



Factores asociados a la felicidad en adultos mayores de la zona rural de
Túquerres, Nariño, 2019-2020

Factors associated with happiness in older adults in the rural area of Túquerres,
Nariño, 2019-2020

Ana María Arias Monsalve

Informe final de investigación para optar al título de Magister en Epidemiología

Director

Samuel Andrés Arias Valencia

MD, Mg Epi., Dr. Salud Pública

Co-directora

Diana Carolina Rubio León

Psicóloga, Mg Psicología, Dra. Salud Pública

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública

Maestría en Epidemiología

Agosto

2021

Cita	Arias Monsalve (1)
Referencia	(1) Arias Monsalve AM. Factores asociados a la felicidad en adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño [Tesis de maestría]. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia; 2021.
Estilo Vancouver/ICMJE (2018)	



Maestría en Epidemiología, Cohorte XVII.

Grupo de Investigación Epidemiología.

Centro de Investigación Facultad Nacional de Salud Pública (CIFNSP).



Biblioteca Salud Pública

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes.

Decano/Director: José Pablo Escobar Vasco.

Jefe departamento: Nelson Armando Agudelo Vanegas.

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

*A mi madre, Alba,
a mi tía, Dolly,
a mis hermanas, Nancy y Natalia,
a mi hermano, Oscar,
porque, además de apoyarme y cuidarme,
siempre han cultivado en mí el amor, la fortaleza, la lucha y la justicia.
Y a mi sobrino, Manuel,
porque quiero un mundo mejor para él.*

Agradecimientos

Mi sincero agradecimiento a la profesora Yenny Paredes por permitirme acceder a los datos para sacar adelante esta investigación y especialmente al profesor Daniel Camilo Aguirre, no solo por hacer posible el contacto con la profesora Paredes, sino por todo apoyo y acompañamiento en este proceso de aprendizaje.

A la profe Diana Rubio y al profe Samuel Arias, no solo por acompañarme y enseñarme tanto en este proceso, sino por creer en mí y mis discusiones políticas, éticas y epistemológicas, luchando por poner en diálogo mis pasiones investigativas: la psicología y la epidemiología.

A Merce, por cultivar en mí el amor por el aprendizaje y la ayuda al Otro.

A Mauro por su apoyo y paciencia.

A mis compañeras Luisa, Karen, Paola y Kelly, porque nunca dejaron de estar, porque entre todas nos cuidamos.

A mi madre, mi tía, mis hermanas y mi hermano, porque, además de apoyarme y cuidarme, siempre han cultivado en mí el amor, la fortaleza, la lucha y la justicia.

Tabla de contenido

Abreviaturas	9
Glosario	10
Resumen	11
1. Planteamiento del problema.....	13
2. Objetivos	16
2.1. Objetivo general	16
2.2. Objetivos específicos	16
3. Justificación.....	17
4. Marco teórico	19
4.1. Felicidad	19
4.2. Adulto mayor y envejecimiento	20
4.3. Dependencia funcional, envejecimiento y felicidad o bienestar subjetivo ...	21
4.4. Desempeño cognitivo, envejecimiento y felicidad o bienestar subjetivo	22
4.5. Estado emocional, envejecimiento y felicidad o bienestar subjetivo	23
4.6. Apoyo social percibido, envejecimiento y felicidad o bienestar subjetivo....	24
5. Metodología.....	27
5.1. Lugar de estudio	27
5.2. Diseño metodológico.....	27
5.3. Población	27
5.3.1. Diseño muestral y criterios de elegibilidad.....	28
5.4. Descripción de variables	28
5.5. Fuentes de información e instrumentos	31
5.6. Recolección de datos.....	34
5.6.1. Control de sesgos.....	35
5.7. Procesamiento y análisis epidemiológico y estadístico de los datos.....	36
5.7.1. Objetivo 1: Describir las características sociodemográficas, los antecedentes y síntomas médicos, el estado emocional, el apoyo social, el desempeño cognitivo y dependencia funcional en los adultos mayores de una zona rural de Túquerres, Nariño.	36
5.7.2. Objetivo 2: Establecer los niveles de felicidad de los adultos mayores de una zona rural de Túquerres, Nariño.....	37

5.7.3. Objetivo 3, 4 y 5: Explorar la asociación entre las variables independientes y la felicidad en adultos mayores de una zona rural de Túquerres, Nariño	38
5.7.4. Objetivo 6: Explorar posibles perfiles de los adultos mayores de la zona rural de Túquerres según el nivel de felicidad.....	39
5.8. Consideraciones éticas	40
6. Resultados	42
<i>Caracterización sociodemográfica de los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño.....</i>	42
<i>Caracterización de síntomas y antecedentes médicos de los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño.</i>	43
<i>Caracterización del desempeño cognitivo y la dependencia funcional</i>	44
<i>Caracterización del estado de emocional</i>	45
<i>Caracterización del apoyo social</i>	45
<i>Descripción de la felicidad en los adultos mayores de Túquerres, Nariño.....</i>	47
<i>Asociación entre las variables sociodemográficas y la felicidad de los adultos mayores de una zona rural de Túquerres, Nariño</i>	48
<i>Asociación entre los antecedentes y síntomas médicos, el desempeño cognitivo, la dependencia funcional y la felicidad en los adultos mayores de una zona rural de Túquerres, Nariño.....</i>	50
<i>Asociación entre el estado emocional, el apoyo social y la felicidad en los adultos mayores de una zona rural de Túquerres, Nariño.</i>	51
<i>Perfiles de los adultos mayores de la zona rural de Túquerres según el nivel de felicidad.....</i>	54
7. Discusión.....	57
7.1. Limitaciones.....	62
8. Conclusiones.....	64
9. Recomendaciones	65
Referencias	66
Anexos	76

Lista de tablas

Tabla 1. <i>Instrumentos utilizados en el estudio Vulnerabilidad Cognitiva y Adulto Mayor Rural</i>	32
Tabla 2. <i>Nivel de felicidad según características sociodemográficas de los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño</i>	42
Tabla 3. <i>Nivel de felicidad según características de síntomas y antecedentes médicos de los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño</i>	43
Tabla 4. <i>Nivel de felicidad según la distribución de síntomas de depresión y ansiedad, desempeño cognitivo, dependencia funcional, de los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño</i>	45
Tabla 5. <i>Nivel de felicidad según la distribución del Apoyo social de los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño</i>	46
Tabla 6. <i>Distribución de la Felicidad y sus dimensiones, en los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño</i>	47
Tabla 7. <i>Asociación entre las variables sociodemográficas y la felicidad en los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño</i>	49
Tabla 8. <i>Asociación entre los antecedentes y síntomas médicos, desempeño cognitivo, dependencia funcional y la felicidad en los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño</i>	51
Tabla 9. <i>Asociación entre la depresión, la ansiedad y la felicidad en los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño</i>	52
Tabla 10. <i>Asociación entre el apoyo social y la felicidad en los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño</i>	53
Tabla 11. <i>Tamaño del efecto y puntaje promedio por clúster del desempeño cognitivo, la dependencia funcional, el estado de ánimo, el apoyo social y la felicidad, de los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño</i>	55

Lista de figuras

Figura 1. Dendograma de 2 clústers de las características de los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño.....	54
Figura 2. Agrupación por clúster de las características de los adultos mayores de la zona rural de Túquerres.	56

Abreviaturas

SABE: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento

Sisbén: Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales.

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

EPS: Empresa Promotora de Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

MMSE: Mini-Mental Test

EDG: Escala de Depresión Geriátrica YESAVAGE versión reducida

HARS: Hamilton Anxiety Rating Scale

Glosario

Comorbilidad: Cuando un individuo presenta dos o más enfermedades o trastornos de manera simultánea (1)

Estudio transversal analítico: Su objetivo es explorar y generar hipótesis de investigación. Su característica principal es que tanto la variable desenlace como las exposiciones se determinan de manera simultánea. Debido a esta simultaneidad, no es posible determinar causalidad; pero son útiles para generar información que guíe acciones administrativas(2).

Factores Condicionantes en Salud: Estos factores influyen tanto en la salud de forma individual como colectiva. Hace referencia a las relaciones que se establecen entre el hombre y el ambiente social y natural en que vive y su salud. Pueden ser, a) de tipo **demográfico**, como los asociados a crecimiento poblacional, migraciones, feminidad y masculinidad, envejecimiento, natalidad y fecundidad; b) **geográficos y físicos** como altitud, hidrografía, estaciones; c) **socioeconómicos**, como ingresos, pobreza, nutrición, vivienda, ruralidad y urbanismo, servicios sanitarios, violencia, “estilos de vida” generados por comportamientos y pautas culturales, hábitos alimenticios, innovaciones tecnológicas, organización social, educación, cultura, analfabetismo, escolaridad, educación profesional; y d) **de medio ambiente**, como contaminación, cambios climáticos, deterioro del hábitat natural.(1)

Resumen

Introducción: El envejecimiento es un fenómeno que ha aumentado a nivel mundial, como consecuencia del aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad, lo que ha llevado a la inversión de las pirámides poblacionales. Por lo que empiezan a ponerse en evidencia situaciones propias del envejecimiento que pueden impactar en la felicidad de los individuos y que merecen la atención y abordaje desde la salud pública. **Objetivo:** este estudio buscó explorar la asociación entre las características sociodemográficas, los antecedentes y síntomas médicos, el estado emocional, el apoyo social, el desempeño cognitivo y la dependencia funcional y la felicidad en los adultos mayores de una zona rural de Túquerres, Nariño. **Método:** Para esto se diseñó un estudio transversal de asociación, con análisis de datos secundarios. **Resultados:** dentro de las variables sociodemográficas, presentaron asociación con la felicidad la edad, la ocupación, el nivel de escolaridad y el nivel socioeconómico; de las variables de salud, el contar con enfermedad crónica y presentar dolor en las coyunturas y dificultades para respirar; respecto al estado emocional, tanto presentar síntomas de depresión como de ansiedad tuvieron asociación con la felicidad, al igual que el apoyo social. **Discusión:** Los adultos mayores de la zona rural de Túquerres cuentan con condiciones socioeconómicas y de salud desfavorables, que inevitablemente impactan en su percepción de felicidad. **Conclusión:** La felicidad es un fenómeno multicausal que en los adultos mayores hace parte del resultado del impacto de variables y decisiones históricas, a nivel político, económico y social.

Palabras clave: Adulto mayor; Felicidad; Bienestar subjetivo; Rural.

Abstract

Introduction: Aging is a phenomenon that has increased worldwide, because of the increment in life expectancy and the decrease in the birth rate, which has led to the inversion of the population pyramids. Therefore, situations of aging that can impact the happiness of individuals and that need attention and approach from public health are beginning to become evident. **Objective:** This study explored the association between sociodemographic characteristics, medical history and symptoms, emotional state, social support, cognitive performance, and functional dependence and happiness in older adults in a rural area of Túquerres, Nariño. **Method:** A cross-sectional association study, with secondary data analysis. **Results:** within the sociodemographic variables, age, occupation, educational level, and socioeconomic level presented an association with happiness; of the health variables, having a chronic disease and presenting pain in the joints and breathing difficulties; Regarding the emotional state, both presenting symptoms of depression and anxiety were associated with happiness, as well as social support. **Discussion:** Older adults in the rural area of Túquerres have unfavorable socioeconomic and health conditions, which inevitably impact their perception of happiness. **Conclusion:** Happiness is a multi-causal phenomenon that in older adults is part of the result of the impact of variables and historical decisions, at the political, economic, and social levels.

Keywords: Elderly; Happiness; Subjective well-being; Rural.

1. Planteamiento del problema

Uno de los fenómenos que ha ido tomando importancia en el ámbito de la salud pública es el envejecimiento poblacional. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre 2015 y 2050, la población mayor de 60 años pasará del 12% al 22% a nivel mundial(3). Lo que implica un aumento en la demanda de atención en salud frente a enfermedades crónicas y deterioro de la salud tanto física como mental. Se afirma que la vejez constituye un estado de vulnerabilidad, que se caracteriza por una variedad de condiciones biológicas, mentales y sociales que se van deteriorando, lo que se puede traducir en un mayor riesgo de alteraciones en salud mental, bienestar subjetivo o felicidad (4).

A comienzos de la década del 2000, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) llevó a cabo la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento: SABE, una encuesta multicéntrica con la que buscaba indagar acerca de las condiciones en las que estaba envejeciendo la población de América Latina y el Caribe. Esta encuesta, además de explorar la situación de envejecimiento que se estaba presentando en siete ciudades de la región, visibilizó la importancia que tiene el proceso de envejecimiento en la sociedad y cómo este se ve influenciado por condiciones sociales, familiares, económicas, demográficas y del sistema de salud(5). Sin embargo, esta encuesta fue realizada en entornos urbanos, por lo que no refleja la situación de la población en total. No obstante, la OMS ha indicado que dentro de las problemáticas que más viven los adultos mayores se encuentran las enfermedades no transmisibles y, como causantes de discapacidad, se encuentran los deterioros sensoriales, la demencia y el trastorno depresivo, entre otros(3).

Colombia no es ajena a esta transición demográfica. Para el año 2015, las personas mayores de 60 años representaban el 11% de la población y se estima que para el año 2050 aumente al 23%, lo que está en coherencia con las cifras mundiales(6). Teniendo en cuenta esto y en línea con la Política de Envejecimiento Humano y Vejez, en el año 2015 se llevó a cabo la Encuesta SABE, tanto en zonas urbanas como rurales, con la participación de 23.694 personas adultas mayores. En esta ocasión, sobre salud mental, se indagó por síntomas de depresión, encontrando que el 41% de los participantes reportó presentarlos, además se encontraron diferencias en el acceso a la salud, en nivel de ingresos y escolaridad entre las personas que viven en zonas urbanas y rurales(7). Adicionalmente, se indagó por la importancia del apoyo social, los niveles de desempeño cognitivo y funcional y cómo esto afectaba el bienestar de las personas, pues entre menor sea su desempeño en estas áreas, y menor sea el apoyo social y familiar con el que cuente, menor será su percepción de bienestar y satisfacción con la vida(8).

En Colombia el estudio del envejecimiento ha ido avanzando paulatinamente, algunos se han enfocado en indagar acerca de las condiciones médicas de este grupo poblacional, la vulnerabilidad cognitiva, la calidad de vida, la depresión, la satisfacción con la vida y la felicidad, entre otros (9–14). Por ejemplo, Segura-Cardona y cols. llevaron a cabo un estudio en el departamento de Antioquia, donde incluyeron zonas rurales y hallaron que uno de los riesgos importantes para depresión es la dificultad para relacionarse con su entorno físico y afectivo, lo que

se puede prevenir con un reforzamiento del apoyo social y familiar (11). Otro estudio importante, fue el realizado por Gómez-Restrepo y colaboradores, quienes implementaron la encuesta SABE en la ciudad de Bogotá, para indagar acerca de factores asociados a la depresión en adultos mayores y describir la satisfacción con la vida en este grupo, encontrando que el 79,36% de las personas mayores que no están satisfechas con su vida tienen diagnóstico de depresión y que esto aumenta el riesgo de suicidio en este grupo etario(14).

En este punto empieza a tomar relevancia el estudio de la felicidad, entendiendo esta como un “estado afectivo de satisfacción plena que experimenta subjetivamente una persona y que se considera sinónimo de bienestar subjetivo”(15). Esta definición, permite un acercamiento al bienestar subjetivo, la satisfacción con la vida, y otros elementos de la experiencia del individuo, que han ido tomando un lugar fundamental en el estudio de la psicología positiva, en especial desde una visión más holística de la salud (16).

Específicamente sobre la felicidad, González-Quiñones y Restrepo Chavarría, en 2009 (17), buscaron establecer la prevalencia de felicidad de acuerdo al ciclo vital, encontrando que a medida que se “vive más” la felicidad disminuye, y que esto se puede modificar por la presencia de apoyo social; sin embargo, este estudio no fue realizado con instrumentos de medición que contaran con confiabilidad y validez adecuadas.

Si bien se pueden encontrar diferentes estudios en adultos mayores que buscan identificar estados mentales, cognitivos y de salud, aún hay mucho por indagar. Se destaca que este grupo poblacional se caracteriza principalmente por la aparición de enfermedades crónicas que producen dependencia, dando como resultado la modificación de estilos de vida, autocuidado, interacción social y familiar, lo cual disminuye su funcionalidad y calidad de vida, lo que conlleva consecuencias económicas, sociales y emocionales (18). Todo esto ha permitido visibilizar como el envejecimiento se ve influenciado por las diferentes condiciones de vida sociales, económicas, ambientales, educativas, de acceso a la salud, entre otras(19). Sin embargo, específicamente para la población rural del departamento de Nariño, no se cuenta con estudios robustos que incluyan, además de los datos sociodemográficos y el apoyo social, el estudio de estados emocionales y la felicidad, que pudieran darnos una aproximación al estado de salud mental en el que se encuentra esta población y así poder contar con datos suficientes para apoyar la toma de decisiones en atención en salud y protección social.

Específicamente, en el departamento de Nariño se estima que en el año 2020 el total de la población adulta mayor fue de 148.761 habitantes, es decir, el 8% de la población total del departamento (20). Para el municipio de Túquerres, según el reporte del Sisbén¹ Municipal, existen 5.803 adultos mayores, de los cuales 3.454

¹ El Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén) es una base de datos que ordena a la población de acuerdo con su situación económica y social. Para 2019, cuando fue tomada esta información, se dividía en por niveles del 1 al 3, y 0 para población en especial vulnerabilidad. Ver: [https://sisbencolombia.co/nivel-de-sisben/#%C2%BFCuales son los niveles del Sisben](https://sisbencolombia.co/nivel-de-sisben/#%C2%BFCuales%20son%20los%20niveles%20del%20Sisben)

habitan en zona rural (21) y no se tiene información sobre su felicidad o bienestar subjetivo, ni cómo se relaciona este con otras variables que describen el desempeño cognitivo, la dependencia funcional y el apoyo social.

Es por esto por lo que se planteó el presente estudio que, a partir de datos secundarios, tuvo como objetivo explorar la asociación entre las características sociodemográficas, los antecedentes y síntomas médicos, el estado emocional, el apoyo social, el desempeño cognitivo, la dependencia funcional y la felicidad de los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Explorar la asociación entre las características sociodemográficas, los antecedentes y síntomas médicos, el estado emocional, el apoyo social, el desempeño cognitivo, la dependencia funcional y la felicidad en los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño.

2.2. Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas, los antecedentes y síntomas médicos, el estado emocional, el apoyo social, el desempeño cognitivo, la dependencia funcional en los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño.
2. Caracterizar la felicidad en los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño.
3. Explorar la asociación entre las variables sociodemográficas y la felicidad de los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño
4. Explorar la asociación entre los antecedentes y síntomas médicos, el desempeño cognitivo, la dependencia funcional y la felicidad en los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño.
5. Explorar la asociación entre el estado emocional, el apoyo social y la felicidad en los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño.
6. Explorar posibles perfiles de los adultos mayores de la zona rural de Túquerres según el nivel de felicidad.

3. Justificación

El inminente aumento de la proporción de adultos mayores y de la esperanza de vida, hace del envejecimiento demográfico un reto para la salud pública, pues la manera cómo envejece una población refleja las condiciones de vida de esta y representa en sí mismo un fenómeno complejo con consecuencias económicas, sociales, políticas y del sector salud, siendo uno de los mayores desafíos para los entes gubernamentales de cada país.

Adicionalmente, el conocimiento que se tiene respecto a las necesidades y condiciones de esta población es principalmente sobre aquella porción que vive en zonas urbanas y, en especial, institucionalizada (12). Lo que constituye una necesidad investigativa, dado que una proporción importante de este grupo poblacional, en el municipio de Túquerres, vive en áreas rurales (59,5% de los adultos mayores)(21).

Una característica primordial del envejecimiento normal está dada por el incremento en la variabilidad intraindividual de las funciones cognitivas, donde los factores sociodemográficos, el estado de salud, la situación emocional y el nivel funcional, son variables que han mostrado relación con el proceso evolutivo en la vejez(22). A pesar de esto, se conoce muy poco acerca de la cognición en el adulto mayor rural, algunos estudios muestran que en este contexto se presentan tasas más altas de enfermedades crónicas y los determinantes sociales de la salud son cada vez más precarios, lo que repercute en la salud física y mental de estos grupos poblacionales (10,19). Es por esto por lo que se llevó a cabo el estudio de *Vulnerabilidad cognitiva y adulto mayor* por parte de la Universidad Mariana, en cabeza de la Dra. Yenny Paredes entre los años 2019-2020, donde, además de abordar el área cognitiva, se abordó el estado emocional y la felicidad de la población adulta mayor del área rural del municipio de Túquerres(23).

Uno de los aportes del anterior estudio, fue centrarse en ser el primer referente investigativo en torno al análisis de dicha temática con población rural, a nivel municipal y departamental, y partiendo de un abordaje multidimensional, es decir, buscando evaluar, no solo el estado cognitivo y funcional de los individuos, de forma aislada, sino teniendo en cuenta las diferentes dimensiones que pueden llegar a relacionarse con el estado del individuo, teniendo en cuenta la complejidad de los fenómenos psicológicos, por ejemplo, factores sociodemográficos, clínicos, emocionales y sociales.

Si bien el objetivo del anterior estudio fue identificar factores relacionados con la vulnerabilidad cognitiva, también abrió la puerta para explorar el estado de felicidad y emocional en los adultos mayores rurales, por medio de la valoración de factores sociodemográficos, médicos, emocionales y sociales. De esta manera, con el presente trabajo, se pretende dar continuidad al estudio *Vulnerabilidad cognitiva y adulto mayor* y brindar un insumo para futuras investigaciones vinculadas a planes preventivos dirigidos a la construcción de un envejecimiento saludable que beneficie la calidad de vida de los adultos mayores y sus familiares.

Así mismo, la propuesta se enmarca en la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024 del Ministerio de Salud y Protección Social(24), específicamente en el eje estratégico 3: envejecimiento activo. El cual propone la optimización del acceso a oportunidades de salud, participación y seguridad, con la finalidad de mejorar las condiciones de vida en el desarrollo del envejecimiento, buscando así el bienestar físico, social, mental y de cuidado. También, se tiene en cuenta el eje estratégico 4: protección social integral, el cual busca la protección del adulto mayor desde la priorización de oportunidades que disminuyan la vulnerabilidad y mejoren su calidad de vida. Estos lineamientos se podrán implementar en el municipio si se cuenta con información actualizada y rigurosa sobre cómo envejece el adulto mayor de Túquerres, a lo que aportará significativamente el presente estudio.

Igualmente, el uso de instrumentos estandarizados y específicos para la población adulta mayor aportará al ámbito clínico e investigativo datos que pueden ser contrastables, además, el uso de un método replicable que ayudará a la recopilación de información actualizada, a partir de la implementación del modelo de valoración geriátrica multidimensional, que contempla características propias del envejecimiento rural, las cuales pueden ser utilizadas como antecedentes para futuras investigaciones. También, ayudará al establecimiento de vínculos académicos entre diferentes instituciones de educación superior y al diálogo entre campos del conocimiento, tales como la epidemiología y la psicología, pues esta última ha profundizado en el estudio del bienestar subjetivo y la felicidad, teniendo en cuenta variables comportamentales, contextuales y estructurales, y realizando análisis que fortalecerían los estudios poblacionales y la toma de decisiones en salud pública y protección social. Finalmente, le permitirá a una psicóloga finalizar sus estudios de Maestría en Epidemiología.

4. Marco teórico

En este apartado se presentan las categorías de análisis que sustentaron el planteamiento de las variables que se exploraron en este estudio. La variable eje para el análisis fue la felicidad, que, como se presentará más adelante, permitió explorar el bienestar subjetivo de los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, departamento de Nariño. Dado que la naturaleza del presente estudio no buscaba poner en discusión los constructos teóricos sino explorar las variables en un contexto específico, se presenta la definición conceptual de cada variable, tal como fue adoptada por el investigador y estudios previos que evaluaron las relaciones de la felicidad o bienestar subjetivo y variables relacionadas con dependencia funcional, desempeño cognitivo, estado emocional, apoyo social percibido.

4.1. Felicidad

La felicidad es un concepto que ha buscado ser definido desde la antigüedad, ya sea desde el hedonismo, con pensadores como Epicuro, o desde la virtud, por filósofos como Sócrates o Aristóteles, pero hasta la actualidad no se cuenta con un consenso sobre su definición precisa(25). Sin embargo, ha tomado importancia, en especial con el nacimiento de la psicología positiva, que se ha planteado como objetivo indagar acerca de qué es lo que hace que la vida sea valiosa para las personas y qué es necesario para tener una vida plena(25).

La psicología positiva, busca aportar a un abordaje más holístico de la salud, para trascender lo físico y patológico. Así, en 1998, Martin Seligman, precursor de esta vertiente de la psicología, propuso el estudio de las experiencias subjetivas positivas, los rasgos individuales positivos, las relaciones interpersonales positivas y las instituciones positivas (16). Dentro de las experiencias subjetivas positivas, se encuentra la felicidad, el bienestar subjetivo, la satisfacción con la vida, entre otras, donde es difícil identificar una línea divisoria clara y puede depender de cómo se adopte el constructo por parte del investigador (16), lo que también responde a lo reciente de esta psicología.

Así, la felicidad ha sido definida tomando elementos de otros constructos, por ejemplo, satisfacción con la vida, bienestar subjetivo, bienestar psicológico, entre otros (15). A pesar de no contar con una única definición acerca de felicidad, para el presente estudio se partió de lo planteado por Alarcón en el desarrollo de la Escala de Felicidad de Lima, donde adoptó la felicidad como un “*estado afectivo de satisfacción plena que experimenta subjetivamente una persona*” (p. 101) y que se considera sinónimo de bienestar subjetivo (15).

De acuerdo con lo propuesto por Alarcón, se puede dar un acercamiento al constructo de la felicidad por medio del *Sentido positivo de la vida, Satisfacción con la vida, Realización personal, y la Alegría de vivir*(15).

En general, la felicidad es un constructo que aporta al desarrollo de una vida con plenitud, que incluye tanto el bienestar físico como mental, pero toma especial

relevancia en la etapa de envejecimiento, pues hay un deterioro físico y cognitivo esperable para la edad, que hace más vulnerables a las personas para presentar pensamientos, sentimientos y conductas negativas, que afecten su percepción de valía y sentido de vida (14).

En consonancia con esto, Gómez-Restrepo y cols., realizaron un análisis a partir del estudio poblacional de la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento y encontraron que las personas que no están satisfechas con su vida, que no sienten que es maravilloso vivir y que se sienten sin esperanza tienen un mayor riesgo de depresión (14).

En contraste, Alvarado y cols. encontraron que la satisfacción con la vida puede aumentar con la edad siempre y cuando se cuente con apoyo social, ingresos económicos adecuados y estables, y se cuente con una buena percepción de salud física, de lo contrario, la satisfacción con la vida tiende a disminuir(26). También se ha documentado que la felicidad tiende a aumentar cuando se pueden llevar a cabo actividades sociales, físicas, cognitivas y de descanso, además de llegar a ser estudiada como variable mediadora(27). Así, en 2018, Cardona Arango y cols.(27) encontraron que, en los adultos mayores, la felicidad es un predictor de funcionalidad familiar, lo que a su vez se asocia con no tener riesgo de depresión y contar con apoyo social, entre otras variables.

De acuerdo con lo anterior, se puede decir que se ha identificado la importancia del estudio de la felicidad, tanto como resultado de la interacción de situaciones y condiciones sociales, familiares, económicas e individuales, al igual que el papel que juega en la percepción del envejecimiento y su rol mediador en situaciones sociales y desenlaces en salud, como el suicidio; lo que es reflejo de la complejidad de este fenómeno.

4.2. Adulto mayor y envejecimiento

El desarrollo poblacional de las últimas décadas ha dejado al descubierto una inversión de la pirámide poblacional a nivel mundial, como consecuencia del aumento del número de personas que logran alcanzar los 60 años o más y de la disminución de las tasas de fecundidad(8). De acuerdo con la OMS, entre 2015 y 2050 el porcentaje de las personas mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22% (28). En Colombia, el índice de envejecimiento ha pasado de 12 para 1951 a 49 para 2020, es decir, que hay 49 personas de 60 años o más por cada 100 menores de 15 años, que representan el 11% de la población colombiana(29,30).

Como consecuencia de este cambio demográfico, los adultos mayores, definidos como aquellas personas que cuentan con 60 años o más, han empezado a tener un papel relevante en la planeación de políticas públicas de salud, ya que no se da un

simple cambio biológico, sino que este viene acompañado de cambios sociales, familiares y personales (7,8,31).

Es inevitable que, en el transcurso de la vida, se vayan presentando cambios y deterioros a nivel biológico, que con el tiempo reducen el funcionamiento fisiológico y aumentan el riesgo de desarrollar enfermedades(31). El envejecimiento se asocia con este deterioro biológico, aunque no es lo único que puede definirlo ya que estos cambios no se presentan de igual forma para todos, no siempre se corresponden con la edad y están influenciados por el medio social, familiar y ambiental, y no solo por el comportamiento del individuo (20,21). En especial, el adulto mayor en zonas rurales se ve expuesto a factores externos que pueden poner en riesgo su bienestar, pues en estas zonas hay mayor dificultad para el acceso a los servicios de salud, cuentan con menor nivel educativo, menores ingresos (19,31) y el conflicto armado acarrea un deterioro en la calidad de vida, pues las víctimas adultas mayores cuentan con mayores dificultades y resistencia para abandonar sus hogares ante las amenazas de desplazamiento y violencia de cualquier tipo, lo que impacta su estabilidad económica, familiar y emocional (32).

De acuerdo con lo anterior, se tiene un panorama de mayor vulnerabilidad económica y prevalencia de pobreza en las zonas rurales. Para 2017 la pobreza rural era 2,3 veces la de las áreas metropolitanas(33). Adicionalmente, se pueden observar unas diferencias de género, no solo generales, donde el 51% de las personas adultas mayores son mujeres y tiene mayor longevidad que los hombres(34), sino también respecto al hecho de que las mujeres han sufrido más eventos victimizantes en el marco del conflicto armado, presentan más dificultades para contar con una fuente de ingreso económico dado que su principal ocupación es el cuidado del hogar y, en consecuencia, tienen una condición de mayor vulnerabilidad económica(32,35).

En conclusión, el envejecimiento de una persona no solo depende de su comportamiento o predisposición biológica, sino también de factores externos que varían de un lugar a otro, de una persona a otra, que pueden hacer más o menos posible un envejecimiento saludable o contar con un estado de bienestar global y/o subjetivo(19).

4.3. Dependencia funcional, envejecimiento y felicidad o bienestar subjetivo

La capacidad funcional de un individuo está definida por la realización de actividades de la vida diaria con independencia y autonomía, a su vez, esta capacidad depende de la salud física y mental con la que éste cuente (36). Chacón, Quino y Vallejo (37) definen la funcionalidad física del adulto mayor como la suma de capacidades para realizar por sí mismo actividades indispensables para satisfacer sus necesidades.

De acuerdo con esto, la funcionalidad se evalúa por medio de las capacidades físicas que tiene el sujeto para realizar actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD) de la vida diaria, relacionadas con habilidades necesarias que permiten la

adaptación a un contexto. Se espera que estas actividades puedan ser realizadas con el nivel de autonomía suficiente para no tener la exigencia de vigilancia o ayuda de otra persona (22).

Ahora bien, los cambios y transformaciones de la capacidad física en el envejecimiento están dados principalmente por dos factores: el deterioro biológico natural y los estímulos externos que recibe la persona. Respecto al primer componente, se establece como inmodificable, mientras que el segundo, al ser estímulos externos que se reciben en el transcurso de su vida, incluyendo la etapa de la vejez, pueden ser modificables de tal forma que puedan mejorar o empeorar la funcionalidad y pueden ser detectados a través de la condición de salud y del desgaste funcional o cognitivo (38).

Como se mencionó, la dependencia funcional aumenta a medida que las personas envejecen, y esto puede impactar en su bienestar subjetivo o felicidad. Como antecedente de esto en contexto hispanohablante, Rodríguez Díaz y cols., llevaron a cabo un estudio por donde buscaron evaluar el bienestar emocional en adultos mayores en relación con la dependencia funcional. En este estudio, encontraron que hay una relación directa entre el grado de dependencia funcional y el malestar emocional de los individuos (39). Este estudio permite ver dos elementos importantes: uno, hallar estudios donde se aborde de forma clara la relación entre dependencia funcional y la felicidad o bienestar subjetivo aún no son muy comunes y, segundo, la dependencia funcional, a pesar de ser parte del proceso natural de deterioro fisiológico, impacta de forma negativa en el estado emocional y satisfacción con la vida de las personas.

4.4. Desempeño cognitivo, envejecimiento y felicidad o bienestar subjetivo

Si bien no se cuenta con una definición clara y específica de desempeño cognitivo, el Mini mental test permite definirlo como un estado mental, que incluye el comportamiento, la orientación, la actitud, la percepción, el juicio, la abstracción y la cognición del individuo (40).

Aunque las funciones cognitivas están relacionadas con el nivel educativo, estas varían de un individuo a otro y pueden depender de la capacidad intrínseca y la interacción con el entorno (31). Sin embargo, hay algunas capacidades que es esperable que puedan disminuir con el envejecimiento, en especial, las que están relacionadas con tareas complejas, por ejemplo la velocidad del procesamiento de la información, aprendizajes complejos que impliquen reorganizar, manipular o anticipar elementos de la memoria; y hay otras que suelen mantenerse al través de tiempo, tales como, la concentración y el habilidades asociadas al lenguaje (31).

En la población adulta mayor, este tema toma especial relevancia dado que los cambios a nivel social, físico, familiar y cognitivo que se relacionan con el proceso de envejecimiento. Respecto al envejecimiento definido como normal, se hace referencia a una capacidad cognitiva que ha alcanzado un deterioro esperado para la edad y no le genera mayores cambios en su funcionamiento e independencia;

mientras que, en el envejecimiento denominado como patológico, el deterioro cognitivo puede ser en uno o varios procesos, que sí alteran la funcionalidad y la independencia (41).

El estudio de la disminución del desempeño cognitivo en adultos mayores, ha ido tomando un papel importante dado que al ir envejeciendo la población mundial, las demencias y demás enfermedades que están relacionadas con estas alteraciones, se presentarán con mayor frecuencia, además, inevitablemente impactan el bienestar de las personas que las viven. Sin embargo, son pocos los estudios que evalúan la relación entre el desempeño cognitivo y el bienestar subjetivo. Un estudio realizado por Xing Toh y cols.(42), encontró que la sensación de control podía mediar la satisfacción con la vida de los adultos mayores. Otro estudio realizado en Brasilia por dos Santos y cols. (43), encontró que las alteraciones cognitivas leves alteran tanto la satisfacción con la vida como el bienestar espiritual y el afecto positivo de los adultos mayores. Si bien estos dos estudios no evaluaron directamente bienestar subjetivo o felicidad, sí abordaron uno de los elementos que está relacionado con este: la satisfacción con la vida. Otro estudio realizado en Sao Paulo, evaluó la felicidad y sus factores asociados, entre esos el estado cognitivo global, por medio del Mini mental test, pero no hallaron asociación entre estas variables(44). Todo esto, devela el poco conocimiento que hay en relación con el desempeño cognitivo y la felicidad o bienestar subjetivo en los adultos mayores.

4.5. Estado emocional, envejecimiento y felicidad o bienestar subjetivo

Las emociones son fenómenos complejos y esenciales para la supervivencia, que incluyen dos tipos de respuestas: fisiológica y cognitiva. El estudio de las emociones en el envejecimiento parte desde diferentes posturas, algunas se basan en la regulación de las emociones y otras en el desarrollo de la personalidad y el curso de la vida (45). La importancia del estudio de las emociones radica en el papel que estas juegan en la adaptación, lo que las lleva a ser predictoras o mediadoras en el proceso de envejecimiento saludable y del bienestar(45,46).

Desde la primera postura, la regulación emocional, se identifica que las emociones juegan un papel mediador y/o predictor para la salud en la vejez. Esto quiere decir, que las emociones juegan un rol importante entre las situaciones estresantes y el estado de salud del individuo. Así, la frecuencia con la que se experimentan ciertos estados emocionales va a repercutir en el sistema inmune, cardiovascular, etc., y en el desarrollo de hábitos de salud (45,46). Por lo que, a medida que el individuo crece, las experiencias van aportando aprendizajes que ayudan a moldear las emociones y su regulación (45). Desde la otra perspectiva, las emociones y los eventos emocionales influyen en el aprendizaje que va modificando la personalidad y, a su vez, con el tiempo va aportando mayor capacidad de estabilidad emocional, lo que ayuda a la estabilidad estructural de la personalidad (45).

Sea desde la perspectiva de regulación emocional, de personalidad o dándole mayor relevancia al ciclo de vida, es claro que las emociones juegan un papel

fundamental en la adaptación, y en este caso, en la adaptación a la etapa de la vida que es la vejez.

Según Perugache y cols., la falta de habilidades emocionales provoca que las personas tengan dificultades en la vida afectiva, puesto que esto facilita una mayor cantidad de conflictos intrapersonales, lo que a su vez, puede impactar en la realización de actividades cotidianas debido a la dificultad en la concentración, la baja motivación o la prolongación de estados de ánimo bajos, provocando comportamientos inapropiados para la resolución de problemas(47).

Es por esto que, un foco de abordaje que va tomando relevancia en esta población son las emociones, dado que los adultos mayores constituyen una población vulnerable, no solo al deterioro físico y mental esperable para su etapa de vida, sino también porque el proceso de adaptación a esta fase puede no ser exitoso y generar malestar significativo hasta el punto de desarrollar trastornos del estado del ánimo como depresión o ansiedad (45–47). De acuerdo con la *Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento en Colombia*, de 2016, los trastornos mentales con mayor prevalencia son la depresión, la ansiedad y el alcoholismo, que además, pueden presentarse simultáneamente (48). En Colombia, la prevalencia total de depresión fue de 49,8%, sin diferencias significativas por sexo, y fue mayor en la población urbana que en la rural(48), sin embargo, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental, la tasa de suicidio es mayor en hombres y especialmente, en hombres mayores de 60 años(49).

En esta misma línea, es importante considerar la presencia de los llamados trastornos emocionales los cuales traen consigo serias implicaciones, generando un incremento en las tasas de morbilidad, deterioro cognitivo y desajuste social, además de una mortalidad más temprana y mayor tasa de hospitalizaciones, su diagnóstico es tan importante que el solo hecho de padecerlos, representa un criterio de fragilidad y una causa importante de sufrimiento y mala calidad de vida durante la vejez (18).

Respecto al estado emocional y el bienestar subjetivo, Ruggeri y cols. llevaron a cabo un análisis sobre estas variables en 21 países, por medio del European Social Survey. Estos autores, encontraron que los puntajes de depresión y ansiedad se relacionaban negativamente con, lo que ellos llamaron, bienestar subjetivo multidimensional(50). Resultados similares fueron hallados en el estudio realizado con adultos mayores en Brasilia, por Moretti y cols. (44), donde dividieron a los participantes en tres grupos: felices, no felices y moderadamente felices; encontrando que la depresión, ansiedad y fobia social, se asociaba con el nivel de felicidad, a mayores síntomas de depresión, ansiedad o fobia social, menores eran los puntajes de felicidad. Así, se puede observar que, si bien se cuentan con algunos antecedentes respecto al estudio del estado emocional y el bienestar subjetivo, son pocos los que se han realizado en adultos mayores, en especial en Latinoamérica y en general, son elementos de muy reciente abordaje.

4.6. Apoyo social percibido, envejecimiento y felicidad o bienestar subjetivo

El concepto de apoyo social surgió en los años 60's con John Bowly y desde entonces ha ido transformándose de acuerdo al momento histórico que se presenta (51). Sin embargo, se mantienen algunos elementos básicos, por ejemplo, su importancia para la adaptación, para el afrontamiento de situaciones estresantes, su sentido de transacción o intercambio, ya sea afectivo, económico o informacional(51).

Para precisar un poco más acerca del concepto de apoyo social, este podría definirse como *“las interrelaciones que se dan entre las personas, con conductas que también se relacionan entre sí como el demostrar cariño e interés, escuchar, prestar objetos materiales, ayudar económicamente, cuidar de alguien, dar afecto, sentirse amado, dar consejo, aceptarse, satisfacerse, informarse, entre otras (p. 240)”*(51). De acuerdo con lo descrito, el apoyo social toma relevancia frente a los procesos de salud-enfermedad y satisfacción con la vida, gracias a su papel protector, reduciendo las consecuencias que puede tener un evento estresante, e influyendo en la percepción de la vinculación y bienestar(51).

Gottlieb en 1983, establece que el constructo de apoyo social está conformado por dos dimensiones: la estructural y la funcional. La estructural, se corresponde con el tamaño de la red social, mientras que la funcional hace referencia a la utilidad de dicha red, que a su vez está compuesta por tres tipos de recursos o factores: emocional, instrumental y formativo(52). El emocional, sería la expresión del apoyo social por medio de la empatía, el amor y la confianza; el instrumental, cuando se ayuda a la solución de problemas, y el informativo, cuando se obtiene información útil para afrontar un problema(52). Adicionalmente, también se pueden identificar elementos como la interacción social positiva, que se caracteriza por contar con individuos para llevar a cabo actividades de disfrute (52).

En esta misma línea, la OMS refiere que el apoyo social es un componente del envejecimiento saludable, cuando se da de manera positiva, pues provee soporte y confianza(31). Así, el apoyo social puede ser un facilitador o un factor de riesgo ante momentos de cambio y estrés, pues a medida que las personas envejecen, las redes sociales disminuyen y las que quedan, se espera que sean más efectivas, por ejemplo, que puedan prestar apoyo emocional y ayuda para manejar la angustia, o por el contrario, en caso de ser negativo, alimentar la angustia y generar desmotivación e inseguridad (31).

Dentro de los estudios sobre envejecimiento y apoyo social se destaca el de Evans y cols. quienes sugirieron que en la vejez la práctica de actividades en entornos colectivos potencializa el componente cognitivo, obteniendo mayor bienestar y mejorando su calidad de vida. Por lo tanto, es importante reforzar la participación del adulto mayor en diferentes espacios para mantener o mejorar su autoestima y autorrealización personal, lo que puede dar un significado a las actividades realizadas con el apoyo social familiar y de amigos, y contar con los recursos propios de su contexto(53).

En coherencia con estos resultados, un estudio realizado en Chile, que buscaba identificar los factores asociados al bienestar subjetivo en adultos mayores,

encontró que la participación en organizaciones sociales y el ingreso al mercado laboral, aumentaban el bienestar subjetivo de los adultos mayores (54)

Es así, que la variable social constituye en un factor mediador, que puede ser de protección, fomentando un envejecimiento saludable o exitoso y aumentando el bienestar subjetivo o, por el contrario, ser un factor de riesgo, al ser ausente e inestable, promoviendo un envejecimiento patológico y la aparición de problemas del estado del ánimo y afectando el bienestar subjetivo del individuo.

5. Metodología

5.1. Lugar de estudio

Este estudio se llevó a cabo con datos secundarios, pertenecientes a la investigación *Vulnerabilidad Cognitiva y Adulto Mayor Rural*, realizada por la Universidad Mariana de Pasto, Nariño, entre 2019 y 2020, en cabeza de la profesora Yenny Paredes (23). Esta investigación se realizó en el municipio de Túquerres, en el departamento de Nariño. La población total de este municipio es de 40.599 habitantes, de los cuales 17.503 (43,11%) habitan zonas urbanas y 23.096 (56,89%) habitan las zonas rurales y el 49,46% son mujeres(55).

La zona rural de Túquerres está habitada en mayor porcentaje respecto al total del municipio, y cuenta con unas condiciones de vida que se consideran bajas. De acuerdo con la índice de pobreza multidimensional municipal, para 2018, los centros poblados y rural disperso contaban con un 42,3%, lo que clasifica a estos hogares en situación de pobreza, mientras que en la cabecera municipal de Túquerres era de índice fue 18,1% (56). En particular, la situación del adulto mayor en las zonas rurales se clasifica como vulnerable, no solo por pertenecer al área rural, sino por condiciones tales como bajos niveles de escolaridad, viviendas edificadas en barro y teja, vías de acceso no pavimentadas, entre otras, dificultando la movilidad tanto para la extracción de los productos como para el acceso a sistemas de salud apropiados, recursos sociales y de transporte(55,57).

5.2. Diseño metodológico

Este es un estudio transversal de asociación, exploratorio, con análisis de datos secundarios.

La hipótesis del proyecto de investigación es:

Hi: a mejores condiciones socioeconómicas y médicas, menores alteraciones del estado del ánimo, menor deterioro cognitivo y funcional y mayor apoyo social, habrá una mayor felicidad percibida, entre los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño.

5.3. Población

La población estuvo constituida por un total de 3.454 adultos mayores residentes en la zona rural del Municipio de Túquerres, Nariño. Quienes contaban con edades entre los 60 y 103 años.

La muestra con la que se trabajó en el presente estudio, estuvo constituida por un total de 252 registros provenientes del estudio *Vulnerabilidad cognitiva y adulto mayor rural* (23), realizado entre 2019 y 2020 con un grupo de adultos mayores

residentes en la zona rural del Municipio de Túquerres del Departamento de Nariño, el rango de edad en los registros utilizados para el presente estudio osciló entre los 60 y 94 años.

5.3.1. Diseño muestral y criterios de elegibilidad

En el presente estudio, se trabajó con el total de los registros provenientes de la investigación: *Vulnerabilidad cognitiva y adulto mayor rural*, que fueron en total 252.

En dicha investigación, reportan que el tipo de muestreo fue probabilístico estratificado, debido a que la extracción se realizó de forma aleatoria designando rango y punto de partida con confianza del 94% y un grado de error del 6%. Posterior a este proceso, calcularon una muestra de 248 adultos mayores, con un rango de asignación de 10 y el punto de partida en la ubicación 6, aunque finalmente participaron 252 adultos mayores. Es importante tener en cuenta que la base de datos de la cual se extrajo la muestra fue facilitada por el Sisbén² Municipal de Túquerres, y se encontraba actualizada a 2019.

Los criterios de elegibilidad que tuvieron en cuenta en el estudio original, fueron:

Criterios de inclusión: 1. Adultos mayores de 60 años en adelante; 2. Participación voluntaria en el estudio y firma del consentimiento informado; 3. Estar registrados en la base de datos del SISBEN Municipal de Túquerres; 4. Pertenecer al área rural del Municipio.

Criterio de exclusión: tener una implicación médica o cognitiva que impida la aplicación de los instrumentos.

5.4. Descripción de variables

Características sociodemográficas

Variable	Definición operativa	Instrumento	Naturaleza/Nivel de medición			Unidad de medida o categorías
Edad	Edad en años y meses cumplidos verificada por el documento de identidad o por el familiar o cuidador	Encuesta	Cuantitativa	Continua	Razón	Años cumplidos

² El Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén) es una base de datos que ordena a la población de acuerdo con su situación económica y social. Para 2019, cuando fue tomada esta información, se dividía en por niveles del 1 al 3, y 0 para población en especial vulnerabilidad. Ver: [https://sisbencolombia.co/nivel-de-sisben/#%C2%BFCuales son los niveles del Sisben](https://sisbencolombia.co/nivel-de-sisben/#%C2%BFCuales%20son%20los%20niveles%20del%20Sisben)

Edad agrupada	Dos grupos de edad en años cumplidos	Encuesta	Cualitativa	Ordinal	Dicotómica	60-79: 0 ≥80: 1
Sexo	Condición biológica, características fisiológicas y sexuales con las que nacen mujeres y hombres	Encuesta	Cualitativa	Nominal	Dicotómica	Mujer: 1 Hombre: 0
Nivel socioeconómico	Es una clasificación dada por el Sisbén a 2019, de acuerdo con el nivel de vulnerabilidad económica del individuo.	Encuesta	Cualitativa	Ordinal	Politémica	0 1 2 3
Afiliación en salud	Tipo de afiliación al sistema de Seguridad social en salud	Encuesta	Cualitativa	Nominal	Politémica	No tiene: 0 Cotizante: 1 Subsidiado: 2
Estado civil	Situación referida a relación de pareja estable	Encuesta	Cualitativa	Nominal	Politémica	Soltero/a: 1 Casado/a: 2 Viudo/a: 3 Separado/a: 4 Unión libre: 5
Escolaridad	Nivel de estudios	Encuesta	Cualitativa	Ordinal	Politémica	No sabe leer/escribir: 1 Primaria incompleta: 2 Primaria completa: 3 Secundaria completa o más: 4
Ocupación	Actividad a la que dedica la mayor parte del tiempo y/o de la que proviene su ingreso económico	Encuesta	Cualitativa	Nominal	Politémica	Empleado: 1 Independiente: 2 Pensionado: 3 Jubilado: 4 Hogar: 5
Ingreso económico	Nivel de ingreso económico mensual	Encuesta	Cualitativa	Ordinal	Politémica	Sin ingresos: 1 Menos de 1 SMMLV: 2 Entre 1 y 3 SMMLV: 3
Dependencia económica familiar	Sus ingresos dependen del aporte familiar	Encuesta	Cualitativa	Nominal	Dicotómica	Si: 1 No: 0
Vivir en pareja	Vive con la pareja	Encuesta	Cualitativa	Nominal	Dicotómica	Si: 1 No: 0

Antecedentes y síntomas médicos

Variable	Definición operativa	Instrumento	Naturaleza/Nivel de medición			Unidad de medida o categorías
Percepción del estado de salud	Percepción del estado de salud	Encuesta	Cualitativa	Ordinal	Politémica	Mala: 0

						Regular: 1
						Buena: 2
Antecedentes de enfermedad crónica	Cuenta con antecedentes de enfermedad crónica	Encuesta	Cualitativa	Nominal	Dicotómica	Si: 1 No: 0
	Dificultad para dormir	Encuesta	Cualitativa	Nominal	Dicotómica	No: 0 Sí: 1
	Pérdida de memoria	Encuesta	Cualitativa	Nominal	Dicotómica	No: 0 Sí: 1
Presenta los siguientes síntomas al menos una vez a la semana	Sensación de vértigo o mareo	Encuesta	Cualitativa	Nominal	Dicotómica	No: 0 Sí: 1
	Dificultad para respirar o tomar aliento	Encuesta	Cualitativa	Nominal	Dicotómica	No: 0 Sí: 1
	Sensación de cansancio o debilidad	Encuesta	Cualitativa	Nominal	Dicotómica	No: 0 Sí: 1
	Malestar en las coyunturas o en la espalda	Encuesta	Cualitativa	Nominal	Dicotómica	No: 0 Sí: 1
Hospitalización	Ha sido hospitalizado/a en el último año	Encuesta	Cualitativa	Nominal	Dicotómica	Si: 1 No: 0

Dependencia funcional

Variable	Definición operativa	Instrumento	Naturaleza/Nivel de medición			Unidad de medida o categorías
Dependencia funcional	Nivel de independencia para realizar actividades diarias	Cuestionario VIDA (Vida Diaria del Anciano)	Cuantitativa	Discreta	intervalo	Puntaje
Dependencia funcional	Ausencia o presencia de algún nivel de dependencia funcional	Cuestionario VIDA (Vida Diaria del Anciano)	Cualitativa	Nominal	Dicotómica	Independiente: 0 Dependiente: 1

Desempeño Cognitivo

Variable	Definición operativa	Instrumento	Naturaleza/Nivel de medición			Unidad de medida o categorías
Desempeño cognitivo	Medición del nivel cognitivo global	Mini-Mental	Cuantitativa	Discreta	intervalo	Puntaje
Desempeño cognitivo	Ausencia o presencia de deterioro cognitivo	Mini-Mental	Cualitativa	Ordinal	Dicotómica	≤24 Con deterioro cognitivo >24 Sin deterioro cognitivo

Estado emocional

Variable	Definición operativa	Instrumento	Naturaleza/Nivel de medición			Unidad de medida o categorías
Depresión	Medición del nivel de implicación emocional	Escala Geriátrica de Depresión (EDG-Yesavage)	Cuantitativa	Discreta	intervalo	Puntaje directo
Depresión	Medición del nivel de implicación emocional	Escala Geriátrica de Depresión (EDG-Yesavage)	Cualitativa	Ordinal	Politómica	0-5 Normal 6-10 Depresión Moderada 11-15 Depresión Severa
Ansiedad	Medición del nivel de ansiedad	Escala de Ansiedad de Hamilton	Cuantitativa	Discreta	intervalo	Puntaje directo
Ansiedad	Medición del nivel de ansiedad	Escala de Ansiedad de Hamilton	Cualitativa	Ordinal	Politómica	0-5 Leve 6-14 Moderado 15 o más Grave

Apoyo social percibido

Variable	Definición operativa	Instrumento	Naturaleza/Nivel de medición			Unidad de medida o categorías
Apoyo Social	Medición del nivel de apoyo social	Cuestionario de Apoyo Social MOS	Cuantitativa	Discreta	Intervalo	Puntaje directo
Cuenta con cuidador cuando está enfermo	Existencia de un cuidador, edad, género y parentesco del cuidador	Encuesta	Cualitativa	Nominal	Dicotómica	Si: 1 No: 0

Felicidad

Variable	Definición operativa	Instrumento	Naturaleza/Nivel de medición			Unidad de medida o categorías
Felicidad	Medición del nivel de felicidad	Escala de Felicidad de Lima adaptada a adultos mayores	Cuantitativa	Discreta	Intervalo	Puntaje directo

5.5. Fuentes de información e instrumentos

Como ya se indicó, la fuente de esta investigación proviene de los datos recolectados en el estudio *Vulnerabilidad cognitiva y adulto mayor rural* (23).

Por lo tanto, este es un estudio con fuentes secundarias y los instrumentos que se describen a continuación, corresponden a los utilizados en la investigación de la que se derivan los datos, que, de acuerdo con lo reportado por los investigadores, fueron heteroaplicados, esto quiere decir que eran aplicados por el personal entrenado para tal fin, por lo que el participante no debía diligenciarlo solo (Tabla 1).

Tabla 1. *Instrumentos utilizados en el estudio Vulnerabilidad Cognitiva y Adulto Mayor Rural.*

Variable	instrumento	Calificación	Características psicométricas	Tipo de aplicación
Dependencia funcional	Cuestionario VIDA (Vida Diaria del Anciano)	Puntuación directa de 10 a 38 puntos: - menor o igual a 19: Requiere ayuda - entre 19 y 29 puntos: Realiza tareas sencillas - mayor que 29: Independiente	Alfa de Cronbach de 0,94	Heteroaplicada
Desempeño cognitivo	Mini-Mental (MMSE)	Puntuación directa hasta 30 ≤24 Con deterioro cognitivo >24 Sin deterioro cognitivo	CCI 0,82 IC 95% CCI 0,73-0,87	Heteroaplicada
Depresión	Escala de Depresión Geriátrica YESAVAGE versión reducida (EDG)	Puntuación máxima de 15 0 a 5 puntos: normal o ausente de síntomas 6 a 10: depresión moderada 11 a 15: depresión severa	Alfa de Cronbach de 0,72	Heteroaplicada
Ansiedad	Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)	Puntuación máxima 56 A mayor puntaje mayor grado de ansiedad 0-5 Leve 6-14 Moderado 15 o más Grave	Alfa de Cronbach de 0,89	Heteroaplicada
Apoyo social percibido	Cuestionario de apoyo social MOS	Puntuación directa entre 19 y 95 A mayor puntaje mayor apoyo social percibido	Alfa de Cronbach de 0,94	Heteroaplicada
Felicidad	Escala de Felicidad de Lima adaptada a Adultos Mayores	Puntuación entre 14 y 70 A mayor puntaje mayor felicidad	Alfa de Cronbach de 0,84	Heteroaplicada

CCI: coeficiente de correlación intraclass

Las características sociodemográficas y antecedentes y síntomas médicos

Para recolectar los datos correspondientes a estas variables, se usó la encuesta diseñada y utilizada previamente en una de las investigaciones desarrolladas por la investigadora Yenny Vicky Paredes Arturo, denominada *Valoración multidimensional de los adultos mayores de San Juan de Pasto*, de 2015 (58). Previo a su aplicación, fue necesario realizar algunas modificaciones (Anexo 1).

Dependencia funcional

Cuestionario VIDA (Vida Diaria del Anciano). Este cuestionario fue desarrollado por Lesende y col.(59,60) en 2010, como una opción para valorar los primeros grados de deterioro funcional, por lo que busca evaluar actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores españoles. Presenta buena fiabilidad inter- e intraobservador (coeficientes intraclases de 0,94 [IC95%: 0,88-0,97] y 0,96[IC95%: 0,93-0,98], respectivamente), y un alfa de Cronbach de 0,94, mostrando buena validez concurrente con el cuestionario de Lawton-Brody (coeficiente 0,78; $p < 0,001$), y moderada con el test «get up and go» (0,61; $p < 0,001$). Es un cuestionario fiable, que no presenta sesgo de género, en comparación con la escala de Lawton y Brody, su medición se asocia con otras medidas de funcionalidad y con factores de fragilidad en el adulto mayor. Este cuestionario, fue desarrollado para población española de mayor o igual a 75 años de edad. Su puntuación es de 10 a 38 puntos, valora la realización independiente de 10 actividades, calificadas por escala de Likert con 3 a 4 respuestas (59), a mayor puntuación mayor grado de funcionalidad, los niveles establecidos son: menor o igual a 19 - Requiere ayuda, entre 19 y 29 puntos - Realiza tareas sencillas y mayor que 29 – Independiente (Anexo 1).

Desempeño cognitivo

Mini-Mental (MMSE). Este instrumento es el más utilizado para la evaluación cognitiva o examen de estado mental, especialmente en adultos mayores. Fue creado en 1975 por Folstein y McHugh (40). Evalúa el comportamiento, orientación, actitud, percepción, juicio, abstracción y cognición del individuo(61). Este instrumento se compone de 30 ítems dicotómicos que evalúan seis procesos cognitivos: Orientación Temporal, Orientación Espacial, Memoria de Fijación, Memoria de Evocación, Atención y Cálculo y Lenguaje(40). Para el estudio, *Vulnerabilidad Cognitiva y Adulto Mayor Rural*, se utilizó la versión validada por el grupo de Neurociencias de la Universidad de Antioquia, la puntuación máxima es de 30 puntos y el punto de corte que se estableció para el contexto del estudio fue de 24, el coeficiente de correlación intraclase (CCI) que se obtuvo fue 0,82 a un IC 95% 0,73-0,87, es decir con un grado de acuerdo entre substancial y casi perfecto (62,63) (Anexo 1).

Estado emocional

Escala de Depresión Geriátrica YESAVAGE versión reducida (EDG). Esta escala fue construida por Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey y Rose en 1982, específicamente para adultos mayores y fue adaptada para adultos mayores colombianos por Bacca, Gonzales y Uribe, con un coeficiente de confiabilidad de 0,72 (64). Esta escala evalúa la presencia de rasgos depresivos en población adulto mayor, indagando por sintomatología cognitiva. Para la investigación de la que se tomaron los presentes datos, refieren que se aplicó la versión validada por el grupo de Neurociencias de la Universidad de Antioquia. Su puntuación máxima es 15, sus opciones de respuesta son dicotómicas, Sí o No, y de acuerdo con el puntaje

obtenido se clasifica de 0 a 5 puntos: normal o ausente de síntomas, de 6 a 10: depresión moderada y de 11 a 15: depresión severa(64) (Anexo 1).

Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS). fue diseñada en 1959 por Max R Hamilton para la valoración de ansiedad. Consta de 14 ítems que, mediante entrevista semiestructurada, evalúan la gravedad de los síntomas, utilizando 5 opciones de respuesta ordinal, siendo cero (0) la ausencia del síntoma y cuatro (4) presencia de síntomas muy graves o incapacitantes; de estos, 13 ítems se refieren a signos y síntomas ansiosos y el último valora el comportamiento del paciente durante la entrevista, el cual es observado por el evaluador. El rango va de 0 a 56 puntos, es decir, a mayor puntaje mayor grado de ansiedad. Esta escala fue validada con población española y cuenta con una confiabilidad adecuada, con un alpha de Cronbach de 0,89 (65) (Anexo 1).

Apoyo social percibido

Cuestionario de apoyo social MOS. Diseñado por Sherbourne y Stewart y validado en Colombia por Londoño, Rogers, Castilla, Posada, Ochoa, Jaramillo, Oliveros, Palacio y Aguirre-Acevedo (52). Este cuestionario consta de 20 preguntas, la primera indaga por el tamaño de la red social y los restantes se dividen en 4 dimensiones de apoyo social funcional: apoyo social emocional/informacional (6 ítems); apoyo instrumental (4 ítems); interacción social positiva (4 ítems) y apoyo afectivo (3 ítems). Las respuestas son de tipo Likert de 1 (Nunca) a 5 (Siempre). La escala cuenta con un índice de confiabilidad de alfa de Cronbach de 0,941 (52) (Anexo 1).

Escala de Felicidad de Lima adaptada a Adultos Mayores

Esta escala fue desarrollada originalmente por Alarcón en 2006 para población adulta (15) y adaptado en 2011 para adultos mayores por Árraga y Sánchez(66), con población venezolana. Esta escala está compuesta por 14 ítems, evalúa cuatro factores que, de acuerdo con los autores, son determinantes en la medición del constructo de felicidad en adultos mayores, integrado por: Sentido positivo de la vida (2 ítems), Satisfacción con la vida (7 ítems), Realización personal (3 ítems) y Alegría de vivir (2 ítems). Para su implementación, el evaluado se encuentra una serie de afirmaciones con las que puede estar de acuerdo, en desacuerdo o en duda; marca con una X su respuesta, teniendo en cuenta que (5) es Totalmente de Acuerdo, (4) Acuerdo, (3) Ni acuerdo ni desacuerdo, (2) Desacuerdo, (1) Totalmente en desacuerdo. Esta adaptación a adulto mayor cuenta con una confiabilidad adecuada, con un Alpha de Cronbach de 0,84 (66) (Anexo 1).

5.6. Recolección de datos.

El estudio del que se derivan los datos para el presente trabajo de investigación, *Vulnerabilidad Cognitiva y Adulto Mayor Rural*, se realizó entre 2019 y 2020. En 2020 se llevó a cabo la recolección de la muestra y, como consecuencia de los

parámetros declarados por el gobierno nacional ante la pandemia del COVID-19, el trabajo de campo se desarrolló en dos fases: la primera, correspondiente a los meses de febrero a marzo, con 130 participantes evaluados y, la segunda fase, de junio a julio, con 122 evaluados, para un total de 252 adultos mayores evaluados. Todo este procedimiento se llevó a cabo teniendo en cuenta los protocolos de bioseguridad establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El estudio fue dirigido por la Dra. Yenny Vicky Paredes Arturo, de la Universidad Mariana de Pasto, Nariño; quien, con dos estudiantes de pregrado, en el marco de su trabajo de grado, diseñaron y ejecutaron la aplicación de los cuestionarios. Los estudiantes fueron previamente entrenados en la aplicación de estos instrumentos.

Se estableció contacto con la Secretaría Municipal de Salud de Túquerres, donde apoyaron en la consecución de los datos del Sisben de los adultos mayores del municipio, a partir de esta base de datos se logró realizar el cálculo del tamaño de la muestra y el tipo de muestreo, el cual estuvo a cargo de uno de los docentes de su universidad.

Previo al trabajo de campo, fue presentado al Comité de Investigación del Programa de Psicología de la universidad, quienes aprobaron el protocolo, el cual también incluía el consentimiento informado y especificaba las condiciones éticas bajo las que se realizó el estudio (Anexo 2). Además, contaron con la aprobación explícita de la Secretaría de Salud del Municipio de Túquerres (Anexo 3).

Luego de haber recibido la base de datos para la realización de la presente investigación, esta fue revisada para confirmar que no contara con datos perdidos. Fue necesario construir un diccionario para las variables, ya que no se encontraban definidas adecuadamente. Posteriormente, el archivo que se encontraba en Excel fue ingresado a Jamovi, lo que permitió construir la base de datos como tal, definiendo claramente la naturaleza de las variables y los niveles de medición. Además, las variables cuantitativas que correspondían a las escalas aplicadas y que contaban con puntajes de corte, tales como deterioro funcional y desempeño cognitivo, es decir, escalas que al tienen establecidos claramente los puntajes de corte para población adulta mayor, dio la posibilidad de trabajar con sus resultados de forma categórica y no solo como variables cuantitativas, lo que facilitó su interpretabilidad (ver Tabla 1).

Posteriormente, se tomó la decisión de dicotomizar las variables depresión y ansiedad, facilitando su análisis para cumplir con los objetivos propuestos. También, por este mismo motivo, fue necesario recategorizar y dicotomizar la variable apoyo social, junto con sus respectivas dimensiones, lo cual se hizo a partir de cada una de sus medianas y con estas, igualmente, se pudo realizar el análisis, tanto descriptivo como bivariado y multivariado.

5.6.1. Control de sesgos

- 5.6.1.1. *Sesgos de selección:* dado que es un estudio con datos secundarios, partimos de la investigación base, donde este sesgo se contrarrestó con un tipo de muestreo probabilístico estratificado, aleatorizado designando rango y punto de partida con confianza del 94% y un grado de error del 6% y posterior a este proceso, se calculó una muestra de 248 adultos mayores, con un rango de asignación de 10 y el punto de partida en la ubicación 6.
- 5.6.1.2. *Sesgos de información:* Dado que todos los datos provienen de fuentes secundarias, los sesgos de información que se podrían haber presentado en la recolección (sesgos de memoria, influencia del investigador de campo y duplicidad de información) fueron contrarrestados haciendo uso de cuestionarios validados en población adulta mayor, rural y/o colombiana. Además, de acuerdo con lo que reportaron los investigadores del trabajo original, los auxiliares de campo fueron entrenados para la aplicación de las baterías y se realizó un piloto para dicha aplicación(67).
- 5.6.1.3. *Sesgo de confusión:* Para detectar posibles sesgos por confusión e interacción entre variables, se partió de los antecedentes teóricos e investigativos, los cuales permitieron establecer una propuesta de asociaciones y relaciones entre variables, lo que facilitó la elaboración de un diagrama causal, que ayudó a identificar las variables por las que se debía llevar a cabo un ajuste al momento de analizar los datos, previniendo e identificando la presencia de sobre o subestimaciones sobre la asociación real y variables confusoras o mediadoras.

5.7. Procesamiento y análisis epidemiológico y estadístico de los datos

El análisis se realizó de acuerdo con las variables que se vinculan a cada uno de los objetivos. Para los análisis inferenciales se trabajó con intervalos de confianza al 95%. Los datos fueron analizados utilizando el software libre Jamovi basado en R, versión 1.8.2. (68,69) y, para el análisis de clúster del último objetivo, se usó R, por medio de la interfaz Rstudio, versión 1.4.1106.

- 5.7.1. Objetivo 1:** Describir las características sociodemográficas, los antecedentes y síntomas médicos, el estado emocional, el apoyo social, el desempeño cognitivo y dependencia funcional en los adultos mayores de una zona rural de Túquerres, Nariño.

Las variables sociodemográficas, los antecedentes y síntomas médicos, el estado emocional, el apoyo social y, el desempeño cognitivo y dependencia funcional que

se abordaron en este objetivo eran tanto cuantitativas como cualitativas y se realizó un análisis para cada una de ella, de acuerdo con su distribución respecto a la felicidad, reportando frecuencias absolutas y relativas y medidas de tendencia central y dispersión.

- Variables cuantitativas: Edad, Dependencia Funcional, Desempeño Cognitivo, Depresión, Ansiedad y Apoyo Social.

Para efectos del análisis descriptivo, estas variables se transformaron en cualitativas dicotómicas, según el puntaje de corte del instrumento estandarizado – Dependencia funcional, Desempeño cognitivo, Depresión y Ansiedad –. En el caso del Apoyo social, ya que este instrumento no cuenta con puntajes de corte, se dicotomizaron cada una de sus dimensiones, de acuerdo con la mediana. Para la Edad, se dicotomizó, en adultos mayores entre 60 y 79 años y aquellos con 80 años o más, con el propósito de explorar si a mayor edad hay diferencias en las puntuaciones de felicidad (70,71).

- Variables cualitativas: Sexo, Nivel Socioeconómico, Afiliación en salud, Estado civil, Escolaridad, Ocupación, Ingreso económico, Dependencia Económica Familiar, Vive con pareja, Percepción del estado de salud, Antecedentes de enfermedad crónica, Síntomas presentes al menos una vez a la semana, Hospitalización en el último año y Cuenta con cuidador.

Al igual que con las variables cuantitativas, para estas variables se presentaron frecuencias absolutas y relativas y medidas de tendencia central y dispersión. Previo a esto, se revisaron las frecuencias de los grupos y se identificaron algunos con frecuencias muy bajas lo que posibilitó la recategorización, uniendo grupos y mejorando así su interpretabilidad, entre las variables recategorizadas se encuentran: Nivel socioeconómico, ingreso económico, Afiliación en salud, Escolaridad, Percepción de estado de salud y Síntomas presentes al menos una vez a la semana.

Dado que el muestreo fue probabilístico estratificado, se asume que es representativo de la población, por lo que fue posible calcular la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad, desempeño cognitivo y dependencia funcional, alimentando la caracterización de la población.

5.7.2. Objetivo 2: Establecer los niveles de felicidad de los adultos mayores de una zona rural de Túquerres, Nariño.

Para la variable Felicidad, dado que es una variable cuantitativa, se presentaron las medidas de tendencia central (media y mediana), dispersión (desviación estándar y rango intercuartil) y valores mínimos y máximos, de cada una de las dimensiones que componen este constructo – Satisfacción con la vida, Realización personal, Sentido positivo de la vida y Alegría de vivir.

Además, la variable y cada una de sus dimensiones fue recategorizada, creando dos subrupos al dividir por la mediana: puntajes menores que la mediana y puntajes mayores o iguales a la mediana, lo que ayudó a su interpretabilidad.

5.7.3. Objetivo 3, 4 y 5: Explorar la asociación entre las variables independientes y la felicidad en adultos mayores de una zona rural de Túquerres, Nariño

Análisis bivariado y multivariado.

Luego del análisis descriptivo de las variables independientes o exposiciones, realizado en el objetivo 1 y el de la Felicidad, variable dependiente o desenlace, en el objetivo 2, se llevó a cabo el análisis bivariado y multivariado. Teniendo en cuenta la naturaleza de la variable desenlace, cuantitativa, se trabajó con el puntaje directo, pues esta no cuenta con puntos de corte para transformarla en variable cualitativa. La escala de felicidad establece que, a mayor puntaje, mayor felicidad percibida.

El análisis bivariado consistió en regresiones lineales simples y el multivariado, dado que este estudio es de alcance exploratorio, en regresiones lineales multivariadas, en las que se exploró la asociación de cada una de las variables independientes con la variable felicidad, ajustadas por edad, sexo, depresión, ansiedad y apoyo social que, de acuerdo con la revisión de antecedentes y el diagrama causal elaborado previamente, podían constituir una fuente de confusión (Anexo 4).

Estos análisis se expresan en términos de coeficientes estandarizados, siendo interpretados en desviaciones estándar, lo que permite la comparabilidad entre instrumentos y variables que manejan diferentes unidades de medida. Esto permite interpretar los coeficientes estandarizados en términos de tamaño del efecto, acompañados de su respectivo intervalo de confianza del 95%. Estos valores se analizaron a partir de la *d* de Cohen, que nos permiten establecer unos rangos para la adecuada interpretación de los valores (absolutos), dividiéndose entre 0,2 y menores a 0,5, 0,5 y menores a 0,8 y valores mayores o iguales a 0,8, los cuales indican tamaños del efecto pequeños, medianos y grandes, respectivamente (72,73). Esto ayuda a identificar la fuerza de las asociaciones y posibles variables explicativas del nivel de felicidad.

Los resultados se organizaron por dimensiones y las variables politómicas fueron trabajadas como variables *dummy*. Además, las variables independientes cuantitativas, que no contaban con puntos de corte, fueron dicotomizadas por la mediana, para facilitar su análisis por subgrupos.

Dado que el alcance de este estudio es exploratorio y no predictivo, los resultados obtenidos en el análisis bivariado y en la regresión lineal multivariada, permitieron explorar las asociaciones que, si bien no permiten plantear conclusiones explicativas, sí dan pautas para continuar indagando en una serie de variables que podrían llegar a tener relaciones causales respecto a la felicidad.

5.7.4. Objetivo 6: Explorar posibles perfiles de los adultos mayores de la zona rural de Túquerres según el nivel de felicidad.

Para alcanzar este objetivo se realizó un análisis de clúster, ya que es más sensible para análisis exploratorios.

Análisis de clúster: partición iterativa K-means.

Inicialmente, se tomaron las variables cuantitativas Dependencia Funcional, Desempeño Cognitivo, Depresión, Ansiedad, Apoyo Social y felicidad, estas dos últimas con sus respectivas dimensiones. Se normalizaron sus puntajes y se procedió a realizar la medida de similitud por medio del cálculo de la matriz de distancias para empezar a identificar el número de clústers en los que se podrían reagrupar los datos. Luego, se aplicó el método de clusterización de partición iterativa K-means, por medio de los métodos de Elbow, Silhouette y Gap stat.

Posteriormente, se procedió con el cálculo del tamaño del efecto, d de Cohen, de cada una de las variables en dicho modelo.

Para este análisis se utilizó el software R, en especial los paquetes tidyverse, cluster, factoextra, NbClust, tidyr (74).

5.8. Consideraciones éticas

De acuerdo con lo referido por los investigadores que llevaron a cabo el planteamiento original y la recolección de los datos, dicho estudio cumplió con lo estipulado en la Declaración de Helsinki, buscando generar un beneficio mayor que el riesgo que pudieran llegar a correr los participantes, con el objetivo de aportar al desarrollo futuro de estrategias de intervención en esta población(75). Además, se seguirá lo establecido en el informe de Belmont, donde se resaltan los principios éticos básicos: respeto a las personas, beneficencia y no maleficia y, justicia.

Dentro de la normativa nacional, que a su vez tiene en cuenta la declaración de Helsinki y el Informe de Belmont, se siguió la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud Nacional, donde en su Capítulo I establece los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, indicando en su artículo 5 que *En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar*(76).

De acuerdo con lo reportado por los investigadores, cumplieron con lo estipulado en esta resolución, dado que se contó con el consentimiento informado del participante, dando cumplimiento al artículo 7 de aleatoriedad de la selección de los participantes; al artículo 8 de confidencialidad de información, a modo de información, se adjunta el consentimiento informado que fue utilizado por los investigadores del estudio fuente, *“Vulnerabilidad Cognitiva y factores asociados en Adulto Mayor Rural”* (Anexo 2)(76). Tal como lo expresan los autores: de acuerdo con su Art 11°, literal b), este estudio investigativo fue clasificado como investigación con riesgo mínimo, debido a que se realizaron procedimientos, como la aplicación de cuestionarios, que no representan riesgo para el participante, y esto se dio a conocer en el consentimiento informado.

El estudio original contó con la aprobación del Comité de Investigación de la Universidad Mariana de Pasto, Nariño y de la Secretaría de Salud de Túquerres, Nariño (Anexo 3).

Además, en el presente estudio, para continuar cumpliendo con estas consideraciones éticas, garantizamos la confidencialidad y buen uso de los datos que nos han sido facilitados anonimizados para este trabajo de investigación.

Si bien en el consentimiento informado, que fue utilizado en la investigación original, no fue explícito que se autorizara el uso de los datos en estudios posteriores, sí fue garantizada la anonimización de los mismos previo al envío de la base de datos para el actual estudio. De esta forma, se busca mitigar cualquier tipo de riesgo diferente al estipulado al que presentaron en la investigación previa.

Partiendo de lo anterior, en el presente estudio se mantiene el cumplimiento de estas consideraciones éticas pues se velará por hacer prevalecer el bienestar de los participantes evaluados, garantizando la confidencialidad y buen uso de los datos que han sido facilitados de forma anonimizada, cumpliendo con el proceso de custodia de los mismos, pues solo tiene acceso a estos datos la investigadora

principal, quien mantendrá el archivo original resguardado y trabajará con una copia, lo que facilitará el manejo de los estos sin riesgo de su pérdida, lo que también se espera minimice los riesgos técnico-científicos y tecnológicos que puedan presentarse. Igualmente, vale la pena aclarar que, al no contar con ningún tipo de información referente a la identidad de los participantes, se minimiza cualquier riesgo que pueda afectar a los participantes de forma individual derivado de su información personal.

Además, dada la naturaleza del estudio, no hay trabajo de campo y hay unos acuerdos establecidos entre los investigadores del estudio macro, los directores y la investigadora principal, respecto al manejo de los datos, descritos anteriormente, y la autoría de las publicaciones, por lo que no hay mayor riesgo para los investigadores, excepto los que pudieran afectar su salud mental debido al alto número de trámites que la universidad exige para la aprobación de los proyectos.

Si bien el presente estudio solo trabajará con fuentes secundarias, el manejo de estas será con responsabilidad y teniendo en cuenta que los resultados pueden repercutir en intervenciones y designaciones político-económicas para la población que participó en el estudio macro. Por esto, los resultados deben ser manejados con cautela y discutidos a la luz del valor científico y social que puedan tener, teniendo en cuenta las Pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médica ([CIOMS], (77)), específicamente en su Pauta 1: Valor social y científico, y respeto de los derechos, pues la información que surja del presente estudio cuenta con un valor científico que esperamos pueda aportar en la mejora de las condiciones sociales de la población, pues la felicidad en adultos mayores rurales no ha sido explorada en Colombia con grandes muestras, que permitan aportar conocimiento para la toma de decisiones y a su vez, propendan por mejorar el bienestar de esta población, en zonas donde las condiciones económicas y sociales tienden a ser desfavorables.

6. Resultados

Caracterización sociodemográfica de los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño.

Como ya se describió en la metodología, la muestra estuvo conformada por 252 datos, correspondientes a los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño, de los cuales el 52,40% eran mujeres y el 47,60% hombres. La edad mínima presentada fue de 60 años, la máxima de 91 años para los hombres y 94 años para las mujeres, y la mediana fue de 72 años para ambos grupos (RIC hombres 31, RIC mujeres 34). El estado civil más frecuente fue casado o unión libre con el 56%. Respecto a la escolaridad, el 70,60% cuenta con primaria incompleta. Frente a la actividad ocupacional y los ingresos, el 67,10% se dedica al hogar, de los cuales el 64,5% son mujeres, solo el 1,20% es pensionado y el 41,70% no cuenta con ingresos mensuales. También, se logra observar en la distribución por nivel socioeconómico, que el 78,60% de los adultos mayores pertenece al nivel socioeconómico 1, lo que tiene coherencia con el tipo de afiliación al sistema de seguridad en salud, con un 91,70% en régimen subsidiado o sin afiliación (Tabla 2).

De acuerdo con las variables sociodemográficas, se presenta una diferencia de aproximadamente una desviación estándar en el puntaje de felicidad, entre los grupos Empleado y Pensionado, de la variable Ocupación, sin embargo, es importante señalar que el primer grupo cuenta con 20 individuos y el segundo solo con 3, y tienen una diferencia de media de casi una desviación estándar (Tabla 2). En las variables restantes, no se observan mayores cambios en la media del puntaje de felicidad.

Tabla 2. Nivel de felicidad según características sociodemográficas de los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño.

Variable	n=252	%	EFL				
			Media	Mediana	DE	RIC	
Edad	60-79	206	81,75	50,30	50	6,24	65
	≥80	46	18,25	51,20	52	7,28	64
Sexo	Mujer	132	52,40	50,60	50,50	6,57	8
	Hombre	120	47,60	50,30	50	6,30	9,25
Nivel socioeconómico	0	32	12,70	48,60	49	6,07	6,50
	1	198	78,60	50,70	51	6,46	9,75
	2 y 3	22	8,70	50,80	49,50	6,54	8
Tipo de afiliación a seguridad en salud	Subsidiado o sin afiliación	231	91,70	50,40	50	6,54	9
	Contributivo	21	8,30	50,60	50	5,25	7
Estado civil	Soltero/a	49	19,40	50,80	51	6,24	9
	Casado/a o Unión libre	141	56	50,10	50	6,23	9
	Separado/a	9	3,60	49,10	46	6,39	8

	Viudo/a	53	21	51,10	52	7,20	9
Vivir en pareja	No	114	45,20	50,70	51	6,94	10
	Sí	138	54,80	50,20	50	6	8,75
Escolaridad	No sabe leer/escribir	38	15,10	50,60	51	7,36	12,80
	Primaria incompleta	178	70,60	50,20	50	6,29	8,75
	Primaria completa	33	13,10	51,30	50	6,39	10
	Secundaria completa o más	3	1,20	53,30	55	2,89	2,50
Ocupación	Empleado	20	7,90	46,80	47,50	7,63	6,25
	Independiente	60	23,80	50,60	50	5,78	8
	Pensionado	3	1,20	54,30	55	4,04	4
	Hogar	169	67,10	50,80	51	6,43	9
Ingresos mensuales	Sin ingresos	105	41,70	49,80	50	6,48	10
	Con ingresos	147	58,30	50,9	51	6,38	8
Dependencia económica familiar	No	94	37,30	50,40	50	6,77	9
	Sí	158	62,70	50,50	50	6,25	9

EFL: Escala de Felicidad de Lima, DE: Desviación estándar, RIC: Rango intercuartil.

Caracterización de síntomas y antecedentes médicos de los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño.

Respecto a la caracterización de síntomas y antecedentes médicos, el 79,70% reporta una percepción de estado de salud entre regular y mala, el 80,20% cuenta con antecedentes de enfermedad crónica y el 75,80% no contó con ingresos a hospitalización en el último año. Adicionalmente, se indagó por una serie de síntomas físicos, donde se le preguntaba al participante si llegaba a presentar dichos síntomas al menos una vez a la semana, encontrando que más del 70% refirió presentar pérdida de memoria (75,40%), malestar en las coyunturas o en la espalda (75,80%) y sensación de cansancio o debilidad (71%) (Tabla 3).

Respecto a la felicidad, la variable que presenta mayor diferencia de puntaje a nivel descriptivo de felicidad es Malestar en las coyunturas o en la espalda, donde hay cerca de una desviación estándar entre quienes sí presentan este síntoma y quienes no (Tabla 3)

Tabla 3. Nivel de felicidad según características de síntomas y antecedentes médicos de los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño.

Variable	n=252	%	EFL				
			Media	Mediana	DE	RIC	
Percepción de salud	Mala	76	30,30	49,90	50	6,73	9
	Regular	124	49,40	50,30	50	5,94	9
	Buena	51	20,30	51,80	51	6,97	10
	No	50	19,80	53,50	53,5	5,59	8

Antecedentes de enfermedad crónica (autorreporte)		Si	202	80,20	49,70	50	6,41	8
Tuvo hospitalización durante el último año		No	191	75,80	50,70	51	6,21	9
		Si	61	24,20	49,70	50	7,10	10
Pérdida de memoria		No	62	24,60	51	51	6,02	9
		Si	190	75,40	50,20	50	6,57	9
Dificultad para dormir		No	96	38,10	50,50	50	5,60	8
		Si	156	61,90	50,40	51	6,91	9,25
Sensación de vértigo o mareo		No	130	51,60	51,50	51	6,18	8,75
		Si	122	48,40	49,30	50	6,53	9
Presenta los siguientes síntomas al menos una vez a la semana	Dificultad para respirar o tomar aliento	No	170	67,50	51,30	51	6,37	9
		Si	82	32,50	48,60	49	6,22	8
	Sensación de cansancio o debilidad	No	73	29	51	51	6,74	10
		Si	179	71	50,20	50	6,31	9
Malestar en las coyunturas o en la espalda		No	61	24,20	53,90	54	5,09	6
		Si	191	75,80	49,30	49	6,44	7,50

EFL: Escala de Felicidad de Lima, DE: Desviación estándar, RIC: Rango intercuartil.

Caracterización del desempeño cognitivo y la dependencia funcional

Desempeño cognitivo

Frente al desempeño cognitivo, evaluado por medio del Mini-Mental Test (ver pag. 29), se identificó que la prevalencia de deterioro cognitivo es del 57,50% (IC 95% 51,37 - 63,54) entre los adultos mayores de la zona rural de Túquerres. Además, no se hallaron diferencias importantes en la distribución de la media y la mediana del puntaje de felicidad, entre quienes presentan deterioro cognitivo y quienes no (Tabla 4).

Dependencia funcional

Por su parte, la Dependencia funcional indicó que hay una prevalencia del 32,90% (IC 95% 27,34 - 38,92) de adultos mayores que cuentan con algún nivel de dependencia funcional para la realización de sus tareas cotidianas. Respecto al puntaje de felicidad entre quienes presentan dependencia funcional y quienes no, no se observaron diferencias en la puntuación promedio (Tabla 4).

Caracterización del estado de emocional

Depresión

En la prueba Yesavage que, como tamización, permite identificar la presencia de síntomas de depresión, se encontró que, entre los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, hay una prevalencia de síntomas depresivos del 42,90% (IC 95% 36,85 - 49,03). Respecto al puntaje de felicidad, entre quienes presentan síntomas y quienes no, no se observan diferencias importantes a nivel descriptivo en la media ni la mediana de puntaje (Tabla 4).

Ansiedad

La prueba Hamilton, permitió identificar que hay una prevalencia del 82,90% (IC 95% 77,91 - 87,21) de síntomas moderados o graves de ansiedad entre la población de adultos mayores de la zona rural de Túquerres. De acuerdo con la media y la mediana de la Escala de felicidad, no se observaron diferencias importantes a nivel descriptivo entre quienes presentan ansiedad leve y aquellos con ansiedad moderada o grave (Tabla 4).

Tabla 4. Nivel de felicidad según la distribución de síntomas de depresión y ansiedad, desempeño cognitivo, dependencia funcional, de los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño.

Variable	n=252	%	EFL				
			Media	Mediana	DE	RIC	
Depresión	Sin síntomas de depresión	144	57,14	51,40	51	5,76	8,25
	Con síntomas de depresión	108	42,86	49,10	49	7,05	11,25
Ansiedad	Leve	43	17,06	53,70	53	5,69	8
	Moderada o grave	209	82,94	49,80	50	6,38	9
Desempeño cognitivo	Sin deterioro cognitivo	107	42,46	50,90	51	5,86	8
	Con deterioro cognitivo	145	57,54	50,10	50	6,83	9
Dependencia funcional	Independiente	169	67,06	50,70	50	6,37	9
	Dependiente	83	32,94	50	50	6,57	9,50

EFL: Escala de Felicidad de Lima, DE: Desviación estándar, RIC: Rango intercuartil.

Caracterización del apoyo social

El apoyo social percibido, se analizó en cada una de sus dimensiones. En el tamaño de la red social, el 53,97% cuenta con 4 o más personas en su red social, en Apoyo social emocional/informacional, el 51,19% obtuvo un puntaje de 31 o más en esta dimensión, donde el puntaje mínimo fue de 8 y el máximo de 40. En apoyo instrumental, el 61,51%, obtuvo un puntaje de 20, con un mínimo de 4 y un máximo de 20 para esta dimensión. En interacción social positiva, el 62,70% obtuvo un puntaje de 16 o más, con valores mínimos de 4 y máximos de 20, para esta dimensión. En la dimensión de apoyo afectivo, el 52,78%, obtuvo puntajes de 13 o más, para este factor específico. Para el total del apoyo social se presentó una mediana de puntaje de 76,5, con puntajes mínimos de 19 y máximos de 95 (Tabla 5)

El 93,70% de la población, refiere contar con cuidador cuando está enfermo y no presentaron diferencias en el puntaje promedio de felicidad.

Respecto a las medias y medianas de los puntajes de felicidad según el apoyo social y sus dimensiones, no se observaron diferencias mayores a 3 puntos entre los grupos con desviaciones estándar mayores a 5 (Tabla 5).

Tabla 5. Nivel de felicidad según la distribución del Apoyo social de los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño.

Variable	MOS		Subgrupo*	EFL			
	Me	RIC		Media	Me	DE	RIC
Tamaño de la red social	4	4,25	<Me	48,8	49	6,6	9,25
			≥ Me	51,8	52	5,96	8
Apoyo social emocional/informacional	31	16,25	<Me	49,2	50	6,13	8,5
			≥ Me	51,6	52	6,52	9
Apoyo social instrumental	20	4	<Me	49	50	6,39	8
			≥ Me	51,3	51	6,32	9
Interacción social positiva	16	8	<Me	48,8	49	6,36	8,75
			≥ Me	51,4	52	6,29	9
Apoyo afectivo	13	5	<Me	49,6	50	6,59	9,5
			≥ Me	51,2	51	6,22	9
Total MOS	76,5	25,3	<Me	49	49	6,41	9
			≥ Me	51,9	52	6,16	9

*Los subgrupos surgieron a partir de la mediana de cada una de las dimensiones de apoyo social. Me: Mediana; MOS: Cuestionario de apoyo social MOS; EFL: Escala de la Felicidad de Lima; DE: Desviación estándar; RIC: Rango intercuartil.

Descripción de la felicidad en los adultos mayores de Túquerres, Nariño.

Los puntajes de la escala de felicidad de Lima se presentan a continuación por dimensiones y el total de la escala.

Para la dimensión de Satisfacción con la vida, el 53,20% contó con puntajes iguales o superiores a 27 (RIC 5,25), con puntajes mínimos de 16 y máximos de 35. En realización personal, el 57,90% los adultos mayores de Túquerres obtuvieron puntajes de 11 (RIC 3) o más, con valores mínimos de 3 y máximos de 15. En la dimensión sentido positivo de la vida, el 58,30%, presentó un puntaje de 7 (RIC 2) o más, con valores mínimos de 2 y máximos de 10 y, en la cuarta dimensión, alegría de vivir, el 66,70% obtuvieron un puntaje de 6 (RIC 3) o más, con valores mínimos de 2 y máximos de 10 (Tabla 6).

Respecto al total de la Escala de felicidad de Lima, el 57,90% presentó un puntaje de 50 (RIC 9) o más, con valores mínimos de 29 y máximos de 65 (Tabla 6).

Tabla 6. *Distribución de la Felicidad y sus dimensiones, en los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño.*

Variable	Dimensión	Media	Me	DE	RIC	Min	Max
Felicidad	Satisfacción con la vida	26,51	27	3,98	5,25	16	35
	Realización personal	10,70	11	2,39	3	3	15
	Sentido positivo de la vida	7,03	7	1,93	2	2	10
	Alegría de vivir	6,19	6	2,08	3	2	10
	Total	50,40	50	6,43	9	29	65

Me: Mediana, DE: Desviación estándar, RIC: Rango intercuartil, Min: Valor mínimo, Max: Valor máximo.

Asociación entre las variables sociodemográficas y la felicidad de los adultos mayores de una zona rural de Túquerres, Nariño

La exploración de la asociación de todas las variables independientes y la felicidad, se realizó ajustando por edad, sexo, depresión, ansiedad y apoyo social. Entre las características sociodemográficas y la felicidad, se encontró que la edad presenta una asociación con la felicidad, con una estimación puntual de 0,41 desviaciones estándar (DE) en el puntaje de felicidad de quienes tienen 80 años o más, es decir, con un tamaño del efecto bajo, sin embargo, al analizar la amplitud del intervalo de confianza al 95%, se encuentra que es un intervalo bastante impreciso, pues indica que el tamaño del efecto puede llegar a ser valorado de inexistente a moderado, lo que no permite concluir que efectivamente se cuente con una asociación clara entre la edad y la felicidad (Tabla 7).

Otras de las variables sociodemográficas que aparentemente presentaron algún tipo de asociación con la felicidad fueron el nivel socioeconómico, el estado civil, la escolaridad y la ocupación. En el caso del nivel socioeconómico, se encontró que en aquellos que tienen un nivel socioeconómico 0, en comparación con los de nivel 1, pueden tener 0,22 DE menos en puntaje de felicidad, lo que indica una asociación con un tamaño del efecto pequeño, no obstante, al igual que ocurrió con la edad, al analizar la amplitud del intervalo de confianza, se encontró que este puede llegar a tomar valores absolutos moderados o no presentar efecto, por lo que no se puede concluir claramente que haya asociación dada la evidencia aportada por los datos recogidos en este estudio (Tabla 7).

Respecto al estado civil, se encontró una estimación puntual de 0,23 DE más en el puntaje de felicidad de quienes están separados en comparación con las personas casadas o en unión libre, lo que indica un tamaño del efecto pequeño, con un IC 95% de -0,08 a 0,55. Dado que este IC es muy amplio, pues el efecto puede tomar valores absolutos entre nulos y moderados, dada la información recogida en este estudio no se tiene evidencia para concluir con certeza que hay una asociación clara entre el estado civil y el puntaje de felicidad (Tabla 7).

Frente a la escolaridad, se halló una estimación puntual de 0,41 DE más en el puntaje de felicidad de quienes cuentan con educación secundaria completa o más, en comparación con quienes tienen primaria incompleta, lo que indica un tamaño del efecto de moderado a bajo, no obstante, contó con un IC 95% de -0,68 a 1,49, el cuál es muy amplio, dado que el efecto puede tomar valores absolutos entre nulos y grandes, por lo que no se obtuvo evidencia que permita asegurar que haya una asociación entre este factor y el puntaje de felicidad (Tabla 7).

Por último, entre las características sociodemográficas, la ocupación contó con una estimación puntual de 0,42 DE menos (IC 95% -0,89 – 0,06) en puntaje de felicidad para empleados y 0,59 DE más (IC 95% -0,48 – 1,67) para pensionados, ambos en

comparación con aquellos que se dedican al hogar. Esto indica que el estar empleado tiene un efecto de moderado a bajo en el puntaje de felicidad y el estar pensionado un efecto moderado. No obstante, como se puede observar, los IC al 95% son muy imprecisos, pues indican que los efectos pueden tomar valores entre nulos y grandes, para ambos factores, por lo que no se puede afirmar que esta variable tenga una asociación con el puntaje de felicidad (Tabla 7).

Tabla 7. Asociación entre las variables sociodemográficas y la felicidad en los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño.

Variable	Coeficiente Estandarizado	IC 95%		Coeficiente ajustado estandarizado	IC 95%		
		LI	LS		LI	LS	
Edad	60-79	Ref	-	-	-	-	-
	≥80	0,14	-0,19	0,46	0,41	0,09	0,73
Sexo	Mujer	Ref	-	-	-	-	-
	Hombre	-0,05	-0,30	0,20	-0,09	-0,33	1,15
Nivel socioeconómico	0	-0,32	-0,70	0,05	-0,22	-0,58	0,13
	1	Ref	-	-	-	-	-
	2 y 3	0,01	-0,43	0,45	-0,13	-0,55	0,29
Afiliación a salud	Subsidiado o sin afiliación	Ref	-	-	-	-	-
	Contributivo	0,03	-0,42	0,48	0,05	-0,37	0,48
Estado civil	Soltero/a	0,10	-0,23	0,43	0,23	-0,08	0,55
	Casado/a o Unión libre	Ref	-	-	-	-	-
	Separado/a	-0,16	-0,84	0,52	0,05	-0,59	0,69
	Viudo/a	0,15	-1,17	0,47	0,18	-0,13	0,50
Vive con la pareja	No	0,07	-0,18	0,32	0,18	-0,07	0,42
	Sí	Ref	-	-	-	-	-
Escolaridad	No sabe leer/escribir	0,06	-0,30	0,41	0,11	-0,24	0,47
	Primaria incompleta	Ref	-	-	-	-	-
	Primaria completa	0,18	-0,20	0,55	0,06	-0,30	0,42
	Secundaria completa o más	0,49	-0,66	1,64	0,41	-0,68	1,49
Ocupación	Empleado	-0,61	-1,08	-0,15	-0,42	-0,89	0,06
	Independiente	-0,03	-0,32	0,26	-0,12	-0,44	0,20
	Pensionado	0,56	-0,58	1,69	0,59	-0,48	1,67
	Hogar	Ref	-	-	-	-	-
Ingreso económico	Sin ingresos	-0,17	-0,42	0,08	-0,07	-0,35	0,21
	Con ingresos	Ref	-	-	-	-	-

Dependencia económica familiar	No	-0,02	-0,27	0,24	-0,002	-0,28	0,27
	Sí	Ref	-	-	-	-	-

Nota: Ajustado por edad, sexo, depresión, ansiedad y apoyo social.

IC: Intervalo de confianza

Asociación entre los antecedentes y síntomas médicos, el desempeño cognitivo, la dependencia funcional y la felicidad en los adultos mayores de una zona rural de Túquerres, Nariño.

El análisis de la asociación entre los antecedentes y síntomas médicos, el desempeño cognitivo y la dependencia funcional con la felicidad, se llevó a cabo un ajuste por edad, sexo, depresión, ansiedad y apoyo social.

En este análisis, sólo los antecedentes de enfermedad crónica, presentar dificultades para respirar o tomar aliento al menos una vez a la semana y presentar malestar en las coyunturas al menos una vez a la semana, presentaron un efecto en el puntaje de felicidad. Los antecedentes de enfermedad crónica, contaron con una estimación puntual de 0,42 DE más (IC 95% 0,12 – 0,73), para quienes no cuentan con esta condición, en el puntaje de felicidad, en comparación con aquellos que sí tenían antecedentes de enfermedad crónica, lo que indica un tamaño del efecto bajo, sin embargo, la amplitud del IC indica que no se cuenta con evidencia suficiente para asegurar que existe una asociación entre tener antecedentes de enfermedad crónica y el puntaje de felicidad, pues según el IC el efecto puede ser entre nulo y moderado (Tabla 8).

Respecto a presentar dificultades para respirar o tomar aliento, para aquellos que sí cuentan con esta condición, se halló una estimación puntual de 0,25 DE menos (IC 95% -0,51 – 0,02) en el puntaje de felicidad, lo que refiere que esta condición tiene un efecto pequeño en el puntaje de felicidad, no obstante el intervalo de confianza, indica que los valores pueden llegar a bajar hasta no tener un efecto, por lo que no se puede determinar con seguridad que hay una asociación entre esta condición de salud y el puntaje de felicidad (Tabla 8).

Como última variable de este grupo, se encontró que no presentar malestar en las coyunturas o en la espalda al menos una vez a la semana, sí tiene asociación con el puntaje de felicidad, con una estimación puntual de 0,55 DE más (IC 95% 0,26 – 0,83) de puntaje de felicidad, en comparación con quienes sí cuentan con esta condición. Lo que indica que este factor tiene un efecto moderado en el puntaje de felicidad, aunque puede variar entre pequeño y grande, de acuerdo con la amplitud del IC (Tabla 8).

Tabla 8. Asociación entre los antecedentes y síntomas médicos, desempeño cognitivo, dependencia funcional y la felicidad en los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño.

Variable		Coeficiente estandarizado	IC 95%		Coeficiente ajustado estandarizado	IC 95%	
			LI	LS		LI	LS
Percepción de salud	Mala	Ref	-	-	-	-	-
	Regular	0,06	-0,22	0,35	-0,03	-0,32	0,25
	Buena	0,29	-0,06	0,65	0,08	-0,29	0,45
Antecedentes de enfermedad crónica (autorreporte)	No	0,60	0,30	0,90	0,42	0,12	0,73
	Si	Ref	-	-	-	-	-
Tuvo hospitalización durante el último año	No	Ref	-	-	-	-	-
	Si	-0,14	-0,43	0,15	0,00	-0,27	0,29
Pérdida de memoria	No	0,12	-0,17	0,41	-0,02	-0,31	0,26
	Si	Ref	-	-	-	-	-
Dificultad para dormir	No	0,01	-0,25	0,26	-0,08	-0,32	0,17
	Si	Ref	-	-	-	-	-
Presenta los siguientes síntomas al menos una vez a la semana	Sensación de vértigo o mareo	No	Ref	-	-	-	-
	Si	-0,34	-0,59	-0,10	-0,20	-0,45	0,04
Dificultad para respirar o tomar aliento	No	Ref	-	-	-	-	-
	Si	-0,41	-0,67	-0,15	-0,25	-0,51	0,02
Sensación de cansancio o debilidad	No	0,12	-0,15	0,40	-0,02	-0,29	0,26
	Si	Ref	-	-	-	-	-
Malestar en las coyunturas o en la espalda	No	0,71	0,43	0,98	0,55	0,26	0,83
	Si	Ref	-	-	-	-	-
Desempeño cognitivo	Sin deterioro cognitivo	0,12	-0,13	0,37	0,09	-0,17	0,35
	Con deterioro cognitivo	Ref	-	-	-	-	-
Dependencia funcional	Independiente	Ref	-	-	-	-	-
	Dependiente	-0,10	-0,37	0,16	-0,13	-0,43	0,17

Nota: Las variables han sido ajustadas por edad, sexo, depresión, ansiedad y apoyo social.
IC: Intervalo de confianza

Asociación entre el estado emocional, el apoyo social y la felicidad en los adultos mayores de una zona rural de Túquerres, Nariño.

Para analizar si se presenta asociación entre el estado emocional y la felicidad, se realizó un ajuste por edad, sexo, apoyo social y ansiedad, para el caso de la depresión, y por depresión, para la ansiedad. Respecto a apoyo social, se llevó a cabo el ajuste por edad, sexo, depresión y ansiedad.

En estado emocional, se encontró que tanto depresión como ansiedad pueden tener un efecto en el puntaje de felicidad. Para aquellos que presentan síntomas de

depresión se encontró una estimación puntual de 0,21 DE menos (IC 95% -0,48 – 0,06) en puntaje de felicidad en aquellos participantes que no tienen esta condición. Lo que indica que tener síntomas de depresión tiene un efecto pequeño en el puntaje de felicidad, sin embargo, no se puede asegurar que exista asociación, dada la amplitud del IC, pues llega a presentar valores absolutos que indican efecto moderado o hasta nulo (Tabla 9).

En el caso de la ansiedad, se encontró una estimación puntual de 0,4 DE más (IC 95% 0,72 – 0,07) entre quienes presentan síntomas leves, en comparación con aquellos que tienen síntomas de moderados a graves, en el puntaje de felicidad. Esto indica que la ansiedad puede tener un efecto de moderado a bajo en el puntaje de felicidad, sin embargo, puede llegar a disminuir hasta tomar valores de efecto nulo (Tabla 9).

Respecto a apoyo social, se encontraron efectos pequeños en el puntaje de felicidad tanto de la percepción de apoyo social general (0,27 DE menos, IC 95% -0,52 – 0,02) como las dimensiones de Tamaño de la red social (0,27 DE menos, IC 95% -0,53 – 0,02), Apoyo social emocional/informacional (0,21 DE menos, IC 95% -0,46 – 0,04), Apoyo instrumental (0,28 DE menos, IC 95% -0,52 – 0,04) e Interacción social positiva (0,21 DE menos, IC 95% -0,47 – 0,06). Todas las estimaciones puntuales fueron similares para este factor y sus dimensiones, al igual que la amplitud de los IC, los cuales indican que el efecto puede llegar a disminuir hasta tomar valores absolutos nulos, por lo que no se puede asegurar con certeza, que existe una asociación entre el apoyo social y el puntaje de felicidad (Tabla 10).

Tabla 9. Asociación entre la depresión, la ansiedad y la felicidad en los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño.

Variable	Coeficiente estandarizado	IC 95%		Coeficiente ajustado estandarizado	IC 95%	
		LI	LS		LI	LS
Depresión	Sin síntomas de depresión	Ref	-	-	-	-
	Con síntomas de depresión	-0,36	-0,60	-0,11	-0,21	-0,48 0,06
Ansiedad	Leve	0,62	0,94	0,30	0,40	0,72 0,07
	Moderada o grave	-	-	-	-	-

Nota: Las variables han sido ajustadas por edad, sexo, depresión, ansiedad y apoyo social.
IC: Intervalo de confianza

Tabla 10. Asociación entre el apoyo social y la felicidad en los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño.

Variable		Coeficiente estandarizado	IC 95%		Coeficiente ajustado estandarizado	IC 95%		
			LI	LS		LI	LS	
Apoyo social percibido	Tamaño de la red social	<Me	-0,48	-0,72	-0,23	-0,27	-0,53	-0,02
		≥ Me	Ref	-	-	-	-	-
	Apoyo social emocional/informacional	<Me	-0,38	-0,62	-0,14	-0,21	-0,46	0,04
		≥ Me	Ref	-	-	-	-	-
	Apoyo instrumental	<Me	-0,36	-0,61	-0,11	-0,28	-0,52	-0,04
		≥ Me	Ref	-	-	-	-	-
	Interacción social positiva	<Me	-0,42	-0,67	-0,17	-0,21	-0,47	0,06
		≥ Me	Ref	-	-	-	-	-
	Apoyo afectivo	<Me	-0,25	-0,50	0,00	-0,16	-0,4	0,09
		≥ Me	Ref	-	-	-	-	-
	Total MOS	<Me	-0,42	-0,68	-0,19	-0,27	-0,52	-0,02
		≥ Me	Ref	-	-	-	-	-
	Cuenta con cuidador cuando está enfermo	No	-0,36	-0,87	0,15	0,11	-0,42	0,63
		Sí	Ref	-	-	-	-	-

Nota: Las variables han sido ajustadas por edad, sexo, depresión, ansiedad y apoyo social.
IC: Intervalo de confianza.

Perfiles de los adultos mayores de la zona rural de Túquerres según el nivel de felicidad.

Para realizar análisis de clúster o por conglomerados, se tomaron las variables cuantitativas, desempeño cognitivo, dependencia funcional, depresión, ansiedad, apoyo social y felicidad, estas dos últimas con sus respectivas dimensiones. Luego se tipificaron sus valores para poder realizar los respectivos análisis.

Inicialmente se calculó la matriz de distancias, en la que no se pudo observar una agrupación clara de los datos. Luego, se estimó el número de clúster por medio de k-means y tres de sus métodos: Elbow, Silhouette y Gap stat.

De éstos, el único método que indicó claramente más de un clúster fue k-means Silhouette. Por lo anterior, se procedió a calcular los dos clústeres, de acuerdo con la estimación obtenida y se obtuvo: el clúster 1 con un tamaño de 72 observaciones y el 2 con 180 observaciones (Figura 1).

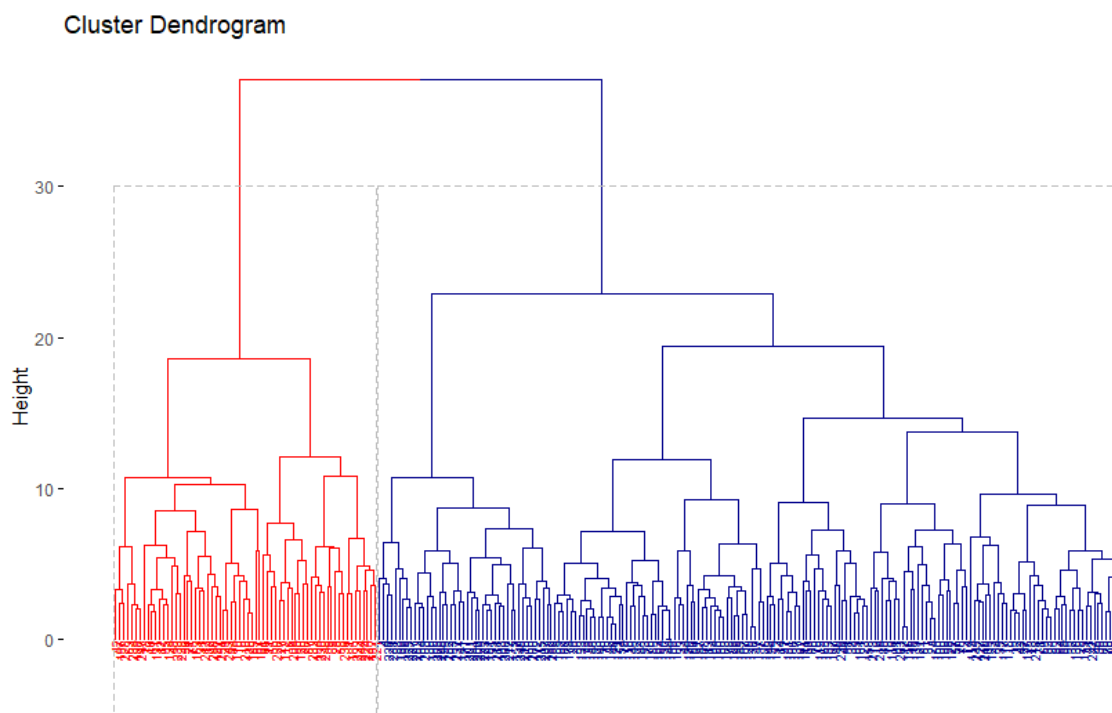


Figura 1. Dendrograma de 2 clústeres de las características de los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño.

En el clúster 1 se obtuvo una media de puntaje de felicidad de 52,3, en depresión fue de 4,56, ansiedad de 17, dependencia funcional de 32,1 y para apoyo social fue de 87,90; en el clúster 2 se obtuvieron unas medias de 46,2, 7,93, 27,0, 28,9 y 54,5, respectivamente (Tabla 11). Al analizar los clústeres, por medio de una diferencia de medias y obteniendo el cálculo del tamaño del efecto, se encontró que, la mayoría

de las variables cuantitativas, presenta un tamaño del efecto de moderado a grande a excepción del sentido positivo de la vida y alegría para vivir, que obtuvieron tamaños del efecto nulo y pequeño, respectivamente; se destaca además, que depresión y ansiedad tienen un tamaño del efecto grande negativo, lo que indica que a mayor puntuación de ansiedad y/o depresión menor puntuación en la escala de felicidad, lo que confirma los resultados previamente presentados (Tabla 11).

Tabla 11. *Tamaño del efecto y puntaje promedio por clúster del desempeño cognitivo, la dependencia funcional, el estado de ánimo, el apoyo social y la felicidad, de los adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño.*

Característica	Cluster 1 (Media)	Cluster 2 (Media)	Tamaño del efecto	IC 95%	
				LI	LS
Desempeño cognitivo	23,50	20,30	0,60	0,32	0,87
Dependencia funcional	32,10	28,90	0,56	0,29	0,84
Depresión	4,57	7,93	-1,24	-1,53	-0,95
Ansiedad	17,00	27,00	-0,84	-1,12	-0,56
Tamaño de la red social	5,90	2,08	1,03	0,74	1,31
Apoyo social emocional/informacional	32,60	18,40	1,91	1,59	2,22
Apoyo instrumental	18,80	14,90	1,01	0,73	1,30
Interacción social positiva	17,40	10,50	1,70	1,40	2,01
Apoyo afectivo	13,30	8,74	1,48	1,18	1,78
Total Apoyo social	87,90	54,50	2,68	2,32	3,04
Satisfacción con la vida	27,60	23,90	1,02	0,74	1,31
Realización personal	11,10	9,68	0,63	0,36	0,91
Sentido positivo de la vida	7,11	6,84	0,14	-0,13	0,41
Alegría de vivir	6,39	5,72	0,32	0,05	0,60
Total Felicidad	52,30	46,20	1,05	0,76	1,33

Como se puede observar en la figura 2, en el clúster 2, en comparación con el clúster 1, los adultos mayores presentaban mayor edad, menores niveles socioeconómicos, menores ingresos mensuales, peor percepción del estado de salud, más presencia de enfermedades crónicas, síntomas como pérdida de la memoria, vértigo o mareo, dificultad para respirar y dolor en las coyunturas. Igualmente, en el mismo clúster 2, obtuvieron menores puntajes de felicidad y apoyo social y mayores de ansiedad y depresión, en comparación con el clúster 1. Por lo anterior, se puede decir que en el clúster 1 se encuentran aquellos adultos mayores que tiene mayores puntajes de felicidad y que cuentan con condiciones socioeconómicas y de salud, física y mental, más favorables, en comparación con los del clúster 2.

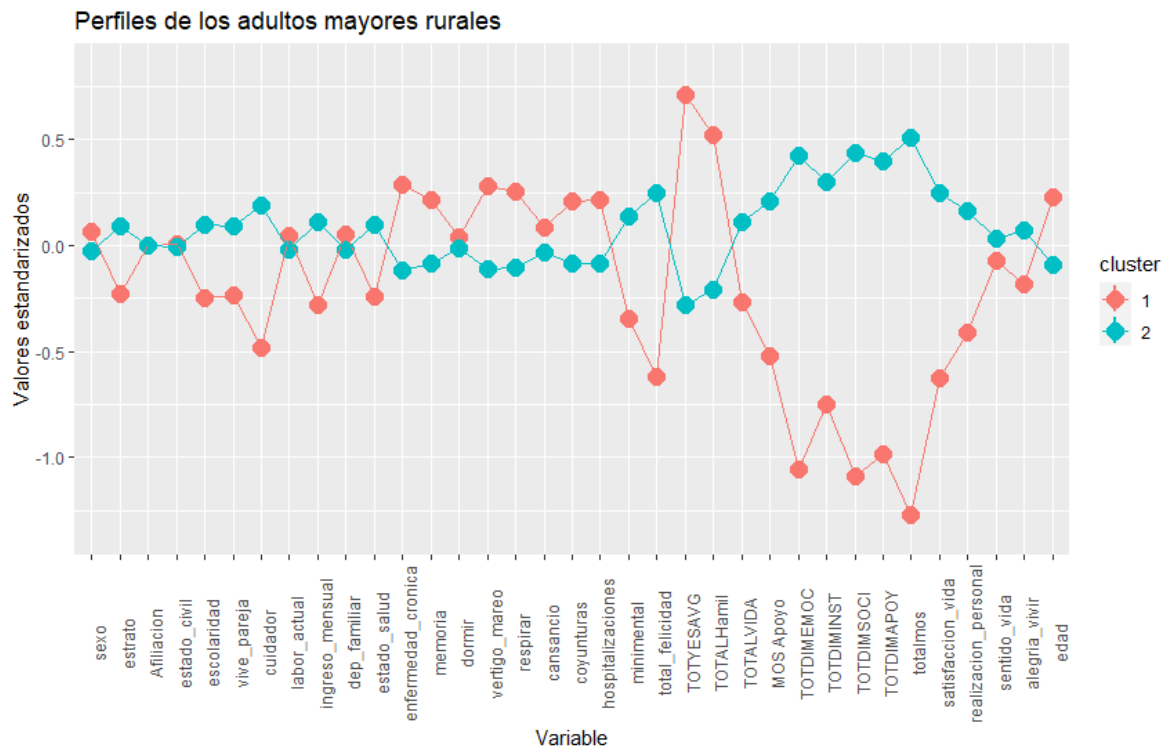


Figura 2. Agrupación por clúster de las características de los adultos mayores de la zona rural de Túquerres.

7. Discusión

La felicidad es un constructo de difícil abordaje y medición, por lo que su estudio no tuvo mayor crecimiento sino hasta el auge de la psicología positiva, la cual busca “*explorar qué es lo que hace que la vida valga la pena para las personas y la construcción de las condiciones necesarias para vivir una vida plena*” (25). Es así como de la mano de este nuevo paradigma, fue surgiendo un interés por estudiar la felicidad, si bien no se ha podido llegar a un consenso frente a su definición, para el presente estudio fue definida como un “*estado afectivo de satisfacción plena que experimenta subjetivamente un individuo*” (p. 101) y que se considera intercambiable con el término de bienestar subjetivo(15).

Esta investigación buscó explorar este constructo en una población vulnerable que exige cada vez más atención, los adultos mayores que viven en zonas rurales, pues la población a nivel mundial ha ido envejeciendo y aumentará su proporción al 22% para 2050 (3), por lo que es fundamental conocer los factores que puedan estar relacionados con un envejecimiento saludable, con un bienestar subjetivo, con una satisfacción plena en esta etapa de la vida y que, además, puedan aportar datos suficientes para apoyar la toma de decisiones en atención en salud y protección social. En consonancia con esto, el presente trabajo buscó indagar por la felicidad en los adultos mayores, específicamente, de la zona rural de Túquerres, Nariño.

El objetivo principal de este estudio fue explorar la asociación entre las características sociodemográficas, los antecedentes y síntomas médicos, el estado emocional, el apoyo social, el desempeño cognitivo, la dependencia funcional y la felicidad en dicha población. Articulado a esto, la hipótesis del presente estudio plantea que *ante mejores condiciones socioeconómicas y médicas, menores alteraciones del estado de ánimo, menor deterioro cognitivo y funcional y mayor apoyo social, habría una mayor felicidad percibida*. Para contrastar dicha hipótesis, se llevó a cabo un estudio transversal de asociación, a partir de fuentes secundarias y el análisis de datos fue de tipo no determinista, no se tomaron decisiones a partir de pruebas de significación de hipótesis basadas en el valor p, dado que tal como lo plantean Wasserstein y cols (78) la decisión sobre la significancia estadística debe fundamentarse teórica, analítica y reflexivamente. En correspondencia con lo anterior, se decidió realizar el análisis estadístico y epidemiológico a partir de regresiones lineales simples y multivariadas, teniendo en cuenta los tamaños del efecto (coeficientes estandarizados) con la amplitud de sus respectivos intervalos de confianza.

Respecto a las características sociodemográficas, se encontró que la muestra de adultos mayores del municipio de Túquerres, que participó en el estudio, es homogénea. En general, cuentan con pobres condiciones socioeconómicas, donde el nivel es principalmente bajo pues el 78,6% de los participantes se encuentra en nivel 1. Cuando se comparan los niveles 0 y 1 respecto a la felicidad, se logra identificar que, a menor nivel socioeconómico menor es la felicidad, aunque, tal como se mostró en el apartado de resultados, el efecto es pequeño. También, se encontró que los adultos con edades mayores o iguales a 80 años tenían una mayor

felicidad, aunque con un efecto pequeño. Vale la pena señalar que estos resultados ratifican uno de los hallazgos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud realizada en 2015, en la que era claro que había un “*detrimento de las zonas rurales, donde se encuentran los quintiles más bajos de riqueza y que son los territorios menos desarrollados*” (p. 38) (79), estas cifras constituyen un llamado de atención ante la perpetuación de condiciones socioeconómicas menos favorables que están afectando la salud de sus habitantes, en este caso, de los adultos mayores de Túquerres. Estas variables también fueron analizadas por Lobo y cols. (80) en un grupo de adultos mayores rurales de Chile, en el cual no encontraron asociación entre el nivel socioeconómico y la felicidad, pero sí identificaron que los adultos mayores reportaron mayor felicidad a mayor edad, aunque con un límite de 73 años, lo que sugiere que, en su población de estudio, la felicidad empieza a descender a partir de dicha edad.

Por su parte, Alvarado y cols (54) buscaban identificar los factores asociados al bienestar subjetivo, el cual definieron como “*las evaluaciones que hacen las personas de sus propias vidas, por ejemplo la satisfacción con la vida, que están basados en sentimientos*” (p.2), encontrando que la satisfacción con la vida era mayor a medida que aumentaba la edad, pero aclaran que este resultado debe ir de la mano con el análisis del nivel de ingresos de los participantes.

Si bien en el presente estudio no se encontró un efecto importante del nivel de ingresos con la percepción de la felicidad, esta variable sí ha reportado resultados significativos en otros estudios. Además del mencionado de Alvarado y cols (54), Amorim y cols (81), realizaron un estudio en Brasil, en el que compararon el nivel de felicidad de adultos mayores que vivían en zonas rurales con aquellos que vivían en zonas urbanas, encontrando que uno de los factores que predecía el nivel de felicidad era la situación económica, además de la salud y el apoyo social. Adicionalmente, un estudio realizado en Portugal, que buscaba identificar las variables predictoras y explicativas de la salud autopercebida y la felicidad, encontraron que el sexo y la edad eran factores que influían en la percepción de felicidad, pero el mayor efecto era ejercido por los ingresos, así, a menores ingresos menor felicidad percibida (82).

Frente al tipo de ocupación, se estimó que los participantes pensionados presentaron mayor nivel de felicidad que quienes se dedicaban al hogar, mientras que al comparar a estos últimos con quienes contaban con empleo, se observó mayor felicidad entre aquellos que se dedicaban a las tareas domésticas, siendo estas realizadas mayoritariamente por mujeres (64,5%). Ante estos hallazgos vale la pena resaltar que solo el 1,20% de los participantes fueron pensionados, mientras que el porcentaje general de personas adultas mayores pensionadas del país para las zonas rurales es del 7% (83). A pesar de que en la legislación colombiana la edad de pensión se encuentra en 57 años para las mujeres y 62 años para los hombres (84), resulta notorio que en este estudio solo 3 de los 252 participantes estaban pensionados.

Estas cifras tienen un trasfondo de inequidad, ya que aunque la esperanza de vida ha aumentado, en palabras de Arrubla (85), “*no es suficiente con vivir más, es*

necesario vivir la vejez con calidad” (p. 231) y esta vejez es el reflejo de unas condiciones sociales, económicas, culturales y políticas de cada sociedad, de las decisiones gubernamentales y de cómo se ve el envejecimiento, si es desde una noción *fatalista*, en la que se considera un problema que aporta a la lentificación del progreso y la presión sobre el sistema de salud y seguridad social, o si se ve desde la noción de *democratización del envejecimiento*, en la que se reconoce que los adultos mayores han realizado su aporte a la sociedad y se trabaja por la garantía de sus derechos humanos, su independencia y su autonomía, lo que inevitablemente implica considerar el desigual acceso y tenencia de recursos (85).

El tema pensional es algo que viene preocupando a los gobiernos, dado que la población mundial se va envejeciendo paulatinamente. Fue así como en un estudio realizado en España, se buscó identificar las diferencias en la esperanza de vida y felicidad de acuerdo con el puesto ocupacional en personas mayores de 50 años, encontrando que las mujeres en cargos más rutinarios eran más infelices y que los hombres con cargos directivos eran más felices (86). Este estudio, aunque es realizado en un contexto diferente, también refleja cómo las inequidades impactan en la percepción de felicidad y no solo las inequidades laborales, sino que también deja una pregunta acerca de las inequidades respecto a los cargos laborales y el rol de las mujeres durante su vinculación laboral y que luego se traduce en condiciones particulares de jubilación. Además, señala la importancia de conocer e identificar estas situaciones para que las decisiones gubernamentales no terminen vulnerando a quienes se encuentran en posiciones menos favorables (86).

Respecto al nivel educativo, el 70,60% de los participantes contaban con primaria incompleta y solo el 1,20% había terminado la secundaria o realizado algún estudio superior, lo que también tuvo un efecto en la felicidad, pues los que se encontraban en el segundo grupo reportaban mayor felicidad que quienes no habían finalizado la primaria. Frente a esto, en el estudio mencionado anteriormente, realizado en Chile por Alvarado y cols. (54), se encontró que los adultos mayores con estudios superiores eran quienes reportaban la mayor satisfacción vital.

Respecto a las características y síntomas de salud, si bien no se encontró evidencia suficiente para establecer una asociación entre la percepción del estado de salud y la felicidad, sí es importante señalar que el 79,70% tiene una percepción de su salud entre mala y regular, además, el 80,2% de los adultos mayores que participaron en el presente estudio, cuentan con antecedentes de enfermedad crónica. Frente a la felicidad, presentan mayor nivel quienes no cuentan con dicho antecedente de enfermedad crónica, aunque el efecto sea pequeño. Lo mismo ocurre con la variable presentar dolor en las coyunturas al menos una vez a la semana, con un efecto moderado. Al contrastar estos resultados con otros estudios que buscaban analizar estado de salud y la felicidad, se destaca un meta-análisis realizado en 2017, donde buscaron establecer la asociación del estado de salud con el bienestar subjetivo, definido este como felicidad y satisfacción con la vida, el cual reportó que la asociación entre el estado de salud y el bienestar subjetivo era positiva y con un efecto moderado, lo que indica que a mejor estado de salud percibido, mayor es el bienestar subjetivo (87). Además, identificaron que es mucho más fuerte la

asociación entre el estado de salud y la felicidad en los países de bajos y medianos ingresos, en comparación con los países de altos ingresos (87).

En contraste, Miret y cols. (88), analizaron la asociación entre el bienestar evaluado y experimentado con la salud, en nueve países de diferentes niveles de ingresos. Los autores, definieron bienestar evaluativo como qué tan satisfechas están las personas con su vida y, el bienestar experimentado, como las emociones positivas y negativas que viven las personas día a día. Ante esto, encontraron que el bienestar evaluado, es decir la satisfacción con la vida, y la salud, están significativamente relacionados y esta relación fue similar en los nueve países en los que se realizó el estudio, lo que también se puede identificar en otros estudios (80,81,89). Como se puede observar, la diferencia de los resultados de los anteriores estudios no radica en si se presenta asociación o no entre el estado de salud y la felicidad, sino en la fuerza de esta asociación según el país en el que se desarrolle el estudio. Vale la pena preguntarse a partir de esto, ¿qué hace que esta asociación sea fuerte en lugares de menos ingresos, acaso el cuidado y acceso a los servicios de salud es más difícil, más costoso? Este tipo de hallazgos recuerdan la multicausalidad de un fenómeno complejo como lo es la felicidad o el bienestar subjetivo y que además, puede ser una relación bidireccional, pues el estado de felicidad a su vez puede favorecer procesos de salud-enfermedad (89).

En cuanto al estado emocional, la depresión tuvo una prevalencia del 42,9% que mostró un efecto pequeño en la felicidad, en el caso de la ansiedad la prevalencia de síntomas moderados a graves fue del 82,9%, igualmente, con un efecto pequeño. Estos resultados están en consonancia con los reportados sobre depresión, en la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento de Colombia, realizada en 2016, donde reportaron una prevalencia del 41%, sin embargo, no reportan datos acerca de la ansiedad (8). En Colombia, el estudio de la depresión en adultos mayores ha ido tomando valor, pues los intentos de suicidio en esta población pueden ser 4 veces más efectivos que en personas jóvenes (14), lo que ha hecho que el interés por el estudio de la felicidad no haya sido como desenlace final sino como un mediador o una exposición más de variables como la depresión o el apoyo social (11,14,90).

Esto se puede deber a varios motivos: la necesidad de prevenir el suicidio en esta población, lo que le pone énfasis a los problemas del estado de ánimo y no a las cualidades positivas y, también, al hecho de que tanto los estados emocionales como el bienestar psicológico, pueden ser tanto exposiciones como mediadores o desenlaces, todo depende del fenómeno que se busque abordar y la relación causal que se explore (45,46). Así, por ejemplo, en este caso, se adoptó la felicidad como variable desenlace, pero en los estudios anteriormente mencionados, se abordó como variable mediadora y, tanto en el actual estudio, como en aquellos estudios donde se asumió como mediadora, se encontró asociación con la ansiedad y la depresión, lo que plantea la pregunta sobre la complejidad de la relación entre estas variables, que puede no ser lineal. Esto sugiere que se requieren análisis más detallados para abordar cómo se presentan estas relaciones, que al ser más complejas no logran aclararse con este tipo de análisis.

Otro de los elementos que devela esta situación, es la visión del estudio del bienestar subjetivo en salud pública y la salud mental, pues en un país con poblaciones altamente vulnerables, víctimas de violencia e inequidad, el énfasis se hace en el abordaje de la enfermedad y no de las potencialidades o cualidades positivas que ayudan a mantener estados de bienestar.

No obstante, esta asociación se ha revisado en otros lugares, aunque no siempre de manera única y aislada, sino en relación con otras variables, como por ejemplo desempeño cognitivo y dependencia funcional, las cuales, en el presente estudio, no arrojaron evidencia suficiente para afirmar que tienen una asociación con la felicidad. Un estudio, realizado en Singapur por Hui Tan y cols. (91) evaluó el rol mediador de la depresión, la discapacidad física, la frecuencia de contacto social y la soledad, en la relación entre el deterioro cognitivo y la felicidad, encontrando que esta relación estaba totalmente mediada por dichas variables, por lo que las intervenciones para mejorar los niveles de felicidad, debían estar enfocados en la depresión, la discapacidad física y la soledad, desde un enfoque integral y multicausal. En España, Rodríguez y cols., encontraron que el desempeño cognitivo tenía una relación negativa con la dependencia funcional y a su vez estos factores presentaban una correlación positiva con síntomas de depresión y ansiedad, pero no con satisfacción con la vida (39). En el anterior estudio no se encontró evidencia de una relación directa entre desempeño cognitivo y la felicidad, ni entre dependencia funcional y la felicidad, sin embargo, sí muestra una relación con otros fenómenos mentales de primordial abordaje como son la depresión y la ansiedad. Lo que continúa señalando la importancia del abordaje de los fenómenos mentales y emocionales como multicausales.

En cuanto al apoyo social, inicialmente se esperaba que esta variable presentara una asociación importante con la felicidad, que, si bien la presentó, fue de un efecto pequeño. En el estudio realizado por Amorim y cols (81), el apoyo social fue uno de los principales predictores de la felicidad, junto con la salud y la situación económica. Ann W. Nguyen y cols. realizaron un estudio con adultos mayores afroamericanos, enfocándose en el apoyo social, sus dimensiones y el bienestar subjetivo, y encontraron que hay una asociación positiva entre la cercanía subjetiva a la familia con la satisfacción con la vida; además, cuando no se cuenta con una cercanía subjetiva, la satisfacción con la vida aumenta si se da mayor contacto familiar(92).

Se tiene una población con un perfil sociodemográfico homogéneo, puntajes de felicidad similares, con valores máximos 65 puntos, que difieren especialmente en factores de salud física y mental que, de acuerdo con los resultados ya descritos y discutidos, pueden tener relación con la felicidad que percibe la población adulta mayor de la zona rural de Túquerres. Sin embargo, la riqueza investigativa en características de salud mental, aún son pobres en zonas rurales, pues por lo general se extrapolan instrumentos y metodologías desarrolladas en las zonas urbanas, ignorando elementos fundamentales como la idiosincrasia y las costumbres culturales, que si no son tenidas en cuenta y abordadas, pueden constituir una barrera, no solo para acceder a la población en los estudios, sino para que la población acceda a los servicios de salud física y mental a los que tienen

derecho, y que, además, se ignoren sus necesidades percibidas, fundamentales para el desarrollo de programas de salud y protección social efectivos (93).

De acuerdo con los resultados discutidos, la felicidad es un constructo que va ganando terreno en investigación, y es fundamental su abordaje multicausal, tal como se ha dicho anteriormente, haciendo una lectura de este como un fenómeno complejo y, en el caso específico de los adultos mayores rurales, este análisis no solo tiene que ver con elementos individuales sino también estructurales, dado que el envejecimiento es el resultado de las condiciones culturales, políticas, económicas y sociales de una población.

Desde una perspectiva formativa, se puede decir que trabajar con una fuente secundaria, derivada de una investigación que no fue diseñado para la evaluación de la variable de interés del presente estudio, implicó fortalecer la capacidad de análisis y el reconocimiento de limitaciones investigativas. Implementando el uso de análisis estadísticos que no son del cuerpo de la maestría e identificar los límites, y ser prudente al momento de emitir conclusiones frente a un estudio que no arrojó resultados concluyentes, y a partir de eso ser capaz de pensarse los límites de la epidemiología y la importancia de la psicología de la salud y los retos que eso implica para ambas disciplinas.

7.1. Limitaciones

Dado que es un estudio de datos secundarios, no podemos garantizar que los auxiliares de campo contaran con toda la experticia para la aplicación de las baterías, a pesar de que en el estudio macro se asegure que se llevó a cabo un entrenamiento y una prueba piloto.

Igualmente, contar solo con datos secundarios y no con todos los medidos en el estudio macro, no nos permitió acceder a algunas variables que habrían facilitado un análisis más estructural de la felicidad en los adultos mayores. Especialmente, no haber podido acceder a la información correspondiente a cabildo indígena y a prácticas espirituales o religiosas, que pueden tener un peso importante a la hora de analizar la felicidad o bienestar subjetivo, lo que no nos permitió analizar a mayor profundidad el rol de la pertenencia a determinados grupos, si sus condiciones socioeconómicas y de salud, en clave de felicidad, eran las mismas o diferían de manera importante, en especial en esta zona del país donde la proporción de población indígena es importante. Además, la variable cabildo indígena, habría podido ser tenida en cuenta como proxy de etnia, lo que es relevante a la hora de estudiar constructos que se ven influenciados por los determinantes sociales de la salud.

También, es importante cuestionar si las categorías utilizadas en las encuestas sociodemográficas en población rural se corresponden con las usadas en población urbana, pues hay categorías como la ocupación “Hogar” que se materializa de

diferentes formas en uno u otro contexto y, por ende, deben tener lecturas diferentes ante constructos que enmarcan una multicausalidad como la felicidad.

Por otro lado, dados los escasos datos acerca de la asociación entre la ansiedad y la felicidad y la alta prevalencia de estos síntomas entre los participantes, vale la pena preguntarse si el hecho de haber llevado a cabo la recolección de los datos durante el inicio de la pandemia por COVID – 19, pudo haber influido o sesgado, estos resultados, pues el instrumento utilizado mide los síntomas de ansiedad general, por lo que no se centra en ansiedad rasgo, siendo esta importante para analizar realmente la presencia de ansiedad en esta población, ya que evalúa la ansiedad como un elemento de la personalidad, relativamente estable, a diferencia de la ansiedad estado, que tiende a ser modificable y circunstancial (94).

Finalmente, una de las principales limitaciones a la hora de estudiar este tipo de constructos, es la definición y medición. Pues son múltiples las definiciones que se pueden adoptar y los instrumentos que pueden ser utilizados, lo que se debe también a su reciente auge en investigación, al menos en población latinoamericana.

8. Conclusiones

- Los adultos mayores de la zona rural de Túquerres cuentan con condiciones socioeconómicas bajas, la mayoría se encuentra en régimen subsidiado y su nivel de escolaridad es principalmente primaria incompleta.
- La proporción de adultos mayores pensionados (1,2%) se encuentra por debajo del porcentaje nacional (7%) para población rural, lo que refleja las condiciones socioeconómicas que ha vivido históricamente esta zona y las zonas rurales del país.
- Los adultos mayores de la muestra estudiada cuentan en su mayoría con enfermedades crónicas y una pobre percepción de salud.
- La prevalencia de síntomas de depresión está de acuerdo con la cifra general del país para los adultos mayores, lo que también puede implicar mayor riesgo de suicidio.
- La felicidad es un variable multicausal, una dimensión psicológica resultado de características sociales, económicas, emocionales y biológicas, que exige atención si se quiere trabajar por un envejecimiento saludable y con calidad.
- Los fenómenos psicológicos, en este caso la felicidad, son el reflejo de múltiples condiciones ambientales, sociales, contextuales y no solo individuales. Son el reflejo de lo que se ha hecho, de manera efectiva, como sociedad y Estado por mejorar o no las condiciones de vida de las personas que habitan el territorio.
- A nivel de salud mental en zonas rurales, en especial en los adultos mayores, hay un vacío de conocimiento importante, una ausencia de instrumentos y metodologías diseñadas específicamente para ellos, que exigen atención y abordaje multidimensional y focalizado. Por lo que es importante un diálogo entre saberes, en este caso áreas de la salud mental y la salud pública, y la población, facilitando así un abordaje más efectivo que tenga en cuenta las características socioculturales e idiosincrásicas, lo que ayudará a disminuir las barreras de acceso y atención en estas zonas del país.

9. Recomendaciones

- Llevar a cabo un estudio longitudinal, con enfoque intersectorial, que permita evaluar el estado y los cambios que se presentan en el bienestar subjetivo de los adultos mayores rurales y los factores que puedan estar relacionados con este. Promoviendo el trabajo interdisciplinar, pues es claro que los fenómenos psicológicos son complejos y los estudios epidemiológicos clásicos, por sí solos, no logran dar total respuesta a su estudio.
- Realizar un estudio de revisión sistemática de literatura científica para identificar las definiciones de felicidad y bienestar subjetivo y las formas para su medición.
- Es urgente el desarrollo y ejecución de programas de protección social que ayuden a mitigar y mejorar las condiciones de salud mental en las que se encuentran los adultos mayores de la zona rural de Túquerres.
- Es fundamental, para mejorar las condiciones de salud física y mental, el manejo y desarrollo efectivo de programas de protección social, que garanticen un mínimo vital para los adultos mayores de esta zona.
- En Colombia, es necesario el abordaje del envejecimiento desde una multidimensionalidad, pues no es una situación coyuntural, sino que obedece a un histórico de decisiones políticas, económicas y sociales, al manejo e inversión de recursos, a la mirada fatalista de la vejez, y que debe ser cambiada a una mirada democratizadora, donde se trabaje por los derechos de los actuales adultos mayores y por los adultos mayores del futuro.
- De la mano de la anterior recomendación, es importante hacer una lectura y análisis de las condiciones de los adultos mayores rurales y urbanos, desde una mirada de determinantes sociales, pues son los que darán pistas para los abordajes que hay que hacer en cuestión de políticas y programas de protección social y salud.
- Fomentar las alianzas y diálogos entre la psicología y la epidemiología, que propendan por un abordaje multidimensional y teniendo en cuenta las necesidades percibidas por las comunidades y sus costumbres culturales, condiciones socioeconómicas e idiosincrasia.

Referencias

1. Isaza Nieto Glosario Epidemiología P DE. GLOSARIO DE EPIDEMIOLOGIA Academia Nacional de Medicina de Colombia Capitulo Tolima [Internet]. [cited 2019 Jul 10]. Available from: http://www.academiamedicinatolima.org/uploads/7/1/5/9/71599273/glosario_epidemiologia_pdf_1.pdf
2. Hernández Prado B, Velasco Mondragón HE. VIII Encuestas transversales. In: Epidemiología: Diseño y análisis de estudios [Internet]. 2007 [cited 2020 Nov 11]. p. 181–206. Available from: https://books.google.com.co/books/about/Epidemiologia_Epidemiology.html?id=A97ke8RIhrkC&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
3. Organización Mundial de la Salud. OMS | 10 datos sobre el envejecimiento y la salud. WHO [Internet]. 2017 [cited 2021 Feb 22]; Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
4. Guerrero-R N, Clara Yépez-Ch M. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud Factors associated with the vulnerability of the elderly with health disorders. Vol. 121.
5. Albala C, Lebrao ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. The health, well-being, and aging (“SABE”) survey: Methodology applied and profile of the study population. Vol. 17, Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health. Pan American Health Organization; 2005. p. 307–22.
6. Dirección de Epidemiología y Demografía. Documento Metodológico Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE Colombia [Internet]. [cited 2021 Feb 22]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GC/FI/doc-metodologia-sabe.pdf>
7. Ministerio de Salud y Protección Social. SABE Colombia 2015: Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento. Resumen Ejecutivo.
8. Ministerio de salud y protección social. SABE: Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento en Colombia. 2015.
9. Diego Calderón M. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Med Hered. 2018;29:182–91.
10. Segura-Cardona A, Cardona-Arango D, Segura-Cardona Á, Muñoz-Rodríguez D, Jaramillo-Arroyave D, Lizcano-Cardona D, et al. Factores asociados a la vulnerabilidad cognitiva de los adultos mayores en tres ciudades de Colombia. Aquichan. 2018;
11. Segura-Cardona A, Cardona-Arango D, Segura-Cardona Á, Garzón-Duque M. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia,

- Colombia. 2012. *Rev Salud Publica* [Internet]. 2015 Mar 1 [cited 2021 Feb 23];17(2):184–94. Available from: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n2.41295>
12. Morales Erazo A, Rojas GM, Pinzón EY, Paredes Arturo YV, Rosero Otero M, Hidalgo A. Condiciones médicas prevalentes en adultos mayores de 60 años. *Acta Médica Colomb* [Internet]. 2016 Jun 23 [cited 2021 Feb 23];41(1):21–8. Available from: <http://actamedicacolombiana.com/ojs/index.php/actamed/article/view/615>
 13. Vargas-Ricardo SR, Melguizo-Herrera E. Quality of life in the senior population of Cartagena, Colombia. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2017 [cited 2021 Feb 23];19(4):549–54. Available from: <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n4.55806>
 14. Gómez-Restrepo C, Rodríguez MN, Díaz N, Cano C, Tamayo N. Depression and life satisfaction in people over 60 years old in the city of Bogotá: Survey of health, wellbeing and aging (SABE). *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2013 Jan 1 [cited 2021 Feb 23];43(SUPPL. 1):65–70. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-depresion-satisfaccion-con-vida-personas-S0034745014000092>
 15. Alarcón R. Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad. *Interam J Psychol* [Internet]. 2006 [cited 2021 Mar 1];40(1):99–106. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902006000100010&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
 16. Park N, Peterson C, Sun JK. La Psicología Positiva: Investigación y aplicaciones. *Ter psicológica* [Internet]. 2013 Apr [cited 2021 Oct 24];31(1):11–9. Available from: [/record/2013-09273-002](http://record/2013-09273-002)
 17. González-Quiñones JC, Restrepo-Chavarriaga G. The prevalence of happiness in life-cycles and regarding support networks in the Colombian population. *Rev Salud Publica*. 2010;12(2):228–38.
 18. Paredes Arturo YV, Yarce Pinzón E, Aguirre Acevedo DC. Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia. *Rev Ciencias la Salud* [Internet]. 2018 Jan 31 [cited 2021 Feb 23];16(1):114–28. Available from: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6494>
 19. Garbaccio JL, Tonaco LAB, Estêvão WG, Barcelos BJ. Aging and quality of life of elderly people in rural areas. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2021 Feb 23];71 2:724–32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0149>
 20. Instituto Departamental de Salud de Nariño - IDSN. Proyecciones y retroproyecciones de población municipal para el periodo 2005-2017 y periodo 2018-2026 con base en el CNPV 2018 [Internet]. [cited 2021 Feb 23]. Available from: <http://www.idsn.gov.co/index.php/subdireccion-de-salud-publica/epidemiologia/demografia>

21. Sisben Municipal de Tuquerres. Certificado habitantes del Municipio de Túquerres (SISBEN III). 2018.
22. Paredes Arturo YV, Yarce Pinzón E. Desempeño funcional en un grupo de adultos mayores. *Rev Cuba Med Gen Integr* [Internet]. 2018 [cited 2021 Mar 22];34:92–100. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v34n4/mgi11418.pdf>
23. Estrada Cortés JA, Rengifo Rengifo L, Paredes Arturo YV. Vulnerabilidad Cognitiva y factores asociados en Adulto Mayor Rural. Universidad Mariana; 2019.
24. Ministerio de salud y protección social. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez. 2015.
25. Domínguez Bolaños RE, Ibarra Cruz E. La psicología positiva: Un nuevo enfoque para el estudio de la felicidad. *Razón y Palabra* [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 18];21(96):660–79. Available from: <http://revistas.comunicacionudlh.edu.ec/index.php/ryp>
26. San Román XA, Toffoletto MC, Oyanedel Sepúlveda JC, Salfate SV, Reynaldos Grandón KL. Factores asociados al bienestar subjetivo de los adultos mayores. *Texto e Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 18];26(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005460015>
27. Cardona Arango D, Segura Cardona Á, Segura Cardona A, Isabel Muñoz Rodríguez D, Catalina Agudelo Cifuentes M. La felicidad como predictor de funcionalidad familiar del adulto mayor en tres ciudades de Colombia. *Hacia promoción de la salud*. 2018;24(1):97–111.
28. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2018 [cited 2021 Mar 21]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
29. Ministerio de salud y protección social. Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020. Dinámica demográfica y estructuras poblacionales. 2013.
30. Redacción Economía El Espectador. Colombia se está envejeciendo: el 9,23% de la población tiene más de 60 años | EL ESPECTADOR [Internet]. El Espectador. 2018 [cited 2021 Aug 23]. Available from: <https://www.elespectador.com/economia/colombia-se-esta-envejeciendo-el-9-23-de-la-poblacion-tiene-mas-de-60-anos-article-810148/>
31. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015.
32. Correa-Montoya L, Martínez-Restrepo S, Enríquez É, Pertuz MC, Montoya S, Acevedo MI. Las personas mayores víctimas del conflicto armado. In: Fedesarrollo, Fundación Saldarriaga y Concha, editors. *Misión Colombia Envejece: cifras, retos y recomendaciones* [Internet]. Bogotá: Editorial

- Fundación Saldarriaga y Concha; 2015 [cited 2021 Jul 1]. p. 1–50. Available from: <https://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/2736>
33. Herrera F, Herrero S. ODS en Colombia: Los retos para 2030 [Internet]. El A cargo del P de las NU para, -PNUD D, editors. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 2018. Available from: https://www.undp.org/content/dam/colombia/docs/ODS/undp_co_PUBL_julio_ODS_en_Colombia_los_retos_para_2030_ONU.pdf
 34. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. ADULTO MAYOR EN COLOMBIA INFORMACIÓN PARA TODOS. 2018.
 35. Rivillas JC, Gómez-Aristizabal L, Rengifo-Reina HA, Muñoz-Laverde EP. Envejecimiento poblacional y desigualdades sociales en la mortalidad del adulto mayor en Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2017 [cited 2021 Jul 1];35(3):369–81. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v35n3/0120-386X-rfnsp-35-03-00369.pdf>
 36. Cortés-Muñoz C, Cardona-Arango D, Segura-Cardona Á, Garzón-Duque MO. Factores físicos y mentales asociados con la capacidad funcional del adulto mayor. Antioquia, Colombia, 2012. Rev Salud Publica [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2021 Mar 22];18(2):167–78. Available from: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n2.49237>
 37. Chacón-Serna MJ, Quino-Ávila AC, Vallejo-Castillo LF. Capacidad funcional del anciano relacionada con la actividad física. Rev Investig En Salud Univ Boyacá [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 7];4(1):86–103. Available from: <http://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/view/199/235>
 38. Laguado Jaimes E, Camargo Hernández K del C, Campo Torregroza E, Martín Carbonell M de la C. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. Gerokomos [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 22];28. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300135
 39. Rodríguez Díaz MT, Cruz-Quintana F, Pérez-Marfil MN. Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas. Index de Enfermería [Internet]. 2014 [cited 2021 Aug 20];23(1–2):36–40. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 40. Rojas-Gualdrón DF, Segura C A, Cardona A D, Segura C Á, Garzón D MO. Rasch analysis of the Mini Mental State Examination (MMSE) in older adults in Antioquia, Colombia. Rev CES psicol [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 1];17–27. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802017000200017
 41. Gamba Rincón ÁP, Páez Martínez GJ, Domínguez Pérez WJ, Rincón Lozada

- CF. Desempeño neuropsicológico en adultos mayores. Arch Neurociencias [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 7];22(4):6–19. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77601>
42. Toh WX, Yang H, Hartanto A. Executive Function and Subjective Well-being in Middle and Late Adulthood. Journals Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci [Internet]. 2020 Jun 2 [cited 2021 Oct 24];75(6):e69. Available from: </pmc/articles/PMC7457179/>
 43. Santos SB dos, Rocha GP, Fernandez LL, Padua AC de, Reppold CT. Association of Lower Spiritual Well-Being, Social Support, Self-Esteem, Subjective Well-Being, Optimism and Hope Scores With Mild Cognitive Impairment and Mild Dementia. Front Psychol [Internet]. 2018 Apr 3 [cited 2021 Oct 24];9(APR). Available from: </pmc/articles/PMC5891611/>
 44. Luchesi BM, de Oliveira NA, de Morais D, de Paula Pessoa RM, Pavarini SCI, Chagas MHN. Factors associated with happiness in the elderly persons living in the community. Arch Gerontol Geriatr. 2018 Jan 1;74:83–7.
 45. Giuliani MF, Botas N, Faedda L, Jensen A, Pavon M, Polizzi L, et al. Experiencia emocional en la vejez. Antecedentes teóricos. In: Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires, editor. Experiencia emocional en la vejez Antecedentes teóricos [Internet]. Buenos Aires: Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires; 2011 [cited 2021 Apr 14]. p. 150–3. Available from: <https://www.aacademica.org>.
 46. Márquez-González M. Emociones y envejecimiento [Internet]. 2008 [cited 2021 Apr 14]. Available from: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/marquez->
 47. Perugache Rodríguez ADP, Caicedo AL, Barón KA, Tenganan Álvarez DS. Educación emocional y satisfacción con la vida percibida en un grupo de adultos mayores. Rev Colomb Ciencias Soc [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2021 Apr 14];7(2):312. Available from: <http://orcid.org/0000-0003-4865-2721>
 48. Ministerio de Salud y Protección Social, Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, COLCIENCIAS. Encuesta SABE Colombia: Situación de Salud, Bienestar y Envejecimiento en Colombia. 2016.
 49. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia, Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 [Internet]. Vol. Tomo I, Ministerio de Salud y Protección Social. 2015 [cited 2021 Jul 2]. Available from: https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/saludmental_final_tomoi_color.pdf
 50. Ruggeri K, Garcia-Garzon E, Maguire Á, Matz S, Huppert FA. Well-being is more than happiness and life satisfaction: a multidimensional analysis of 21 countries. Heal Qual Life Outcomes 2020 181 [Internet]. 2020 Jun 19 [cited 2021 Oct 25];18(1):1–16. Available from: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-020-01423-y>

51. Aranda B. C, Pando M. M. Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Rev Investig en Psicol.* 2014;16(1):233.
52. Londoño Arredondo NH, Rogers HL, Castilla Tang JF, Posada Gómez SL, Ochoa Arizal NL, Jaramillo Pérez MÁ, et al. Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *Int J Psychol Res.* 2012;5(1):142–50.
53. Evans IEM, Llewellyn DJ, Matthews FE, Woods RT, Brayne C, Clare L, et al. Social isolation, cognitive reserve, and cognition in healthy older people. *PLoS One* [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2021 Apr 15];13(8). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30118489/>
54. Alvarado San Román X, Toffoletto MC, Oyanedel Sepúlveda JC, Vargas Salfate S, Reynaldos Grandón KL. Factores asociados al bienestar subjetivo en los adultos mayores. *Texto Context Enfermería.* 2017;26(2).
55. Alcaldía Municipal de Túquerres en Nariño. Plan de desarrollo territorial municipio de Túquerres 2016 - 2019 [Internet]. 2016 [cited 2021 Feb 24]. Available from: <http://www.tuquerres-narino.gov.co/planes/plan-de-desarrollo-territorial-municipio-de-tuquerres>
56. DANE-Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Índice de pobreza multidimensional municipal [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 4]. p. 3. Available from: <https://dane.maps.arcgis.com/apps/opstdashboard/index.html#/cbcedc7094524f4191eb82ba44e4f4d2>
57. Análisis RY, Ángela Marcela Castillo Burbano E. CARACTERIZACIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO Análisis de Información Secundaria.
58. Rosas Estrada GM, Paredes Arturo YV, Yarce Pinzón E, Rosero Otero M, Morales Erazo A. Caracterización de los factores multidimensionales de las personas mayores de 60 años de la ciudad de San Juan de Pasto | Editorial UNIMAR [Internet]. Editorial UNIMAR - Universidad Mariana; 2015 [cited 2021 Aug 15]. 0–196 p. Available from: <http://editorial.umariana.edu.co/libros/index.php/editorialunimar/catalog/book/51>
59. Lesende IM, Quintana Cantero S, Urzay Atucha V, Ganzarain Oyarbide E, Aguirre Minaña T, Pedrero Jocano JE. Fiabilidad del cuestionario VIDA, para valoración de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en personas mayores. *Aten Primaria.* 2012 Jun 1;44(6):309–19.
60. Lesende IM, Mendibil Crespo LI, Martínez Blanco I, Porto Hormaza B, Maray Gondra B, Aguirre Basaras N. Validez predictiva del cuestionario VIDA considerando pérdida funcional, institucionalización o muerte en pacientes pluripatológicos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2020;
61. Bell R, Hall RC. The mental status examination. *Am Fam Physician* [Internet]. 1977 Nov [cited 2021 Mar 10];16:145–52. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/920569/>

62. Aguirre-Acevedo DC, Gómez RD, Moreno S, Henao-Arboleda E, Motta M, Muñoz C, et al. Validity and reliability of the CERAD-Col neuropsychological battery. *Rev Neurol [Internet]*. 2007 [cited 2021 Apr 16];45(11):655–60. Available from: <https://www.neurologia.com/articulo/2007086>
63. Mandeville PB. Tema 9: El coeficiente de correlación intraclase (ICC). *Cienc UANL [Internet]*. 2005 Jul [cited 2021 Aug 15];VIII(003):414–6. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/402/40280322.pdf>
64. Bacca AM, González A, Uribe Rodríguez AF. Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensam Psicológico*. 2005;1(4):53–63.
65. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E, et al. Validation of the Spanish versions of the Montgomery-Asberg Depression and Hamilton Anxiety Rating Scales. *Med Clin (Barc) [Internet]*. 2002 Jan 1 [cited 2021 Mar 1];118(13):493–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11975886/>
66. Árraga Barrios MV, Sánchez Villarroel M. Validez y confiabilidad de la Escala de Felicidad de Lima en adultos mayores venezolanos. *Univ Psychol*. 2012;11(2):381–93.
67. Romero A, Altamirano L, Torre G de la. *Epidemiología y estadística en salud pública*. 2012 [cited 2019 Jun 26]; Available from: https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=epidemiología+y+estadística+en+salud+pública+villa+moreno&btnG=#d=gs_cit&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3ATZgik3enC-EJ%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D0%26hl%3Des
68. Jamovi. The jamovi project (version 1.6)[Computer software] [Internet]. jamovi. 2021 [cited 2021 Aug 3]. Available from: <https://www.jamovi.org/>
69. R Core Team. R: A Language and environment for Statistical Computing [Internet]. 2021 [cited 2021 Aug 3]. Available from: <https://www.r-project.org/>
70. Bayarre H. Múltiples perspectivas para el análisis del envejecimiento demográfico. Una necesidad en el ámbito sanitario contemporáneo. *Rev Cuba Salud Publica [Internet]*. 2017 [cited 2021 Oct 25];43(2):313–6. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2017.v43n2/313-316/>
71. Benítez Pérez M. Envejecimiento poblacional: actualidad y futuro. *MediSur*. 2017 Feb;15(1):8–11.
72. Dominguez-Lara S. Effect size, a quick guide. *Educ Medica*. 2018 Jul 1;19(4):251–4.
73. Fritz CO, Morris PE, Richler JJ. Effect size estimates: Current use, calculations, and interpretation. *J Exp Psychol Gen [Internet]*. 2012;141(1):2–18. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0024338>

74. Wickham H. tidy: Tidy Messy Data [Internet]. 2021. Available from: <https://cran.r-project.org/package=tidy>
75. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos – WMA – The World Medical Association [Internet]. [cited 2019 Jul 1]. Available from: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
76. Ministerio de Salud. Resolución Número 8430 de 1993 [Internet]. 1993. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
77. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos [Internet]. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 2017 [cited 2019 Oct 9]. Available from: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
78. Wasserstein RL, Schirm AL, Lazar NA. Moving to a World Beyond “ $p < 0.05$.” *Am Stat* [Internet]. 2019 Mar 29 [cited 2021 Aug 18];73(sup1):1–19. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00031305.2019.1583913>
79. Profamilia, Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Componente Demográfico Tomo I. 2015.
80. Lobos G, Lapo M del C, Schnettler B. In the choice between health and money, health comes first: an analysis of happiness among rural Chilean elderly. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2016 May 17 [cited 2021 Aug 21];32(5). Available from: <http://www.scielo.br/j/csp/a/K9M67pb9CWgKw5ZQT9TyNKf/?lang=en>
81. Amorim SM, Lucia Helena De FPF, Valentini F. Predictors of happiness among retired from urban and rural areas in Brazil. *Psicol Reflex e Crit* [Internet]. 2017 [cited 2021 Feb 24];30(1):1–8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722017000103101&lng=en&nrm=iso&tlng=en
82. Silva PA da. Individual and social determinants of self-rated health and well-being in the elderly population of Portugal. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014 Nov 1 [cited 2021 Aug 19];30(11):2387–400. Available from: <http://www.scielo.br/j/csp/a/LgVsytLdkyv9ckY9pszWTrm/?lang=en>
83. Oficina Internacional del Trabajo OIT. Inclusion y Proteccion social para el sector rural en el marco del postconflicto.
84. Paso a paso para pensionarse [Internet]. [cited 2021 Aug 21]. Available from: https://www.colpensiones.gov.co/pensiones/Publicaciones/proximos_a_la_pension/Pension/paso_a_paso_para_pensionarse

85. Arrubla Sánchez DJ. Política social para el envejecimiento: el (sin) sentido de los argumentos. *Rev Gerenc y Políticas Salud* [Internet]. 2010 [cited 2021 Aug 21];9(19):229–42. Available from: https://www.mendeley.com/catalogue/3b4b3c5f-133d-3545-a54f-d957b7b26ed8/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7Bf347d403-5307-4e79-9c93-e6b9ea617bb4%7D
86. Lozano M, Solé-Auró A. Happiness and life expectancy by main occupational position among older workers: Who will live longer and happy? *SSM - Popul Heal*. 2021 Mar 1;13:100735.
87. Ngamaba KH, Panagioti M, Armitage CJ. How strongly related are health status and subjective well-being? Systematic review and meta-analysis. *Eur J Public Health* [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2021 Aug 19];27(5):879–85. Available from: <https://academic.oup.com/eurpub/article/27/5/879/3916886>
88. Miret M, Caballero FF, Olaya B, Koskinen S, Naidoo N, Tobiasz-Adamczyk B, et al. Association of experienced and evaluative well-being with health in nine countries with different income levels: a cross-sectional study. *Global Health* [Internet]. 2017 Aug 23 [cited 2021 Aug 20];13(1). Available from: </pmc/articles/PMC5568061/>
89. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Psychological wellbeing, health and ageing. *Lancet* [Internet]. 2015 Feb 14 [cited 2021 Aug 22];385(9968):640. Available from: </pmc/articles/PMC4339610/>
90. Ramírez Arango YC, Flórez Jaramillo HM, Cardona Arango D, Segura Cardona ÁM, Segura Cardona A, Muñoz Rodríguez DI, et al. Factores asociados con la ideación suicida del adulto mayor en tres ciudades de Colombia, 2016. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2020 Jul 1;49(3):142–53.
91. Tan JH, Abidin E, Shahwan S, Zhang Y, Sambasivam R, Vaingankar JA, et al. Happiness and Cognitive Impairment Among Older Adults: Investigating the Mediation Roles of Disability, Depression, Social Contact Frequency, and Loneliness. 2019 Dec 2 [cited 2021 Aug 20];16(24). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31817633/>
92. Nguyen AW, Chatters LM, Taylor RJ, Mouzon DM. Social Support from Family and Friends and Subjective Well-Being of Older African Americans. *J Happiness Stud* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2021 Aug 22];17(3):959. Available from: </pmc/articles/PMC4869534/>
93. D'Amore E, González Cowes V, Logiovine S. Reflexiones y aportes de la Psicología para pensar el proceso de salud-enfermedad-atención en el ámbito rural. In: Landini F, editor. *Hacia una psicología rural latinoamericana* [Internet]. CLACSO. CLACSO; 2015. p. 269–82. Available from: https://redaf.org.ar/wp-content/uploads/2015/02/Hacia_una_psicologia_rural.pdf

94. Forrest SJ, Siegert RJ, Krägeloh CU, Landon J, Medvedev ON, SJ F, et al. Generalizability theory distinguishes between state and trait anxiety. *Psychol Assess* [Internet]. 2021 Aug 16 [cited 2021 Aug 22]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34398636/>

Anexos

Anexo 1. Batería de instrumentos utilizados en estudio macro: Vulnerabilidad cognitiva y factores asociados en adulto mayor rural del municipio de Túquerres. Nariño



UNIVERSIDAD MARIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
Vulnerabilidad Cognitiva y factores asociados en Adulto Mayor Rural del municipio de
Túquerres
INSTRUMENTO DE VALORACION

N° Registro

I. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

□□□□

Encuesta de factores sociodemográficos	
1.Fecha: _____	2.Nombre: _____
3.C.C.: _____ de _____	4.Sexo: 1. Mujer [<u>1</u>] Hombre [<u>2</u>]
5.Lugar de nacimiento: _____	6.Fecha de nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ 6.1 Edad _____
7.Resguardo/Cabildo al que pertenece: _____	7.1. Habla la lengua nativa: Si [<u>1</u>] No [<u>2</u>]
8.Dirección de residencia actual: _____	9.Pueblo o Vereda: _____
10.Teléfonos de contacto: _____	11.Estrato socioeconómico: _____
12.Recibe usted subsidio por parte de la alcaldía: 1. Si [<u>1</u>] 2. No [<u>2</u>]	
13.Tipo de afiliación a salud: 1. Cotizante [<u>1</u>] 2. Beneficiario [<u>2</u>] 3. Subsidiado [<u>3</u>] 4. SISBEN [<u>4</u>]	
14.E.P.S.: _____	
15.¿Cuál es su estado civil? 15.1. Soltero [<u>1</u>] 15.2. Casado [<u>2</u>] 15.3. Viudo [<u>3</u>] 15.4. Separado/divorciado [<u>4</u>] 15.5. Unión libre [<u>5</u>]	
16.¿Que estudios realizó usted? 1. No sabe leer/escribir [<u>1</u>] 2. Solo aprendió a leer/escribir [<u>2</u>] 3. Primaria incompleta [<u>3</u>] 4. Primaria completa [<u>4</u>] 5. Secundaria incompleta [<u>5</u>] 6. Secundaria completa [<u>6</u>] 7. Técnico [<u>7</u>] 8. Pregrado [<u>8</u>] 9. Posgrado [<u>9</u>]	
17.¿Qué personas viven con usted? Pareja [<u>1</u>] Hijos [<u>2</u>] Nietos [<u>3</u>] Hermanos [<u>4</u>] Otro [<u>5</u>] _____	
18.¿Tiene alguien que lo cuide cuando esta enfermo? 1. Si [<u>1</u>] 18.1. ¿Es mayor de 60 años? 1. Si [<u>1</u>] 2. No [<u>2</u>] 18.2. Sexo 1. Mujer [<u>1</u>] 2. Hombre [<u>2</u>] 18.3. Parentesco: _____ 2. No [<u>2</u>]	
19.¿Cuál fue la ocupación que tuvo por más tiempo? _____	
20.¿Situación laboral actual? 1. Empleado [<u>1</u>] 2. Independiente [<u>2</u>] 3. Pensionado [<u>3</u>] 4. Jubilado [<u>4</u>] 5. Hogar [<u>5</u>]	
21.¿A cuánto asciende su ingreso mensual? (Salarios mensuales mínimos vigentes 828.116) 1. Sin ingresos [<u>1</u>] 2. Menos de un salario mínimo [<u>2</u>] 3. Entre 1 y 3 salarios mínimos [<u>3</u>] 4. 3 o más salarios mínimos [<u>4</u>]	
22.¿Depende económicamente de su familia? 1. Si [<u>1</u>] 2. No [<u>2</u>]	

EVALUADOR: _____ FIRMA: _____



UNIVERSIDAD MARIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
Vulnerabilidad Cognitiva y factores asociados en Adulto Mayor Rural del municipio de
Túquerres
INSTRUMENTO DE VALORACION

II. DIMENSIÓN MEDICA

Encuesta de dimensión medicas			
23. ¿Usted considera que su salud es?			
1. Muy mala [1] 2. Mala [2] 3. Regular [3] 4. buena [4] 5. muy buena [5] 6. no sabe/no responde [6]			
24. A continuación, voy a nombrarle una serie de enfermedades, por favor conteste con un SI Aquella que ha sufrido o esta sufriendo en este momento.			
	1. Si	2. No	3. No sabe
	1. Si	2. No	3. No sabe
24.1. Hipertensión Arterial	[1]	[2]	[3]
24.2. Diabetes mellitus	[1]	[2]	[3]
24.3. Obesidad	[1]	[2]	[3]
24.4. TBC	[1]	[2]	[3]
24.5. EPOC	[1]	[2]	[3]
24.6. Enfermedades del corazón	[1]	[2]	[3]
24.7. Osteoporosis	[1]	[2]	[3]
24.8. Insuficiencia venosa	[1]	[2]	[3]
24.9. Infección Urinaria	[1]	[2]	[3]
24.10. Cataratas	[1]	[2]	[3]
24.11. Neumonía	[1]	[2]	[3]
24.12. Artritis o Artrosis	[1]	[2]	[3]
24.13. Fracturas	[1]	[2]	[3]
24.14. Cáncer	[1]	[2]	[3]
24.15. Demencias	[1]	[2]	[3]
24.16. Enfermedades cerebro vascular (ACV)	[1]	[2]	[3]
24.17. Dislipidemias	[1]	[2]	[3]
24.18. Otras	[1]	[2]	[3]
24.18.1. ¿Cuáles? _____			
25. En el último mes ha tenido: (repita esta pregunta cada vez, con cada síntoma)			
	1. No	2. Una vez/semana	3. Tres veces/semana
	1. No	2. Una vez/semana	3. Tres veces/semana
25.1. Pérdida de memoria	[1]	[2]	[3]
25.2. Dificultad para dormirse	[1]	[2]	[3]
25.3. Sensación de vértigo o mareo	[1]	[2]	[3]
25.4. Dificultad para respirar o tomar aliento	[1]	[2]	[3]
25.5. Cansancio o debilidad	[1]	[2]	[3]
25.6. Malestar o dolor en las coyunturas o en la espalda	[1]	[2]	[3]
26. En el último año Usted ha consultado a:			
Médico _____ Odontólogo _____ Psicólogo _____ Psiquiatra _____ Especialista _____ Cual: _____			
27. Nombre los medicamentos, formulados por un médico que ha tomado durante el último mes:			
28. Nombre los medicamentos, NO recetados por médico que ha tomado durante el último mes:			
29. Si tiene alguna dificultad para dormir, ¿Toma algún medicamento natural o alternativo?			
1. Si [1] 28.1 ¿Cuál? _____ 2. No [2]			
30. ¿Lo han hospitalizado en el último año? 1. Si [1] 2. No [2] En caso de ser afirmativo señale:			
30.1. ¿Por cuantos días? _____ 29.2 ¿Cuál fue la causa? _____			
31. ¿Le han practicado alguna cirugía? 1. Si [1] 2. No [2] En caso de ser afirmativo señale:			
31.1. ¿Cuál? _____ 31.2. Fecha: Mes _____ Año _____			
32. ¿Usted consume sustancias cómo?			
32.1 Cigarrillo	1. Si [1]	2. No [2]	32.2 Licor o bebidas embriagantes
32.3 Marihuana u otra sustancia	1. Si [1]	2. No [2]	1. Si [1] 2. No [2]

EVALUADOR: _____ **FIRMA:** _____



UNIVERSIDAD MARIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
Vulnerabilidad Cognitiva y factores asociados en Adulto Mayor Rural del municipio de
Túquerres
INSTRUMENTO DE VALORACION

Nº Registro

L L L L L

III. DIMENSIÓN COGNITIVA

Fecha: _____	Nombre: _____
C.C. _____ de _____	

Examen Del Estado Mental (MMSE)	
Orientación y tiempo	0. Incorrecto 1. Correcto
33. ¿En qué año estamos?	0 1
34. ¿En qué mes estamos?	0 1
35. ¿Qué día de la semana es hoy?	0 1
36. ¿Qué fecha es hoy?	0 1
37. ¿Estamos por la mañana, por la tarde o por la noche?	0 1
Orientación y Lugar	
38. ¿En qué barrio estamos?	0 1
39. ¿Cómo se llama esta ciudad?	0 1
40. ¿Cómo se llama nuestro país?	0 1
41. ¿Cómo se llama nuestro departamento?	0 1
42. ¿Qué sitio es este?	0 1
Memoria de fijación	
43. Nombre tres objetos (MESA, SILLA, LAPIZ). Si el paciente repite estos nombres en el primer ensayo, en orden y completos, el puntaje es de 3. Puntaje de 2 o 1 si este es el número de palabras que repite correctamente [0] [1] [2] [3]	
Atención y calculo	
44. Pregunte al paciente si tiene \$18 y debe pagar \$3 por una naranja, cuánto le queda, restar \$3 por cinco veces consecutivas. Puntaje de uno por cada cálculo correcto 15-12-9-6-3 [0] [1] [2] [3] [4] [5]	
Memoria de evocación	
45. Pregunte por los tres objetos repetidos en la prueba de memoria de fijación. Puntaje de uno por cada objeto evocado en orden correcto. [0] [1] [2] [3]	
Lenguaje	
46. Denominar reloj, papel. (Escribir cual menciona, si dice uno de los dos) [0] [1] [2]	
47. Repetir "El hombre camina por la calle". (Escribir cual menciona, si dice uno de los dos) [0] [1]	
48. Ejecutar la siguiente orden: "TOME ESTE PAPEL CON SU MANO DERECHA, DOBLELO POR LA MITAD Y COLOQUELO EN EL SUELO" [0] [1] [2] [3]	
49. Leer o imitar "CIERRE LOS OJOS" [0] [1]	
50. Escribir o decir una frase lógica.	
Test de las fotos (Foto test)	
52. Denominación (Den) Enseñar la lámina con fotos y nombrar cada una. [1] [2] [3] [4] [5] [6]	
53. Fluidez Verbal (FH/FM)	
53.1 Quiero que me diga todos los nombres de hombres/mujeres que recuerde (sexo opuesto) 1. Numero de nombres _____	
53.2 Quiero que me diga todos los nombres de hombres/mujeres que recuerde (mismo sexo) 2. Numero de nombres _____	
54. Recuerdo	
54.1 Recuerdo libre (RL): Recuerde que fotos había en la lámina que le enseñe antes. [2] [4] [6] [8] [10] [12]	
54.2 Recuerdo facilitado (RF): con pista o ayuda de la "categoría" de las imágenes. [1] [2] [3] [4] [5] [6]	

Cuestionario de reserva cognitiva		
55. Escolaridad		
55.1 Sin estudios	0	
55.2 Leer y escribir de manera autodidacta	1	
55.3 Básica (menor a 6 años)	2	
55.4 Primaria (Mayor o igual a 6 años)	3	
55.5 Secundaria (Mayor o igual a 9 años)	4	
55.6 Superior	5	
56. Escolaridad de los padres (Marcar el de mayor escolaridad)		
56.1 No escolarizados	0	
56.2 Básica o primaria	1	
56.3 Secundaria o superior	2	
57. Cursos de formación		
57.1 Ninguno	0	
57.2 Uno o dos	1	
57.3 Entre dos y cinco	2	
57.4 Más de cinco	3	
58. Ocupación laboral		
58.1 No cualificado (Incluye sus laborales)	0	
58.2 Cualificado manual	1	
58.3 Cualificado no manual	2	
58.4 Profesional	3	
58.5 Directivo	4	
59. Formación musical		
59.1. No toca ningún instrumento ni escucha música frecuentemente	0	
59.2. Toca poco o escucha música frecuentemente	1	
59.3 Formación musical reglada	2	
60. Idiomas (mantiene una conversación)		
60.1 Solamente el idioma materno	0	
60.2 Dos idiomas (nacionales)	1	
60.3 Dos idiomas (uno nacional y otro internacional)	2	
60.4 Más de dos idiomas	3	
61. Actividad lectora		
61.1 Nunca	0	
61.1 Ocasionalmente (incluye periódico/ un libro al año)	1	
61.2 Entre dos y cinco libros al año	2	
61.3 De 5 a 10 libros al año	3	
61.4 Más de 10 libros al año	4	
62. Juegos intelectuales (ajedrez, crucigramas, rompecabezas)		
62.1 Nunca o alguna vez	0	
62.2 Ocasional (entre 1 a 5 al mes)	1	
62.3 Frecuente (más de 5 al mes)	2	

EVALUADOR: _____ FIRMA: _____



UNIVERSIDAD MARIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
Vulnerabilidad Cognitiva y factores asociados en Adulto Mayor Rural del municipio de
Túquerres
INSTRUMENTO DE VALORACION

N° Registro

□□□□

IV. DIMENSIÓN EMOCIONAL

Fecha: _____	Nombre: _____
C.C. _____ de _____	

Escala de felicidad de LIMA adaptada a Adultos Mayores						
Instrucciones: Más abajo encontrará una serie de afirmaciones elija la respuesta más parecida a la realidad						
63. En la mayoría de las cosas mi vida está cerca de mi ideal	5	4	3	2	1	
64. Siento que mi vida está vacía.	5	4	3	2	1	
65. Las condiciones de mi vida son excelentes.	5	4	3	2	1	
66. La vida ha sido buena conmigo.	5	4	3	2	1	
67. Me siento satisfecho con lo que soy.	5	4	3	2	1	
68. Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes.	5	4	3	2	1	
69. Si volviese a nacer no cambiaría casi nada en mi vida.	5	4	3	2	1	
70. Me siento satisfecho porque estoy donde tengo que estar.	5	4	3	2	1	
71. Es maravilloso vivir.	5	4	3	2	1	
72. He experimentado la alegría de vivir.	5	4	3	2	1	
73. La vida ha sido injusta conmigo.	5	4	3	2	1	
74. Tengo problemas tan hondos que me quitan la tranquilidad.	5	4	3	2	1	
75. Estoy satisfecho con lo que hasta ahora he alcanzado.	5	4	3	2	1	
76. Todavía no he encontrado sentido a mi existencia.	5	4	3	2	1	

Escala de depresión Yesavage		
Pregunte de manera directa al paciente y solicite sus respuestas en términos de SI o NO.	1. Si	2. No
77. ¿Está Usted básicamente satisfecho con su vida?	1	2
78. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses y actividades previas?	1	2
79. ¿Siente Usted que su vida está vacía?	1	2
80. ¿Se siente Usted aburrido frecuentemente?	1	2
81. ¿La mayoría del tiempo está Usted de buen ánimo?	1	2
82. ¿Está preocupado o teme que algo malo le pueda pasar?	1	2
83. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	1	2
84. ¿Se siente con frecuencia desamparado que no vale nada o desvalido?	1	2
85. ¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	1	2
86. ¿Siente que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	1	2
87. ¿Cree Usted que es maravilloso estar vivo?	1	2
88. ¿Se siente inútil o despreciable como está Usted actualmente?	1	2
89. ¿Se siente Usted lleno de energía?	1	2
90. ¿Se siente sin esperanza ante su condición actual?	1	2
91. ¿Cree Usted que las otras personas están, en general, mejor que Ud.?	1	2

Escala de ansiedad de Hamilton						
92. Estado de ánimo ansioso.	0	1	2	3	4	
93. Tensión.	0	1	2	3	4	
94. Temores.	0	1	2	3	4	
95. Insomnio.	0	1	2	3	4	
96. Intelectual (cognitivo)	0	1	2	3	4	
97. Estado de ánimo deprimido.	0	1	2	3	4	
98. Estado de ánimo deprimido.	0	1	2	3	4	
99. Síntomas somáticos generales (sensoriales)	0	1	2	3	4	
100. Síntomas cardiovasculares.	0	1	2	3	4	
101. Síntomas respiratorios.	0	1	2	3	4	
102. Síntomas gastrointestinales.	0	1	2	3	4	
103. Síntomas genitourinarios.	0	1	2	3	4	
104. Síntomas autónomos.	0	1	2	3	4	
105. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)	0	1	2	3	4	

EVALUADOR: _____ **FIRMA:** _____



UNIVERSIDAD MARIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
Vulnerabilidad Cognitiva y factores asociados en Adulto Mayor Rural del municipio de
Túquerres
INSTRUMENTO DE VALORACION

N° Registro

□□□□

IV. DIMENSIÓN FUNCIONAL

Fecha _____	Nombre _____
C.C. _____ de _____	

Cuestionario de vida (Vida diaria del anciano)		
106. PREPARACIÓN Y TOMA DE MEDICAMENTOS (Habituales o Causales)		
106.1. Obtiene, prepara toma los fármacos por si mismo	4	
106.2. Otros los adquieren, supervisan, o le anotan cuando tomarlos	3	
106.3. Se limita a tomar los fármacos que otros han preparado-dispuesto	2	
106.4. Se encargan otros de todo, incluso de dárselos	1	
107. UTILIZACIÓN DEL TELÉFONO		
107.1. Llama y contesta sin problemas	4	
107.2. Contesta, pero solo llama a limitados teléfonos	3	
107.3. Solo contesta llamadas	2	
107.4. No es capaz de utilizarlo	1	
108. REALIZACIÓN DE TAREAS Y MANTENIMIENTO DOMÉSTICO		
108.1. Complejas (electrodomésticos, plancha, cocina, taladro, enchufes...)	4	
108.2. Ordinarias (limpieza, aspirador, camas, bombillas, tornillos...)	3	
108.3. Solo sencillas (barrer, recoger cosas)	2	
108.4. No realiza ninguna	1	
109. MANEJO DE ASUNTOS ECONÓMICOS		
109.1. Toda la economía doméstica	4	
109.2. Ayuda para la economía doméstica y acciones bancarias	3	
109.3. Solo gastos y compras sencillas	2	
109.4. No maneja dinero	1	
110. DESPLAZAMIENTO FUERA DEL DOMICILIO		
110.1. Camina sin ayuda	4	
110.2. Camina con ayuda de bastón o muletas	3	
110.3. En silla de ruedas	2	
110.4. Necesita siempre acompañante para salir del domicilio	1	
111. CONTROL DE RIESGOS EN EL DOMICILIO		
111.1. Realiza acciones habituales (gas, electricidad, cocina, agua...) sin percances	4	
111.2. Solo sencillas (grifos, interruptores...)	3	
111.3. Ninguna de las acciones anteriores	2	
112. REALIZACIÓN DE TAREAS		
112.1. Cualquier tipo de compra	4	
112.2. Compras sencillas	3	
112.3. Necesita ayuda para realizar compras	2	
112.4. No realiza ninguna	1	
113. USO DE PUERTAS		
113.1. Abre y cierra puertas con llave	4	
113.2. Puertas con manilla o pomo, pero sin llaves	3	
113.3. Incapaz de abrir o cerrar puertas	2	
114. UTILIZACIÓN DE TRANSPORTES		
114.1. Cualquier desplazamiento o conduce por si solo	4	

114.2. Ayuda o acompañamiento para viajes no habituales o largos	3	
114.3. Siempre con acompañante	2	
114.4. Solo en vehículo adaptado o ambulancia	1	
115. MANTENIMIENTO DE RELACION SOCIAL		
1115.1. Amplia relación y actos sociales	4	
115.2. Con amigos y familiares	3	
115.3. Solo con familiares	2	
115.4. No se relaciona con nadie	1	

EVALUADOR: _____ FIRMA: _____



UNIVERSIDAD MARIANA
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
 Vulnerabilidad Cognitiva y factores asociados en Adulto Mayor Rural del municipio de
 Túquerres
 INSTRUMENTO DE VALORACION

Nº Registro

□□□□

V. DIMENSIÓN SOCIAL
VALUACIÓN DE APOYO SOCIAL MOS

Fecha _____ Nombre _____
 C.C. _____ de _____

Cuestionario de Apoyo Social (MOS)					
116. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre) No. _____					
¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?					
Marque con un círculo uno de los números de cada fila	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	mayoría de veces	Siempre
117. Dimensión emocional/informacional					
117.1. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
117.2. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
117.3. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
117.4. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
117.5. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
117.6. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
117.7. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
117.8. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
118. Dimensión instrumental					
118.1. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
118.2. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
118.3. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
118.4. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
119. Dimensión Interacción social positiva					
119.1. Alguien con quién pasar un buen rato	1	2	3	4	5
119.2. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
119.3. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
119.4. Alguien con quién divertirse	1	2	3	4	5
120. Dimensión Apoyo afectivo					
120.1. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
120.2. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
120.3. Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

EVALUADOR: _____ FIRMA: _____

Anexo 2. Consentimiento informado estudio macro: Vulnerabilidad Cognitiva y factores asociados en Adulto Mayor Rural



CONSENTIMIENTO INFORMADO No. 1

FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

INVESTIGACIÓN TITULADA: “Vulnerabilidad Cognitiva y factores asociados en Adulto Mayor Rural”

Informe de consentimiento informado para participar en una investigación científica

Yo, _____, identificado(a) con la C.C. _____ de _____ manifiesto que he sido invitado(a) a participar dentro de la investigación arriba mencionada y que se me ha dado la siguiente información:

Propósito de este documento:

Este documento se le entrega para ayudarle a comprender las características de la investigación, de tal forma que Usted pueda decidir voluntariamente si desea participar o no. Si luego de leer este documento tiene alguna duda, pida al personal de la investigación que le aclare sus dudas. Ellos le proporcionarán toda la información que necesite para que Usted tenga un buen entendimiento de la investigación.

Importancia de la investigación:

La vulnerabilidad cognitiva conceptualizada de forma multidimensional se ve influenciada por condiciones sociodemográficas, características de salud, desempeño cognitivo, componentes emocionales, funcionales y factores psicosociales. Por lo anterior, esta temática relacionada con elementos que inciden en el Adulto Mayor Rural del municipio de Túquerres contribuirá al conocimiento de diferentes factores propios de este tipo de población y su relación con la vulnerabilidad cognitiva, fundamento básico para un envejecimiento

saludable y la incorporación de programas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los participantes.

Descripción y objetivos de la investigación:

Esta investigación busca analizar los factores que determinan a la vulnerabilidad cognitiva en un grupo de adultos mayores rurales del Municipio de Túquerres Nariño. Por lo cual, serán incluidos adultos mayores de 60 años en adelante, inscritos en la base de datos del Sisben Municipal; a las personas que decidan participar se les aplicará una serie de instrumentos que permiten medir sus características sociodemográficas, características de salud, desempeño cognitivo, componente emocional, estado funcional y dimensión psicosocial.

Responsables de la investigación:

El estudio es dirigido por PhD. XXX XXX (Docente del programa de psicología de la Universidad Mariana) y desarrollado por XXX XXX identificado con Cc. XXXXXX y XXX XXX identificada con Cc. XXX (XXX). Cualquier inquietud que Usted tenga puede comunicarse a los teléfonos celulares XXXX-XXXX.

Riesgos y Beneficios:

La obtención de información por medio de los instrumentos mencionados no implica un riesgo mínimo para el participante. Se garantiza el derecho a la intimidad y anonimato de la información, manejada a un nivel confidencial absoluto. El beneficio directo que obtendrá al participar en la investigación será el conocimiento de su estado sociodemográfico, médico, cognitivo, emocional, funcional y psicosocial, lo anterior será un insumo básico en posibles programas de prevención e intervención. En ese sentido si Ud. se siente con dicho malestar o riesgo, los investigadores estarán atentos a brindar la atención necesaria a su dificultad.

Confidencialidad:

La identidad de los adultos mayores participantes en la investigación estará protegida. La información obtenida será almacenada en una base de datos que se mantendrá por cinco años más después de terminada la presente investigación. Los datos individuales sólo serán

conocidos por los investigadores, asesora y jurados de investigación, mientras dura el estudio, quienes, en todo caso, se comprometen a no divulgarlos. Los resultados que se publicarán corresponden a la información general de todos los participantes.

Derechos y deberes:

Usted tiene derecho a obtener una copia del presente documento y a retirarse posteriormente de esta investigación, si así lo desea en cualquier momento y no tendrá que firmar ningún documento para hacerlo, ni informar las razones de su decisión, si no desea hacerlo. Usted no tendrá que hacer gasto alguno durante la participación en la investigación y en el momento que lo considere podrá solicitar información sobre sus resultados a los responsables de la investigación. En caso de que requiera algún tipo de tratamiento, este será cubierto por el sistema de seguridad social en salud, es decir que será remitido a la Empresa Promotora de Servicios de Salud (EPS) a la cual Usted esté afiliado, ya que el equipo que adelanta la investigación no se responsabilizará de ningún tipo de tratamiento o intervención psicológica.

Declaro que he leído o me fue leído este documento en su totalidad y que entendí su contenido e igualmente, que pude formular las preguntas que consideré necesarias y que estas me fueron respondidas satisfactoriamente. Por lo tanto, decido participar en esta investigación.

Nombre y firma del participante

C.C No.

Fecha:

Nombre y firma del Asesor

C.C No.

Fecha:

Nombre y firma del Investigador

Nombre y firma del Investigador

C.C No.

C.C No.

Fecha:

Fecha:

I. Apéndice B Lista de chequeo**ANEXO 8. LISTA DE CHEQUEO CONTENIDOS MÍNIMOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Verifique que los siguientes elementos de Bioéticos estén presentes en el consentimiento informado:

No.	Ítems de evaluación	SI	NO	NO APLICA
1.	Título de la investigación	X		
2.	Datos de identificación del participante	X		
3.	Importancia de la investigación	X		
4.	El propósito de la investigación	X		
5.	Descripción y objetivo de la investigación	X		
6.	Responsables de la investigación			
7.	El tiempo durante el cual se espera que el sujeto deba participar en el estudio	X		
8.	Frecuencia de las consultas por parte del investigador	X		
9.	Los procedimientos experimentales a los cuales estará el sujeto			X
10.	Los procedimientos no experimentales a los cuales estará sometido el sujeto	X		
11.	Derechos y deberes	X		
12.	Riesgos y beneficios	X		
13.	Las alternativas de solución en caso de que existan los riesgos			X
14.	El carácter voluntario de su participación	X		
15.	La garantía de confidencialidad de la información y/o de los datos obtenidos en la investigación.	X		
16.	El derecho a conocer la información nueva respecto al estudio si la hubiera	X		
17.	Las circunstancias bajo las cuales se terminaría su participación en el estudio	X		
18.	El acceso adecuado a la información por parte del investigador	X		
19.	Firmas del participante, del investigador, asesor	X		
20.	Nombre y firma del representante legal y huella dactilar del índice derecho del participante que registra su asentimiento (en caso de menores de edad)			X

El proceso bioético está aprobado: SI NO SI (con modificaciones)

Anexo 3. Aprobación de la Secretaría de Salud del Municipio de Túquerres para estudio macro: Vulnerabilidad cognitiva y factores asociados en el adulto mayor de Túquerres. Nariño.



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE NARIÑO
MUNICIPIO DE TUQUERRES
NIT 800099152-9



Túquerres, de Septiembre de 2019.
SMS 180-0480

Psicólogo Clínico

[REDACTED]
Director Programa de Psicología
Universidad Mariana
San Juan de Pasto

Asunto: Respuesta oficio solicitud permiso para el desarrollo de investigación estudiantil

Cordial saludo de Paz, Éxitos y Bien

De acuerdo al asunto y teniendo en cuenta el oficio recibido el dos de septiembre de 2019; en el cual solicitan la propuesta de investigación "VULNERABILIDAD COGNITIVA Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTO MAYOR RURAL", que están desarrollando los estudiantes [REDACTED], identificado con código estudiantil [REDACTED] y [REDACTED]; con código estudiantil [REDACTED] quienes [REDACTED]

En ese orden de ideas y teniendo en cuenta el oficio en mención y presencia del estudiante [REDACTED] quien se presentó ante la Secretaría de Salud, donde se contextualizaron los aspectos de la investigación, esta oficina, en articulación con la Coordinadora del Adulto Mayor del Municipio; estamos prestos a brindar la colaboración Pertinente para el buen desarrollo de lo solicitado.

Agradeciendo su atención

Atentamente

[REDACTED]
Secretaria de Salud

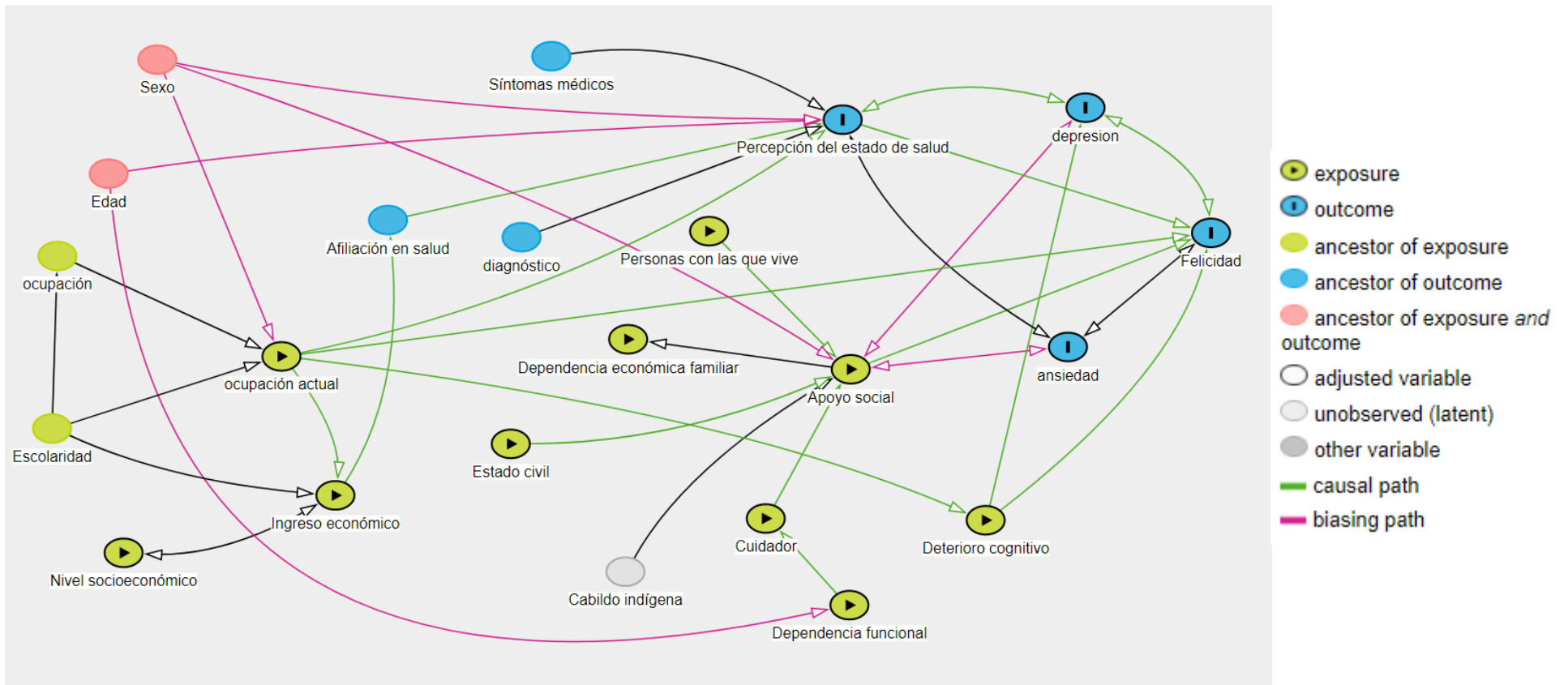
PROYECTO [REDACTED]

ELABORÓ [REDACTED]

"Contigo Somos Más"

Centro Administrativo Municipal, Carrera 14 Calle 16 Esquina.
www.tuquerres-nariño.gov.co
alcaldia@tuquerres-nariño.gov.co – contactenos@tuquerres-nariño.gov.co
Fax: 7281617
Código postal 525520

Anexo 4. Diagrama causal de la felicidad. Factores asociados a la felicidad en adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño.



Anexo 5. Autorización para el uso de los datos

Medellín, 22 de febrero de 2021

Señores:
Comité de Programa
Maestría en Epidemiología
Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia

Asunto: Autorización para uso de datos

Cordial saludo,

En calidad de investigadora principal del proyecto *Vulnerabilidad Cognitiva y factores asociados en Adulto Mayor Rural* de la Universidad Mariana, Pasto, Nariño, Colombia, autorizo el uso de los datos de la investigación a Ana María Arias Monsalve, con CC [REDACTED] para uso exclusivamente académico, con el fin de realizar su trabajo de investigación para finalizar sus estudios de Maestría en Epidemiología en la Universidad de Antioquia.

Cordialmente,

[REDACTED]

PhD. [REDACTED]

C.C. No. [REDACTED]

Docente Investigadora Universidad Mariana

Anexo 6 Aval Comité de Ética de la Universidad de Antioquia



21030002- 00136-2021

Medellín, 23 de agosto de 2021

Investigadora
ANA MARÍA ARIAS MONSALVE
Estudiante Maestría en Epidemiología
Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia

Asunto: Aval ético C, determinación del riesgo y responsabilidades de la IP del proyecto: *"Factores asociados a la felicidad en adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño"*.

Cordial saludo,

A continuación, se comparte el análisis realizado por el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez-CEI en pleno, posterior a recibir los ajustes a las observaciones realizadas:

La revisión inicial fue presentada en la sesión ordinaria del Comité de Ética de la Investigación, realizada el 23 de julio de 2021, durante la cual se efectuaron un conjunto de observaciones y sugerencias para la autora sobre su proyecto, que determinaron posponer una decisión de aval a la investigación hasta tanto se resolviera el mejoramiento de dichos asuntos, los cuales le fueron comunicados siguiendo los conductos regulares del comité. La autora recibió acompañamiento de uno de los integrantes del Comité, en el cual se logró ahondar en el contenido, naturaleza y sentido de las observaciones realizadas.

La revisión de la versión actual del proyecto, aportada por la autora al Comité, permite concluir que se han incorporado los contenidos que atienden adecuadamente la totalidad de las observaciones y recomendaciones entregadas a la autora, permitiendo precisar que:

1. Se han incorporado mejoras en elementos técnico-científicos como el alcance del producto del proyecto, los detalles a corregir sobre variables y el compromiso con acciones de una divulgación de los resultados que incorporen a las comunidades de adulto mayor.
2. Se ha corregido el tema del rol como directores de los profesores involucrados, se ha insertado el contenido de asuntos administrativos como el cronograma y el presupuesto, los cuales hacen parte del cuerpo principal del texto, encontrando una pertinencia y adecuación a las condiciones y características del proyecto.
3. Muy relevante ha sido, dentro del conjunto de mejoras, la reestructuración del capítulo de la Consideraciones Éticas de la Investigación, allí se ha vinculado un nuevo referente a la reflexión representado por las pautas CIOMS 20161, se han identificado nuevos dilemas y riegos y cómo



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Héctor Abad Gómez

afrontarlos y se ha ampliado la vinculación entre la calidad y la integridad científica con la transversalidad del sentido ético en la investigación.

Decisión:

1. El CEI en la sesión 271 del 20 de agosto de 2021 decidió conceder aval ético con riesgo mínimo, para ejecución el proyecto de investigación *"Factores asociados a la felicidad en adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño"*.
2. De acuerdo con las responsabilidades establecidas por la clasificación de riesgo mínimo, usted debe:
 - a. Dar cumplimiento al protocolo de investigación tal como fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación (CEI). En caso de requerir cambios mayores, solicitar su aprobación al CEI antes de realizar tales cambios (solicitud de enmienda al protocolo).
 - b. Presentar un informe de avance cuando lleve el 50% de ejecución e informe final del proyecto, que incluya cambios mayores, la materialización y mitigación de riesgos, así como los beneficios para participantes e implicados

Estaremos atentas a resolver cualquier duda o solicitud.

Atentamente,

Mónica Lucía Soto V.

MÓNICA LUCÍA SOTO VELÁSQUEZ
Presidenta

Beatriz E. Caicedo V.

BEATRIZ E. CAICEDO VELÁSQUEZ
Secretaria

Proyectó: Diana Isabel Cano Gil – Asistente Administrativa CEI
Teléfono: 219 68 78
Correo electrónico: eticasaludpublica@udea.edu.co



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Héctor Abad Gómez

CERTIFICACIÓN

El Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez - CEI en la sesión 271 del 20 de agosto de 2021 avaló el proyecto de investigación *"Factores asociados a la felicidad en adultos mayores de la zona rural de Túquerres, Nariño"*, en la categoría de riesgo mínimo.

De acuerdo con las responsabilidades establecidas por la clasificación de riesgo mínimo, la IP debe:

- a. Dar cumplimiento al protocolo de investigación tal como fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación (CEI). En caso de requerir cambios mayores, solicitar su aprobación al CEI antes de realizar tales cambios (solicitud de enmienda al protocolo).
- b. Presentar un informe de avance cuando lleve el 50% de ejecución e informe final del proyecto, que incluya cambios mayores, la materialización y mitigación de riesgos, así como los beneficios para participantes e implicados.
- c. Si el proyecto de investigación no ha iniciado ejecución en un año después de la expedición del presente aval, se deberá remitir nuevamente al CEI para su renovación.

Este aval es válido durante toda la vigencia del proyecto de investigación.

Dado en Medellín, 23 de agosto de 2021.

Atentamente,

MÓNICA LUCÍA SOTO VELÁSQUEZ
Presidenta

BÉATRIZ E. CAICEDO VELÁSQUEZ
Secretaria

Proyectó: Diana Isabel Cano Gil – Asistente Administrativa CEI
Teléfono: 219 68 78
Correo electrónico: eticasaludpublica@udea.edu.co