

Condiciones de salud en adultos mayores de una zona rural vinculados a grupos de actividad física recreativa

Health conditions in rural older adults linked to recreational physical activity groups

Esperanza Gómez Ramírez

© <https://orcid.org/0000-0001-7610-244X>

✉ egomezr@endepORTE.edu.co

Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte

Andrea Patricia Calvo Soto

© <https://orcid.org/0000-0002-1723-9021>

✉ andrea.calvo00@usc.edu.co

Universidad Santiago de Cali.

Edward David Buriticá Marín

© <http://orcid.org/0000-0001-9904-5396>

✉ edward.buritica00@usc.edu.co

Universidad Santiago de Cali

Katherine Ospina Córdoba

© <https://orcid.org/0000-0003-4633-2265>

✉ katherine.ospina01@usc.edu.co

Universidad Santiago de Cali.

Karen Ospina Córdoba

© <https://orcid.org/0000-0002-3627-6549>

✉ karen.ospina00@usc.edu.co

Universidad Santiago de Cali.

Cita este capítulo:

Gómez-Ramírez E., Calvo-Soto AP., Buriticá-Marín ED, Ospina-Córdoba K. y Ospina-Córdoba K. Condiciones de salud en adultos mayores de zona rural vinculados a grupos de actividad física recreativa. En: Gómez-Ramírez E. y Calvo-Soto, AP. (Eds. científicas). Salud, Vejez y Discapacidad. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. p.131-152.

RESUMEN

El estado de salud en los adultos mayores está influenciado por múltiples factores, entre ellos, los hábitos adquiridos en el transcurso de la vida. El objetivo de este capítulo es determinar las condiciones de salud en adultos mayores de una zona rural, vinculados a grupos de actividad física recreativa. Participaron en el estudio 235 personas seleccionadas a través de muestreo aleatorio estratificado por corregimientos y grupos de actividad física. La información se recolectó a través de la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE Colombia de 2015. Se encontró feminización del envejecimiento y determinantes sociales como nivel educativo y estrato socioeconómicos bajos. Persiste la buena autopercepción de la salud, pese la existencia de hipertensión, artrosis y diabetes en la mayoría. El mayor porcentaje de ellos es físicamente activo. Las mujeres resultaron tener mejores conductas de autocuidado en la salud que los hombres.

Palabras clave: anciano, salud, actividad motora, promoción de la salud

ABSTRACT

Health status in older adults is influenced by multiple factors, including habits acquired over the course of life. The objective of this chapter is to determine health conditions in rural older adults linked to recreational physical activity groups. 235 people selected through random sampling stratified by corrections and physical activity groups participated in the study selected through random sampling stratified by corrections and physical activity groups. The information was collected through the SABE Colombia National Health, Welfare and Aging Survey. Feminization of aging, social determinants such as educational level and low socioeconomic stratum were found. Good self-perception of health persists, despite the existence of hypertension, osteoarthritis and diabetes in most. The highest percentage of them is physically active. Women turned out to have better self-care behaviors in health than men.

Keywords: aged, health, motor activity, health promotion

INTRODUCCIÓN

El mundo está sufriendo un cambio significativo, por cuenta del aumento de personas mayores; según la OMS entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes mayores de 60 años se va a duplicar, llegando al 22%. En números significa que se pasará de 605 millones a 2000 millones en este periodo de tiempo (1). Es así como se tendrán más personas sobrepasando los 80 años; se proyecta que estos cambios serán más acelerados en países de ingresos bajos y medios.

En Colombia se ha vivido una transición demográfica producto de la disminución de la mortalidad y de la natalidad, además del incremento en la expectativa de vida, lo que ha provocado un aumento de la población adulta mayor. Este fenómeno ha transformado la pirámide poblacional, mostrando mayor robustez en la zona de adultos y adultos mayores (AM) que, en la zona de niños y adolescentes, reflejado en cambios significativos progresivos en la proporción de personas mayores de 60. Como consecuencia se considera que debido a los cambios en este indicador se ha provocado un aumento en la razón de dependencia, explicada por el envejecimiento de la población.

El índice de envejecimiento definido como el peso de la población mayor de edad con respecto a la población infantil y adolescente se triplicó en las últimas décadas. Pasó de 10 a 34 (personas mayores por cada 100 personas menores de 15 años) entre 1964 y el año 2010, y de acuerdo con la tendencia observada, mantendrá aumentos sostenidos en un futuro próximo (2).

Los resultados de la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) realizada en el 2015 por el Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias, muestran que para el 2020 se espera que la población adulta se incremente de manera representativa. Se calcula que, por cada 100 adolescentes menores de 15 años, haya 50 mayores de 60 años. Por otro lado, se puede decir en la región que el Valle del Cauca está entre uno de los cinco departamentos de Colombia con la tasa de crecimiento poblacional de adultos mayores (personas con 60 años y más) más alta del país (3).

Como consecuencia de la transición demográfica, se da un proceso de envejecimiento de la población: en 1960, la población de 60 años o más representaba el 5% de la población total, en 2020 ya representa el 13%, y se espera que para el 2050 sea del 27,4%. Adicional a ello, se observa un aumento en la edad de la población mayor. Así, para el 2050, la población que más habrá crecido es la de 80 años o más (6,3% de la población contra el 1,5% en el 2020). Esto significa que la edad promedio de las personas mayores es cada vez más alta (4).

El crecimiento de la población rural y urbana es diferente: observando que la población rural se mantuvo constante entre los años 1980 y el 2000 para luego empezar a descender; mientras que, el crecimiento acelerado de la población urbana marca la dinámica de crecimiento poblacional del país. De esta manera, la distribución de la población por área de residencia se revierte: mientras en 1950 el 61% de la población vivía en zonas rurales, en 2017 el 80% es urbano y en 2050 será el 88% (5).

Si bien, el envejecimiento normal de la población se da a pasos agigantados, es algo que preocupa a las autoridades de salud en el mundo, porque con este proceso se incrementa la posibilidad de padecer enfermedades crónicas; también preocupa el incremento de adultos mayores (AM) en condiciones de discapacidad, muchas veces generadas como secuelas de este tipo de enfermedades.

La OMS reportó también en su informe mundial de discapacidad del año 2011, que el número de personas con discapacidad está creciendo. Esto es debido al envejecimiento de la población; las personas ancianas tienen mayor riesgo de discapacidad, y al incremento global de los problemas crónicos de salud asociados a discapacidad, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales. Se estima que las enfermedades crónicas representan el 66% de todos los años vividos con discapacidad en los países de ingresos bajos y medianos (6).

Algunos estudios realizados en el contexto internacional reportan que, el estado de salud de los AM está relacionado con múltiples factores. En Perú, Leiton y colaboradores, encontraron que los

problemas más importantes se relacionan con una inadecuada actividad física, mayor riesgo de mala nutrición, escasa cobertura de vacunas y detección de cáncer de mama, cuello uterino y próstata, así como las ECNT (enfermedades crónicas no transmisibles) como la hipertensión arterial, artritis y diabetes mellitus poco controladas con significativa presencia de polifarmacia y la no tenencia de seguro de salud (7).

Los reportes de morbilidad en el territorio colombiano permiten vislumbrar el panorama general de los adultos mayores; por ejemplo, Salamanca y colaboradores, realizaron estudio sobre el estado de salud de los AM de Centros Vida en cuatro municipios del departamento del Meta, encontrando que, el análisis de correspondencia múltiple indica hombres con ausencia de comorbilidad no depresiva, independientes y con riesgo nulo de caídas. Por su parte, las mujeres (perfil: sin estudios, viudas) sí presentan comorbilidad, deterioro cognitivo, dependencia y un mayor riesgo de caídas (8).

Un importante referente latinoamericano de valoración de la salud en los AM, corresponde a la aplicación de la Encuesta de Salud y Bienestar –SABE–, estudio multicéntrico que se creó con el objetivo de evaluar el estado de salud de las personas AM de siete ciudades de América Latina y el Caribe: Buenos Aires, Argentina; Bridgetown, Barbados; La Habana, Cuba; Montevideo, Uruguay; Santiago, Chile; México, D.F., México y Sao Paulo, Brasil (9). A estas se han sumado otras regiones, entre ellas la encuesta SABE, Bogotá, impulsada por el Instituto de Envejecimiento de la Universidad Javeriana (10).

Para este estudio, se utilizó el apartado de estado de salud de la Encuesta SABE, con el fin de determinar el estado de salud de adultos mayores ubicados en la zona de ladera de la ciudad de Santiago de Cali.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: Estudio de carácter cuantitativo, nivel descriptivo y de corte transversal.

Muestra y participantes: Participaron en el estudio de AM de la zona rural de Santiago de Cali, seleccionados por muestreo aleatorio estratificado por los 14 corregimientos. Se trabajó con un 95% de confiabilidad y un error máximo de muestreo de 5%, lo que correspondió a 235 personas. Previa aprobación del proyecto en el Comité de Ética institucional, se procedió a vincular estudiantes auxiliares de investigación al mismo, los cuales fueron entrenados en la aplicación del instrumento, desarrollo de la prueba piloto y recolección final de datos. Para la recolección de la información se utilizó como técnica la encuesta, el instrumento correspondió a la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE Colombia, con adición de variables sociodemográficas y se abordó exclusivamente el módulo correspondiente a estado de salud.

La recolección de datos se dio en el primer y segundo periodo del año 2019. Como principales criterios de inclusión en el estudio se tuvieron en cuenta: contar con 60 años o más, pertenecer a cualquiera de los grupos de adulto mayor reconocidos y vinculados al programa de Canas y Ganas de la Secretaría del Deporte y la Recreación de Cali, para la zona de ladera y manifestar voluntad de participación en el estudio. El presente artículo hace parte del proyecto titulado “Estado de Salud y Condición de Discapacidad en AM que asisten al programa Canas y Ganas de la Secretaría del Deporte y la Recreación de Santiago de Cali”, el cual fue avalado Comité de Ética de la Universidad Santiago de Cali y aprobado por la Dirección General de Investigaciones de la misma Institución con el código DGICOCEIN12072017.

Análisis de datos: Los resultados son expresados como valores promedio, desviación estándar para las variables medidas en escala numérica y en porcentaje para las medidas en escala nominal. Se usó la prueba de chi cuadrado para las variables dicotómicas. Las diferencias entre las variables serán consideradas significativas con un valor de $p < 0.05$. Para el registro y procesamiento de la información se utilizó la aplicación informática Microsoft Excel 2007 y el análisis estadístico se realizó en el programa SPSS versión 19.

RESULTADOS

La Tabla 7 desglosa las principales características de la población estudiada, en la cual se evidencia, que la mayor participación se dio en el grupo correspondiente a los 65-69 años (24,6%). El sexo predominante corresponde a las mujeres con un 87,1%; la soltería fue el estado civil predominante con un 33,6%, sin embargo, esta condición fue más prevalente para mujeres, ya que para los hombres el estado predominante fue el estar casado: 12 (38,7%).

Tabla 7. Características sociodemográficas de la muestra

	Características	n	%
Edad promedio:			
Grupo de edad	60-64	51	22,0
	65-69	57	24,6
	70-74	50	21,6
	75-79	35	15,1
	80-84	28	12,1
	+85	11	4,7
Sexo	Femenino	202	87,1
	Soltero	77	33,2
Estado Civil	Casado	58	25,0
	Unión Libre	26	11,2
	Viudo	71	30,6
Escolaridad	Analfabetismo	19	8,2
	Primarios	154	66,4
	Secundarios	43	18,5
	Técnicos	12	5,2

Capítulo 5. Condiciones de salud en adultos mayores de zona rural vinculados a grupos de actividad física recreativa

	Pregrado	4	1,7
Estrato Socioeconómico	Estrato 1	79	34,1
	Estrato 2	147	63,4
	Estrato 3	6	2,6

Fuente: Elaboración propia

Respecto del nivel de escolaridad, un 66,4% ha cursado estudios primarios, 18,5% estudios secundarios y sobresale la presencia de analfabetismo representado en un 8,2% de la muestra estudiada. Con relación al estrato socioeconómico, el 63,4% de la muestra se encuentra ubicado en estrato 2, seguido del 34,1% en el estrato 1.

Autopercepción del estado de salud en los Adultos Mayores

Tabla 8. Percepción de salud de los AM durante sus primeros quince años de vida.

Percepción de salud durante los primeros quince años de vida

	Mujeres (%)	Hombres (%)	Total
Buena	129 (86,6)	20 (13,4)	149 (100%)
Excelente	68 (87,2)	10 (12,8)	78 (100%)
Mala	5 (100%)	0 (100)	5 (100%)
Total	202 (100%)	30 (100%)	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Tanto hombres como mujeres percibieron en su mayoría, que su estado de salud en los primeros quince años de vida fue bueno

(64,2%). La Tabla 8, presenta la percepción de los adultos en cuanto a su estado de salud actual, la comparada con la salud de hace un año y la comparación de su estado de salud con el de personas de su misma edad.

Tabla 9. Percepción del estado de salud actual, hace doce meses y comparado con adultos de su misma edad

	Percepción	n	%
Percepción actual del estado de salud	Buena	125	53,9
	Regular	89	38,4
	Excelente	5	2,2
	Muy buena	9	3,9
	Mala	4	1,7
Total		232	100%
Percepción de la salud comparada con la de hace 1 año.	Igual	132	56,9
	Mejor	76	32,8
	Peor	23	9,9
	No sabe	1	0,4
Total		232	100%
Percepción de la salud comparada con personas de su misma edad.	Mejor	116	50,0
	Igual	70	30,2
	No sabe	29	12,5
	Peor	17	7,3
Total		202 (100%)	31 (100%)

Fuente: Elaboración propia

La percepción actual del estado de salud para la mayoría fue buena con un 53,9%, sin embargo, un 38,4% manifestó que su estado actual es

regular. Comparado con el estado de salud de hace un año, la mayoría consideró que sigue igual y frente al comparativo de su salud actual con la de personas de su misma edad, la mayoría cree que su salud es mejor que la de las otras personas.

Determinantes conductuales de los adultos mayores de la zona rural de Santiago de Cali

Los determinantes valorados fueron el consumo de tabaco, alcohol y la práctica de actividad física. Se encontró para este grupo que, el consumo de tabaco no fue significativo; un mínimo porcentaje de los adultos reportó ser fumador activo, y otro haber fumado en su pasado, pero no en la actualidad. El 96% de los participantes manifestó que nunca en su vida ha fumado. La prevalencia de consumo de tabaco no fue significativa, un 5% de los encuestados reportó que había fumado alguna vez en su vida, pero no son en la actualidad fumadores activos. Respecto del consumo de alcohol el 89,7 refirió no haber consumido bebidas alcohólicas en los últimos tres meses. Entre el 10,3% que ha consumido en este periodo de tiempo, la bebida más frecuente, correspondió a la cerveza (34,6%).

Tabla 10. Práctica de actividad física en adultos mayores de zona rural de Santiago de Cali

Características	Si (%)	No (%)	No sabe (%)
Actividad física rigurosa como deportes, trotar, bailar, por lo menos tres veces por semana.	223 (96,1)	8 (3,4)	1 (0,4)
Frecuencia de realización de actividad física por semana	Entre 1 y 2 días		138 (59,5)
	Entre 3 y 4 días		59 (25,4)
	Más de 5 días		27 (11,6)
Minutos de actividad física en el día	No sabe		7 (3,0)

Entre 10 y 19 minutos	2 (0,8)
30 minutos o más	224 (96,6)
Menos de 10 minutos	5 (2,2)

Fuente: Elaboración propia

Se indagó entre los AM por su participación al menos tres veces por semana en alguna actividad deportiva o ejercicio que fuera de carácter vigoroso, encontrando que, el 96.1% manifestó haberla realizado durante el último año. Con relación a la frecuencia de realización, el 59,5% manifestó realizar entre 1 y 2 días de actividad y el 25,4% afirmó hacerlo entre 3 y 4 días a la semana. Sobre el tiempo dedicado al día, se ubicó en 30 minutos o más para el (96,6%) de los participantes.

Perfil de morbilidad de los adultos mayores de la zona rural de zona rural de Santiago de Cali, pertenecientes al Programa Canas y Ganas de la Secretaría del Deporte y la Recreación.

Tabla 11. Prevalencia de condiciones crónicas de salud en personas adultas

Patología	Sexo				Total	
	Mujer		Hombre		Casos	P (%)
	Casos	P (%)	Casos	P (%)		
Hipertensión arterial	88	87,1	13	12,9	101	100
Artritis o artrosis	63	96,9	2	3,1	65	100
Diabetes	35	89,7	4	10,3	39	100
Enfermedad pulmonar	6	2,9	2	6,5	8	100
Cáncer	7	3,4	0	0,0	7	100

Fuente: Elaboración propia

La patología crónica más prevalente corresponde a la hipertensión arterial con un 43,5% de los participantes, seguido de artritis/artrosis con un 27,7%. La diabetes se presentó en el 17,0% de los participantes. El cáncer obtuvo una baja prevalencia representado en un 3,4% de los participantes, exclusivamente en el sexo femenino.

Tabla 12. Alteraciones sensitivas: Autopercepción de la visión

	Mujer		Hombre		Total	
	Casos	P (%)	Casos	(%)	Casos	(%)
Percepción de la visión para ver de lejos						
Excelente	7	3,4	1	3,2	8	3,4
Buena	92	45,1	14	45,2	106	45,1
Regular	70	34,3	12	38,7	82	34,9
Mala	33	16,2	3	9,7	3	36
Percepción de la salud para ver de cerca con anteojos o sin ellos						
Excelente	4	2,0	0	0,0	4	3,4
Muy buena	1	0,5	0	0,0	1	0,4
Buena	74	36,3	12	38,7	86	36,6
Regular	93	45,6	12	38,7	105	44,7
Mala	25	12,3	5	16,1	30	12,8
Percepción del sentido de audición						
Excelente	20	9,8	0	0	20	8,5
Buena	139	68,1	22	71,0	161	68,5
Regular	43	21,1	8	25,8	51	21,7

Fuente: Elaboración propia

Sobre la percepción de la visión para ver de lejos, el 45,1% considera que ve bien y para la visión de cerca, el 44,7% consideró tener regular visión. El 68,5% manifestó tener buena audición.

Caídas

El 22,8% de los participantes reportó caídas en el último año, sin consecuencias de fracturas y el 8,1% manifestó haber sido diagnosticado con osteoporosis. A la pregunta del número de caídas en el último año, el 18,5% afirmó haber tenido entre una y dos caídas al año, el 2,6% entre tres y cuatro caídas en el último año.

Prácticas de autocuidado de las mujeres adultas mayores

Se realizó abordaje a algunos aspectos relacionados concretamente a la salud de la mujer y del hombre por separado. Encontrando los siguientes reportes:

Tabla 13. Autocuidado pruebas de tamizaje en las mujeres

Preguntas	SI		NO	
	Casos	P (%)	Casos	P (%)
¿En los últimos dos años se ha examinado usted misma los senos en forma regular para ver si tiene “nódulos” (bolitas o tumores)?	162	80,2	40	19,8
¿En los últimos dos años le ha examinado un profesional de la salud para ver si tiene “nódulos” (bolitas o tumores) en los senos?	140	69,3	61	32,2
¿En los últimos dos años se ha hecho una mamografía o radiografía de sus pechos (mamas)?	123	60,9	79	40,6

Capítulo 5. Condiciones de salud en adultos mayores de zona rural vinculados a grupos de actividad física recreativa

¿En los últimos dos años le han hecho a usted un Papanicolaou, es decir, la prueba para determinar si tiene cáncer de cérvix o del cuello uterino?	48	23,8	152	75,2
--	----	------	-----	------

¿Ha tenido usted una histerectomía, es decir, una cirugía para quitarle la matriz (útero) y ovarios, o la matriz (útero) solamente?	58	28,8	144	71,3
---	----	------	-----	------

Fuente: Elaboración propia

Sobre las conductas de autocuidado en la mujer, se encontró un alto reporte de realización de autoexamen de mama con un 80,2%, al igual que una sana conducta de visita al profesional de salud para valoración ginecológica 69,3%. El 60,9% de las mujeres manifestó que se ha realizado ecografía o mamografía de senos en los dos últimos años anteriores al diligenciamiento de la encuesta. El 75,2% manifestó no haberse hecho un Papanicolau en los últimos dos años.

Tabla 14. Número de embarazos y presencia de escapes de orina en las mujeres participantes del estudio

Número de embarazos	Presencia de escapes de orina			Total	
	Si		No		
Nulíparas	20	32,7	41	67,2	61
1 y 2 embarazos	2	5,1	37	94,9	39
3 y 4 embarazos	8	15,7	43	84,3	51
5 y 6 embarazos	1	12,5	7	87,5	8
+ de 6 embarazos	6	13,3	39	86,7	45

Valor p= 0.046

Fuente: Elaboración propia

El mayor porcentaje de mujeres (32,7%) afirmó ser nulíparas, seguido del 15,7% que ha tenido entre 3 y 4 hijos. Se destaca que el 13,3% reportó haber tenido entre 10 y 15 embarazos.

Prácticas de autocuidado de los hombres adultos mayores

Tabla 15. Autocuidado pruebas de tamizaje en hombres

Preguntas	Si		No	
	Casos	P (%)	Casos	P (%)
¿En los últimos dos años, alguna vez se ha hecho un examen de próstata?	5	16,1	25	83,9%
¿Tiene usted que orinar con frecuencia?	15	50,0	15	50,0
¿Siente que, a pesar de tener ganas, el chorro es débil y pequeño?	11	35,5	19	64,7
¿Siente ardor, o que le quema al orinar?	1	3,2	29	96,8
¿Tiene que orinar 3 veces o más veces durante la noche?	12	38,7	18	61,3

Fuente: Elaboración propia

Se encontró baja conducta de autocuidado en los hombres; un alto porcentaje de los participantes (83,9%) refirió que no se ha realizado en los últimos dos años examen de próstata. Un 50% afirmó que siente deseo de orinar con frecuencia y un 35,5% alteraciones en la micción de tipo disminución del chorro de la orina y dificultad para miccionar. Un 38,7% afirmó que tiene alta frecuencia de orina en las noches.

DISCUSIÓN

Los principales resultados reportan una presencia de feminización del envejecimiento en los AM, edades que promedian los 75 años, así como, formación de estudios primarios en la mayoría de los participantes. La ubicación de estratificación social, indica que más del 70% de ellos residen en el estrato bajo. Múltiples estudios han reportado que las mujeres son el grupo que prevalece dentro del ciclo AM, este es un factor que determina su condición social desfavorable cuando llega a esta etapa, condición que se agrava por la presencia de otros factores que son propios del envejecimiento (11).

Coincidente con esto, el estudio de Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE 2015, realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social (3) tanto en zona urbana como rural, se informó para esta última zona mayor predominio de analfabetismo y estrato socioeconómico bajo. Otros autores han puesto de manifiesto el incremento de la feminización en la etapa adulta mayor, con bajos niveles educativo y de ingresos económicos (12,13). La muestra permitió identificar presencia de longevidad en el grupo estudiado, con edad máxima de participación de 93 años en tres usuarios, lo que coincide con lo reportado por Flórez y Colaboradores, en su obra titulada “El proceso de envejecimiento de la población en Colombia: 1985-2050”, quienes aseguran que, Colombia atraviesa por un proceso denominado envejecimiento individual, como resultado de los cambios en la transición demográfica, el descenso de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida al nacer.

Se encontró buena percepción del estado de salud, tanto en los primeros años de vida, así como en el tiempo actual. Los participantes manifestaron la misma percepción al comparar su salud con la de personas de su misma edad.

Son muchos los factores que se han asociado a la buena percepción de la salud en esta etapa, entre ellos el envejecimiento activo, el cual toma en cuenta las limitaciones características del envejecimiento biológico y promueve un buen estado de salud física y mental, así como el mantenimiento de las capacidades cognitivas, el control personal,

la autonomía y las competencias financieras y sociales (14, 15). Desde esta premisa, se espera que, los adultos mayores realicen evaluaciones de autopercepción de salud más positivas (16).

Con relación a los determinantes conductuales, se identificó baja prevalencia de consumo de alcohol y tabaco, la gran mayoría manifestó nunca haber fumado en su vida. Algunos estudios afirman que se han encontrado reportes de mayor prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en adultos mayores de zonas urbanas respecto de las zonas rurales, con unas características sociodemográficas diferentes, asociadas a niveles socioeconómicos buenos y mayor nivel de formación académica (17). Un porcentaje considerable de los adultos mayores (33,6%) afirmó ser físicamente activos, ya que realizaban actividades físicas vigorosas tres veces por semana, por lo menos treinta minutos al día, desde hace un año. Los demás participantes, refirieron frecuencias entre uno y cuatro días con el mismo tiempo de duración. La práctica de actividad física leve (18) en la etapa adulta mayor, ha sido asociada al mejoramiento de la salud funcional y la calidad de vida de las personas (19).

La hipertensión, la artrosis y la diabetes en su orden, fueron las patologías crónicas más prevalentes de este grupo poblacional. La literatura confirma que las enfermedades crónicas no transmisibles están asociadas al proceso normal de envejecimiento, relacionándolas también con los estilos de vida que predominan en los adultos, lo que conlleva al desarrollo de este tipo de enfermedades, entre las cuales se destaca la hipertensión arterial, como la patología de mayor prevalencia en este grupo poblacional (20).

El 17% de los participantes reportó diabetes. Sobre esta condición, algunos estudios afirman que, su prevalencia es mayor en escenarios urbanos que en los rurales (21), lo que coincide con estudio realizado por Arya y col. quienes encontraron que, para su estudio realizado en zona rural y urbana con adultos mayores, la diabetes mellitus tipo 2, fue más prevalente en la zona urbana que en la rural (22).

Se indagó a los participantes sobre su historial de caídas, encontrando un porcentaje considerable de ellos (22,6%) que las ha

padecido en el último año, de manera recurrente, con prevalencia entre dos a tres caídas en el año, sin lesiones asociadas. Algunos autores (23, 24) coinciden en que las caídas recurrentes son un tema que debe estar presente entre el personal del área de la salud. La caída en la persona mayor casi siempre está relacionada con fracturas y, sobre todo, fractura de cadera. Aunque las caídas en el AM están relacionadas con la presencia de fracturas, para esta muestra del estudio, estas no se presentaron. Es importante mencionar, que, si bien este grupo de adultos, en su mayoría cuenta con un factor de riesgo predisponente para caídas, como es la afectación de la visión para ver de cerca, también cuentan con factores protectores como son, la práctica de actividad física regular, mínimo o nulo consumo de tabaco y alcohol (25).

Se identificaron factores protectores para la salud, como las buenas conductas de autocuidado femenino, entre ellas, la auto examinación de mamas, la visita regular al médico para valoración de rutina, realización de mamografías y pruebas para detección de cáncer de cuello uterino. Situación que se refleja en la baja prevalencia del cáncer en la población femenina, de un 3,4%. Estas conductas han sido catalogadas como elementos importantes para el diagnóstico temprano de cáncer de mama (26). Se encontró significancia estadística entre el grado de paridad y la presencia de escapes de orina en las mujeres. El 32,7% de ellas son nulíparas y han presentado escapes de orina de manera recurrente. Seguido del 23, 8% que manifestó tener más de cinco embarazos, con una presentación de hasta 15 embarazos en varias de las participantes.

La literatura sugiere que el embarazo, el parto vaginal y la multiparidad tienen repercusiones negativas sobre el suelo pélvico facilitando el desarrollo de la incontinencia urinaria de esfuerzo. La histerectomía previa también fue prevalente en las mujeres de este estudio, la cual se relaciona con la incontinencia de esfuerzo, probablemente por lesiones neurológicas inducidas durante la cirugía (27).

Contrario a las mujeres, los hombres reportaron bajas prácticas de autocuidado, un alto porcentaje no se ha realizado examen de próstata en los últimos dos años, presentando alta prevalencia de

síntomas relacionados con problemas prostáticos como la dificultad para la micción y chorro de orina débil. El examen de la próstata está compuesto por el examen digital rectal y el antígeno prostático. El tacto rectal es una parte importante del examen, además constituye una herramienta invaluable para determinar algún cambio en las características y morfología de la glándula (28); sin embargo, la literatura establece que la prevalencia de síntomas urinarios en los hombres mayores es alta y creciente, por lo que es un motivo de consulta muy importante en este grupo etario. A pesar de ello, también un grupo muy importante de pacientes sufre de este tipo de problemas en silencio y hay evidencias importantes de subconsulta y sub diagnóstico, lo que causa un importante deterioro en su calidad de vida (29).

A modo de conclusión, el presente estudio permitió corroborar aspectos reportados en la literatura como la mayor prevalencia del sexo femenino en la edad adulta mayor, la buena percepción de la salud de las personas mayores que realizan actividad física, a pesar de la existencia de sus condiciones crónicas de salud. Se considera que esta información conforma la línea de partida para el desarrollo de investigaciones de mayor profundidad, que permitan caracterizar las condiciones de salud y hacer seguimiento a las mismas, a través de programas de promoción y prevención de la enfermedad, articulados a los equipos de atención primaria en salud de las regiones.

Agradecimientos: Los autores hacen un agradecimiento a la Secretaría del Deporte y la Recreación de Santiago de Cali, especialmente al Programa Canas y Ganas, por facilitar el desarrollo de la presente investigación. Así como a los adultos mayores de la zona rural, ubicados en los 14 corregimientos de la ciudad de Santiago de Cali.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial Salud. Datos interesantes acerca del envejecimiento. [Online]. [cited 2020 Junio 20]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

2. Ministerio de Salud y Protección Social Oficina De Promoción Social. Envejecimiento Demográfico. Colombia 1951-2020. 2013 junio.
3. Departamento Administrativo de Planeación. Diagnóstico Socioeconómico del Municipio de Santiago de Cali. 2015.
4. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía – CELADE. Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo. 1950-2100. Revisión 2016. Santiago de Chile: División de Población de la CEPA; 2017
5. Gobierno Nacional de Colombia. Análisis de situación de Población. ASP Colombia. Resumen Ejecutivo. Santafé de Bogotá: 2018.
6. Organización de Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo sostenible. [Online].; 2015 [cited 2020 junio 16. Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-ostensible/>
7. Leitón Espinoza ZE, Luna-Victoria F. Caracterización del estado de salud de los adultos mayores en la región La Libertad (Perú). Revista Científica Salud Uninorte. 2017 junio; 33(3).
8. Salamanca-Ramos E, Velasco-Parés Z, Baquero Á, Lares N. Estado de salud de los adultos mayores de los Centros Vida. Aquí chan. 2019; 19(2).
9. Albalá C, Letrao ML, León-Díaz EM, Han-Chande R, Hennis AJ, Pallón A, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Rev. Panamá Salud Pública. 2005; 17((5/6)): p. 307-22.
10. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Medicina. Instituto de Envejecimiento. De los hechos a la acción de la política: elementos para valorar la focalización y el impacto de la política distrital de envejecimiento y vejez. D.C. 2010 - 2025. Aplicación de los indicadores de la encuesta sabe Bogotá 2012 – Salud, bienestar y envejecimiento –. [Internet]. 2013. [citado: 2021, julio] Disponible en: <http://hdl.handle.net/10554/5386>
11. Guerrero N, Yépez-CH MC. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. Universidad y salud. 2015; 17(1): p. 121- 131
12. Aparecida-Barbosa, Silvia, Santos C, Soares S, Barbosa L. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos acompañados por equipes de Saúde da Família sob a perspectiva do gênero / Perfil sociodemográfico y clínico de años acompañados por equipos de Salud

- de la Familia bajo la perspectiva del género. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* 2018 enero-marzo; 10(1): p. 97-105.
13. Soria-Trujano R, Santiago L, Mayen-Aguilar A, Lara J. Hábitos de salud y autoestima en mujeres y hombres adultos mayores. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala.* 2018 diciembre; 21(4): p. 1318-134
 14. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud; 2015.
 15. Fernández-Ballesteros R, Zamarrón MD, López-Bravo MD, Molina M, Montero -López P, Schettini del Moral R. Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema* 2010. ; 22(4): p. 641-7.
 16. NA, Stampini M, P I, N. M. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe.: Banco Interamericano de Desarrollo.;2018.
 17. Pavón-León P, del Carmen-Gogeoascoechea-Trejo M, Blázquez-Morales MSL, Sánchez-Solis A. Factores asociados con el consumo de alcohol y tabaco en adultos mayores. Enero-Julio, 2018. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana;* 18(1): p. 7-16.
 18. Lee IM PRJ. Associations of light, moderate, and vigorous intensity physical activity with longevity. The Harvard Alumni Health Study. *Am J Epidemiol.* 2000; 151: p. 293–9.
 19. Font-Jutglà C, Gimeno EM, Roig JB, da Silva MG, Villarroel RM. Efectos de la actividad física de intensidad suave sobre las condiciones físicas de los adultos mayores: revisión sistemática. *Revista Española de Geriatria y Gerontología.* 2020; 55(2): p. 98-106.
 20. Ruiz J, Llanes M, Perdomo J, Santamarina J. Caracterización de ancianos frágiles en consultorios del Médico de Familia. [Online]; 2016 [cited 2020 junio. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/923>.
 21. Roopa M, Del Moral ME, Aguilar- Salinas CA. Epidemiología de la diabetes en el anciano. *Revista de Investigación Clínica.* 2010; 62(4): p. 305-311.
 22. KK Aryal, S M, Neupane S , A V, M D, Dhakal P ea. The burden and determinants of non communicable diseases risk factors in Nepal: Findings from a nationwide STEPS survey. *PLoS One.* 2015; 10(8): p. 1–18.

23. Álvarez Rodríguez LM. Síndrome de caídas en el adulto mayor. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica* [Internet]. 2015; 72(617): p. 807-810.
24. Ceh JG G, Sarabia- Alcocer B, NR. CV. Incidencia del síndrome de caídas en el hogar, estudio realizado en personas mayores en el rango de edad de 60 a 80 años. *RIDE* [Internet]. 2016 [citado 2017 oct 20]; 6(12). Disponible en: <https://www.ri.ride.org.mx/index.php/RIDE/article/view/215>
25. Peel N, McClure R, Hendrikz J. Health-protective behaviours and risk of fall- related hip fractures: a population-based case-control study. *Age Ageing*. 2006; 35: p. 491-7.
26. Sardiñas-Ponce R. Autoexamen de mama: Un importante instrumento de prevención del cáncer de mama en Atención Primaria de Salud. [Online]. [cited 2020 junio. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.ph>
27. Gómez-Ayala A. Incontinencia urinaria femenina. Diagnóstico, tratamiento y prevención. *Offarm*. 2008 marzo; 27(3): p. 60-71.
28. Jaimes-Monroy A, Fajardo-Zapata G. Conocimiento, percepción y disposición sobre el examen de próstata en hombres mayores de 40 años. *Rev. Fac. Med*. 2016; 64(2): p. 223-8.
29. Chiang H, Susaeta R, Finsterbuch C. Síntomas urinarios bajos, prostatismo, hiperplasia prostática, uropatía obstructiva baja, ¿todo una misma cosa? *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2014; 25(1): p. 149-157.