (42,4)	1001 (39,9)	10,792	0,001*	1,00
Activo	609 (64,1)	896 (57,5)	1505 (60,0)			1,19 (1,07 - 1,32)
Actividades básicas de la vida diaria (Escala Barthel)						
Algún grado de dependencia	262 (27,6)	514 (33,0)	776 (30,9)	11,757	0,019*	1,00
Independencia	687 (72,3)	1043 (66,9)	1730 (69,0)			1,17 (1,04 - 1,31)
Actividades instrumentales de la vida diaria (Escala Lawton y Brody)						
Dependiente	47 (4,95)	182 (11,6)	229 (9,13)	32,227	0,000*	1,00
Necesita ayuda	138 (14,5)	211 (13,5)	349 (13,9)			1,92 (1,44 - 2,56)
Independiente	764 (80,5)	1164 (74,7)	1928 (76,9)			1,93 (1,48 - 2,50)
Rendimiento físico (Escala SPPB)						
Muy bajo	70 (7,37)	243 (15,6)	313 (12,4)	38,118	0,000*	1,00
Bajo	389 (40,9)	566 (36,3)	955 (38,1)			1,82 (1,46 - 2,26)
Moderado	466 (49,1)	700 (44,9)	1166 (46,5)			1,78 (1,43 - 2,22)
Alto	24 (2,52)	48 (3,08)	72 (2,87)			1,49 (1,01 - 2,19)
Discapacidad						
Sin discapacidad	641 (67,5)	1056 (67,8)	1697 (67,7)	0,021	0,885	0,99 (0,89 - 1,10)
Con alguna discapacidad	308 (32,4)	501 (32,1)	809 (32,2)			1,00
Estado nutricional						
Buen estado Nutricional	428 (45,1)	573 (36,8)	1001 (39,9)	41,494	0,000*	1,50 (1,31 - 1,72)
Riesgo nutricional Moderado	308 (32,4)	447 (28,7)	755 (30,1)			1,43 (1,24 - 1,65)
Riesgo nutricional Alto	213 (22,4)	537 (34,4)	750 (29,9)			1,00
Calidad del sueño						
Buen sueño	827 (87,1)	1196 (76,8)	2023 (80,7)	40,438	0,000*	1,61 (1,37 - 1,90)
Pobre calidad del sueño	122 (12,8)	361 (23,1)	483 (19,2)			1,00

En las condiciones de salud mental, se encontró un porcentaje mayor de personas con mucha fortaleza sin riesgo de conducta suicida (62,1%), sin síntomas depresivos (64,2%), nueve de cada diez no son consumidores de sustancias psicoactivas y el 70,4% no son aficionados al juego, pero algunos si tienen algún problema con los juegos de azar.

El no tener ningún riesgo de conducta suicida aumenta en un 38% el bienestar psicológico, en relación a las personas mayores con algún riesgo; los que no tienen síntomas depresivos aumentan en un 78% la probabilidad de tener mucha fortaleza en su bienestar psicológico; así mismo, quienes no consumen ninguna sustancia legal o ilegal aumentan su bienestar en un 34%, pero en los aficionados al juego, tipo chance, baloto o lotería, se ve disminuida su fortaleza, comparados con los no aficionados. Finalmente, quienes no son aficionados al juego de azar, se aumenta el bienestar psicológico en un 27%.

Tabla 37. Condiciones de salud mental de las personas mayores asociadas al bienestar psicológico de las personas mayores. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Salud mental	Bienestar psicológico		Total n(%)	X2	Valor p	RP (IC 95 %)
	Mucha fortaleza n(%)	Sin fortaleza n(%)				
Conducta suicida (Escala de SADPERSONS)						
Con algún riesgo	359 (37,8)	789 (50,6)	1148 (45,8)	39,189	0,000*	1,00
Sin riesgo	590 (62,1)	768 (49,3)	1358 (54,1)			1,38 (1,25 - 1,54)
Síntomas depresivos (Escala CES-D)						
Sin depresión	610 (64,2)	648 (41,6)	1258 (50,1)	121,101	0,000*	1,78 (1,60 - 1,98)
Depresión Clínica	339 (35,7)	909 (58,3)	1248 (49,8)			1,00
Consumo de sustancias psicoactivas						
No consume	820 (86,4)	1251 (80,3)	2071 (82,6)	15,096	0,001*	1,34 (1,00 - 1,79)
1 sustancia	96 (10,1)	227 (14,5)	323 (12,8)			1,00 (0,72 - 1,40)
2 o más sustancias	33 (3,47)	79 (5,07)	112 (4,46)			1,00
Tabaco (cigarrillos)						
Si	69 (7,27)	181 (11,6)	250 (9,97)	12,447	0,000*	1,00
No	880 (92,7)	1376 (88,3)	2256 (90,0)			1,41 (1,14 - 1,73)

Salud mental	Bienestar psicológico		Total n(%)	X2	Valor p	RP (IC 95 %)
	Mucha fortaleza n(%)	Sin fortaleza n(%)				
Bebidas alcohólicas						
Si	88 (9,27)	192 (12,3)	280 (11,1)	5,557	0,018*	1,00
No	861 (90,7)	1365 (87,6)	2226 (88,8)			1,23 (1,02 - 1,47)
Afición al juego						
No aficionado al juego	669 (70,4)	1127 (72,3)	1796 (71,6)	1,035	0,309	0,94 (0,84 - 1,05)
Aficionado al juego	280 (29,5)	430 (27,6)	710 (28,3)			1,00
Chance						
Si	217 (22,8)	333 (21,3)	550 (21,9)	0,753	0,385	1,00
No	732 (77,1)	1224 (78,6)	1956 (78,0)			0,94 (0,84 - 1,06)
Baloto						
Si	61 (6,42)	100 (6,42)	161 (6,42)	0,000	0,995	1,00
No	888 (93,5)	1457 (93,5)	2345 (93,5)			0,99 (0,81 - 1,22)
Loterías						
Si	54 (5,69)	53 (3,40)	107 (4,26)	7,540	0,006*	1,00
No	895 (94,3)	1504 (96,5)	2399 (95,7)			0,73 (0,60 - 0,89)
Juego patológica						
Sin ningún problema con el juego	45 (34,8)	61 (42,3)	106 (38,8)	4,839	0,088	1,27 (0,69 - 2,33)
Algún problema con el juego	76 (58,9)	67 (46,5)	143 (52,3)			1,59 (0,88 - 2,86)
Probable jugador patológico	8 (6,20)	16 (11,1)	24 (8,79)			1,00

Conclusiones

El bienestar psicológico en la persona mayor, medido como tener mucha fortaleza es del 38,3% en las cinco ciudades de estudio, con mayor porcentaje en Bucaramanga con el 52,1%, mientras la menor proporción, se encontró en los residentes de Pereira (28,6%). Todas las afirmaciones constituyentes del bienestar psicológico puntuaron con altos porcentajes “de acuerdo”; los indecisos que puntuaron “ni de acuerdo ni en desacuerdo” fue del 10% aproximadamente.

La mayoría de personas mayores reporta un gran bienestar psicológico, y esta característica está asociada a condiciones demográficas (su lugar de residencia, estado civil y tener alguna formación educativa), sociales (tener un rol protagónico en el hogar, con funcionamiento familiar normal, que cuente con apoyo social sin discriminación y sin maltrato), económicas (estrato económicos de la vivienda de 5 y 6, vivienda propia, contar con ingresos económicos proveniente de jubilación), del estado de salud físico (percibir la salud como buena o excelente, no tener dolor, ser físicamente activo, ser independiente en las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, y contra con un buen rendimiento físico así como con un buen estado nutricional y un adecuada sueño), y de la salud mental (no tener riesgo de conducta suicida y no tener depresión). La buena percepción de estado de salud, funcionamiento familiar, tener algún grado de escolaridad, jefe del hogar, buen apoyo social, no discriminación ni maltrato, ingresos por jubilación o empleo informal, no enfermedades, sin síntomas depresivos, no dolor constante, independencia en su capacidad funcional, alto rendimiento físico, buen estado nutricional, buen sueño, no conducta suicida, no consumidor de PSA y no ser aficionado al juego, vivir en Bucaramanga no en Medellín son las condiciones que más aumentan la probabilidad de tener mucha fortaleza en su bienestar psicológico.

La presencia de las anteriores condiciones permite construir estrategias para el fortalecimiento del bienestar psicológico, ya que en la medida que se conozcan estas condiciones, se pueden potenciar a través de políticas sociales que promuevan la salud mental positiva. Esta investigación hace un aporte al conocimiento en la exploración de las siguientes condiciones que pueden ser fortalecidas para mantener el bienestar psicológico, como se planteó desde el inicio **figura 13**.



Figura 13. Enfoque de determinantes sociales con los factores asociados al bienestar psicológico de la persona mayor. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Fuente: Proyecto SABAM. Elaboración propia.

Estrategias de promoción del bienestar psicológico en la persona mayor

Las siguientes estrategias de promoción se plantean desde la salud pública, para que contribuyan al diseño de políticas y programas que garanticen el disfrute del derecho a una vida digna de las personas mayores.

- **Estrategias positivas de realización personal:** mantener una actitud positiva y optimista con la vida presente y futura, sintiéndose partícipe de la sociedad.
- **Estrategias de funcionamiento familiar:** están encaminadas al fortalecimiento de las relaciones cordiales y de respeto con los demás, para que ellas sean gratificantes y brinden el apoyo social requerido en la etapa de la vejez, a través de la educación para la salud familiar, donde se afiancen los lazos de afecto, bondad e inclusión por las personas que caminan por diferentes etapas de la vida, como trayectorias paralelas, donde se prevengan las relaciones conflictivas y se evite la violencia social y familiar.

- **Estrategias de relacionamiento social:** la vejez generalmente es una experiencia nueva y puede llegar a ser un estresor emergente frente al cual las personas mayores no han desarrollado estrategias de afrontamiento, algo diferente a otro tipo de discriminación que se haya desarrollado a lo largo de la vida, es por esto que el bienestar psicológico favorece mecanismos de afrontamiento frente a la discriminación. En tiempos de pandemia la interacción tecnológica y los diseños tecnológicos aumentaron la brecha digital y discriminación negativa hacia las personas mayores relacionada también con el bajo nivel de escolaridad, pero así mismo una visión negativa de la vejez afectando el bienestar psicológico.

2. Felicidad

Introducción

La felicidad es un factor esencial para un envejecimiento saludable. Existe un interés creciente en el papel que juega el afecto positivo en la mejora de la salud de la población. En estudios realizados, se informa que el efecto positivo se asocia con mejores resultados de salud, como una menor mortalidad, disminución de la morbilidad y una mayor independencia funcional, tanto en la población comunitaria como en la clínica⁽¹¹³⁾. El componente emocional se refiere al placer (equilibrio entre comodidad y dolor o efecto desagradable), mientras que el componente cognitivo se atribuye a la salud mental; el término felicidad a veces es intercambiable con satisfacción con la vida. Sin embargo, el término felicidad se usa típicamente para la valoración afectiva de vida, y es sinónimo del nivel hedónico de efecto o bienestar subjetivo en tres componentes: bienestar afectivo, eudaimónico bienestar y bienestar evaluativo⁽¹¹⁴⁾.

Con una población que envejece, la felicidad entre las personas mayores generalmente se considera un indicador importante de un envejecimiento exitoso, esta condición está influenciada por la salud, las condiciones de vida, las relaciones sociales y otros factores⁽¹¹⁵⁾. En el informe de felicidad del año 2021, no se encontraron diferencias de género significativas, ya que en nuestra muestra global las mujeres mantuvieron su ventaja en la satisfacción con la vida y una mayor frecuencia de emociones tanto positivas como negativas. El bienestar de los mayores de 60 años aumen-

tó significativamente en relación con el grupo de mediana edad. No se encontraron cambios significativos en la desigualdad de bienestar dentro de las poblaciones encuestadas⁽¹¹⁶⁾.

La importancia del concepto de la felicidad es evidente siendo que la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas decretó en la resolución 66/281 de 2012 que el 20 de marzo se celebre el Día Internacional de la Felicidad para reconocer la relevancia de la felicidad y el bienestar como aspiraciones universales de los seres humanos y la importancia de su inclusión en las políticas de gobierno⁽¹¹⁷⁾. Esta resolución reconoce la necesidad de que se aplique al crecimiento económico un enfoque más inclusivo, equitativo y equilibrado, que promueva el desarrollo sostenible, la erradicación de la pobreza y fortalezca el bienestar de todos los pueblos y su felicidad⁽¹¹⁷⁾. Según el reporte sobre el informe mundial de la felicidad 2021, “World Happiness Report” tras evaluar 149 naciones, Colombia ocupa el lugar 52⁽¹¹⁸⁾, lo que evidencia que descendió ocho puestos comparados con el año anterior.

Se debe admitir que pareciera existir poca equivalencia entre los vocablos “bienestar” y “felicidad”⁽¹⁰¹⁾. A diferencia del uso común de estos términos, la literatura académica que explora la felicidad usa ocasionalmente el término bienestar; sin embargo, hay que recordar que el vocablo felicidad es semánticamente más complejo y rico en contenido que el vocablo bienestar.

Sobre la definición acerca del constructo de felicidad, este se apoya en las concepciones filosóficas del mundo griego y en los hallazgos de la investigación psicológica actual. Felicidad es un estado afectivo de satisfacción plena que experimenta subjetivamente un individuo en posesión de un bien deseado⁽¹¹⁹⁾. Es a partir de esta definición que Alarcón propone que la felicidad posee las siguientes características: (a) La felicidad es una emoción de satisfacción que experimenta un individuo en su vida interior; el elemento subjetivo permite particularizar la felicidad entre los seres humanos. (b) La felicidad es un estado de la conducta, lo cual hace referencia a su naturaleza temporal, por lo que puede ser perdurable o perecible. (c) La felicidad implica la tenencia de un bien, es decir, el objeto deseado provoca que el individuo sea feliz. (d) El bien o bienes que producen la felicidad son de rasgos diversos (materiales, éticos, estéticos, psicológicos, religiosos, sociales, etc.) a los cuales un individuo les asigna

un determinado valor. (e) En un determinado tiempo y en una sociedad cultural particular, los deseos grupales podrían coincidir en la aspiración de cierto bien o bienes específicos. Esta definición recoge las características sustantivas de la felicidad⁽¹¹⁹⁾.

La escala de medición de la felicidad de Lima propuesta por Alarcón fue aplicada en un estudio de bienestar subjetivo en personas mayores venezolanos en el 2011. El estudio indicó que, en general las personas mayores venezolanos expresan poseer un alto bienestar subjetivo o alto grado de felicidad. De las cuatro dimensiones que conforman el constructo felicidad o bienestar subjetivo, tres de ellas: satisfacción por la vida, sentido positivo de la vida y alegría de vivir se agruparon en la categoría alto a más del 62% de los participantes; mientras que la dimensión realización personal, obtuvo respuestas en la categoría “alto” del 51% de los participantes. Esto sugiere un alto nivel de felicidad en personas mayores venezolanos y reflejan el regocijo y complacencia por los logros alcanzados en su vida, lo que pudiera constituirse en un predictor de salud⁽¹²⁰⁾.

Para el estudio de esta variable se usó la **Escala de la Felicidad de Lima (EFL)** cuyo autor es Reynaldo Alarcón. Esta escala tiene el propósito de medir la felicidad en las subescalas: ausencia de sufrimiento profundo, satisfacción con la vida, realización personal y alegría de vivir. La escala está compuesta por 27 ítems de tipo Likert, con cinco alternativas: totalmente de acuerdo; de acuerdo; ni acuerdo ni desacuerdo; desacuerdo; y totalmente en desacuerdo. Instrumento que determina la relación de la amplia variedad de variables o factores que influyen en el comportamiento de felicidad. Al extremo positivo se le otorga 5 puntos, y al extremo negativo 1 punto. Anteriores validaciones han mostrado que es una escala confiable, con una consistencia interna aceptable, con un alfa de Cronbach de 0.84⁽¹²⁰⁾.

Resultados

El puntaje de felicidad fue alto para el 73% (390.415) de las personas mayores de las cinco ciudades con proporciones similares entre ellas (superiores al 65%), excepto en la ciudad de Pereira donde se encuentra que solo el 43% de los mayores alcanzó esta clasificación. Con relación a las características de la felicidad, este estudio encontró que el 68,9% de las personas mayores no reporta ninguna actividad como principal, con

una frecuencia mayor en Santa Marta (80,4%) y con proporciones que oscilan entre el 52% y el 87% para las demás ciudades. Entre quienes reportan alguna actividad principal, la más frecuente fue la de tipo lúdico con mayor frecuencia en la ciudad de Medellín, y las artísticas y culturales son practicadas con mayor frecuencia entre los mayores de Bucaramanga (21% y 15% respectivamente).

Con respecto a la satisfacción con la vida, esta percepción fue alta, llama la atención que la proporción más baja está en la ciudad de Pereira, mientras que la mayor frecuencia de satisfacción alta está en los bumangueses. La realización personal cercana alta para ocho de cada diez, conservando esta proporción en Bucaramanga y Medellín, y muy cerca para los de Santa Marta, mientras que para los mayores de Pereira la alta realización personal solo la alcanzó el 64,7%.

Con relación a la percepción del sentido positivo de la vida, este fue alto para el 39,6% de los mayores. Solo en Bucaramanga y en Popayán se encontró que al menos uno de cada dos mayores reportara un alto sentido positivo de la vida. En las ciudades de Pereira y Santa Marta, este solo fue reportado por uno de cada cuatro adultos mayores. La alegría de vivir fue calificada como alta por el 58,9%, con respecto a esto, hubo similitud de frecuencias entre Bucaramanga, Medellín y Popayán; en Pereira, esta fue del 51,6%; sin embargo, llama la atención que, en Santa Marta, la alegría de vivir alta, solo fue reportada por el 34% de las personas mayores de la ciudad.

Tabla 38. Distribución porcentual de las personas mayores según escala de felicidad de Lima, por ciudad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Escala de Felicidad de Lima	Ciudad										Total	
	Bucaramanga		Medellín		Pereira		Popayán		Santa Marta		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
	N=81487		N=282891		N=69918		N=38759		N=61525		N=534580	
	Actividad principal											
Lúdicas	9018	11,1	63586	22,5	4732	6,8	8118	20,9	5542	9,0	90996	17,0
Artísticas	17090	21,0	16677	5,9	1261	1,8	3769	9,7	5195	8,4	43992	8,2
Culturales	12641	15,5	9394	3,3	3317	4,7	4520	11,7	1296	2,1	31168	5,8
Ninguna	42738	52,4	193234	68,3	60608	86,7	22352	57,7	49492	80,4	368424	68,9

Escala de Felicidad de Lima	Ciudad										Total	
	Bucaramanga		Medellín		Pereira		Popayán		Santa Marta			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Felicidad												
Baja - Moderada	10519	12,9	62931	22,2	39767	56,9	9640	24,9	21308	34,6	144165	27,0
Alta	70968	87,1	219960	77,8	30151	43,1	29119	75,1	40217	65,4	390415	73,0
Satisfacción con la vida												
Alta	76077	93,4	253337	89,6	38651	55,3	30934	79,8	54508	88,6	453507	84,8
Baja - Moderada	5410	6,6	29554	10,4	31267	44,7	7825	20,2	7017	11,4	81073	15,2
Realización personal												
Alta	73918	90,7	228139	80,6	45205	64,7	28479	73,5	48069	78,1	423810	79,3
Baja - Moderada	7569	9,3	54752	19,4	24713	35,3	10280	26,5	13456	21,9	110770	20,7
Sentido positivo de la vida												
Alta	41260	50,6	115541	40,8	16778	24,0	22719	58,6	15659	25,5	211957	39,6
Baja - Moderada	40227	49,4	167350	59,2	53140	76,0	16040	41,4	45866	74,5	322623	60,4
Alegría de vivir												
Alta	55405	68,0	175079	61,9	36056	51,6	27312	70,5	20995	34,1	314847	58,9
Baja - Moderada	26082	32,0	107812	38,1	33862	48,4	11447	29,5	40530	65,9	219733	41,1

Con respecto a las condiciones demográficas de las personas mayores, la siguiente tabla muestra que la mayor proporción con alta felicidad se encuentra en la ciudad de Bucaramanga (24,2%), seguidos por los de Popayán (22,1%), Santa Marta (20%) y Medellín (18,9%). El porcentaje menor se encontró en Pereira, con solo el 14,5%. Las mujeres (54,6%), jóvenes (75,9%), casadas o en unión libre (43%), de nivel educativo primario (51,8%), no desplazados (95%), no inmigrantes (99,2%), afiliados al sistema general de seguridad social en salud (97,3%), de régimen subsidiado (59,3%) y no afiliados al sistema pensional (73,3%) tienen una mayor proporción de alta felicidad.

De estas variables, la ciudad de residencia, el nivel de escolaridad, el régimen de afiliación a la seguridad social, están estadísticamente relacionados con la felicidad de los mayores. De las cinco ciudades, Bucaramanga es la ciudad más feliz y, comparado con esta, Pereira tiene 41% menos

probabilidad de tener puntaje alto. Medellín por su parte, comparado con Bucaramanga, tiene 22% menos probabilidad de lograr un mejor puntaje, Santa Marta 18% menos y entre las personas mayores payaneses, la probabilidad se reduce en 9%. Con relación al nivel educativo, se encontró que aquellos mayores sin ninguna formación reducen la probabilidad de tener alta felicidad en un 13%, comparado con quienes tienen primaria. Las demás categorías en los niveles de formación (secundaria y superior) incrementan esta probabilidad en menos del 10% aunque estas, no son estadísticamente significativas ($p > 0,05$). Otro factor que se relaciona con la felicidad es estar afiliado al régimen contributivo, aquellos con régimen subsidiado reducen la probabilidad de tener alta felicidad en un 10%.

Otras condiciones demográficas presentaron mayores probabilidades sin asociación estadística, ellas son: ser mujer aumenta un 2% comparadas con los hombres, los longevos aumentan un 9% comparados con los jóvenes. Así mismo, no ser desplazado ni ciudadano extranjero ni tener afiliación al SGSSS aumentan dicha probabilidad de tener una alta felicidad.

Tabla 39. Condiciones demográficas de las personas mayores asociadas a la felicidad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Características demográficas	Felicidad		Total n(%)	χ^2	Valor p	RPC (IC 95%)
	Alta n(%)	Moderada Baja n(%)				
Ciudad						
Bucaramanga	408 (24,2)	92 (11,2)	500 (19,9)	140,376	0,000*	1,00
Medellín	320 (18,9)	180 (21,9)	500 (19,9)			0,78 (0,72 - 0,84)
Pereira	246 (14,5)	259 (31,5)	505 (20,1)			0,59 (0,54 - 0,65)
Popayán	374 (22,1)	127 (15,4)	501 (19,9)			0,91 (0,85 - 0,97)
Santa Marta	337 (20)	163 (19,8)	500 (19,9)			0,82 (0,76 - 0,88)
Sexo						
Hombre	764 (45,3)	389 (47,3)	1153 (46,0)	0,925	0,336	1,00
Mujer	921 (54,6)	432 (52,6)	1353 (53,9)			1,02 (0,97 - 1,08)
Grupo de edad (años)						
Joven (60-74)	1279 (75,9)	634 (77,2)	1913 (76,3)	1,278	0,734	1,00
Viejo (75-89)	381 (22,6)	178 (21,6)	559 (22,3)			1,01 (0,95 - 1,08)
Longevo (90 o Más)	25 (1,48)	9 (1,09)	34 (1,35)			1,09 (0,89 - 1,34)
Estado civil						
Soltero	401 (23,7)	202 (24,6)	603 (24,0)	0,613	0,893	1,00
Casado/unión libre	725 (43,0)	340 (41,4)	1065 (42,4)			1,02 (0,95 - 1,09)
Separad/divorciado	209 (12,4)	103 (12,5)	312 (12,4)			1,00 (0,91 - 1,10)
Viudo(a)	350 (20,7)	176 (21,4)	526 (20,9)			1,00 (0,92 - 1,08)

Características demográficas	Felicidad		Total n(%)	X ²	Valor p	RPc (IC 95 %)
	Alta n(%)	Moderada Baja n(%)				
Escolaridad						
Primaria	873 (51,8)	436 (53,1)	1309 (52,2)	11,674	0,020*	1,00
Secundaria	479 (28,4)	211 (25,7)	690 (27,5)			1,04 (0,97 - 1,10)
Técnico/ universitario	147 (8,72)	55 (6,69)	202 (8,06)			1,09 (0,99 - 1,19)
Posgrado	63 (3,73)	32 (3,89)	95 (3,79)			0,99 (0,85 - 1,15)
Ninguno	123 (7,29)	87 (10,5)	210 (8,37)			0,87 (0,77 - 0,99)
Grupo poblacional desplazado						
Si	84 (4,98)	47 (5,72)	131 (5,22)	0,609	0,434	1,00
No	1601 (95,0)	774 (94,2)	2375 (94,7)			1,05 (0,92 - 1,19)
Ciudadano extranjero						
Si	13 (0,77)	8 (0,97)	21 (0,83)	0,274	0,600	1,00
No	1672 (99,2)	813 (99,0)	2485 (99,1)			1,08 (0,77 - 1,52)
Afiliación al SGSSS						
Si	1640 (97,3)	801 (97,5)	2441 (97,4)	0,120	0,728	1,00
No	45 (2,67)	20 (2,43)	65 (2,59)			1,03 (0,87 - 1,21)
Tipo de régimen de afiliación SGSSS						
Contributivo	640 (37,9)	253 (30,8)	893 (35,6)	12,967	0,002*	1,00
Subsidiado	1000 (59,3)	548 (66,7)	1548 (61,7)			0,90 (0,85 - 0,95)
No asegurado	45 (2,67)	20 (2,43)	65 (2,59)			0,96 (0,81 - 1,14)
Afiliación al sistema pensional						
Si	449 (26,6)	193 (23,5)	642 (25,6)	2,854	0,091	1,00
No	1236 (73,3)	628 (76,4)	1864 (74,3)			0,94 (0,89 - 1,00)

Con respecto a las condiciones sociales de las personas mayores, este estudio encontró que, según el rol que desempeña dentro de la familia, el 66,5% de quienes son jefes del hogar reportaron una felicidad alta, mientras que, en los cónyuges, esta proporción cae al 18,3%. Considerando el funcionamiento familiar, el 84,4% de quienes reportaron un funcionamiento adecuado (normal) tienen alta felicidad. Por su parte, el 88,2% de los mayores que reciben apoyo social reportaron un nivel alto de felicidad, así como el 71% de los no discriminados y el 40,7% de quienes no han sido maltratados.

Quien asume un rol diferente al de jefe, conyugue o hermano, reduce en 25% la probabilidad de tener un puntaje alto de felicidad. Con respecto

al funcionamiento familiar, aquellos con buen funcionamiento familiar percibido, aumentan en un 125% la probabilidad de tener altos puntajes (RP=2,25; IC95%:1,73-2,93). Frente al apoyo social recibido, aquellos quienes perciben un buen apoyo, incrementan en 55% la probabilidad de tener alta felicidad, comparado con quienes tienen un bajo apoyo social. Con relación a las personas mayores que no se sienten discriminados, la probabilidad de tener alta felicidad es 25% mayor, que quienes si perciben esta condición. La siguiente tabla muestra en detalle las condiciones sociales de los mayores que se asocian a la felicidad.

Tabla 40. Condiciones sociales de las personas mayores asociadas a la felicidad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Condiciones Sociales	Felicidad		Total n(%)	X ²	Valor p	RPc (IC 95 %)
	Alta n(%)	Moderada Baja n(%)				
Rol en el hogar						
Jefe del hogar	1122 (66,5)	508 (61,8)	1630 (65,0)	25,291	0,000*	1,00
Conyugue	309 (18,3)	147 (17,9)	456 (18,1)			0,98 (0,91 - 1,05)
Hermano	146 (8,66)	65 (7,91)	211 (8,41)			1,00 (0,91 - 1,10)
Otro	108 (6,40)	101 (12,3)	209 (8,33)			0,75 (0,65 - 0,85)
Funcionalidad familiar percibida (Escala APGAR)						
Funcional	1423 (84,4)	487 (59,3)	1910 (76,2)	206,655	0,000*	2,25 (1,73 - 2,93)
Disfunción leve	189 (11,2)	194 (23,6)	383 (15,2)			1,49 (1,12 - 1,98)
Disfunción moderada	36 (2,13)	65 (7,91)	101 (4,03)			1,07 (0,74 - 1,56)
Disfunción severa	37 (2,19)	75 (9,13)	112 (4,46)			1,00
Apoyo social percibido (Escala MOS)						
Bajo apoyo	198 (11,7)	233 (28,3)	431 (17,1)	107,195	0,000*	1,00
Buen apoyo	1487 (88,2)	588 (71,6)	2075 (82,8)			1,55 (1,40 - 1,73)
Discriminación (Escala discriminación en la vida cotidiana)						
No discriminado	1198 (71,0)	460 (56,0)	1658 (66,1)	55,988	0,000*	1,25 (1,17 - 1,34)
Discriminación	487 (28,9)	361 (43,9)	848 (33,8)			1,00
Maltrato (Escala geriátrica de maltrato)						
Sin maltrato	687 (40,7)	357 (43,4)	1044 (41,6)	1,671	0,196	0,96 (0,91 - 1,01)
Ha sufrido cualquier tipo de maltrato	998 (59,2)	464 (56,5)	1462 (58,3)			1,00

En las condiciones económicas que rodean a la persona mayores, se encontró que aquellos con alta felicidad, el 56,7% eran de un nivel bajo, y el 42,7%, de un nivel económico medio. Del total de mayores con alta felicidad, el 54,8% tenían vivienda propia; el 76,7% llevaban 6 o más años de residir en la misma vivienda, el 45,2% contaba con ingresos económicos, y del 16,9% este ingreso provenía de su pensión o jubilación.

Las condiciones económicas asociadas a la felicidad de los mayores estuvieron relacionadas con la residencia ubicada en estrato económico medio y alto (aunque el estrato económico no se asoció con la felicidad ($p=0,234$)), la tenencia de la vivienda, los ingresos económicos y la fuente de ingresos. De esta forma se encontró que quienes tienen vivienda en arriendo, redujeron la probabilidad de alta felicidad en 15%, comparado con los mayores quienes reportaron tener vivienda propia. De igual manera, aquellos quienes contaron con ingresos económicos en el mes anterior a la encuesta, aumentaron en un 11% la probabilidad de ser más felices que los que no lo tuvieron. Frente a la fuente de ingresos, quienes reciben alquiler, rentas o ingresos por empleo informal tienen una probabilidad mayor de percibir una alta felicidad.

Tabla 41. Condiciones económicas de las personas mayores asociadas a la felicidad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Características económicas	Felicidad		Total n(%)	X ²	Valor p	RPC (IC 95 %)
	Alta n(%)	Moderada Baja n(%)				
Estrato económico vivienda						
Bajo (1-2)	956 (56,7)	577 (70,2)	1533 (61,1)	1,417	0,234a	1,00
Medio (3-4)	720 (42,7)	241 (29,3)	961 (38,3)			1,20 (1,13 - 1,26)
Alto (5-6)	9 (0,53)	3 (0,36)	12 (0,47)			1,20 (0,86 - 1,67)
Tenencia de la vivienda						
Propia	925 (54,8)	388 (47,2)	1313 (52,3)	21,102	0,000*	1,00
En arriendo	409 (24,2)	269 (32,7)	678 (27,0)			0,85 (0,79 - 0,91)
Hipotecario	12 (0,71)	5 (0,60)	17 (0,67)			1,00 (0,73 - 1,36)
Familiar	339 (20,1)	159 (19,3)	498 (19,8)			0,96 (0,90 - 1,03)

Características económicas	Felicidad		Total n(%)	X ²	Valor p	RPC (IC 95 %)
	Alta n(%)	Moderada Baja n(%)				
Tiempo de residencia en la ciudad						
< 1 año	68 (4,03)	47 (5,72)	115 (4,58)	5,197	0,074	1,00
2 a 5 años	323 (19,1)	172 (20,9)	495 (19,7)			1,10 (0,93 - 1,30)
6 años o más	1294 (76,7)	602 (73,3)	1896 (75,6)			1,15 (0,98 - 1,34)
Ingresos económicos						
Si recibió	763 (45,2)	303 (36,9)	1066 (42,5)	15,843	0,000*	1,11 (1,05 - 1,18)
No recibió	922 (54,7)	518 (63,0)	1440 (57,4)			1,00
Fuente de ingresos						
Sin ingresos	922 (54,7)	518 (63,0)	1440 (57,4)	26,112	0,000*	1,00
Jubilado pensionado	285 (16,9)	92 (11,2)	377 (15,0)			1,18 (1,10 - 1,26)
Ayuda familiar	47 (2,78)	27 (3,28)	74 (2,95)			0,99 (0,83 - 1,18)
Alquiler/renta	47 (2,78)	14 (1,70)	61 (2,43)			1,20 (1,04 - 1,38)
Ingreso/Subsidios	252 (14,9)	117 (14,2)	369 (14,7)			1,06 (0,98 - 1,15)
Empleo formal	40 (2,37)	23 (2,80)	63 (2,51)			0,99 (0,81 - 1,20)
Empleo informal	92 (5,45)	30 (3,65)	122 (4,86)			1,17 (1,05 - 1,31)

Con relación a las condiciones de salud, del total de personas mayores felices, el 43,6% tenía una percepción buena de su estado de salud; el 53,6% no tenía ninguna enfermedad, el 33,7% no consumía ningún medicamento, el 93,7% no había sido infectado por Covid-19, el 80,8% no había enfermado en los últimos cuatro meses previos al estudio, el 82,7% no había sufrido de dolor constante y en quienes lo habían sentido, en el 34,7 el dolor había mejorado. De los mayores con alta felicidad, el 82,7% reportó no haber sentido dolor, solo el 3,2% cumplieron con las recomendaciones de actividad física pero el 64,9% se consideró como físicamente activo. EL 72,9% de los mayores con alta felicidad es independiente en sus actividades básicas, el 81,3% en sus actividades instrumentales y el 52,3% tienen un rendimiento físico entre moderado y alto. El 67,3% no tiene discapacidad, el 3,2% de los mayores con alta felicidad no tiene riesgo de discapacidad, el 41,4% está en adecuado estado nutricional y el 85,4% goza de buena calidad de sueño.

La percepción del estado de salud, la cantidad de enfermedades y de consumo de medicamentos, la presencia de dolor constante, la realización de actividad física (tanto la recomendada como la autoreportada), la capacidad funcional (de la vida diaria e instrumentales), el rendimiento físico y la calidad del sueño, fueron las condiciones que se asociaron estadísticamente con la felicidad. Así, comparado con una mala percepción de salud, el reporte de buena, muy buena o excelente condición, incrementa la probabilidad de alta felicidad en más de dos veces. Incluso, reportar una condición regular comparado con mala salud, también incrementa la probabilidad de alta felicidad (52%). No tener ninguna enfermedad, también incrementa la probabilidad en un 6%, mientras que no consumir ningún medicamento la reduce en 9%. Con respecto a la ausencia de dolor constante durante los últimos seis meses, se encontró que incrementa en 14% la probabilidad de alta felicidad.

Entre aquellos físicamente activos se encontró que aumentan la posibilidad en un 23%, comparada con los inactivos. Con respecto a la capacidad funcional, se encontró que aquellos independientes en las actividades instrumentales, tienen 35% mayor probabilidad de alta felicidad comparado con los dependientes. El rendimiento físico de los mayores mostró asociación con alta felicidad en todas sus categorías. Aquellos quienes tienen alto rendimiento, incrementan la probabilidad de alta felicidad en 58%; los mayores con rendimiento moderado, lo incrementan en 44%, y en aquellos con rendimiento físico bajo, la probabilidad de alta felicidad es mayor en 37%, comparado con quienes su rendimiento físico es muy bajo. De igual manera, se encontró que por cada persona mayor con mala calidad de sueño que tiene un alto puntaje en la felicidad, hubo 1,39 mayores con buena calidad del sueño y alta felicidad.

Tabla 42. Condiciones del estado de salud de las personas mayores asociadas a la felicidad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Estado de salud	Felicidad		Total n(%)	X ²	Valor p	RPC (IC 95 %)
	Alta n(%)	Moderada Baja n(%)				
Estado de salud percibido						
Mala	19 (1,12)	35 (4,26)	54 (2,15)	127,765	0,000*	1,00
Regular	388 (23,0)	336 (40,9)	724 (28,8)			1,52 (1,05 - 2,20)
Buena	735 (43,6)	290 (35,3)	1025 (40,9)			2,03 (1,41 - 2,93)
Muy buena	336 (19,9)	96 (11,6)	432 (17,2)			2,21 (1,53 - 3,18)
Excelente	207 (12,2)	64 (7,79)	271 (10,8)			2,17 (1,50 - 3,13)

Estado de salud	Felicidad		Total n(%)	X ²	Valor p	RPC (IC 95 %)
	Alta n(%)	Moderada Baja n(%)				
Número enfermedades diagnosticadas						
Tres o mas	82 (4,86)	41 (4,99)	123 (4,90)	28,970	0,000*	1,00
Dos	364 (21,6)	142 (17,2)	506 (20,1)			1,07 (0,94 - 1,23)
Una	335 (19,8)	240 (29,2)	575 (22,9)			0,87 (0,75 - 1,00)
Ninguna	904 (53,6)	398 (48,4)	1302 (51,9)			1,04 (0,91 - 1,18)
Medicamentos diarios						
Más de 3 medicamentos	232 (13,7)	99 (12,0)	331 (13,2)	6,478	0,039*	1,00
de 1 a 3 medicamentos	884 (52,4)	403 (49,0)	1287 (51,3)			0,97 (0,90 - 1,06)
Ningún medicamento	569 (33,7)	319 (38,8)	888 (35,4)			0,91 (0,83 - 0,99)
Ha presentado Covid-19						
Si	105 (6,23)	43 (5,23)	148 (5,90)	0,981	0,321	1,00
No	1580 (93,7)	778 (94,7)	2358 (94,0)			0,94 (0,84 - 1,05)
Enfermedad en los últimos 4 meses						
Si	323 (19,1)	183 (22,2)	506 (20,1)	3,336	0,067	1,00
No	1362 (80,8)	638 (77,7)	2000 (79,8)			1,06 (0,99 - 1,14)
Dolor constante en los últimos 6 meses						
Si	291 (17,2)	194 (23,6)	485 (19,3)	14,305	0,000*	1,00
No	1394 (82,7)	627 (76,3)	2021 (80,6)			1,14 (1,06 - 1,24)
Actividad física reportada						
Inactivo	590 (35,0)	411 (50,0)	1001 (39,9)	52,095	0,000*	1,00
Activo	1095 (64,9)	410 (49,9)	1505 (60,0)			1,23 (1,16 - 1,31)
Actividades básicas de la vida diaria (Escala Barthel)						
Independencia	1229 (72,9)	501 (61,0)	1730 (69,0)	45,181	0,000*	1,20 (1,13 - 1,29)
Algún grado de dependencia	456 (27,0)	320 (38,9)	776 (30,9)			1,00
Actividades instrumentales de la vida diaria (Escala Lawton y Brody)						
Dependiente	120 (7,12)	109 (13,2)	229 (9,13)	56,115	0,000*	1,00
Necesita ayuda	195 (11,5)	154 (18,7)	349 (13,9)			1,06 (0,91 - 1,24)
Independiente	1370 (81,3)	558 (67,9)	1928 (76,9)			1,35 (1,19 - 1,53)
Rendimiento físico (Escala SPPB)						
Muy bajo	154 (9,13)	159 (19,3)	313 (12,4)	57,221	0,000*	1,00
Bajo	648 (38,4)	307 (37,3)	955 (38,1)			1,37 (1,22 - 1,55)
Moderado	827 (49,0)	339 (41,2)	1166 (46,5)			1,44 (1,28 - 1,62)
Alto	56 (3,32)	16 (1,94)	72 (2,87)			1,58 (1,33 - 1,86)
Discapacidad						
No	1135 (67,3)	562 (68,4)	1697 (67,7)	0,302	0,582	1,00
Si	550 (32,6)	259 (31,5)	809 (32,2)			1,01 (0,95 - 1,07)

Estado de salud	Felicidad		Total n(%)	X ²	Valor p	RPc (IC 95 %)
	Alta n(%)	Moderada Baja n(%)				
Estada nutricional						
Riesgo nutricional Alto	443 (26,2)	307 (37,3)	750 (29,9)	0,125	0,939	1,00
Riesgo nutricional Moderado	543 (32,2)	212 (25,8)	755 (30,1)			1,21 (1,13 - 1,31)
Buen estado Nutricional	699 (41,4)	302 (36,7)	1001 (39,9)			1,18 (1,09 - 1,27)
Calidad del sueño						
Pobre calidad del sueño	246 (14,5)	237 (28,8)	483 (19,2)	72,227	0,000*	1,00
Buen sueño	1439 (85,4)	584 (71,1)	2023 (80,7)			1,39 (1,27 - 1,53)

Dentro de las condiciones que han sido considerados como parte de la salud mental se encontró que, los mayores con felicidad alta se caracterizan por no tener riesgo suicida (60,6%), no tener síntomas depresivos (60,3%), no consumen sustancias psicoactivas (83%), no consumen tabaco ni bebidas alcohólicas (90%), no son aficionados al juego (69,9%), no juegan chance, baloto, ni lotería (77% -95%), y el 37,3% de los felices no tienen ningún problema con el juego (patológico). Aquellos mayores sin riesgo en la conducta suicida, incrementaron en 30% la probabilidad de alta felicidad, y en aquellos sin síntomas depresivos, esta probabilidad fue del 51%, y en los que no consumen sustancias psicoactivas, se aumenta en un 3%. Con respecto a la afición al juego, entre los no aficionados, la probabilidad de tener alta felicidad se redujo en 9%.

Tabla 43. Condiciones de salud mental de las personas mayores asociadas a la felicidad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Salud mental	Felicidad		Total n(%)	X ²	Valor p	RPc (IC 95 %)
	Alta n(%)	Moderada Baja n(%)				
Conducta suicida (Escala de SADPERSONS)						
Con algún riesgo	663 (39,3)	485 (59,0)	1148 (45,8)	86,539	0,000*	1,00
Sin riesgo	1022 (60,6)	336 (40,9)	1358 (54,1)			1,30 (1,22 - 1,38)
Síntomas depresivos (Escala CES-D)						
Depresión Clínica	668 (39,6)	580 (70,6)	1248 (49,8)	212,226	0,000*	1,00
Sin depresión	1017 (60,3)	241 (29,3)	1258 (50,1)			1,51 (1,42 - 1,60)

Salud mental	Felicidad		Total n(%)	X ²	Valor p	RPc (IC 95 %)
	Alta n(%)	Moderada Baja n(%)				
Consumo de sustancias psicoactivas						
2 o más sustancias	73 (4,33)	39 (4,75)	112 (4,46)	0,716	0,699	1,00
1 sustancia	212 (12,5)	111 (13,5)	323 (12,8)			1,00 (0,86 - 1,17)
No consume	1400 (83,0)	671 (81,7)	2071 (82,6)			1,03 (0,90 - 1,19)
Tabaco (cigarrillos)						
Si	167 (9,91)	83 (10,1)	250 (9,97)	0,024	0,876	1,00
No	1518 (90,0)	738 (89,8)	2256 (90,0)			1,00 (0,91 - 1,10)
Bebidas alcohólicas						
Si	179 (10,6)	101 (12,3)	280 (11,1)	1,568	0,210	1,00
No	1506 (89,3)	720 (87,6)	2226 (88,8)			1,05 (0,96 - 1,16)
Afición al juego						
Aficionado al juego	507 (30,0)	203 (24,7)	710 (28,3)	7,820	0,005*	1,00
No aficionado al juego	1178 (69,9)	618 (75,2)	1796 (71,6)			0,91 (0,86 - 0,97)
Chance						
Si	387 (22,9)	163 (19,8)	550 (21,9)	3,124	0,077	1,00
No	1298 (77,0)	658 (80,1)	1956 (78,0)			0,94 (0,88 - 1,00)
Baloto						
Si	106 (6,29)	55 (6,69)	161 (6,42)	0,153	0,695	1,00
No	1579 (93,7)	766 (93,3)	2345 (93,5)			1,02 (0,91 - 1,14)
Loterías						
Si	81 (4,80)	26 (3,16)	107 (4,26)	3,634	0,056	1,00
No	1604 (95,1)	795 (96,8)	2399 (95,7)			0,88 (0,79 - 0,98)
Riesgo de juego patológico en quienes apuestan dinero (Escala SOGS)						
Sin ningún problema con el juego	72 (37,3)	34 (42,5)	106 (38,8)	1,983	0,370	1,08 (0,77 - 1,52)
Algún problema con el juego	106 (54,9)	37 (46,2)	143 (52,3)			1,18 (0,85 - 1,64)
Probable jugador patológico	15 (7,77)	9 (11,2)	24 (8,79)			1,00

Conclusiones

La mayoría de personas mayores encuestadas en las cinco ciudades de interés reportan una alta felicidad, y esta característica está asociada a condiciones demográficas (su lugar de residencia, tener alguna formación educativa, y contar con afiliación contributiva al sistema de seguridad social), sociales (tener un rol protagónico en el hogar, con funcionamiento familiar normal, que cuente con apoyo social sin discriminación), económicos (vivienda propia, contar con ingresos económicos proveniente de jubilación, de rentas propias o de trabajo), del estado de salud (percibir la salud como buena o excelente, no tener enfermedades, no tener dolor, ser físicamente activo, ser independiente en las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, y contra con un buen rendimiento físico así como con una buena calidad del sueño), y de la salud mental (no tener riesgo de conducta suicida y no tener depresión). Los aspectos positivos en la vida de las personas mayores contribuyen con una mayor percepción de alta felicidad, a pesar de no contar con condiciones ideales de envejecimiento en términos sociales, económicos, y del estado de salud incluyendo la salud mental, propios de nuestro país. **Figura 14**



Figura 14. Enfoque de determinantes sociales con los factores asociados a la alta percepción de felicidad en la persona mayor, de cinco ciudades. Colombia: Proyecto SABAM, 2021

Fuente: Proyecto SABAM. Elaboración propia.

Estrategias de promoción de la felicidad en la persona mayor

La felicidad es un constructo complejo en el que interactúan diversas características que, a su vez, determinan diversos desenlaces no solo en salud sino en el bienestar general de los mayores. La felicidad es un objetivo social deseable y en tanto tiene un alto potencial para modificarse. Es un indicador fundamental que debe ser incluido, de manera holística, en la promoción de la salud, el bienestar y en las agendas de trabajo de los diversos actores que trabajan en la construcción de un mejor escenario para el envejecimiento poblacional activo y exitoso.

Por ello se plantean estrategias de promoción de la felicidad en la persona mayor, a saber:

- **Estrategias personales:** fomentar el deseo de vivir y darle sentido a la vida a partir de construir proyectos futuros, realizar actividades de lúdicas, recreativas y del buen uso del tiempo libre, en compañía de personas con pensamiento positivo y mantener siempre la alegría de vivir solos o acompañados de los seres queridos, ya que ellos le proporcionan salud y bienestar mental.
- **Conductas promotoras de salud:** mantener estilos de vida saludable a través de la realización de actividades físicas reguladas por la OMS; estado nutricional bueno o satisfactorio, a través del consumo de alimentos bajos en azúcares, sodio y grasas; conservar la higiene del sueño para tener descansos tranquilos y reparadores y ser adherentes a los tratamientos que los profesionales de la salud recomienden, en caso de algún padecimiento de enfermedades o alteraciones en su estado de salud.
- **Estrategias familiares:** propiciar un ambiente familiar sano, tranquilo y agradable, donde se conserven buenas y cordiales relaciones entre los miembros del hogar, evitando los comportamientos que generen discriminación y maltrato a la persona mayor, en razón de su edad o de su estado de salud físico y mental; garantizar una economía familiar estable y tranquila, donde los mayores se sientan aportantes y no una carga, y rodear a los mayores de apoyo, afecto, cordialidad y comprensión.

Finalmente, la felicidad se asocia con lo demográfico, social y familiar, pero se fomenta y conserva desde el interior de cada persona y lo proyecta hacia los demás; entre más felicidad se tenga en el interior del ser humano, más felicidad recibe del exterior, propiciando así un mayor bienestar mental.

3. Calidad de vida

Introducción

La Organización Mundial de la Salud establece que la calidad de vida está determinada por las vivencias de cada individuo, en torno a su sistema de valores, el contexto social, cultural, histórico y económico, lo que, a su vez, determina intereses, valores, expectativas y objetivos particulares, durante todo el transcurso de la vida. Lo anterior complejiza el establecimiento de definiciones únicas sobre la calidad de vida, puesto que su definición es diferente para cada persona⁽¹²¹⁾.

El concepto de calidad de vida en la tercera edad involucra muchas variables como la satisfacción, la felicidad, la autoestima, además de la capacidad adquisitiva, el disfrutar de buena salud física-psíquica, una relación social y familiar satisfactoria, entre otras. Muchos autores están de acuerdo que la salud es la que mayor peso tiene en la percepción de calidad de vida por parte de las personas mayores y que los déficits de salud constituyen el primer problema para ellos⁽¹²²⁾, al tener una estrecha relación, no solo con el funcionamiento físico y mental, sino también con el estado de bienestar. Dicha integración se sintetiza en cuatro apartados: estado físico y capacidad funcional; estado psicológico y bienestar; interacciones sociales y estado económico⁽¹²³⁾.

Con el fin de evaluar la calidad de vida, la OMS define cuatro dimensiones fundamentales por medio de la escala WHOQOLD-OLD que son salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente, la integración de estos componentes ayuda a clasificar todos los elementos que contribuyen a que la población de adultos mayores tenga claridad sobre los aspectos que estadísticamente han sido evaluados, analizados con el fin de validar la satisfacción en las condiciones de vida de cada persona mayor⁽¹⁰²⁾.

La calidad de vida es vista por muchos desde la percepción positiva de la vida, es decir las buenas relaciones en la familia, el optimismo en el entorno laboral, las actividades de participación ciudadana, la igualdad y buen trato con las personas de edad, aquellos elementos enmarcados en elementos que producen sensaciones de alegría y satisfacción, sin embargo es posible hablar de poca o mala percepción de calidad de vida cuando se tiene un referente de discriminación, exclusión social, irrespeto en la vía o zona peatonal, limitaciones económicas y demás consideraciones que reduzcan las capacidades de envejecer de manera digna^(124,125). Esta es una razón que evidencia la necesidad de pensar en la importancia de garantizar las condiciones mínimas de vida, que impactan directamente con la esperanza de vida de la población, en la medida que las personas tengan capacidades y expectativas positivas en el establecimiento de relaciones sociales, su estado de salud tiende a la mejora⁽¹²⁶⁾.

Aunque la calidad de vida es un concepto que abarca múltiples aspectos de la vida, busca un ideal de bienestar para las personas sustentado en estados saludables de salud física y mental, satisfacciones personales, estabilidad familiar, autonomía e independencia financiera y social, entre otros que tienen aparición durante el transcurso de la vida⁽¹²⁷⁾. Por tal razón, el envejecimiento de la población demanda que las redes de apoyo familiar y social garanticen continuo acompañamiento en las actividades de vida diaria de las personas mayores, a su vez, es necesario brindar seguridad en la vivienda y fuera de ella, porque a través de los espacios públicos es posible construir hábitos que sean saludables para estos⁽¹²⁸⁾.

Resultados

La siguiente tabla muestra como la calidad de vida, medida con el instrumento de la OMS, es moderada para el 47,4% (253.143) de personas mayores y el restante se distribuye entre el 23,5% percibida como baja y el 29,2% (156.038) es buena; por ciudad, son los adultos de Bucaramanga quienes mejor calidad de vida presentan, con el 62% (50.531), mientras los residentes en Pereira son los de más mala percepción (20,1%), Medellín (22,6%) y Santa Marta (22,9%). Una vez se dicotomiza esta variable, uniendo las categorías de baja y moderada, queda que el 70,8% (378.542) tendría moderada o baja calidad de vida, frente al 29,2% que la percibe como buena. **Tabla 44**

Al analizar las consideraciones que componen la escala, se encuentra que la alternativa de respuesta “mucho” es la que presenta frecuencias relativas (%) más altas, principalmente en los aspectos de satisfacción con el uso del tiempo (45,6%) siendo la menor proporción percibida por los adultos mayores de Pereira (25,8%); respecto a las actividades que realiza, el 42,6% está satisfecho, en mayor proporción los de Bucaramanga (57,4%) y es poca (17,6%) o nada (34,1%) la satisfacción que siente respecto a la participación en las actividades comunitarias, con mayor insatisfacción en la ciudad de Medellín.

La percepción individual por su calidad de vida también se ve afectada por la pérdida o deficiencia de los sentidos y la muerte. Mirando la pérdida de aspectos sensoriales que podrían afectar su vida diaria, tales como: ver, escuchar, oler, tocar y saborear; más de la mitad de las personas mayores consideran que afectaría su estado de salud, con respuestas como mucho + demasiado, siendo los residentes en Bucaramanga quienes menor percepción tienen y consideran poca afectación, y los residentes en Santa Marta consideran que no les afecta en nada su calidad de vida. Así mismo, tener alguna deficiencia en sus sentidos podría afectar su relacionamiento con los demás, el 45,2% considera que lo podría afectar mucho y demasiado, pero es disímil las respuestas en cada ciudad, mientras los adultos de Medellín perciben mucha afectación, los de Santa Marta no lo creen así. **Tabla 44**

Llama la atención que, al indagarles sobre la angustia de no tener control sobre su muerte, siete de cada diez personas mayores no presentan angustia por esto, siendo más baja la proporción en Popayán (43,3%) y la más alta en Bucaramanga (76,6%). Así mismo sucede con el temor a sentir dolor cuando fallezca, conservando proporciones similares a la angustia por lo controlar la pérdida de la vida; posible explicación a esta baja percepción puede ser por la satisfacción por los logros que ha obtenido a lo largo de la vida, ya que el 69,9% opina que esa satisfacción es mucha y demasiada, con una menor percepción de los mayores de Popayán, o también puede ser explicado, por el reconocimiento construido a lo largo de la vida, el 63,2% percibe haberlo recibido mucho y demasiado, pero son las personas mayores de Bucaramanga quienes consideran más alta esta retribución por lo logrado a lo largo de su vida. **Tabla 44**

Tabla 44. Distribución porcentual de las personas mayores según calidad de vida, por ciudad. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Escala calidad de vida	Ciudad										Total	
	Bucaramanga		Medellín		Pereira		Popayán		Santa Marta			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
	N=81487		N=282891		N=69918		N=38759		N=61525		N=534580	
La pérdida de algún sentido (escuchar, ver, saborear, oler, tocar) podría afectar su vida diaria												
Nada	13435	16,5	45625	16,1	13100	18,7	1292	3,3	18936	30,8	92388	17,3
Un poco	27475	33,7	26538	9,4	15224	21,8	4465	11,5	15683	25,5	89385	16,7
Regular	19072	23,4	22718	8,0	9347	13,4	3692	9,5	4802	7,8	59631	11,2
Mucho	15605	19,2	129428	45,8	21975	31,4	18149	46,8	16631	27,0	201788	37,7
Demasiado	5900	7,2	58582	20,7	10272	14,7	11161	28,8	5473	8,9	91388	17,1
Pérdida de alguno de los sentidos												
Nada	10926	13,4	45141	16,0	12547	17,9	1225	3,2	16084	26,1	85923	16,1
Un poco	30046	36,9	23760	8,4	15872	22,7	3536	9,1	20001	32,5	93215	17,4
Regular	17354	21,3	16013	5,7	9717	13,9	3681	9,5	4302	7,0	51067	9,6
Mucho	16966	20,8	134205	47,4	21828	31,2	18254	47,1	15918	25,9	207171	38,8
Demasiado	6195	7,6	63772	22,5	9954	14,2	12063	31,1	5220	8,5	97204	18,2
Angustia no tener control sobre su muerte												
Nada	51181	62,8	164066	58,0	17092	24,4	11541	29,8	20517	33,3	264397	49,5
Un poco	11256	13,8	45873	16,2	21229	30,4	5250	13,5	22605	36,7	106213	19,9
Regular	4498	5,5	13430	4,7	14411	20,6	7987	20,6	9663	15,7	49989	9,4
Mucho	8468	10,4	40708	14,4	13632	19,5	9724	25,1	5772	9,4	78304	14,6
Demasiado	6084	7,5	18814	6,7	3554	5,1	4257	11,0	2968	4,8	35677	6,7
Teme a la posibilidad de sentir dolor cuando muera												
Nada	52587	64,5	131121	46,4	10328	14,8	9356	24,1	21298	34,6	224690	42,0
Un poco	7464	9,2	59219	20,9	26145	37,4	7311	18,9	24965	40,6	125104	23,4
Regular	4758	5,8	17647	6,2	10638	15,2	6665	17,2	8937	14,5	48645	9,1
Mucho	8709	10,7	49081	17,3	17280	24,7	9919	25,6	5165	8,4	90154	16,9
Demasiado	7969	9,8	25823	9,1	5527	7,9	5508	14,2	1160	1,9	45987	8,6
Alguna deficiencia con respecto a sus sentidos (escuchar, ver, saborear, oler, tocar) afecta su relación con los demás												
Nada	9719	11,9	52635	18,6	12601	18,0	1218	3,1	16022	26,0	92195	17,2
Un poco	32432	39,8	50882	18,0	16046	22,9	3642	9,4	16432	26,7	119434	22,3
Regular	16787	20,6	23433	8,3	20853	29,8	7184	18,5	13281	21,6	81538	15,3
Mucho	16842	20,7	111225	39,3	11544	16,5	18159	46,9	15247	24,8	173017	32,4
Demasiado	5707	7,0	44716	15,8	8874	12,7	8556	22,1	543	0,9	68396	12,8
Medida siente que ha recibido el reconocimiento que merece en su vida												
Nada	4545	5,6	26942	9,5	6189	8,9	469	1,2	7826	12,7	45971	8,6
Un poco	8246	10,1	31848	11,3	15779	22,6	3578	9,2	11794	19,2	71245	13,3
Regular	7868	9,7	23042	8,1	22042	31,5	7802	20,1	19006	30,9	79760	14,9
Mucho	37939	46,6	126178	44,6	20936	29,9	17561	45,3	20816	33,8	223430	41,8
Demasiado	22889	28,1	74881	26,5	4972	7,1	9349	24,1	2083	3,4	114174	21,4

Escala calidad de vida	Ciudad										Total	
	Bucaramanga		Medellín		Pereira		Popayán		Santa Marta			
	N=81487		N=282891		N=69918		N=38759		N=61525		N=534580	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Medida se encuentra satisfecho con los logros que ha obtenido a lo largo de su vida												
Nada	4165	5,1	21213	7,5	6309	9,0	167	0,4	3562	5,8	35416	6,6
Un poco	6648	8,2	20197	7,1	16299	23,3	3640	9,4	7211	11,7	53995	10,1
Regular	7242	8,9	16796	5,9	19968	28,6	7822	20,2	19966	32,5	71794	13,4
Mucho	30864	37,9	140812	49,8	17965	25,7	15117	39,0	28229	45,9	232987	43,6
Demasiado	32568	40,0	83873	29,6	9377	13,4	12013	31,0	2557	4,2	140388	26,3
Medida se ha satisfecho con la manera en que utiliza su tiempo												
Nada	5947	7,3	23551	8,3	6416	9,2	415	1,1	5257	8,5	41586	7,8
Un poco	7076	8,7	27298	9,6	22706	32,5	2952	7,6	6346	10,3	66378	12,4
Regular	9949	12,2	33036	11,7	17478	25,0	7921	20,4	21148	34,4	89532	16,7
Mucho	38988	47,8	144150	51,0	18018	25,8	15943	41,1	26542	43,1	243641	45,6
Demasiado	19527	24,0	54856	19,4	5300	7,6	11528	29,7	2232	3,6	93443	17,5
Satisfecho se encuentra con respecto a su nivel de actividad												
Nada	3718	4,6	25582	9,0	11417	16,3	327	0,8	4417	7,2	45461	8,5
Un poco	7018	8,6	35555	12,6	14296	20,4	3764	9,7	5437	8,8	66070	12,4
Regular	11500	14,1	30951	10,9	19104	27,3	7573	19,5	25290	41,1	94418	17,7
Mucho	46768	57,4	130464	46,1	11469	16,4	15729	40,6	23558	38,3	227988	42,6
Demasiado	12483	15,3	60339	21,3	13632	19,5	11366	29,3	2823	4,6	100643	18,8
Satisfecho se siente con respecto a su participación en actividades comunitarias												
Nada	10635	13,1	136204	48,1	17097	24,5	4417	11,4	13864	22,5	182217	34,1
Un poco	15794	19,4	50415	17,8	14077	20,1	4412	11,4	9595	15,6	94293	17,6
Regular	17210	21,1	30980	11,0	16413	23,5	4878	12,6	20887	33,9	90368	16,9
Mucho	23793	29,2	45348	16,0	14113	20,2	14411	37,2	16390	26,6	114055	21,3
Demasiado	14055	17,2	19944	7,1	8218	11,8	10641	27,5	789	1,3	53647	10,0
Calidad de vida dicotómica												
Buena CV	50531	62,0	63899	22,6	14038	20,1	13481	34,8	14089	22,9	156038	29,2
Mala-Moderada CV	30956	38,0	218992	77,4	55880	79,9	25278	65,2	47436	77,1	378542	70,8
Calidad de vida politómica												
Baja CV	11377	14,0	53405	18,9	35741	51,1	7909	20,4	16967	27,6	125399	23,5
Moderada CV	19579	24,0	165587	58,5	20139	28,8	17369	44,8	30469	49,5	253143	47,4
Alta CV	50531	62,0	63899	22,6	14038	20,1	13481	34,8	14089	22,9	156038	29,2

Al analizar las condiciones demográficas relacionados con la buena calidad de vida, comparada con la moderada o mala, se observa globalmente que las personas residentes en la zona urbana de Bucaramanga la perciben buena (15,3%) y los de Medellín, tienen menor opinión sobre ella (4,17%) lo que hace que residir en esta última ciudad disminuya la

probabilidad de contar con una buena percepción, comparado con los de Bucaramanga, evidenciando que existe una asociación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y el lugar de residencia. Otras condiciones demográficas que se encontraron asociadas con la calidad de vida de las personas mayores de las cinco ciudades, fueron: la escolaridad a nivel de secundaria y se disminuye cuando se accede a la educación superior (RP=0,81). **Tabla 45**

Sin evidencia estadística de la asociación, pero sí mostrando la asociación entre ellas, se encontró que los hombres comparados con las mujeres y los longevos (de 90 a 99 años) comparados con los de 60 a 74 años, quienes tienen mejor percepción de su calidad de vida. Así mismo, el estar casados o en unión libre aumenta la probabilidad de tener una buena calidad de vida, comparados con los solteros, los desplazados y los afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud en el régimen contributivo.

Tabla 45. Condiciones demográficas de las personas mayores asociadas a la calidad de vida. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Condiciones Demográficas	Calidad de vida		Total n(%)	X ²	Valor p	RPc (IC 95 %)
	Buena n(%)	Mala n(%)				
Ciudad						
Bucaramanga	210 (30,7)	290 (15,9)	500 (19,9)	137,497	0,000*	1,00
Medellín	57 (8,34)	443 (24,3)	500 (19,9)			0,27 (0,20 - 0,35)
Pereira	123 (18,0)	382 (20,9)	505 (20,1)			0,57 (0,48 - 0,69)
Popayán	174 (25,4)	327 (17,9)	501 (19,9)			0,82 (0,70 - 0,96)
Santa Marta	119 (17,4)	381 (20,8)	500 (19,9)			0,56 (0,46 - 0,68)
Sexo						
Hombre	322 (47,1)	831 (45,5)	1153 (46,0)	0,487	0,485	1,00
Mujer	361 (52,8)	992 (54,4)	1353 (53,9)			0,95 (0,84 - 1,08)
Grupo de edad (años)						
Joven (60-74)	516 (75,5)	1397 (76,6)	1913 (76,3)	2,928	0,403	1,00
Viejo (75-89)	154 (22,5)	405 (22,2)	559 (22,3)			1,02 (0,87 - 1,19)
Longevo (90 o Más)	13 (1,90)	21 (1,15)	34 (1,35)			1,41 (0,91 - 2,18)

Condiciones Demográficas	Calidad de vida		Total n(%)	X ²	Valor p	R _{Pc} (IC 95 %)
	Buena n(%)	Mala n(%)				
Estado civil						
Soltero	160 (23,4)	443 (24,3)	603 (24,0)	2,039	0,564	1,00
Casado - Unión libre	290 (42,4)	775 (42,5)	1065 (42,4)			1,02 (0,86 - 1,21)
Separado – Divorciado	95 (13,9)	217 (11,9)	312 (12,4)			1,14 (0,92 - 1,42)
Viudo(a)	138 (20,2)	388 (21,2)	526 (20,9)			0,98 (0,81 - 1,20)
Escolaridad						
Primaria	353 (51,6)	956 (52,4)	1309 (52,2)	16,096	0,003*	1,00
Secundaria	219 (32,0)	471 (25,8)	690 (27,5)			1,17 (1,02 - 1,35)
Técnico / superior	50 (7,32)	152 (8,33)	202 (8,06)			0,91 (0,71 - 1,18)
Posgrado	21 (3,07)	74 (4,05)	95 (3,79)			0,81 (0,55 - 1,20)
Ninguno	40 (5,85)	170 (9,32)	210 (8,37)			0,70 (0,52 - 0,94)
Grupo poblacional desplazado						
Si	30 (4,39)	101 (5,54)	131 (5,22)	1,322	0,250	1,00
No	653 (95,6)	1722 (94,4)	2375 (94,7)			1,20 (0,87 - 1,65)
Grupo poblacional inmigrante						
Si	9 (1,31)	12 (0,65)	21 (0,83)	2,600	0,106	1,00
No	674 (98,6)	1811 (99,3)	2485 (99,1)			0,63 (0,38 - 1,04)
Afiliación al SGSSS						
Si	664 (97,2)	1777 (97,4)	2441 (97,4)	0,131	0,716	1,00
No	19 (2,78)	46 (2,52)	65 (2,59)			1,07 (0,73 - 1,57)
Tipo de régimen de afiliación SGSSS						
Contributivo	259 (37,9)	634 (34,7)	893 (35,6)	4,948	0,084	0,99 (0,67 - 1,46)
Subsidiado	405 (59,2)	1143 (62,6)	1548 (61,7)			0,89 (0,60 - 1,31)
No asegurado	19 (2,78)	46 (2,52)	65 (2,59)			1,00
Afiliación al sistema pensional						
Si	173 (25,3)	469 (25,7)	642 (25,6)	0,041	0,839	1
No	510 (74,6)	1354 (74,2)	1864 (74,3)			1,01 (0,87 - 1,17)

En lo social, se encontraron mayores proporciones en personas con buena calidad de vida que eran jefes de hogar, vivían en familias funcionales, con buen apoyo social, no discriminados y percibían algún tipo de maltrato. Así mismo, se encontró una mayor asociación entre la calidad de vida con cuatro condiciones: vivir con familias funcionales aumenta

en un 198% la probabilidad de tener una buena percepción, comparadas las disfuncionales, contar con buen apoyo social aumenta en un 132% (RP=2,32; IC95%: 1,80 - 2,99) y no sentirse discriminado por su situación de vejez, enfermedad o dependencia. Sin asociación estadística, pero se encontró que el jefe del hogar es el rol en el hogar y no ser maltrato por otros miembros de su familia, ni de personas con las cuales tiene algún vínculo social o familiar, que aumenta la probabilidad en un 10% de percibir como buena su calidad de vida. **Tabla 46**

Tabla 46. Condiciones sociales de las personas mayores asociadas a la calidad de vida. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Condiciones sociales	Calidad de vida		Total n(%)	X ²	Valor p	R _{Pc} (IC 95 %)
	Buena n(%)	Mala n(%)				
Rol en el hogar						
Jefe del hogar	461 (67,4)	1169 (64,1)	1630 (65,0)	5,285	0,152	1,00
Conyugue	119 (17,4)	337 (18,4)	456 (18,1)			0,92 (0,77 - 1,09)
Hermano	59 (8,63)	152 (8,33)	211 (8,41)			0,98 (0,78 - 1,24)
Otro	44 (6,44)	165 (9,05)	209 (8,33)			0,74 (0,56 - 0,97)
Funcionalidad familiar percibida (Escala APGAR)						
Funcional	610 (89,3)	1300 (71,3)	1910 (76,2)	89,450	0,000*	2,98 (1,73 - 5,10)
Disfunción leve	51 (7,46)	332 (18,2)	383 (15,2)			1,24 (0,68 - 2,24)
Disfunción moderada	10 (1,46)	91 (4,99)	101 (4,03)			0,92 (0,41 - 2,04)
Disfunción severa	12 (1,75)	100 (5,48)	112 (4,46)			1,00
Apoyo social percibido (Escala MOS)						
Bajo apoyo	56 (8,19)	375 (20,5)	431 (17,1)	53,398	0,000*	1
Buen apoyo	627 (91,8)	1448 (79,4)	2075 (82,8)			2,32 (1,80 - 2,99)
Discriminación (Escala discriminación en la vida cotidiana)						
No discriminado	521 (76,2)	1137 (62,3)	1658 (66,1)	42,949	0,000*	1,64 (1,40 - 1,92)
Discriminación	162 (23,7)	686 (37,6)	848 (33,8)			1,00
Maltrato (Escala geriátrica de maltrato)						
Sin maltrato	301 (44,0)	743 (40,7)	1044 (41,6)	2,244	0,134	1,10 (0,97 - 1,25)
Cualquier maltrato	382 (55,9)	1080 (59,2)	1462 (58,3)			1,00

De las condiciones más frecuentes en las personas mayores con buena calidad de vida, se encontró en este estudio que su vivienda está ubicada en estrato económico bajo (50,3%) y medio (48,3%), la residencia es propia y viven en la ciudad más de 6 años. No tiene ingresos en el último mes el 55,1% y el 18,1% recibe pensión o jubilación.

Dos condiciones económicas presentaron asociación con la calidad de vida: el estrato económico de la vivienda y la fuente de ingreso mensual. El vivir en una residencia del área urbana de estas cinco ciudades estudiadas, ubicada en los estratos más altos, aumenta la percepción de buena calidad de vida, tanto de los residentes en estrato medio (3-4) (RP=1,53) y los de estrato alto (5-6) con una razón de prevalencia de 3,34 (IC95%:2,37-4,69). Igualmente, tener independencia económica y ser jubilado o pensionado aumenta en un 25% dicha percepción comparado con los que no registraron ningún ingreso en el mes anterior a la encuesta. La tenencia de la vivienda como propia (hipotecada o no) muestra un incremento en la opinión, así como vivir en la ciudad por menos de un año. **Tabla 47**

Tabla 47. Condiciones económicas de las personas mayores asociadas a la calidad de vida. Colombia Proyecto SABAM, 2021.

Condiciones Económicas	Calidad de vida		Total n(%)	X ²	Valor p	RPc (IC 95 %)
	Buena n(%)	Mala n(%)				
Estrato económico vivienda						
Bajo (1-2)	344 (50,3)	1189 (65,2)	1533 (61,1)	56,052	0,000*	1,00
Medio (3-4)	330 (48,3)	631 (34,6)	961 (38,3)			1,53 (1,34 - 1,73)
Alto (5-6)	9 (1,31)	3 (0,16)	12 (0,47)			3,34 (2,37 - 4,69)
Tenencia vivienda						
Propia	360 (52,7)	953 (52,2)	1313 (52,3)	1,973	0,578	1,00
En arriendo	174 (25,4)	504 (27,6)	678 (27,0)			0,93 (0,80 - 1,09)
Hipotecario	6 (0,87)	11 (0,60)	17 (0,67)			1,28 (0,67 - 2,46)
Familiar	143 (20,9)	355 (19,4)	498 (19,8)			1,04 (0,88 - 1,23)
Tiempo de residencia en la ciudad						
1 año o menos	36 (5,27)	79 (4,33)	115 (4,58)	0,997	0,607	1
2 a 5 años	134 (19,6)	361 (19,8)	495 (19,7)			0,86 (0,63 - 1,17)
6 años o más	513 (75,1)	1383 (75,8)	1896 (75,6)			0,86 (0,65 - 1,14)

Condiciones Económicas	Calidad de vida		Total n(%)	X ²	Valor p	RPc (IC 95 %)
	Buena n(%)	Mala n(%)				
Ingresos económicos en el último mes						
Si	306 (44,8)	760 (41,6)	1066 (42,5)	1,970	0,160	1
No	377 (55,1)	1063 (58,3)	1440 (57,4)			0,91 (0,80 - 1,03)
Fuente de ingresos						
Sin ingresos	377 (55,1)	1063 (58,3)	1440 (57,4)	21,693	0,001*	1
Jubilado pensionado	124 (18,1)	253 (13,8)	377 (15,0)			1,25 (1,06 - 1,48)
Ayuda familiar	14 (2,04)	60 (3,29)	74 (2,95)			0,72 (0,44 - 1,16)
Alquiler/renta/ ingresos bancarios	7 (1,02)	54 (2,96)	61 (2,43)			0,43 (0,21 - 0,88)
Ingreso/ Subsidios	111 (16,2)	258 (14,1)	369 (14,7)			1,14 (0,96 - 1,37)
Empleo formal	12 (1,75)	51 (2,79)	63 (2,51)			0,72 (0,43 - 1,21)
Empleo informal	38 (5,56)	84 (4,60)	122 (4,86)			1,18 (0,90 - 1,57)

Respecto al estado de salud físico, el hecho de no padecer enfermedades (diagnosticadas) y no haberse enfermado (comparado con los que tienen alguna) ni consultado a los servicios de salud en los últimos cuatro meses a la fecha de la encuesta, tener una excelente opinión de su estado de salud y no haber sentido ningún dolor, hace que se perciba una buena calidad de vida en las personas mayores de las cinco ciudades, con relación estadística. Se resalta que los adultos mayores que padecieron Covid muestran mejor calidad de vida respecto a los que no lo padecieron, sin asociación estadística en esta relación.

Relacionado con la actividad física y la dependencia que compromete su capacidad funcional, se encontró una mejor percepción de su calidad de vida en los adultos, ya que quienes son activos para realizar la actividad física se incrementa en un 68% la opinión y en aquellos que puntúan como independientes para realizar las actividades de la vida diaria y las cotidianas, y los que muestran un buen rendimiento físico también se aumenta dicha probabilidad, comparados con los dependientes funcionales, quienes requieren ayuda para su realización o tienen muy bajo rendimiento físico, según la escala SPPB.

Finalmente, las personas mayores que tienen un buen estado nutricional comparados con los que tienen riesgo alto, presentan un incremento en su percepción del 96% y los que presentan buena calidad del sueño, muestran mejores percepciones de su calidad de vida. Estas dos condiciones muestran asociación estadística. **Tabla 48**

Tabla 48. Condiciones del estado de salud de las personas mayores asociadas a la calidad de vida. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Estado de salud	Calidad de vida		Total n(%)	X ²	Valor p	RPc (IC 95%)
	Buena n(%)	Mala n(%)				
Estado de salud percibido						
Excelente	104 (15,2)	167 (9,16)	271 (10,8)	47,734	0,000*	3,45 (1,60 - 7,45)
Muy buena	146 (21,3)	286 (15,6)	432 (17,2)			3,04 (1,41 - 6,54)
Buena	275 (40,2)	750 (41,1)	1025 (40,9)			2,41 (1,12 - 5,16)
Regular	152 (22,2)	572 (31,3)	724 (28,8)			1,88 (0,87 - 4,07)
Mala	6 (0,87)	48 (2,63)	54 (2,15)			1,00
Número de enfermedades diagnosticadas						
Ninguna	385 (56,3)	917 (50,3)	1302 (51,9)	17,927	0,000*	1,45 (1,01 - 2,08)
Una	123 (18,0)	452 (24,7)	575 (22,9)			1,05 (0,71 - 1,54)
Dos	150 (21,9)	356 (19,5)	506 (20,1)			1,45 (1,00 - 2,12)
Tres o más	25 (3,66)	98 (5,37)	123 (4,90)			1,00
Medicamentos diarios						
Ningún medicamento	239 (34,9)	649 (35,6)	888 (35,4)	1,932	0,380	1,09 (0,88 - 1,36)
de 1 a 3 medicamentos	363 (53,1)	924 (50,6)	1287 (51,3)			1,15 (0,93 - 1,41)
Más de 3 medicamentos	81 (11,8)	250 (13,7)	331 (13,2)			1,00
Ha presentado Covid-19						
Sí	44 (6,44)	104 (5,70)	148 (5,90)	0,486	0,485	1,00
No	639 (93,5)	1719 (94,2)	2358 (94,0)			0,91 (0,70 - 1,17)
Enfermedad en los últimos 4 meses						
Sí	130 (19,0)	376 (20,6)	506 (20,1)	0,781	0,376	1,00
No	553 (80,9)	1447 (79,3)	2000 (79,8)			1,07 (0,91 - 1,26)
Dolor constante en los últimos 6 meses						
Sí	100 (14,6)	385 (21,1)	485 (19,3)	13,358	0,000*	1,00
No	583 (85,3)	1438 (78,8)	2021 (80,6)			1,39 (1,15 - 1,68)
Actividad física reportada						
Inactivo	193 (28,2)	808 (44,3)	1001 (39,9)	53,453	0,000*	1,00
Activo	490 (71,7)	1015 (55,6)	1505 (60,0)			1,68 (1,45 - 1,95)
Actividades básicas de la vida diaria (Escala Barthel)						
Algún grado de dependencia	184 (26,9)	592 (32,4)	776 (30,9)	10,249	0,036*	1,00
Independencia	499 (73,0)	1231 (67,5)	1730 (69,0)			1,21 (1,05 - 1,40)

Estado de salud	Calidad de vida		Total n(%)	X ²	Valor p	RPc (IC 95%)
	Buena n(%)	Mala n(%)				
Actividades instrumentales de la vida diaria (Escala Lawton y Brody)						
Dependiente	39 (5,71)	190 (10,4)	229 (9,13)	32,680	0,000*	1,00
Necesita ayuda	65 (9,51)	284 (15,5)	349 (13,9)			1,09 (0,76 - 1,56)
Independiente	579 (84,7)	1349 (73,9)	1928 (76,9)			1,76 (1,31 - 2,36)
Rendimiento físico (Escala SPPB)						
Muy bajo	41 (6,00)	272 (14,9)	313 (12,4)	36,215	0,000*	1,00
Bajo	277 (40,5)	678 (37,1)	955 (38,1)			2,21 (1,63 - 2,99)
Moderado	344 (50,3)	822 (45,0)	1166 (46,5)			2,25 (1,67 - 3,03)
Alto	21 (3,07)	51 (2,79)	72 (2,87)			2,22 (1,40 - 3,52)
Discapacidad						
Sin discapacidad	468 (68,5)	1229 (67,4)	1697 (67,7)	0,277	0,598	1,03 (0,90 - 1,19)
Con alguna discapacidad	215 (31,4)	594 (32,5)	809 (32,2)			1,00
Estado nutricional						
Buen estado Nutricional	346 (50,6)	655 (35,9)	1001 (39,9)	62,249	0,000*	1,96 (1,64 - 2,34)
Riesgo nutricional Moderado	205 (30,0)	550 (30,1)	755 (30,1)			1,54 (1,27 - 1,87)
Riesgo nutricional Alto	132 (19,3)	618 (33,9)	750 (29,9)			1,00
Calidad del sueño						
Buen sueño	604 (88,4)	1419 (77,8)	2023 (80,7)	35,844	0,000*	1,82 (1,47 - 2,25)
Pobre calidad del sueño	79 (11,5)	404 (22,1)	483 (19,2)			1,00

Entre las condiciones del estado de salud mental de las personas mayores, que presentan buena calidad de vida, se encontraron frecuencias mayores en los que no tienen síntomas depresivos ni conducta suicida, los que no consumen sustancias psicoactivas ni presentan afición al juego, al momento de la encuesta.

Las condiciones que afectan la calidad de vida de los encuestados en cinco ciudades de Colombia, se encontró asociación estadísticamente significativa con el presentar síntomas depresivos y manifestar alguna conducta suicida (ideación, planeación, intento), detectados con las escalas utilizadas. De esta forma, quienes no presentaron comportamientos autodestructivos tienen un 69% más probabilidad de tener una buena calidad de vida (RP=1,69; IC95%:1,47-1,95) y también, en quienes no

tienen síntomas depresivos, se incrementa la percepción en un 144%, comparados con los que si registran estos síntomas o riesgos.

Sin evidencia estadística, pero mostrando que existen condiciones comportamentales y de hábitos que aumentan la probabilidad de tener una buena calidad de vida, se halló que no consumir sustancias psicoactivas (legales o ilegales) como tabaco, cigarrillos, bebidas alcohólicas; no estar aficionado al juego recreativo, de azar o de competencia, como chanco o baloto, muestran mejores percepciones, comparados con los que mostraron alguna afición al juego o al consumo de sustancias tóxicas.

Tabla 49. Condiciones de salud mental de las personas mayores asociadas a la calidad de vida. Colombia: Proyecto SABAM, 2021.

Salud mental	Calidad de vida		Total n(%)	X ²	Valor p	RPc (IC 95 %)
	Buena n(%)	Mala n(%)				
Conducta suicida (escala SADPERSONS)						
Con algún riesgo	227 (33,2)	921 (50,5)	1148 (45,8)	59,801	0,000*	1,00
Sin riesgo	456 (66,7)	902 (49,4)	1358 (54,1)			1,69 (1,47 - 1,95)
Síntomas depresivos (Escala CES-D)						
Sin depresión	486 (71,1)	772 (42,3)	1258 (50,1)	164,948	0,000*	2,44 (2,11 - 2,83)
Con depresión	197 (28,8)	1051 (57,6)	1248 (49,8)			1,00
Consumo de sustancias psicoactivas						
No consume	576 (84,3)	1495 (82,0)	2071 (82,6)	2,238	0,326	1,03 (0,75 - 1,42)
1 sustancia	77 (11,2)	246 (13,4)	323 (12,8)			0,88 (0,61 - 1,27)
2 o más sustancias	30 (4,39)	82 (4,49)	112 (4,46)			1,00
Tabaco (cigarrillos)						
Si	63 (9,22)	187 (10,2)	250 (9,97)	0,591	0,441	1,00
No	620 (90,7)	1636 (89,7)	2256 (90,0)			1,09 (0,87 - 1,36)
Bebidas alcohólicas						
Si	72 (10,5)	208 (11,4)	280 (11,1)	0,377	0,539	1,00
No	611 (89,4)	1615 (88,5)	2226 (88,8)			1,06 (0,86 - 1,31)
Afición al juego						
No aficionado al juego	493 (72,1)	1303 (71,4)	1796 (71,6)	0,122	0,726	1,02 (0,88 - 1,18)
Aficionado al juego	190 (27,8)	520 (28,5)	710 (28,3)			1,00

Salud mental	Calidad de vida		Total n(%)	X ²	Valor p	RPc (IC 95 %)
	Buena n(%)	Mala n(%)				
Chance						
Si	147 (21,5)	403 (22,1)	550 (21,9)	0,099	0,753	1,00
No	536 (78,4)	1420 (77,8)	1956 (78,0)			1,02 (0,87 - 1,19)
Baloto						
Si	35 (5,12)	126 (6,91)	161 (6,42)	2,640	0,104	1,00
No	648 (94,8)	1697 (93,0)	2345 (93,5)			1,27 (0,94 - 1,71)
Loterías						
Si	33 (4,83)	74 (4,05)	107 (4,26)	0,725	0,394	1,00
No	650 (95,1)	1749 (95,9)	2399 (95,7)			0,87 (0,65 - 1,17)
Juego patológica						
Sin ningún problema con el juego	34 (41,4)	72 (37,6)	106 (38,8)	2,288	0,318	1,92 (0,75 - 4,90)
Algún problema con el juego	44 (53,6)	99 (51,8)	143 (52,3)			1,84 (0,73 - 4,66)
Probable jugador patológico	4 (4,87)	20 (10,4)	24 (8,79)			1,00

Conclusiones

La definición de calidad de vida construida por la OMS, valora la percepción que se tenga sobre el estado de salud física y mental, la capacidad funcional, la seguridad económica y el apoyo social y familiar recibido. En esta investigación se consultó dicha percepción a personas mayores de 60 años residentes en la zona urbana de cinco ciudades de Colombia: Bucaramanga, Medellín, Pereira, Popayán y Santa Marta, en el año 2021, donde se encontró diferencias por ciudad, en la buena calidad de vida, que a nivel general se reveló para el 29,2% de ellos, predominando la moderación en su sentir (47,4%) y como mala la percibió el 23%. Seis de cada diez mayores residentes en la ciudad de Bucaramanga percibieron mejor calidad de vida, seguidos de los de Popayán (tres de cada diez), en Santa Marta, Medellín y Pereira solo fue para dos de cada diez encuestados. Dentro de este constructo, fue llamativo que las afectaciones para una baja o moderada percepción están relacionadas con la pérdida o deficiencia en algún sentido que afecte su vida diaria (escuchar, ver, saborear, oler y tocar), mientras es poca o ninguna la angustia por su muerte

o por el dolor que pueda sentir cuando muera, mientras la satisfacción por el reconocimiento por los logros alcanzados durante su vida, la participación en actividades comunitarias, el uso del tiempo y realizar alguna actividad, están relacionados con la buena calidad de vida.

Entre las condiciones independientes que aumentan la probabilidad de contar con una buena calidad de vida están las demográficas, como el caso de los residentes en la ciudad de Bucaramanga y que tengan escolaridad de primaria y secundaria; en las sociales es claro que vivir con una familia funcional, tener buen apoyo social y no sentirse discriminado; es decir, contar con buen tejido social que lo sostenga en momentos de crisis o enfermedad; relacionado con las condiciones económicas, perciben mejor calidad de vida si su vivienda está ubicada en la estrato económico medio/alto y contar con ingresos económicos que garanticen su seguridad económica y no dependencia de otros, como jubilación o pensión. Así mismo, en el estado de salud física, se halló que tener una buena percepción de su estado, no padecer enfermedades diagnósticas, no padecer dolores, sentirse independiente para realizar sus actividades cotidianas, realizar actividad física de forma periódica.

En lo mental y comportamental, la buena calidad de vida se relaciona positivamente con no tener síntomas depresivos, no tener ideación suicida, no consumir sustancias psicoactivas y no tener afición al juego de azar, principalmente. Aspectos también a resaltar relacionados con la buena calidad de vida, es el hecho de las personas mayores se encuentren trabajando en empleos formales (1,75%) e informales (5,56%) puesto que la ocupación en la realización de tareas manuales o intelectuales contribuye al mantenimiento de la independencia funcional del adulto mayor; aclarando que muchos pueden hacerlo también para mejorar sus ingresos, ya que el 57,4% no los percibe de forma regular.

En la siguiente figura se resumen los principales hallazgos de las condiciones que propician una buena o alta calidad de vida, comparados con los que la perciben como mala (moderada y baja: **figura 15**).



Figura 15. Enfoque de determinantes sociales con los factores asociados a la buena percepción de la calidad de vida en la persona mayor. Colombia: Proyecto SABAM, 2021

Fuente: Proyecto SABAM. Elaboración propia.

Estrategias de promoción de la calidad de vida de la persona mayor

Para dar cumplimiento a las directrices internacionales como la abogacía por el derecho a una vejez digna, independiente y con calidad de vida de las personas mayores, que promueve la OMS y la normatividad nacional consignada en la política nacional de envejecimiento humano y vejez, se recomienda el fortalecimiento de su autonomía e independencia económica, con el fin de mantenerse activos tanto en su hogar (aportante económicamente y miembro activo en su núcleo familiar), como en su comunidad (ejerciendo su derecho a la participación social) y en la sociedad, al reconocerlo como forjador de una historia y entrega su sabiduría y experiencia al servicio de todos, en la búsqueda de la construcción colectiva del bien común. Es decir, devolverle su dignidad y derecho como ser humano con fortalezas y debilidades, sin discriminación por su edad o condición física o mental.

- **Estrategias personales:** continuar con la realización de actividades físicas, ser activo tanto en el rendimiento físico, como en la participación social a través de los grupos comunitarios, ya que éstos fortalecen

el tejido social que rodea a la persona mayor y le proporcionan salud y bienestar mental.

- **Estrategias familiares:** propiciar un buen funcionamiento familiar para proporcionarle a la persona mayor, ambientes incluyentes y protectores de su salud física y mental, fortalecer las relaciones familiares con los cercanos y lejanos, manteniendo vivo esos vínculos de sangre y de afecto; participar activamente en la economía doméstica con los recursos económicos que derive o asignar actividades de acompañamiento a los integrantes menores, con el fin de que se sientan productivos y aportantes a los ingresos familiares, y garantizar su autonomía, evitando comportamientos familiares incapacitantes o de dependencia física o económica con los miembros de la familia de mayor o menor edad.

Conclusiones

La gran diversidad de condiciones demográficas, sociales, económicas y el estado de salud de las personas mayores de las cinco ciudades analizadas en el presente estudio, presenta un gran reto dada la recién aprobada y reglamentada Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031, toda vez que, al acoger el llamado de la ONU de asumir la década del envejecimiento saludable 2020-2030, se compromete a garantizar las condiciones para un envejecimiento saludable y activo de sus habitantes en dos perspectivas: i) la garantía de derechos en personas mayores, que cuentan con unas condiciones favorables de bienestar y calidad de vida; y ii) el fortalecimiento de un plan de cuidados a largo plazo, para la población mayor dependiente y longeva.

En primer lugar, para el sector poblacional de personas mayores jóvenes (entre 60 y 74 años), las cuales tuvieron una destacada presencia en las cinco ciudades investigadas, se hace necesario la consolidación de una oferta de programas, proyectos y servicios, de carácter público y privado, que fortalezcan los factores protectores identificados: altos porcentajes de vida en pareja, familias funcionales, aceptables niveles de formación de primaria y secundaria, incluso, en algunos casos estudios universitarios y posgrado y satisfactorios porcentajes de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Así como la lucha frontal de fac-

tores de riesgo o condiciones asociadas, especialmente relacionados con la baja cobertura de afiliación al sistema pensional, la discriminación por razón de edad, el maltrato, la dependencia económica, la exclusión en la participación social y política y la atención integral en salud.

En segundo lugar, si bien la presente investigación arrojó como resultado un alto porcentaje de personas mayores que se reconocieron como físicamente activos e independientes en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria, también se evidenció un bajo número de población longeva, de 90 años y más, por lo que se hace necesario pensar a corto y mediano plazo en la operativización de lo planteado en la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031, especialmente en lo relacionado con la atención integral en salud, atención a la dependencia y organización del servicio de cuidado. Donde se fortalezcan las competencias de cuidado en los cuidadores formales e informales; se estandaricen las acciones de inspección, vigilancia y control en las instituciones prestadoras de servicios sociales y sociosanitarios; y especialmente, se concrete la creación de la Política Pública de Cuidados, con un Baremo de Valoración de la Dependencia, que permita la promoción de la autonomía personal, la identificación de los apoyos necesarios para la realización de las actividades básicas de la vida diaria y el apoyo a las personas en situación de dependencia a lo largo de la vida, especialmente la vejez.

Si bien la salud mental ha sido un tema de interés en diferentes ámbitos del conocimiento, el contexto de pandemia del Covid-19 ha dado una significación especial, en tanto ha supuesto un nuevo reto para la humanidad. El presente estudio permitió la identificación de condiciones de la **salud mental** de las personas mayores, en cinco ciudades de Colombia, con relación a la conducta suicida, el consumo de sustancias psicoactivas y la afición al juego.

En primer lugar, con relación a la **conducta suicida** de las personas mayores, si bien se evidenciaron bajos niveles de riesgo en la población mayor en general, es necesario poner atención en las ciudades donde se ha presentado un riesgo moderado, tales como Pereira y Santa Marta. Especialmente, en aquellas personas mayores en las que se presentan síntomas depresivos (dos de cada cinco personas encuestada), poca actividad física, e incluso ser hombre (tentativas de suicidio) o ser mujer (ideación y planeación de conductas autolesivas).

De allí la importancia de la identificación temprana de factores asociados (riesgo o protección), relacionados con la conducta suicida en las personas mayores, para un acompañamiento oportuno, en las diferentes esferas de la vida: i) social: acompañamiento de enfermedades crónicas, consumo de sustancias psicoactivas (lícitas o ilícitas), sensación de soledad, vulneración del derecho al acceso oportuno de los servicios de salud, además del fortalecimiento del sentido de vida, de relaciones sociales y uso de estrategias de afrontamiento; ii) familiar: identificación de cualquier tipo de maltrato físico, mental, económico, psicológico, emocional, verbal o pérdidas por duelo; iii) comunitario: fortalecimiento de vínculos afectivos, participación e integración social; y iv) social: prevención del acceso a diferentes mecanismos para la conducta suicida, poco reconocimiento de capacidades, discriminación social y laboral por razón de edad. En el que se comprenda y sean reconocidos los actos de “suicidio silenciosos”, tales como la poca adherencia al tratamiento, la auto-inanición, las sobredosis, la búsqueda de accidentes, e incluso la deshidratación, que a largo plazo, se convierten en estrategias pasivas para finalizar con la vida y pocas veces son registradas como suicidio.

En segundo lugar, el **consumo de sustancias psicoactivas**, supone un gran reto para la sociedad actual, no sólo para la atención de sustancias ilegales, sino también de tipo legal, tales como: el tabaco y las bebidas alcohólicas, las cuales son las que presentan un mayor consumo en la población mayor de las cinco ciudades consultadas. Existe un riesgo, a que la gravedad del problema pueda ignorarse o desconocerse como un problema de salud pública, al normalizarse como una práctica cotidiana de la sociedad, en todas las edades. De allí la importancia, de analizar dicho fenómeno bajo modelos psicosociales integradores, multidisciplinarios y diferenciales por edad, que permitan el reconocimiento de los diferentes detonantes, incluso de la familia y la comunidad, con sus diferentes roles, ya sean de protección o de riesgo.

Por último, con relación a la afición al juego, si bien no se identificaron altos porcentajes de personas mayores como jugadores patológicos, la evidencia de una tercera parte de la población investigada como aficionada al juego, especialmente de juegos de azar y de mesa, supone un tema de interés para futuras investigaciones. Especialmente en un contexto en el que la industria del juego se normaliza permanentemente, al considerarse como una estrategia de ocio inofensiva, lo que supone, no sólo el

aumento de las formas de diversión en la sociedad actual, sino también de un alto riesgo, dado que el sector poblacional de personas mayores es visto como un nicho de mercado interesante para las estrategias de marketing, dado sus ingresos fijos por concepto de jubilación, quien la posea, y el interés de esta población de socializar, de reconocimiento, de paliación de la soledad, lo que puede desencadenar un potencial consumo de alcohol y/o tabaco, síntomas depresivos o trastornos psicósomáticos. El bienestar mental de las personas mayores se caracterizó principalmente en función de tres aspectos: bienestar psicológico, felicidad y calidad de vida. Los resultados, en un contexto de pandemia, recobran especial interés, puesto que ponen en evidencia la capacidad de resiliencia que este sector poblacional posee para el afrontamiento de situaciones difíciles. Llama la atención como en las ciudades encuestadas, uno de cada tres personas mayores presentaba mucha fortaleza, a pesar de la situación de hacinamiento, aislamiento y exclusión vividas durante la pandemia. Además, tres de cuatro personas mayores tuvieron una puntuación alta en la escala de felicidad y una percepción moderada de la calidad de vida. Uno de los aspectos claves para el bienestar mental de las personas mayores encuestadas fueron su fortaleza espiritual, la satisfacción con la vida y la alegría de vivir.

Finalmente, y dando cumplimiento a lo estipulado al inicio de este proceso investigativo, este documento proporcionó evidencias para que autoridades, sociedad, familia y persona mayor puedan:

- Cambiar la mirada de enfermedad y deterioro de la vejez, por otra positiva ya que se evidenció que en estas cinco ciudades tienen buenas percepciones de su calidad de vida, felicidad y bienestar psicológico, medidas con escalas validadas para este grupo poblacional.
- En cuanto a la demanda de servicios de salud mental, estas están dadas por la atención integral en los síntomas depresivos y conducta suicida.
- En cuanto al consumo de sustancias medicamentosas o policonsumo, estas deben tener un cuidado especial ya que, combinadas con otras sustancias psicoactivas, pueden generar efectos adversos deletéreos para la persona mayor.

- Para cada variable de interés estudiada (seis en total, se presentaron propuestas para su prevención (salud mental) o fortalecimiento (bienestar mental)).
- Se recomienda el diseño de políticas y programas que garanticen el disfrute del derecho a una vida digna para la persona mayor, dando cumplimiento a la normatividad vigente, pero también que propicien el bienestar psicológico, la felicidad, la calidad de vida, que propicien una vida activa, saludable y autónoma.

Bibliografía

1. Fernández-Ballesteros R. Vejez con éxito o vejez competente: un reto para todos [Internet]. p. 8. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/fernandez-vejez-01.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Dirección electrónica: <https://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>.
3. Balard F. Old Age: Definitions, Theory, and History of the Concept. En: Wright JD, editor. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition) [Internet]. Oxford: Elsevier; 2015 [citado 14 de mayo de 2022]. p. 178-81. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780080970868311084>
4. Mancilla S E, Valenzuela H J, Escobar C M. Rendimiento en las pruebas “Timed Up and Go” y “Estación Unipodal” en adultos mayores chilenos entre 60 y 89 años. *Rev Médica Chile*. enero de 2015;143(1):39-46.
5. Greco FR, D’onofrio G. The Complexity of Frailty: Psychological Mechanism and Therapeutic Interventions in Old People - A Narrative Review. *Frailty Elder - Phys Cogn Emot Domains* [Internet]. 29 de mayo de 2020 [citado 5 de septiembre de 2020]; Disponible en: <https://www.intechopen.com/online-first/the-complexity-of-frailty-psychological-mechanism-and-therapeutic-interventions-in-old-people-a-narr>
6. Cheng X, Yang Y, Schwebel DC, Liu Z, Li L, Cheng P, et al. Population ageing and mortality during 1990–2017: A global decomposition analysis. *PLOS Med*. 8 de junio de 2020;17(6):e1003138.
7. Brigola AG, Ottaviani AC, Carvalho DHT, Oliveira NA, Souza ÉN, Pavarini SCI, et al. Association between cognitive impairment and criteria for frailty syndrome among older adults. *Arq Neuropsiquiatr*. enero de 2020;78(1):2-8.
8. Fulop T, Larbi A, Khalil A, Cohen AA, Witkowski JM. Are We Ill Because We Age? *Front Physiol* [Internet]. 2019 [citado 23 de octubre de 2020];10. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fphys.2019.01508/full#fig1>
9. Lekan DA. Aging, Frailty, and Resilience. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 6 de julio de 2018;56(7):2-4.
10. Ramos Monteagudo AM, Yordi García M, Miranda Ramos M de los Á. El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Rev Arch Méd Camagüey*. junio de 2016;20(3):330-7.
11. Ramos Monteagudo AM, Yordi García M, Miranda Ramos M de los Á. El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Rev Arch Méd Camagüey*. junio de 2016;20(3):330-7.
12. Paúl C, Teixeira L, Ribeiro O. Active Aging in Very Old Age and the Relevance of Psychological Aspects. *Front Med*. 30 de octubre de 2017;4:181.
13. Rodríguez Jiménez P, Vejarano Alvarado F. *Envejecer en Colombia*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2015.
14. Oslin DW, Pettinati H, Volpicelli JR. Alcoholism Treatment Adherence: Older Age Predicts Better Adherence and Drinking Outcomes. *Am J Geriatr Psychiatry*. noviembre de 2002;10(6):740-7.

15. Aguilar-Fuentes SI, Cardona-Arango D. Ingresos laborales, transferencias y seguridad económica de los adultos mayores de Medellín, Colombia. *Univ Salud*. abril de 2016;18(1):34-45.
16. Organización Panamericana de la Salud, <https://www.facebook.com/pahowho>. Protección social en salud. Temas de colaboración técnica [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. [citado 14 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4180:2007-proteccion-social-salud&Itemid=2080&lang=es
17. Dean, K., & Holstein, B. E. (1991). Health promotion among elderly. *Health Promot. Res. New Soc. Epidemiol. WHO. Regional Publications. European Series*, 37, 341-63.
18. Taylor T. Aging, the Demographic Transition, and the Necessary Adjustments [Internet]. Aging, the Demographic Transition, and the Necessary Adjustments. 2020 [citado 5 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://conversableeconomist.blogspot.com/2020/03/aging-demographic-transition-and.html>
19. Daza M, Carbonell M. Manual básico para la evaluación Psicológica de Adultos Mayores Institucionalizados y sus familias. [Internet]. Universidad Cooperativa de Colombia; 2019 [citado 22 de agosto de 2020]. Disponible en: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/13541/3/2019_GP_AuxiliaresInvest_Daza_VF.pdf
20. Vestjens L, Cramm JM, Birnie E, Nieboer AP. Evaluating an integrated primary care approach to improve well-being among frail community-living older people: A theory-guided study protocol. *BMC Geriatr*. 3 de agosto de 2018;18(1):173.
21. World Health Organization. World health statistics 2020 [Internet]. EEUU: WHO; 2020 [citado 20 de diciembre de 2020] p. 93. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf>
22. European Commission. European Commission Report on the Impact of Demographic Change [Internet]. Europa: European Commission; 2020 [citado 20 de diciembre de 2020] p. 32. Disponible en: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/demography_report_2020_n.pdf
23. Salamanca-Ramos E, Velasco Páez ZJ, Baquero Álvarez N, Salamanca-Ramos E, Velasco Páez ZJ, Baquero Álvarez N. Health Status of the Elderly in Life Centers. *Aquichan* [Internet]. junio de 2019 [citado 3 de septiembre de 2020];19(2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-59972019000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
24. World Health Organization WH. World Report on Ageing and Health [Internet]. Working Papers. eSocialSciences; 2015 dic [citado 13 de septiembre de 2020]. (Working Papers). Report No.: id:7816. Disponible en: <http://ideas.repec.org/p/ess/wpaper/id7816.html>
25. Curcio CL, Giraldo AF, Gómez F. Fenotipo de envejecimiento saludable de personas mayores en Manizales. *Biomédica*. 1 de marzo de 2020;40(1):102-16.
26. Lenis D, Mendez F. Survey on Health, Well-being and Aging. SABE Colombia 2015: Technical report. *Colomb Médica*. 30 de junio de 2019;50(2):128-38.

27. Santos C. El envejecimiento de la población. Oportunidades y retos. *Revista Ciencias de la Salud* [Internet]. 2019 [citado 15 de julio de 2021];17(3). Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/xml/562/56261176001/html/index.html>
28. Garcia-Ramirez J, Nikoloski Z, Mossialos E. Inequality in healthcare use among older people in Colombia. *Int J Equity Health*. 26 de octubre de 2020;19(1):168.
29. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). DANE Colombia [Internet]. Twitter. 2020 [citado 15 de julio de 2021]. Disponible en: https://twitter.com/DANE_Colombia/status/1282103947369603077
30. Radio 1040-Emisora. DANE presentó resultados de Censo de Población en Popayán [Internet]. Radio 1040 AM. 2019 [citado 9 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://radio1040am.com/2019/08/16/dane-presento-resultados-de-censo-de-poblacion-en-popayan/>
31. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. Resultados Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivienda-2018>
32. Esquiaqui R, Alcaldía de Bucaramanga. Secretaría de Salud de Bucaramanga elaboró diagnóstico para apoyar Política de vejez. *Prensa BGA*. 2018; Disponible en: <https://www.bucaramanga.gov.co/noticias/secretaria-de-salud-de-bucaramanga-elaboro-diagnostico-para-apoyar-politica-de-vejez/>
33. Alcaldía de Bucaramanga. Programas sociales. Mapas [Internet]. Disponible en: [https://www.bucaramanga.gov.co/programas-sociales/ciudad-inteligente/mapa/#iLightbox\[postimages\]/0](https://www.bucaramanga.gov.co/programas-sociales/ciudad-inteligente/mapa/#iLightbox[postimages]/0)
34. Esquiaqui R, Secretaría de Salud y Ambiente de Bucaramanga. Estudio de Carga de Enfermedad [Internet]. Disponible en: <http://observatorio.bucaramanga.gov.co/wp-content/uploads/2018/11/Estudio-carga-de-enfermedad-Bucaramanga-2016.pdf>
35. Alcaldía de Medellín. Plan gerontológico 2017-2027 [Internet]. 2016 p. 98. Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/InclusionSocial/Noticias/Shared%20Content/Documentos/2017/Plan%20Gerontol%C3%B3gico%202017%20-%202027%20%20Medellin.pdf>
36. Mercado D. Medellín, la ciudad del país que más está envejeciendo. *Periodico El Tiempo* [Internet]. 2019; Disponible en: <https://www.eltiempo.com/colombia/medellin/medellin-es-la-ciudad-del-pais-que-mas-esta-envejeciendo-394022#:~:text=Algo%20que%20se%20evidencia%20m%C3%A1s,62%20personas%20mayores%20de%2065.&text=Un%20promedio%20superior%20al%20nacional,49%2C4%20sobre%20100>
37. Alcaldía de Medellín. Perfil Demográfico de la ciudad de Medellín 2016-2020 [Internet]. 2016. Disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_17/IndicadoresyEstadisticas/Shared%20Content/Documentos/ProyeccionPoblacion2016-2020/Perfil%20Demogr%C3%A1fico%202016%20-%202020%20Total%20Medellin.pdf
38. Gobierno de la ciudad capital del Eje. Plan de desarrollo de Pereira [Internet]. 2020. Disponible en: <http://www.pereira.gov.co/NuestraAlcaldia/Documents/Plan%20de%20Desarrollo%202020-2023%20definitivo%20v8%20.pdf>

39. Umaña F. El Eje Cafetero es la región donde hay más envejecimiento. *Periodico El Tiempo* [Internet]. 2019; Disponible en: <https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/el-eje-cafetero-es-la-region-donde-hay-mas-envejecimiento-388208>
40. Alcaldía de Popayan. Mapa ciudad de Popayan [Internet]. Disponible en: <http://popayan.gov.co/sites/default/files/files/comunas-popayan.pdf>
41. Alcaldía de Santa Marta. Análisis de la situación de salud del distrito de Santa Marta, con base en el modelo de determinantes sociales de salud 2018 [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-distrital-santa-marta-2018.pdf>
42. Organización Mundial de la Salud. ¿Cómo define la OMS la salud? [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>.
43. Organización Mundial de la Salud. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades [Internet]. *Desarrollo Sostenible*. [citado 15 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainable-development/es/health/>
44. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2017. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
45. Gómez-Feria I. La depresión en ancianos. Su coexistencia con factores estresantes, enfermedades somáticas y discapacidades. *Psiquiatr Biológica*. 1 de enero de 2002;9(1):13-7.
46. Agrigoroaei S, Lachman ME. Cognitive Functioning in Midlife and Old Age: Combined Effects of Psychosocial and Behavioral Factors. *J Gerontol Ser B*. julio de 2011;66B(suppl_1):i130-40.
47. Reyes B H. PSICOLOGÍA GENERAL Y EVOLUTIVA. *Rev Médica Chile* [Internet]. febrero de 2008 [citado 15 de mayo de 2022];136(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000200021&lng=en&nrm=iso&tlng=en
48. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México UNAM, Montes Rojas J, Gutierrez Gutierrez L, Silva Pereira JF, Garcia Ramos G, del Rio Portilla Y. Perfil cognoscitivo de adultos mayores de 60 años con y sin deterioro cognoscitivo. *Rev Chil Neuropsicol*. 31 de diciembre de 2012;7(3):121-6.
49. Villamarin D. Deterioro cognitivo y su relación con la funcionalidad de la vida diaria del adulto mayor. [Ecuador]: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2020.
50. Fernández-Ballesteros R. Vejez con éxito o Vejez competente: un reto para todos:8.
51. Fernandez-Ballesteros R. La psicología de la vejez. *Revista de la Universidad Autónoma de Madrid*. 2004;16:1-11.
52. González B, De la Fuente R. *Desarrollo humano en la vejez: un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano*. España: Badajoz; 2014.
53. DANE. *Proyecciones 2021* [Internet]. 2018. Disponible en: <https://sitios.dane.gov.co/cnpv>

54. RESOLUCION-8430-DE-1993.pdf [Internet]. [citado 19 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
55. Bull FC, Al Ansari SS, Biddle S, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behavior.
56. Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients: The SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*. abril de 1983;24(4):343-9.
57. Radloff LS. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Appl Psychol Meas*. junio de 1977;1(3):385-401.
58. Valdez LAM de O, Medina DAR. Factores de riesgo y protección del suicidio en adultos mayores. *Psicol Salud*. 28 de junio de 2019;29(2):187-94.
59. World Health Organization. Suicide [Internet]. 2021 [citado 12 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
60. Nie Y, Hu Z, Zhu T, Xu H. A Cross-Sectional Study of the Prevalence of and Risk Factors for Suicidal Ideation Among the Elderly in Nursing Homes in Hunan Province, China. *Front Psychiatry* [Internet]. 2020 [citado 12 de julio de 2021];11. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.00339/full>
61. De Leo D, Arnautovska U. Suicidal Behaviour in Older Adults. En: de Mendonça Lima CA, Irbijaro G, editores. *Primary Care Mental Health in Older People: A Global Perspective* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2019 [citado 12 de julio de 2021]. p. 199-210. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-030-10814-4_17
62. Zeppego P, Gattoni E, Mastrangelo M, Gramaglia C, Sarchiapone M. Psychosocial Suicide Prevention Interventions in the Elderly: A Mini-Review of the Literature. *Front Psychol* [Internet]. 2019 [citado 12 de julio de 2021];9. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.02713/full>
63. Harmer B, Lee S, Duong T vi H, Saadabadi A. Suicidal Ideation. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 [citado 30 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565877/>
64. Desalegn GT, Wondie M, Dereje S, Addisu A. Suicide ideation, attempt, and determinants among medical students Northwest Ethiopia: an institution-based cross-sectional study. *Ann Gen Psychiatry*. 9 de agosto de 2020;19(1):44.
65. Echeburúa E. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Ter Psicológica*. julio de 2015;33(2):117-26.
66. Alphs L, Brashear HR, Chappell P, Conwell Y, Dubrava S, Khin NA, et al. Considerations for the assessment of suicidal ideation and behavior in older adults with cognitive decline and dementia. *Alzheimers Dement Transl Res Clin Interv*. 23 de febrero de 2016;2(1):48-59.
67. Aslan M, Hocaoglu C, Bahceci B. Description of suicide ideation among older adults and a psychological profile: a cross-sectional study in Turkey. *Ciênc Saúde Coletiva*. 30 de mayo de 2019;24:1865-74.
68. Schmutte TJ, Wilkinson ST. Suicide in Older Adults With and Without Known Mental Illness: Results From the National Violent Death Reporting System, 2003–2016. *Am J Prev Med*. 1 de abril de 2020;58(4):584-90.

69. Molina Linares II, Mora Marcial GR, Carvajal Herrera A, Marrero Salazar M, García Triana G, Molina Linares II, et al. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida en el adulto mayor. *Medicentro Electrónica*. marzo de 2020;24(1):54-67.
70. Abarca C, Gheza C, Coda C, Elicer B. Revisión de literatura para identificar escalas estandarizadas de evaluación del riesgo suicida en adultos usuarios de atención primaria de salud. *Medwave* [Internet]. 20 de septiembre de 2018 [citado 15 de julio de 2021];18(5). Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/RevisionTemas/7246.act>
71. Fernández SR, Ledo SG, Torregrosa MA. Comportamiento de la polifarmacia: un aspecto a considerar. *Medisur Rev Electrónica Las Cienc Médicas En Cienfuegos*. 2007;5(1):24-7.
72. Serrano BB. Polifarmacia, fragilidad y eventos de salud en mayores [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. Universidad de Castilla-La Mancha; 2016 [citado 19 de julio de 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=110949>
73. Ramirez JAC, Hernandez JPPO, Medina DSM. Polifarmacia y prescripción de medicamentos potencialmente no apropiados en ancianos. *Rev Médica Risaralda* [Internet]. 31 de diciembre de 2015 [citado 19 de julio de 2021];21(2). Disponible en: <https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/12451>
74. Montorio-Cerrato I, Losada-Baltar A. Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional. *Boletín Sobre Envejecimiento Perfiles Tendencias Ministerio de Trabajo y Asunto Sociales*. 2004;13:1-15.
75. Mendoza-Núñez VM, Martínez-Maldonado M de la L, Correa-Muñoz E. Implementation of an active aging model in Mexico for prevention and control of chronic diseases in the elderly. *BMC Geriatr*. 26 de agosto de 2009;9:40.
76. Aguilar-Navarro SG, Reyes-Guerrero J, Borgues G. Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años. *Salud Pública México*. enero de 2007;49:s467-74.
77. Sim MG, Hulse G, Khong E. Alcohol and other drug use in later life. *Aust Fam Physician*. octubre de 2004;33(10):820-4.
78. Turnheim K. Drug therapy in the elderly. *Exp Gerontol*. 1 de noviembre de 2004;39(11-12):1731-8.
79. Brekke M, Hunskaar S, Straand J. Self-reported drug utilization, health, and lifestyle factors among 70–74 year old community dwelling individuals in Western Norway. The Hordaland Health Study (HUSK). *BMC Public Health*. 3 de mayo de 2006;6(1):121.
80. Matheson FI, Sztainert T, Lakman Y, Steele SJ, Ziegler CP, Ferentzy P. Prevention and Treatment of Problem Gambling Among Older Adults: A Scoping Review. *J Gambli Issues* [Internet]. 27 de septiembre de 2018 [citado 30 de noviembre de 2021];39. Disponible en: <https://jgi.camh.net/index.php/jgi/article/view/4018>
81. Guillou Landreat M, Cholet J, Grall Bronnec M, Lalande S, Le Reste JY. Determinants of Gambling Disorders in Elderly People—A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 25 de noviembre de 2019;10:837.
82. Ioannidis K, Hook R, Wickham K, Grant JE, Chamberlain SR. Impulsivity in Gambling Disorder and problem gambling: a meta-analysis. *Neuropsychopharmacology*. julio de 2019;44(8):1354-61.

83. Vander Bilt J, Dodge HH, Pandav R, Shaffer HJ, Ganguli M. Gambling participation and social support among older adults: a longitudinal community study. *J Gambli Stud*. 2004;20(4):373-89.
84. McNeilly DP, Burke WJ. Disposable Time and Disposable Income: Problem Casino Gambling Behavior in Older Adults. *J Clin Geropsychology*. 1 de abril de 2002;8(2):75-85.
85. Tarras J, Singh AJ, Moufakkir O. The Profile and Motivations of Elderly Women Gamblers. *UNLV Gaming Res Rev J* [Internet]. 17 de diciembre de 2012;5(1). Disponible en: <https://digitalscholarship.unlv.edu/grrj/vol5/iss1/3>
86. van der Maas M, Mann RE, McCreedy J, Matheson FI, Turner NE, Hamilton HA, et al. Problem Gambling in a Sample of Older Adult Casino Gamblers: Associations With Gambling Participation and Motivations. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 1 de enero de 2017;30(1):3-10.
87. How safe is social casino gambling for elderly women? *J Public Health Issues Pract* [Internet]. 2018 [citado 30 de noviembre de 2021];2(1). Disponible en: <https://gexinonline.com/archive/journal-of-public-health-issues-and-practices/JPHIP-106>
88. Kennedy JW. Gambling Away the Golden Years [Internet]. *ChristianityToday.com*. [citado 5 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.christianitytoday.com/ct/1999/may24/9t6040.html>
89. Breen RB, Zimmerman M. Rapid Onset of Pathological Gambling in Machine Gamblers. *J Gambli Stud*. 1 de marzo de 2002;18(1):31-43.
90. Katz H. Casino excitement attracts the elderly. *McGill Reporter*. 2000;32(12):1-3.
91. The Marketing of Gambling to the Elderly | Perspectives & Events | Mayer Brown [Internet]. [citado 5 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.mayerbrown.com/en/perspectives-events/publications/1999/01/the-marketing-of-gambling-to-the-elderly>
92. Sher L, Fisher AM, Kelliher CH, Penner JD, Goodman M, Koenigsberg HW, et al. Clinical features and psychiatric comorbidities of borderline personality disorder patients with versus without a history of suicide attempt. *Psychiatry Res*. 30 de diciembre de 2016;246:261-6.
93. McNeilly DP, Burke WJ. Late life gambling: the attitudes and behaviors of older adults. *J Gambli Stud*. 2000;16(4):393-415.
94. Levens S, Dyer AM, Zubritsky C, Knott K, Oslin DW. Gambling among older, primary-care patients: an important public health concern. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry*. enero de 2005;13(1):69-76.
95. Pietrzak RH, Molina CA, Ladd GT, Kerins GJ, Petry NM. Health and psychosocial correlates of disordered gambling in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry*. junio de 2005;13(6):510-9.
96. PhD M, Bazargan-Hejazi S, MD M. Gambling Habits Among Aged African Americans. *Clin Gerontol*. 1 de enero de 2000;22:51-62.
97. Quinn FL. First Do No Harm: What Could Be Done by Casinos to Limit Pathological Gambling. *Manag Decis Econ*. 2001;22(1/3):133-42.
98. National Opinion Research Center. Gambling impact and behavior study: Highlights. [Internet]. 1999. Disponible en: <https://www.norc.org/PDFs/publications/GIBSFinalReportApril1999.pdf>

99. Sánchez Hervas E. Juego patológico: un trastorno emergente. *Trastor Adict.* 1 de abril de 2003;5(2):75-87.
100. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet.* octubre de 2020;396(10258):1204-22.
101. Alarcón R. Desarrollo de una Escala Factorial para Medir la Felicidad. *Rev Interam Psicol J Psychol* [Internet]. 2006 [citado 11 de octubre de 2020];40(1):99-106. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/284/28440110.pdf>
102. Villavicencio MEF, Sanromán RT, Ávila MC, Pérez GG. Evaluación Calidad de Vida Mediante el Whoqol-Bref en Adultos Mayores que Viven en Edificios Multifamiliares en Guadalajara, Jalisco. 2013;15.
103. Maldonado Briegas JJ, Sánchez Iglesias AI, Ballester SG, Vicente Castro F. The Well-Being of the Elderly: Memory and Aging. *Front Psychol* [Internet]. 2020 [citado 1 de septiembre de 2020];11. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.00778/full>
104. Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panam Salud Pública.* junio de 2005;17:307-22.
105. Vázquez C, Hervás G, Rahona J, Gomez D. Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anu Psicol Clínica Salud.* 2009;5:15-28.
106. Ortiz A JB, Castro S M. Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y autoeficacia. *Contribución de enfermería.* *Cienc Enferm.* 2009;XV(1):25-31.
107. Ryff C. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol.* 1989;57(6):1069-1081.
108. Castillo-Carniglia Á, Albala C, Dangour AD, Uauy R. Factores asociados a satisfacción vital en una cohorte de adultos mayores de Santiago, Chile. *Gac Sanit.* octubre de 2012;26(5):414-20.
109. Steverink N. Trajectories of Well-Being in Later Life Trajectories of Well-Being in Later Life Trajectories of Well-Being in Later Life. En 2019.
110. Gale CR, Cooper C, Deary IJ, Sayer AA. Psychological well-being and incident frailty in men and women: the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychol Med.* marzo de 2014;44(4):697-706.
111. Vázquez C, Hervás G, Rahona J, Gómez D. Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anu Psicol Clínica Salud* *Ann Clin Health Psychol.* 2009;5:15-28.
112. Romero A, Brustad R, García A. Bienestar psicológico y su uso en la psicología del ejercicio, la actividad física y el deporte. *Rev Iberoam Psicol Ejerc El Deporte.* 2007;2(2):31-52.
113. Chei CL, Lee JML, Ma S, Malhotra R. Happy older people live longer. *Age Ageing.* 1 de noviembre de 2018;47(6):860-6.

114. Shah SA, Safian N, Ahmad S, Wan Ibadullah WAH, Mohammad ZB, Nurumal SR, et al. Factors Associated with Happiness among Malaysian Elderly. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 6 de abril de 2021 [citado 15 de julio de 2021];18(7). Disponible en: <http://ez.uosario.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=33917528&lang=es&site=eds-live&scope=site>
115. Zhang X, Huang S, Jing L, Liu Z, Wang X, Li L. Factors influencing happiness in the elderly based on the Anderson mode [Internet]. 2020 [citado 15 de julio de 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-18315/v2>
116. Steptoe A. Happiness and Health. *Annu Rev Public Health.* 2019;40(1):339-59.
117. Nations U. Día Internacional de la Felicidad | Naciones Unidas [Internet]. United Nations. United Nations; [citado 19 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.un.org/es/observances/happiness-day>
118. Organización de las Naciones Unidas [Internet]. Disponible en: <https://happiness-report.s3.amazonaws.com/2020/WHR20.pdf>
119. (9) (PDF) La idea de la felicidad [Internet]. [citado 19 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/279237093_La_idea_de_la_felicidad
120. Barrios MVÁ, Villarroel MS. Validez y confiabilidad de la Escala de Felicidad de Lima en adultos mayores venezolanos. *Univ Psychol.* 2012;11(2):381-93.
121. Ormaza-Mejía P. Educación: Orientación Vocacional y Profesional, garantía de derechos y construcción de proyectos de vida. *Rev Cienc Unemi.* 2019;12(30):87-102.
122. A DC, G HBA. Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2005 [citado 5 de septiembre de 2021];23(1). Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/521>
123. Rojo-Perez F, Fernandez-Mayoralas G, Delgado Sanz M, Ahmed.Mohamed K, Martinez-Martin P. Población mayor, Calidad de Vida y redes de apoyo: demanda y prestación de cuidados en el seno familiar. Madrid; 2009. (Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación).
124. Estrada A, Cardona D, Segura ÁM, Chavarriaga LM, Ordóñez J, Osorio JJ. Quality of life in institutionalized elderly people of Medellín. *Biomédica.* 2011;31(4):492-502.
125. Nequiz Jasso JM, Munguía Gómez A, Izquierdo Barrera EA. Percepción de la calidad de vida en el adulto mayor que acude a la clínica universitaria reforma. *Rev Enferm Neurológica.* 31 de diciembre de 2017;16(3):167-75.
126. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc Enferm.* diciembre de 2003;9(2):09-21.
127. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *An Fac Med.* 28 de febrero de 2013;68(3):284.
128. Estrada A, Cardona D, Segura ÁM, Chavarriaga LM, Ordóñez J, Osorio JJ. Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica.* 30 de junio de 2011;31(4):492.

Este libro se terminó de imprimir en julio de 2022.
Para la formación de textos se utilizaron fuentes
de la familia tipográfica Garamond, diseñada por
Claude Garamond.