

CALIDAD DE VIDA EN ASISTENTES A UN PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN BOGOTÁ, COLOMBIA

QUALITY OF LIFE IN ASSISTANTS TO A PHYSICAL ACTIVITY PROGRAM IN BOGOTA, COLOMBIA

Recibido el 22 de marzo de 2021 / Aceptado el 10 de junio de 2021 / DOI: 10.24310/riccafd.2021.v10i2.12210

Correspondencia: Isabel Adriana Sánchez Rojas. isabel.sanchez@usantotomas.edu.co

Jiménez-Gómez, S^{1BCA}; Sánchez-Rojas, IA^{2ABC}; Castro-Jiménez, LE^{3CD}; Rubiano-Espinosa, OF^{4ABEF}; Carrillo-Ramírez, CE^{5BD}; Garavito-Peña, FR^{6BC}; Barrera-Cobos, NF^{7CD}

¹Jiménez-Gómez, S. Universidad Santo Tomás, Colombia, samueljimenez@usantotomas.edu.co

²Sánchez-Rojas, IA. Universidad Santo Tomás, Colombia, isabel.sanchez@usantotomas.edu.co

³Castro-Jiménez, LE. Universidad Santo Tomás, Colombia, Laura.castro@usantotomas.edu.co

⁴Rubiano-Espinosa, OF. Instituto Distrital de Recreación y Deporte, Colombia, isiorubiano@yahoo.es

⁵Carrillo-Ramírez, CE. Universidad Santo Tomás, Colombia, cristiancarrillo@usantotomas.edu.co

⁶Garavito-Peña, FR. Universidad Santo Tomás, Colombia, felipegaravito@usantotomas.edu.co

⁷Barrera-Cobos, NF. Universidad Distrital Francisco José de Caldas, Colombia, nubiafarid50@gmail.com

Responsabilidades

^ADiseño de la investigación. ^BRecolector de datos. ^CRedactor del trabajo. ^DTratamiento estadístico. ^EApoyo económico. ^FIdea original y coordinador de toda la investigación

■ RESUMEN

El aumento de Enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos mayores es un reto en salud pública a nivel mundial, por lo que las acciones que se hagan para prevenir o mitigar estas son necesarias para mejorar la salud de la población sino la calidad de vida. El objetivo se centró en evaluar la calidad de vida en las usuarias que asisten de manera regular al programa de Recreovía. Estudio no experimental con diseño descriptivo de corte transversal, realizado en 280 mujeres adultas con una edad promedio de 56.71 ± 10.79 años, habitantes de la ciudad de Bogotá, que asisten 3 veces por semana al programa de Recreovía. Se evaluó la calidad de vida con el WHOQOL-BREF. Se encontró relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y el estrato socioeconómico ($p=0.002$), entre la calidad de vida y la salud física ($p<0.001$) y la calidad de vida e Hipertensión ($p=0.003$). La percepción de calidad de vida fue ponderada como buena de acuerdo con lo referido por las participantes; al existir relación entre determinantes intermedios



y estructurales, alienta a tomadores de decisión que las acciones en la población deben trascender más allá de programas colectivos, sino que afecten las condiciones de vida y salud de la población.

■ PALABRAS CLAVE

calidad de vida; enfermedades cardiovasculares; aptitud física (fuente: DeSC BIREME).

■ ABSTRACT

The rise of chronic noncommunicable diseases in older adults is a global public health challenge, so actions to prevent or mitigate them are necessary to improve population health but quality of life. The objective focused on and rated the quality of life in users who regularly attend the Recreovía program. Non-experimental study with descriptive cross-sectional design, conducted in 280 adult women with an average age of 56.71 ± 10.79 years, inhabitants of the city of Bogotá, who attend the Recreovía program 3 times a week. Quality of life was evaluated with WHOQOL-BREF. A statistically significant relationship was found between quality of life and socioeconomic stratum ($p=0,002$), between quality of life and physical health ($p<0,001$) and quality of life and hypertension ($p=0,003$). The perception of quality of life was weighted as good as referred to by the participants; as there is a relationship between intermediate and structural determinants, it encourages decision-making that actions in the population must transcend beyond collective programmes but affect the living and health conditions of the population.

■ KEY WORDS

quality of life, cardiovascular disease, physical fitness (source: DeSC BIREME)

■ INTRODUCCIÓN

En la actualidad en Colombia se está presentando cambios demográficos importantes, en los que se observa la ampliación del envejecimiento de la población, con un aumento del 50% del volumen de personas que comprende entre 50-60 y más de 80 años en comparación con los índices obtenidos durante el periodo 2000-2010¹, todo esto dado por diferentes fenómenos explicados por el Ministerio de salud de Colombia (Minsalud) el cual menciona que los cambios de la mortalidad y la fecundidad



generados por las dinámicas que se dan a nivel estructural como las políticas macroeconómicas y sociales en relación con el trabajo, la salud, el mercado, la vivienda, la educación y bienestar social, entre otros², han repercutido en la pirámides poblacionales en las que se observa una reducción permanente de la población joven (infantil y adolescente) y aumento del número de personas mayores³. En este sentido, se espera que la población de 60 años o más, tenga un porcentaje de crecimiento de 3.18% por año, determinando que para el 2020 este valor aumente hasta el 3.76%^{1,3}, generando preocupación a nivel estatal, por ser un problema de salud pública.

Convirtiéndose para el estado en una prioridad la atención de la población envejecida, siendo la salud un pilar importante por el aumento que existe en la aparición de enfermedades que se agravan debido a factores ambientales, de transición epidemiológica, demográficos y socioeconómicos⁴. En los estudios reportados a nivel nacional se encuentra que la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y las enfermedades cardíacas son las más frecuentes en los adultos mayores^{5,6,7}.

Por otro lado, realizando un análisis desde los determinantes sociales de la salud se evidencia entre los determinantes intermedios que el sistema de salud colombiano presenta déficit en la atención de los usuarios debido al aumento en la demanda de servicios de salud lo cual tiende a aumentar por el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles⁸. En un estudio realizado en Colombia se reporta que el 65,51% (455.441.354) de las consultas por ECNT se dieron a 40.731.239 personas, para una razón de 11 atenciones por persona¹, así mismo se indica que la primera causa de atención para los adultos mayores fue el 2016 por ECNT generando el 81,61% de la demanda y una razón de 20 atenciones por persona algo bastante alto en comparación a edades inferiores donde este mismo presenta valores de 70.60% (27 a 59 años) y de 56.59 (14 a 26 años)⁹.

Se ha encontrado una relación directa en los determinantes intermedios y particulares de la salud¹⁰ con la calidad de vida de la población, y si sumado a esto se encuentra la presencia de una ECNT el impacto en la calidad de vida es mayor^{11,12,13}, razón por la cual se ha utilizado la calidad de vida como un indicador aceptable para conocer las condiciones de la población en general. En este sentido las acciones que se realicen para mejorar los determinantes intermedios y particulares de la salud van a contribuir a mejorar no solo la salud de la población sino su calidad de vida^{14,15}.

Ahora bien, si se revisa los determinantes particulares se encuentra que la salud está asociada a los comportamientos de los individuos llamados estilos de vida¹⁶, en donde las acciones para mejorar las condiciones



de salud se deben centrar no en la naturaleza de la enfermedad, sino en la modificación de la conducta y de variables socioculturales de la población. Entre las conductas modificables en el estilo de vida se encuentra la inactividad física, en Colombia se ha reportado que el 52% de la población no realiza actividad física y solo el 35% indica realizar actividad física con una frecuencia de una vez a la semana¹⁷, siendo este último porcentaje insuficiente de acuerdo con los valores recomendados por parte de la OMS, con el fin de prevenir cualquier enfermedad y tener un estado óptimo de salud.

En busca de contrarrestar aquellas conductas modificables, surge en Bogotá un programa del IDR (Instituto distrital de recreación y deporte) denominado Recreovía, el cual nace en 1995, con el objetivo de brindar diferentes actividades físicas (la mayoría de ellas musicalizadas), que favorezcan la condición física a partir de un trabajo integral con los usuarios con fines claros desde el componente de salud enfocados a la reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares¹⁸. Este tipo de actividades se realizan en diferentes puntos o localidades de la ciudad, a fin de garantizar la comodidad y seguridad de los participantes contribuyendo a la mejora de la calidad de vida de cada uno de los participantes.

Es por ello que el objetivo del presente artículo es evaluar la calidad de vida en las usuarias que asisten de manera regular al programa de Recreovía, con el fin de identificar aquellos factores que pueden incidir en la optimización o deterioro de este aspecto fundamental con el fin de que sea este el escenario que permita generar recomendaciones que impacten y se ajusten a las recomendaciones mundiales ya dadas y así garanticen la promoción de la salud y prevención de la enfermedad de manera más asertiva.

■ MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y muestra

Estudio no experimental con diseño descriptivo de corte transversal, realizado en 280 mujeres adultas con una edad promedio de 56.71 ± 10.79 años, habitantes de la ciudad de Bogotá, que asisten 3 veces por semana al programa de Recreovía desarrollado por el Instituto Distrital de Recreación y Deporte IDR en Bogotá, Colombia. Mediante un muestreo probabilístico estratificado se calculó el tamaño muestral con un nivel de confianza de 95% y una precisión de 5%; posteriormente, se invitó a participar de manera voluntaria a las usuarias del programa pertenecientes a diferentes localidades de la ciudad.



Procedimiento

Inicialmente se convocó a las personas que asisten a los puntos de actividad física del programa, donde fueron explicados los beneficios y riesgos que conllevaba su participación a la vez que se explicaron los instrumentos de recolección de la información como consentimiento informado, normas de protección de datos personales y cuestionario de calidad de vida.

Instrumentos

La calidad de vida de la población fue evaluada mediante el World Health Organization Quality of Life version breve (WHOQOL-BREF)¹⁸, el cual es un cuestionario diseñado para sujetos sin importar las diferencias entre las culturas de diferentes países. Es una versión corta con 26 reactivos agrupados en 4 dimensiones destinadas a conocer el perfil de la calidad de vida los cuales son salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. El cuestionario se realizó de manera auto administrada siempre y cuando el individuo no presentará dificultades de lectura que le impidieran desarrollarlo de manera autónoma; en el caso en que los usuarios tuvieran dificultades para el diligenciamiento de la información, el cuestionario les fue leído pero el sujeto respondió bajo su concepto.

Adicionalmente, se les realizó una encuesta donde se tomaron datos sociodemográficos donde se vincularon aspectos como: nivel educativo, estrato socioeconómico y estado civil; por otro lado, se analizaron aspectos antropométricos básicos como: peso, talla, índice cintura/talla con el fin de establecer bajo este marcador el nivel de riesgo cardiovascular presente en los usuarios.

Análisis estadístico

Para el análisis de la información se utilizó el programa IBM SPSS® en su versión 26 para Windows; a través de este se calcularon los datos cualitativos de la información recolectada los cuales se muestran en porcentajes relativos y absolutos; adicionalmente, se empleó prueba de chi-cuadrado con el fin de establecer la correlación de variables siendo la calidad de vida el eje central del análisis.

Aspectos éticos

Se contó con el aval del comité de ética proporcionado por la Universidad Santo Tomás en el acta número 21 de 2019. Cada participante fue



informado respecto al objetivo del estudio y firmaron el consentimiento informado considerando las pautas éticas y normativas de la Declaración de Helsinki, 1961²⁰, en la cual se establece la normatividad ética y de rigor frente a los procesos investigativos en seres humanos, así como la resolución 8430 de 1993 mediante la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en Salud en Colombia. De igual forma, se determina con base en la resolución 8430 de 1993, la cual en el título II, capítulo 1, el artículo 11 que el estudio presenta un riesgo mínimo para los participantes en los procedimientos establecidos²¹.

■ RESULTADOS

A continuación, se presentan los datos descriptivos más importantes relacionados con la variable calidad de vida, así como la correlación de estos con los determinantes sociodemográficos y de la condición de salud. De acuerdo con la correlación entre calidad de vida y estado civil se puede observar que el mayor porcentaje de la población se encuentra en unión libre, seguida de la población viuda y la población de mujeres casadas. Este comportamiento fue evidente en las personas que evaluaron su calidad de vida como buena.

En cuanto al nivel educativo, puede observarse que el 19,6% (55 sujetos), de la población adulta mayor asistente al programa Recreovía cuentan con un nivel educativo de formación en educación básica secundaria completa mientras que solo el 1,7% (5 sujetos) asistieron a la escuela básica primaria pero no completaron sus estudios, siendo estas últimas personas quienes evaluaron su calidad de vida como mala. En cuanto al estrato socioeconómico, el 43% de la población (121 sujetos) con percepción buena de su calidad de vida, se encuentran entre los estratos 3 y 4 contra un 1,4% que se ubican en el estrato 1.

Al evaluar el índice cintura/talla (ICT), como variable que indica la potencialidad de padecer riesgo cardiovascular, se encontró como aspecto interesante, que el 51,4% de la población con percepción de una buena calidad de vida, presentó valores de ICT elevados los cuales representan un alto riesgo para el padecimiento de factores de riesgo y enfermedades cardiovasculares. Finalmente, el 83,5% de la población con percepción buena de su calidad de vida, manifestó tener una salud física de óptima o buena lo cual es importante considerar, dado que una salud física buena infiere directamente con los paradigmas de calidad de vida que asume la población participante.

De acuerdo con lo anterior, se pudo determinar que la calidad de vida tuvo relación con los determinantes de salud de tipo particular dado que estos abarcan la condición de salud reportada por los sujetos; de



igual manera, la calidad de vida tuvo relación directa con determinantes estructurales los involucran el estrato socioeconómico, el contexto y posición socioeconómica de la población. Estos factores son de gran impacto puesto que se relacionan con las condiciones de bienestar percibidas por los individuos y en cierta medida, su comprensión permite tomar decisiones frente a posibles intervenciones a realizar en la comunidad²².

Para evaluar la posible correlación existente entre calidad de vida y los determinantes sociodemográficos (estado civil, nivel educativo, estrato socioeconómico) y condiciones de salud (clasificación ICT y clasificación de salud física) se empleó una prueba de chi-cuadrado con un valor $p < 0,05$ para establecer diferencias estadísticamente significativas. En este análisis se encontró que no existía correlación estadísticamente significativa ($p=0,863$) entre el estado civil y la calidad de vida. Así mismo, no se encontró relación estadística significativa entre el nivel educativo y la calidad de vida ($p=0,73$), y entre la calidad de vida y la clasificación ICT ($p=0,378$) (ver tabla 1). Por otra parte, se encontró relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y el estrato socioeconómico ($p=0,002$), y entre la calidad de vida y la salud física ($p < 0,001$).

Tabla 1: Correlación de calidad de vida con determinantes sociodemográficos y de condición de salud

Variable	Baja		Regular		Buena		Sig. p=	
	n=	%	n=	%	n=	%		
Estado civil	Soltero (a)	5	9,4%	0	0,0%	48	90,6%	0,863
	Casado (a)	9	8,8%	0	0,0%	93	91,2%	
	Divorciado (a)	6	12,5%	0	0,0%	42	87,5%	
	Viudo (a)	2	8,3%	0	0,0%	22	91,7%	
	Unión Libre	6	12,5%	0	0,0%	47	94,0%	



Variable		Baja		Regular		Buena		Sig.
		n=	%	n=	%	n=	%	p=
Nivel educativo	Básica primaria incompleta	5	25,0%	0	0,0%	15	75,0%	0,73
	Básica primaria completa	4	17,4%	0	0,0%	19	82,6%	
	Básica secundaria incompleta	7	11,1%	0	0,0%	48	88,9%	
	Básica secundaria completa	7	11,3%	0	0,0%	55	88,7%	
	Media incompleta	0	0,0%	0	0,0%	24	100%	
	Media completa	2	4,4%	0	0,0%	43	95,6%	
	Universitario	4	6,0%	0	0,0%	47	94,0%	
Estrato socioeconómico	0	0	0,0%	0	0,0%	1	100%	0,002*
	1	4	40,0%	0	0,0%	6	60,0%	
	2	12	9,1%	0	0,0%	121	90,9%	
	3	4	3,3%	0	0,0%	118	96,7%	
	4	1	7,2%	0	0,0%	13	92,8%	
Clasificación ICT	Riesgo mínimo	7	12,1%	0	0,0%	51	87,9%	0,378
	Riesgo moderado	10	16,4%	0	0,0%	51	83,6%	
	Riesgo alto	17	10,6%	0	0,0%	144	89,4%	
Clasificación salud física	Baja	8	100%	0	0,0%	0	0,0%	0,001*
	Regular	5	25,0%	0	0,0%	15	75,0%	
	Buena	13	5,2%	0	0,0%	239	94,8%	

Fuente: elaboración propia

Tabla 2: Calidad de vida vs. Condición propia de salud (n=280)

Condición de salud	Calidad de vida						Sig. p=
	Baja		Regular		Buena		
	n=	%	n=	%	n=	%	
Problemas cardiacos	1	0,3%	0	0%	19	6,7%	0,812
Hipertensión	13	4,6%	0	0%	62	22,1%	0,003*
Diabetes	3	1,0%	0	0%	24	8,5%	0,406
Colesterol elevado	10	3,5%	0	0%	102	36,4%	0,506
Triglicéridos elevados	6	2,1%	0	0%	62	22,1%	0,538
Enfermedad periodontal	2	0,7%	0	0%	20	7,1%	0,564



Condición de salud	Calidad de vida						Sig. p=
	Baja		Regular		Buena		
	n=	%	n=	%	n=	%	
Enfermedades pulmonares	3	1,0%	0	0%	9	3,2%	0,064
Cáncer	3	1,0%	0	0%	12	4,2%	0,128
Enfermedades endocrinas y metabólicas	4	1,4%	0	0%	25	8,9%	0,227
Enfermedades renales	1	0,3%	0	0%	10	3,5%	0,632
Enfermedades autoinmunes	0	0,0%	0	0%	5	1,7%	0,661

Fuente: elaboración propia

De acuerdo con la información presentada en la tabla 2, se puede evidenciar que el mayor porcentaje de enfermedades encontradas, fueron referidas por aquellas personas cuya percepción de la calidad de vida fue buena; de acuerdo con los datos obtenidos, se puede identificar que las enfermedades de mayor prevalencia en la población evaluada están relacionadas con la presencia de hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e hipertensión arterial siendo estas tres entidades marcadores muy importantes al momento de determinar riesgo cardiovascular. Sin embargo, se pudo establecer una significancia estadística importante con enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión.

■ DISCUSIÓN

El presente estudio, tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida de las usuarias que asisten al programa de actividad física Recreovía de la ciudad de Bogotá, Colombia, con la intención de determinar aquellos componentes o características que puedan afectar este aspecto y así poder brindar herramientas a las entidades encargadas o interesados para poder abordar de manera más eficaz esta población.

De acuerdo con lo anterior, en los resultados obtenidos no se evidenció una significancia estadística entre el nivel educativo y la calidad de vida manifiesta por las usuarias, dado que un porcentaje importante de las participantes tenían como parte de su formación el haber accedido a la educación media y universitaria de manera completa; no obstante, no se puede desconocer el impacto que tendría el acceso a un nivel educativo idóneo, sobre la percepción de calidad de vida en los sujetos. Esto podría ser visionado a partir de dos escenarios: el primero de ellos estaría relacionado con el sistema educativo desde sus diferentes niveles, puesto que el mismo fomenta los buenos hábitos de vida y la salud, donde



se tiene como objetivo principal colaborar con el desarrollo integral y armónico de las personas, promoviendo conductas saludables mediante la educación para la salud que contempla la constitución Colombiana²³; bajo este supuesto se puede decir, que entre mayor acceso se tenga a la educación mayores serán los espacios y actividades en los cuales puedan participar dichos sujetos²⁴, ocasionando que en la medida en que el acceso al recurso educativo se optimice, mayor será la actualización de las capacidades de elección de los individuos, lo cual favorece la igualdad en la relación de oportunidades y el acceso a recursos que eleven su autonomía²⁵. El impacto de la educación incide de manera directamente proporcional en la calidad de vida de la población de adultos mayores, ya que la misma se convierte en un elemento necesario para generar estrategias de promoción y prevención y refuerza aspectos esenciales como la seguridad socioeconómica, la independencia y el apoyo social, que para el adulto mayor representan el 97% de lo que consideran como una buena calidad de vida²⁶.

El segundo escenario es aquel en el cual las personas cuyo nivel de educación es óptimo; en este contexto es más fácil comprender que elementos como el autocuidado son indispensables y regulan el alto costo económico que supone la atención de los problemas de salud contrarrestando la poca disposición que se tiene para acceder a los servicios asistenciales^{27,28}, a pesar de la necesidad que presentan los sujetos con mayor o menor escolaridad.

Por otro lado, se obtuvo una correlación estadísticamente significativa entre el estrato socioeconómico y la calidad de vida; aquí se puede establecer que, con base en los lineamientos derivados de la constitución nacional, es el estado quien deber ser garante y dar respuesta a las necesidades básicas de la población. Sin embargo, el acceso y abastecimiento de estas necesidades fundamentales es mejor percibida en individuos cuyo estrato se encuentra en los niveles 3 y 4. No obstante, además de las necesidades básicas se deben contemplar aspectos de orden contextual que de manera importante, impactan en la condición de salud y calidad de vida de las usuarias; aspectos como el entorno, la susceptibilidad del lugar donde se habita a desastres naturales, la presencia de un alto volumen de comercio en cercanías a la zona residencial, el número de animales sin hogar y la eficiencia de los sistemas de acueducto, alcantarillado y recolección de basuras entre otros, pueden conducir de no ser efectivos a procesos químicos y fisiológicos que incrementarían la susceptibilidad de las personas a las enfermedades de todo tipo^{29,30}.

Otro punto que sustenta lo anterior es que la calidad de vida del ser humano está determinada por la forma en que pueden adquirir bienes o servicios, ya que comúnmente los adultos (mujeres y hombres), que



reflejan alto grado de insatisfacción con los ingresos y patrimonio con los que cuentan, presentan índices menores de buenos hábitos de vida que dan como resultado una peor calidad de vida percibida a diferencia de aquellos que tiene mejores porcentajes de satisfacción desde el aspecto socioeconómico³¹.

Adicionalmente, se observó una correlación significativa entre la condición de salud y la calidad de vida lo cual está asociado al bienestar físico, mental y social que experimentan las personas cuando no presentan patologías o son mitigadas por medio de estrategias como el ejercicio físico; esto puede estar asociado a la comprensión que tiene la población sobre lo que significa y representa la calidad y que este concepto va más allá de solo analizar el impacto que genera la enfermedad o el tratamiento de la misma en el bienestar percibido por el paciente; estudios muy estructurados ha determinado que la calidad de vida debería verse como la modificación que le asigna el sujeto a su tiempo de sobrevivencia, sus limitaciones físicas, su enfermedad, el tratamiento de las enfermedades, las oportunidades o limitaciones sociales y cómo el sistema y las políticas de salud impactan todo este proceso³².

Sin embargo, cuando se asocia calidad de vida en concordancia con la condición de salud, es necesario comprender la correlación entre las dos variables. Si bien es cierto, la calidad de vida involucra un conjunto de aspectos y percepciones que abarcan múltiples esferas del ser humano, la condición de salud retoma esas percepciones en el individuo y las asocia con el ciclo vital que cursa el sujeto, la fase de la enfermedad, las afectaciones generadas a nivel psicológico, social, físico e incluye factores culturales que deben ser tenidos en cuenta como ejes transversales en el análisis³³.

Es por ello, que se reconoce que de acuerdo con la dinámica que se genere en la condición de salud del sujeto y los aspectos que la enmarcan existirá un efecto que incidirá en la percepción de calidad de vida; sin embargo, los procesos de adaptación a los contextos conllevan de igual forma a modulaciones en los juicios de valor, en los hábitos, comportamientos, relaciones sociales y con su entorno con los cuales el sujeto interactúa.

En este caso las usuarias de Recreovía a la hora de realizar actividad física, afectan estos tres indicadores. El primero de ellos (el físico), debido a los beneficios que conlleva el ejecutar ejercicios de manera controlada, dosificada y que al ser realizados de forma regular se convierten en parte de los mecanismos de prevención, mitigando la aparición de muchas enfermedades que perjudican a todas las personas en su vida cotidiana³⁴; esto desencadena que procesos hormonales y



mentales en el cuerpo humano³³, aumentando la producción de enzimas beneficiosas como las endorfinas, serotonina, dopamina entre otras, concediendo un estado de calma y prosperidad mental, además de generar beneficios como: incremento del flujo sanguíneo cerebral, aumento de la disponibilidad de neurotransmisores, neurogénesis y plasticidad neuronal³⁴, de ahí la importancia de que se cumplan los valores de actividad física recomendada por la OMS, ya que las pérdidas corporales intrínsecas de la edad, no se darán con misma velocidad sobre aquellos que no la realizan^{35,36}, produciendo que este tipo de población pueda interactuar de manera más eficaz con el ambiente y personas que lo rodean, siendo un miembro activo social, que de alguna manera u otra experimentará el placer y felicidad de tener una buena calidad de vida.

Diversos estudios han demostrado que la realización de actividad física incluso en intensidades ligeras ha mostrado asociaciones importantes en la calidad de vida relacionada con la salud en personas inactivas o sedentarias sin que exista incidencia de factores como los sociodemográficos o clínicos³⁷. Por otra parte, se afirma que en la medida en que se incremente el sedentarismo existirá una disminución significativa en la percepción de la salud y la función física^{38, 39}.

Finalmente, la medición de la calidad de vida relacionada con la salud y su relación con la práctica de actividad física, ha sido demostrada en diversos estudios donde se han analizado los resultados obtenidos a la luz de diversas intervenciones encontrando en gran parte de ellos, respuestas significativas dentro de las cuales se destacan: el incremento notable en la percepción de la salud, la mejora del estado de físico a partir del progreso en los resultados de las variables relacionadas con la condición física, la optimización de aspectos relacionados con el bienestar mental en adultos mayores y en usuarios con enfermedades crónicas no transmisibles^{40,41,42,43}.

■ LIMITACIONES Y CAMINOS FUTUROS

Dentro de las limitaciones de la investigación, se encontró que el acceso a la población es uno de los factores determinantes, para que estos estudios puedan contar con una participación más representativa, adicionalmente, el tiempo y las múltiples ocupaciones de las usuarias impiden el abordaje e intervención, lo que debe ser considerado ya que este tipo de programas se convierten en espacios de sensibilización respecto a hábitos de vida saludable.



■ REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gaviria Uribe, A., Dávila, C., Correa, E., Burgos, L. F., Girón, B. C., & Vargas, S. L. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2016. Minist Salud y Protección Soc, 2016, 1-163. [citado el 27 de febrero 2020] disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>
2. Minsalud. Envejecimiento demográfico, Colombia 1951-2020 Dinámica demográfica y estructuras poblacionales. 2013. [citado el 27 de febrero 2020] disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>
3. OMS. Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. Paho. 2013 [citado el 27 de febrero 2020] disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf>
4. Lozano, H. B. Estructura y dinámica de la población del departamento del Cauca y de Colombia. 1938-2025. Un análisis comparativo. El hombre y la máquina. 2005 (24), 72-91. [Citado el 27 de febrero 2020] disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/478/47812408007.pdf>
5. Vidarte-Claros, J. A., Vélez-Álvarez, C., & Parra-Sánchez, J. H. Niveles de sedentarismo en población de 18 a 60 años. Manizales, Colombia. Revista de Salud Pública. 2012, (14), 417-428. [Citado el 27 de febrero 2020] disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642012000300005&script=sci_abstract&tlng=es
6. Durán, A., Valderrama, L., Uribe, A. F., González, A., & Molina, J. M. Enfermedad crónica en adultos mayores. Universitas Médica. 2010. 51(1), 16-28. [Citado el 27 de febrero 2020] disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018676003.pdf>
7. Uribe, C. V. C., & Palacio, L. M. A. Enfermedades crónicas no transmisibles. Es tiempo de pensar en ellas. Salud Uninorte. 2010. 26(2), vii-ix. [Citado el 27 de febrero 2020] disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n2/v26n2a01.pdf>
8. Muñoz, C. C., Arango, D. C., Cardona, A. M. S., & Duque, M. O. G. Factores físicos y mentales asociados con la capacidad funcional del adulto mayor, Departamento de Antioquia, 2012. Revista de Salud Pública. 2016. 18(2), 165-178. [Citado el 27 de febrero 2020] disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v18n2/v18n2a02.pdf>
9. Gallardo Solarte, K., Benavides Acosta, F. P., & Rosales Jiménez, R. Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana. Revista Ciencias de la Salud. 2016. 14(1), 103-114. [Citado el 27 de febrero 2020] disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v14n1/v14n1a10.pdf>



10. García-Ramírez, J. A., & Vélez-Álvarez, C. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas. *Revista de Salud Pública*. 2013. 15, 731-742. [Citado el 27 de febrero 2020] disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n5/v15n5a09.pdf>
11. Durán-Montes, L. A., Cisneros-Sandoval, F. J., & Gutiérrez-Román, E. A. Calidad de vida en enfermedad pulmonar obstructiva crónica: experiencia de un hospital del occidente, México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2015. 53(3), 380-385. [Citado el 28 de febrero 2020] disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=58498>
12. Alpi, S. V., & Quiceno, J. M. Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 6(1). 2012. 123-136. [Citado el 28 de febrero 2020] disponible en: <https://search.proquest.com/openview/5201425b8a21f5c8db6b565b7fb5042e/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2042729>
13. Hincapié-Zapata, M. E., Suárez-Escudero, J. C., Pineda-Tamayo, R., & Anaya, J. M. Calidad de vida en esclerosis múltiple y otras enfermedades crónicas autoinmunes y no autoinmunes. *Revista de Neurología*. 2009. 48(5), 225-230. [Citado el 28 de febrero 2020] disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2008288>
14. De la Cuerda, R. C., Diego, I. M. A., Martín, J. J. A., Sánchez, A. M., & Page, J. C. M. Programas de rehabilitación cardíaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual. *Revista Española de Cardiología*. 2012. 65(1), 72-79. [Citado el 28 de febrero 2020] disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-programas-rehabilitacion-cardiaca-calidad-vida-articulo-S0300893211006968>
15. Faria, H. T. G., Veras, V. S., da Franca Xavier, A. T., de Souza Teixeira, C. R., Zanetti, M. L., & dos Santos, M. A. Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2013, 47(2), 348-354. [Citado el 28 de febrero 2020] disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200011&lng=pt&nrm=iso
16. Vinaccia, S., & Orozco, L. M. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*. 2005. 1(2), 125-137. [Citado el 28 de febrero 2020] disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982005000200002
17. Vidarte-Claros, J. A., Vélez-Álvarez, C., & Parra-Sánchez, J. H. Niveles de sedentarismo en población de 18 a 60 años. Manizales, Colombia. *Revista de Salud Pública*. 2012. 14, 417-428. [Citado el 28 de febrero 2020] disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642012000300005&script=sci_abstract&tlng=es
18. Instituto distrital de recreación y deporte. *Reseña histórica*. IDRD. 2017. [Citado el 28 de febrero 2020] disponible en: <https://www.idrd.gov.co/resena-historica-0>



19. Cardona, J., Higuera, L. Aplicación de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Rev. Cubana de Salud Pública*. 2014, 40(2): 175-189
20. Declaración de Helsinki. [internet]. 1961. [citado febrero 22 de 2020]. Disponible en: www.wma.net/es/20activities/10ethics/10helsinki/
21. Ministerios de Salud. Resolución 8430 de 1993. [citado mayo 23 de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>.
22. García, J.A., Vélez, C. Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales, Colombia. *Rev. Cubana de Salud Pública*. 2017, 43(2):191-203.
23. Catalán, V. G. Salud, educación y calidad de vida. Cooperativa Editorial Magisterio. 1998. [citado febrero 22 de 2020].
24. Vásquez, F., Gabalán, J., Isáziga, C. Relación entre calidad de vida y calidad educativa. Análisis por regiones geopolíticas colombianas. *Rev. Economía y administración*. 2013, 10(1): 70-82.
25. Vincezi, A., Tudesco, F. La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad. *Rev. Iberoamericana de Educación*. 2009. 49(7): 1-12.
26. Cardona, D., Estrada, A., & Agudelo, H. B. Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Biomédica*. 2006, 26(2), 206-215. [Citado febrero 22 de 2020]. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/1410>
27. Vargas-Lorenzo, I., Vázquez-Navarrete, M. L., & Mogollón-Pérez, A. S. Acceso a la atención en salud en Colombia. *Revista de salud pública*, 2010. 12, 701-712. [Citado febrero 22 de 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642010000500001&script=sci_abstract&tlng=es
28. Quintero Cruz, M. V., Figueroa Solano, N., García Puello, F., & Suárez Villa, M. Educación sanitaria para la calidad de vida y empoderamiento de la salud de personas mayores. *Gerokomos*, 2017. 28(1), 9-14. [citado febrero 22 de 2020]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n1/1134-928X-geroko-28-01-00009.pdf>
29. Ramírez, J. A. G., & Álvarez, C. V. Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales. Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2017. 43, 191-203. [Citado el febrero 22] disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/746>
30. Carreño, F. M. S., & Rosales, L. D. (2019). Evaluación de estrés en la generación de enfermedades laborales. *Espirales Revista Multidisciplinaria de investigación*, 3(30).



31. Cardona, D., & Agudelo, H. B. Satisfacción personal como componente de la calidad de vida de los adultos de Medellín. *Revista de Salud pública*, 2007. 9, 541-549. [Citado el febrero 22] disponible en: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000400006
32. Calle Palacios, A. M. Actividad Física como Hábito de Vida Saludable en el Adulto Febreror de la Caja de Compensación Familiar "Cofrem" de la Ciudad de Villavicencio. 2020. [Citado febrero 22] disponible en: <https://repositorio.unillanos.edu.co/bitstream/001/1627/1/ACTIVIDAD%20FISICA%20COMO%20HABITO%20DE%20VIDA%20SALUDABLE%20EN%20EL%20ADULTO%20MAYOR%20DE%20LA%20CAJA%20DE%20COMPENSACION%20FAMILIAR%20COFREM%20DE%20LA%20CIUDAD%20DE%20VILLAVICENCIO.pdf>
33. Uribe, D. R., Guzmán, C. S., Marambio, M. M., & Harrington, M. V. Ejercicio físico y su influencia en los procesos cognitivos. *Revista Motricidad y Persona*, 2013. (13), 69-74. [Citado el febrero 22] disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4736022.pdf>
34. OMS. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 2020.
35. Jiménez Oviedo, Y., Núñez, M., & Coto, E. La actividad física para el adulto mayor en el medio natural. *InterSedes*, 2013. 14(27), 168-181. [Citado el febrero 22 2020] disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-24582013000100009
36. Schwartzmann Laura. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2003 Dic [citado 2020 Febrero 05]; 9(2): 09-21. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>.
37. Guallar-Castillón, P., Santa-Olalla P., Banegas, J., López, E., Rodríguez-Artalejo, F. Actividad física y calidad de vida de la población adulta mayor en España. *Med Clin (Barc)* 2004;123(16):606-10.
38. Hebert R, Brayne C, Spiegelhalter D. Factors associated with functional decline and improvement in a very elderly community-dwelling population. *Am J Epidemiol* 1999; 150:501-10. 36.
39. Kerse NM, Flicker L, Jolley D, Arroll B, Young D. Improving the health behaviours of elderly people: randomised controlled trial of a general practice education programme. *BMJ* 1999;319: 683-7.
40. Klavestrand J, Vingård E. The relationship between physical activity and health-related quality of life: a systematic review of current evidence. *Scand J Med Sci Sports*. 2009; 19:300-12.
41. Brown DW, Balluz LS, Heath GW, Moriarty DG, Ford ES, Giles WH, et al. Associations between recommended levels of physical activity and healthreported quality of life: Findings from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) survey. *Prev Med*. 2003;37:520-8



42. Gómez-Cabello A, Pardos-Mainer E, González-Gálvez N, Sagarra-Romero L. Actividad física y calidad de vida en las personas mayores: estudio piloto PQS. Revista Iberoamericana de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte [Internet]. 17 de julio de 2018 [citado 22 de marzo de 2021];7(2):96-109. Disponible en: <https://revistas.uma.es/index.php/riccafd/article/view/5093>
43. Díaz J, Muñoz D, Cordero J, Robles M, Courel-Ibáñez J, Sánchez-Alcazar B. Estado de ánimo y calidad de vida en mujeres adultas practicantes de pádel. Revista Iberoamericana de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte [Internet]. 1 de febrero de 2019 [citado 22 de marzo de 2021];7(3):34-43. Disponible en: <https://revistas.uma.es/index.php/riccafd/article/view/5538>