



Universitas Psychologica

ISSN: 1657-9267

revistascientificasjaveriana@gmail.com

Pontificia Universidad Javeriana

Colombia

Durán, Diana María; Orbegoz Valderrama, Laura Juliana; Uribe Rodríguez, Ana Fernanda; Uribe Linde, Juan Maximo

Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores

Universitas Psychologica, vol. 7, núm. 1, enero-abril, 2008, pp. 263-270

Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá, Colombia

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64770119>

- ▶ How to cite
- ▶ Complete issue
- ▶ More information about this article
- ▶ Journal's homepage in redalyc.org

Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores*

Social Integration and Functional Skills in Older Adults

Recibido: febrero 22 de 2007 | Revisado: octubre 15 de 2007 | Aceptado: diciembre 3 de 2007

DIANA MARÍA DURÁN
LAURA JULIANA ORBEGOZ VALDERRAMA
ANA FERNANDA URIBE-RODRÍGUEZ
JUAN MAXIMO URIBE LINDE**

Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia
Universidad de Granada, España

ABSTRACT

The objective of this study is to identify the relationship between variables: functional abilities and social integration of older persons and to know whether there were differences according to sex, age and marital status. The results show significant differences in social integration on the basis of marital status, being higher in the elderly unmarried and widowed; Depending on age there are significant differences in functional abilities, being higher in adults between 60 and 65 years. There were no significant differences according to sex. The conclusion is that the autonomy and functional abilities of the Elderly are closely related to the frequency of physical activities and social integration, which promotes the quality of life of older people and hampering the emergence of significant biopsychosocial changes in this stage of life.

Key words authors:

Older Adults, Functional Abilities, Social Integration.

Key words plus:

Aged Psychology, Social Integration.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es identificar la relación entre las variables, habilidades funcionales e integración social del adulto mayor y conocer si existen diferencias en función del sexo, la edad y el estado civil. Los resultados muestran diferencias significativas en la integración social en función del estado civil, siendo mayor en los adultos mayores solteros y viudos. En función de la edad, se encuentran diferencias significativas en las habilidades funcionales, siendo mayor en los adultos entre los 60 y 65 años. No se encontraron diferencias significativas en función del sexo. Se concluye que la autonomía y las habilidades funcionales del adulto mayor están estrechamente relacionadas con la frecuencia de las actividades físicas y de integración social, lo que favorece su calidad de vida y obstaculiza la aparición de cambios biopsicosociales significativos en esta etapa.

Palabras clave autores:

Adultos mayores, habilidades funcionales, integración social.

Palabras claves descriptores:

Ancianos – psicología, integración social.

* Artículo de investigación producto de la línea “Psicología evolutiva y diferencial” del grupo “Medición y evaluación psicológica”, con el respaldo de la Pontificia Universidad Javeriana, sede Cali, del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Granada, España.

** Universidad de Granada, C/ Doctor Moreno, 12. Peligros (Granada), C.P. 18210. España. Correo electrónico: juanm.molina.easp@juntadeandalucia.es, jmaxml@hotmail.com

La adultez mayor está considerada como un periodo en el que la persona experimenta numerosos cambios, que si bien dependen del estilo de vida, y del sistema social y familiar, influyen continuamente en las diversas áreas de funcionamiento (Popolo, 2001). En algunos contextos, la adultez mayor se ha asociado a la perdida constante de capacidades (principalmente relacionadas con el aspecto físico); en estos casos, los estereotipos de la cultura occidental frente al envejecimiento han llevado a que las personas experimenten cierto temor frente a la llegada de este etapa de desarrollo, que puede llevar incluso hasta el aislamiento social. De esta manera se resalta la importancia de la existencia de los sistemas de apoyo social, familiar y de la salud (Ocampo, 2004).

Lo anterior es en muchos casos producto de la disminución progresiva del funcionamiento biológico, que lleva a que el adulto mayor experimente transformaciones que pueden llevar a la pérdida de la autonomía, que se traduce en la necesidad de depender de otros y deriva en un impacto familiar y social (Aristizábal, 2000; Tello, Bayarre, Hernández & Herrera, 2001).

Pese a lo anterior, hay autores que consideran que las personas en esta etapa se encuentran en la plenitud de sus facultades y en un momento lleno de posibilidades para sí mismos y para la propia comunidad. La funcionalidad se evidencia en el momento en que el adulto mayor tiene todas las facultades para realizar las actividades de la vida diaria y puede enfrentar las demandas del ambiente, viviendo de manera independiente (Monroy, 2005; Sandoval & Varela, 1998; Sanhueza, Castro & Merino, 2005; Varela, Chávez, Gálvez & Méndez, 2005).

En el caso en que se origine una pérdida de las habilidades funcionales normales, la persona, los roles y tareas definidos socialmente se ven afectados, y el nivel de socialización del adulto tiende a disminuir (Ocampo, 2004). Es allí donde aparece el concepto de discapacidad, definido por Bejarano (2005) como un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la pérdida de capacidad física o intelectual, requieren de la asistencia o ayuda para realizar actividades de la vida

diaria. Éstas se operacionalizan en funciones principales, como vestirse, bañarse, utilizar los servicios, o en la disminución de la autonomía para consumir alimentos. Tal situación lleva a que aumente la dependencia de otros y ocasiona sentimientos de frustración, inutilidad y tristeza por la pérdida de control sobre la vida propia.

Por tanto, la disminución en la capacidad funcional se afronta de manera más positiva cuando el adulto mayor cuenta con un entorno ambiental seguro, vínculos familiares, un ingreso económico estable y acceso a la atención en salud (Pérez & García, 2003).

Otro aspecto fundamental, y con el cual existe una fuerte relación, es el nivel de socialización que tenga el adulto mayor. La participación en los sistemas sociales tiende a disminuir en esta etapa, reforzando la marginación social y ocasionando la pérdida de satisfacción proveniente de este sistema. De esta manera, el proceso de socialización se ve afectado en esta etapa por la disminución inicial del contacto con familiares y amistades, relacionada con las limitaciones que aparecen a nivel de salud y que pueden perjudicar el contacto con otros.

De este modo, la interacción social se convierte en un factor de protección para la salud, teniendo en cuenta que ello implica vínculos estrechos con otros y un nivel de actividad constante. Además, genera el involucramiento en grupos sociales, permitiendo que el adulto mayor distribuya equilibradamente su tiempo, y contribuyendo así a mejorar su calidad de vida. La socialización en esta etapa permite estar en contacto con otros y desarrollar potencialidades a partir del mismo; igualmente, genera acciones que son necesarias para mejorar la calidad de vida (Zapata, 2001).

De la misma manera, la integración social depende de las redes de apoyo con las que cuente el adulto mayor, entendiendo éstas como aquellas relaciones significativas que una persona establece cotidianamente y a lo largo de su vida (Zapata, 2001, p. 92), específicamente con familiares más cercanos, amigos, compañeros de trabajo, pareja, entre otros. Se ha observado que tales redes juegan un papel vital en la adultez mayor, convirtiéndose

en el sustento emocional que permite en muchos casos sobreponer las crisis que se puedan presentar y, además, que los adultos mayores sean reconocidos como personas, mejorando su autoestima, su autopercepción, la eficacia personal y, por ende, la identidad.

Lo mencionado anteriormente respalda la importancia de que los profesionales de la salud comprendan las relaciones entre las habilidades funcionales y la integración social, para determinar estrategias de intervención que contribuyan a que el adulto mayor se involucre en diversas actividades sociales que le permitan mejorar sus condiciones físicas y su autonomía personal, así como la posición y satisfacción que tenga frente a la vida (Peláez, 2005; Uribe & Buela-Casal, 2003).

Método

Muestra

Se seleccionó una muestra no probabilística compuesta por un total de 500 adultos mayores colombianos. Se contactó a los sujetos cuando acudían espontáneamente al centro-día. Se excluyó a los pacientes institucionalizados y aquellos con un deterioro cognitivo severo, según el Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ).

Instrumento

Breve cuestionario de calidad de vida (CUBRECAVI) (Fernández-Ballesteros & Zamarrón, 1996). La variable principal es la *calidad de vida* del adulto mayor, la cual es medida a través de 18 preguntas, en 9 áreas: la salud, la integración social, las habilidades funcionales, la actividad y ocio, la calidad ambiental, la satisfacción con la vida, la educación, los ingresos, los servicios sociales y sanitarios, y la calidad de vida en general. Se mide tanto objetivamente como subjetivamente cada una de ellas y, a su vez, tienen una puntuación directa (la media por área) y una puntuación estándar. Para esta investigación se describen los datos correspondientes a la puntuación estándar en cada una de las áreas. Su nivel de consistencia y fiabilidad oscila entre 0.92 y 0.70 para las diferentes áreas, menos para la de integración social. Su validez criterial a partir de una correlación múltiple es de 0.66.

Procedimiento

Se realizó un estudio transversal con adultos mayores de 60 años, asistentes a centros de día de la ciudad de Santiago de Cali (Colombia). La aplicación fue realizada por un equipo de psicólogos de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali (Colombia), quienes recibieron una formación común que incluía sesiones con casos piloto para homogeneizar.

TABLA 1
Distribución de los participantes por grupos de edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menores de 65 años	225	51%
Entre 66 y 70 años	115	23%
Entre 71 y 80 años	108	21%
Mayores de 81 años	20	4%
No válidos	2	0.4%
Total	500	100%

zar los criterios de aplicación. Se llevaron a cabo dos tipos diferenciados de análisis estadísticos: uno descriptivo, con el objeto de determinar las características esenciales de la muestra y en el que se incluyó la media como medida de tendencia central y la desviación típica como medida de dispersión de la distribución de las variables sociodemográficas; y otro relacionado con la comparación de grupos ANOVA de un factor. Los análisis estadísticos se realizaron mediante el SPSS 14 Windows (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales).

Resultados

Los resultados obtenidos se presentan en función de cada una de las variables (dificultad para realizar

actividades, total del área de habilidades funcionales, frecuencia y satisfacción en la integración social y total del área de integración social), según el sexo, la edad y el estado civil. Con relación a la edad, se encontró que existen diferencias significativas en el área de dificultad para realizar actividades ($F_{(3,492)} = 6.975$; $MSE = 1.540$; $p < 0.00$ y total del área de habilidades funcionales) (Tabla 1). En cuanto al estado civil, se observaron diferencias significativas en la frecuencia en la integración social $F_{(4,386)} = 7.543$ $MSE = 11.696$; $p < 0.00$, satisfacción en la integración social $F_{(4,281)} = 38.421$; $MSE = 26.294$; $p < 0.00$, y en el total de área de integración social $F_{(4,268)} = 20.991$; $MSE = 18.754$; $p < 0.00$ (Tabla 2). En la variable sexo no se encuentran diferencias significativas en las distintas áreas (tablas 3 y 4).

TABLA 2

Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia de dificultad para realizar actividades y total del área de habilidades funcionales en adultos mayores con relación a la edad

Escalas	gl	Media cuadrática	F	Sig
Dificultad para realizar actividades	3	1.5	6.9	0.00
Total habilidades funcionales	3	1.6	7.0	0.00

TABLA 3

Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia en la frecuencia, satisfacción y total del área de integración social en adultos mayores en función del estado civil

Escalas	gl	Media cuadrática	F	Sig
Frecuencia en la integración social	4	11.6	7.5	0.00
Satisfacción en la integración social	4	26.2	38.4	0.00
Total área integración social	4	18.7	20.9	0.00

TABLA 4

Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia de la frecuencia, satisfacción en la integración social y total del área de integración social en adultos mayores en función del sexo

Escalas	gl	Media cuadrática	F	Sig
Frecuencia en la integración social	1	0.49	0.30	0.58
Satisfacción en la integración social	1	1.19	1.15	0.28
Total área integración social	1	0.39	0.33	0.56

TABLA 5

Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel de significancia de la dificultad para realizar actividades y total del área de habilidades funcionales en adultos mayores en función del sexo

Escalas	gl	Media cuadrática	F	Sig
Dificultad para realizar actividades	1	0.50	2.21	0.13
Total área habilidades funcionales	1	1.54	6.50	0.11

Discusión

La etapa de la adultez mayor trae consigo numerosos cambios, entre ellos la pérdida de algunas capacidades y, por ende, de su autonomía funcional, hecho que conlleva a que aumente la necesidad de asistencia de cuidadores, sean éstos familiares o personal de la salud (Tello et al. 2001). Sin embargo, aunque la llegada de la adultez anuncia la disminución de ciertas capacidades, también es cierto que durante los últimos años el sistema de salud ha orientado sus intereses, desarrollos tecnológicos y científicos al mejoramiento de la calidad de vida de estas personas, permitiendo que este periodo se viva con mayor calidad y en mejores condiciones físicas y psicológicas (Leiton & Ordóñez, 2003).

Especificamente en la muestra seleccionada, los resultados indicaron que los adultos mayores presentan dificultad para realizar actividades a medida que avanzan dentro de este periodo, e igualmente la integración social y la satisfacción con la misma difieren según el estado civil.

Con relación a la edad, se pudo observar que las habilidades funcionales van disminuyendo a medida que avanza la edad, debido principalmente a la aparición de diversas enfermedades crónicas, deterioro cognitivo y cambios psicosociales, que impiden o limitan la realización de diversas actividades cotidianas como vestirse, bañarse y utilizar los servicios sociosanitarios. Lo anterior se relaciona con lo mencionado por Martínez y Pérez (2006), en su estudio realizado en Cuba, donde encontraron que las personas mayores de 60 años padecen al menos de una enfermedad crónica (69.6%), mientras que el 13.9% presentan

alguna alteración de los órganos de los sentidos, lo que repercute en el desempeño físico. En el caso de EE.UU., los datos reportan que en las personas mayores de 85 años se presenta un aumento de la disfuncionalidad entre el 35 y 40 % (Manton & Vaupel, 1998).

En este punto es importante reconocer que se ha encontrado que el estilo de afrontamiento que tenga la persona durante esta etapa juega un papel importante, ya que un afrontamiento pasivo unido a un sistema familiar inestable, bajos recursos económicos, dificultad para acceder a los servicios de salud, y la aparición de diversas patologías, llevan a que el adulto mayor se limite de manera significativa, impidiendo ya sea gradual o abruptamente que participe de diversas actividades necesarias en este momento de la vida, como la socialización con otros, el involucramiento en actividades de ocio y recreación, y, por supuesto, incluirse como miembro activo dentro de la sociedad (Cáceres, 2004).

Otro de los factores que explican las disminución de las habilidades funcionales debido a la edad, es la pérdida de los seres queridos, la jubilación, la inactividad y la baja comunicación (Tello et al. 2001), lo que lleva a pensar que definitivamente el nivel de funcionalidad del adulto está muy relacionado con la interacción que tenga con el sistema familiar y social. El aislamiento trae como consecuencia la pérdida de oportunidades para obtener gratificaciones o refuerzos propios de la interacción social; en el caso de adultez mayor, tal situación deriva en una mayor probabilidad de que aparezcan ciertas problemáticas psicológicas como la depresión (Ávila, Garant & Aguilar, 2006; Vellas, 1996 como se cita en Valdez, Román & Cubillas, 2005).

Pese a lo anterior, específicamente en Medellín, Colombia, los datos revelan todo lo contrario, ya que el 77.4% (407) de la muestra se consideró independiente, el 19.9% (105) parcialmente dependiente, y sólo el 2.7% (14) se consideraban dependientes. Esto en lo que se refiere a la realización de actividades básicas cotidianas (tomar alimentos, utilizar servicios sanitarios, cuidados personales, etc.) e instrumentales (salir a la calle, hacer su propia comida, manejar dinero, usar transporte, etc.). La explicación de estos resultados, de acuerdo con Cardona, Estrada y Agudelo (2006), radica en que los adultos mayores en Medellín cuentan con una independencia, ingresos económicos, seguridad social y las redes de apoyo, e igualmente en el hecho de que la actual generación de esta población se esté interesando por tener una postura más activa frente a tal etapa. De este modo se contribuye al propósito de mantenerse vigentes y autónomos (Cardona, Estrada & Agudelo, 2006).

De esta manera, se puede decir que las habilidades funcionales del adulto mayor son el resultado de la disminución del los diferentes sistemas biológicos; sin embargo, no se puede dejar de lado la interacción de esta variable con la escolaridad, el estilo de vida, el sistema familiar, económico y social, así como con variables subjetivas como la percepción de calidad de vida que tenga la persona (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001).

Por otro lado, con relación al estado civil, se puede decir que la integración social compensa muchas de las pérdidas de la adultez mayor. Varios autores consideran que la interacción con otros, no sólo en la adultez mayor si no a lo largo de toda la vida, se convierte en un factor protector frente a la aparición de patologías, trayendo como beneficio que la persona aumente su capacidad cognitiva, tenga mejores habilidades de afrontamiento, module su afecto, aumente su calidad de vida y, por ende, su autonomía; lo anterior trae como consecuencia el aumento del nivel de movilidad, de independencia, y el mejoramiento del autoconcepto del adulto mayor (Cáceres, 2004). Esto se relaciona con los resultados obtenidos, según los cuales los adultos mayores que se encuen-

tran solteros y en unión libre tienden a tener una mayor y mejor integración social, lo que se puede relacionar con el hecho de que quienes presentan mayor numero de enfermedades son los viudos y casados, estados que impiden de cierto modo el acceso a los sistemas sociales (Arjona, Criado & Sánchez, 2002). En el mismo sentido, los datos encontrados en el estudio CASEN (Ministerio de Planificación y Cooperación de Chile, 2003), señalan que el estado civil predominante en la población adulta mayor es casado(a) con un 52.3%; le sigue en importancia viudo(a), con un 26.8%, y soltero(a) con un 9.1%.

Por otro lado, se encontró diferencias significativas en la escala de satisfacción con la integración social en los adultos mayores, dato que es similar al arrojado por el estudio de Fuentes y García (2003). De acuerdo con éste, la satisfacción en la integración social se relaciona con la pérdida de la salud, la no adaptación de esta etapa, la idea de dependencia física y económica de los hijos, y el no poder realizar las mismas actividades de antes.

De esta manera, se puede decir que las habilidades funcionales están asociadas con el nivel de integración social que tenga la persona, ya que a medida que aumenta la edad del adulto mayor, por las diversas pérdidas, se incrementa la posibilidad de perder las redes sociales de apoyo emocional e instrumental (Pedrera et al., 1999; Sánchez, Montorio & Izal, 2002).

Es aquí donde se resalta la importancia de los grupos de apoyo en la tercera edad, así como de todos aquellos programas de recreación y salud ofrecidos para esta población, ya que constituyen un medio de prevención, al igual que de contribución, para mejorar el área afectiva, de la salud, familiar y social. Esto permite al adulto mayor vivir los últimos años de manera más satisfactoria, rompiendo con los estigmas de la dependencia en esta etapa. Pese a lo anterior, es importante resaltar que algunos estudios han demostrado que sólo el 33% de los adultos presentan dificultades significativas con relación a la ejecución de las actividades diarias, y que, aunque la capacidad funcional va disminuyendo con la edad, tal como se evidenció en el presente estudio, los avances biomédicos per-

miten cada vez más tener lo que hoy se denomina un envejecimiento saludable (Cáceres, 2004).

Por tanto, la mirada biopsicosocial es fundamental para intervenir en las condiciones del adulto mayor, ya que la constante interacción de las distintas áreas de funcionamiento puede explicar la causalidad entre ellas. Es lo que ocurre en este caso con la relación entre las habilidades funcionales y la integración social: ante un mayor involucramiento con otros, y más satisfacción con la relaciones familiares, hay un aumento de la actividad realizada, ya sea práctica de ejercicio, realización de actividades de la vida diaria o instrumentales. De aquí se deriva una mayor autonomía y se combate la llegada de ciertas patologías y limitaciones físicas. No obstante, es importante mencionar que el concepto que tenga el adulto mayor de sí mismo y de su salud es un predictor del estado físico, que se asocia con condiciones psicológicas como la satisfacción con la vida, el autoestima, las habilidades funcionales, las actividades que se realicen, la depresión y el funcionamiento intelectual (Mella et al., 2004).

Referencias

- Aristizábal, N. (2000). La psicogerontología: un desafío para el siglo XXI. *Cuadernos Hispanos de Psicología*, 1, 7-102.
- Arjona, C., Criado, J. & Sánchez, L. (2002). Enfermedades crónicas y consumo de fármacos en mayores de 65 años. *Medicina General*, 47, 684-695.
- Ávila, J., Garant, M. & Aguilar, S. (2006). Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. *Revista Panamericana Salud Pública*, 19, 321-330.
- Bejarano, E. (2005). Dependencia y calidad de vida en las personas mayores. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*, 15, 144-154.
- Cáceres, R. (2004). Estado de salud, físico y mental de los adultos mayores del área rural de Costa Rica: 2000. *Población y Salud en MesoAmérica*, 1, 1-27.
- Cardona, D., Estrada, A. & Agudelo, H. (2006). Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Revista Biomédica*, 26, 206-215.
- Fernández-Ballesteros, R. & Zamarrón, M. D. (1996). *Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRE-CAVI)*. Madrid: TEA.
- Fuentes, M. & García, A. (2003). Causas sociales que originan sentimientos de abandono en el adulto mayor. *Revista del Hospital General "La Quebrada"*, 2, 25-29.
- Leiton, Z. & Ordóñez, Y. (2003). *Autocuidado de la salud para el adulto mayor: manual de la información para profesionales*. Recuperado el 3 de noviembre de 2006, de <http://www.per.ops-oms.org/bvs-pwr/psal/e/fulltex/autocuidado.pdf>
- Manton, K. G. & Vaupel, J. W. (1998). Survival after the Age of 80 in the United States, Sweden, France, England and Japan. *New England Journal of Medicine*, 333, 1232-1235.
- Martínez, C. & Pérez, V. (2006). Longevidad: estados cognoscitivos, validismo y calidad de vida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 22, 1-13.
- Mella, R., González, L., D'Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A. & Díaz, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psykhe*, 13, 79-89.
- Ministerio de Planificación y Cooperación de Chile (2003). *Encuesta de caracterización socioeconómica nacional: principales resultados. Situación de los adultos mayores*. Recuperado el 30 de octubre de 2007, de http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/CASEN_AMayor_2003.pdf
- Monroy, A. (2005). *Aspectos psicológicos y psiquiátricos del adulto mayor*. Recuperado el 15 de noviembre de 2006, de http://www.amapsi.org/portal/index.php?Itemid=110&id=103&option=com_content&task=view
- Ocampo, R. (2004). *Vejez y discapacidad: visión comparativa de la población adulta mayor rural. Valle Central de Costa Rica*. Tesis de maestría no publicada, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Hombres, envejecimiento y salud*. Recuperado el 11 de diciembre de 2006, de <http://www.redadultosmayores.com.ar/ buscador/files/SALUD008.pdf>
- Pedrera, J., Canal, M., Lavado, J., Postigo, S., Sánchez, M. & Durán, N. (1999). Estudio de salud en las

- personas mayores en Extremadura: consumo de fármacos y patologías crónicas más frecuentes. *Revista Española de Salud Pública*, 73, 677-686.
- Peláez, M. (2005). La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17, 299-302.
- Pérez, J. & García, E. (2003). Influencia de algunos factores sociales en la tercera edad en la comunidad pastorita. *Revista Cubana de Enfermería*, 18, 18-21.
- Popolo, F. (2001). *Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina*. Santiago de Chile: Naciones Unidas – Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.
- Sánchez, M., Montorio, I. & Izal, M. (2002) Dependencia y autonomía funcional en la vejez: la profecía que se autocumple. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 12, 61-71.
- Sandoval, L. & Varela, L. (1998). Estudio comparativo de funcionalidad en pacientes adultos mayores ambulatorios y hospitalizados. *Revista Médica Herediana*, 9, 139-142.
- Sanhueza, M., Castro, M. & Merino J. (2005). Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. *Ciencia Enfermería*, 11, 17-21.
- Tello, Y., Bayarre, H., Hernández, Y. & Herrera, H. (2001). Prevalencia de discapacidad física en ancianos: municipios “Amancio Rodríguez” y “Jobabo”. *Revista Cubana de Salud Pública*, 27, 19-25.
- Uribe, A. F. & Buela-Casal, G. (2003). *Influencia del tipo de residencia sobre la depresión, el deterioro cognitivo y la calidad de vida en personas mayores*. Granada: Universidad de Granada.
- Valdez, E., Román, R. & Cubillas, M. (2005). Análisis de la oferta de servicios para adultos mayores y sus necesidades manifiestas. *Psicología y Salud*, 15, 127-133.
- Varela, L., Chávez, H., Gálvez, M. & Méndez, F. (2005). Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. *Revista Médica Herediana*, 16, 165-171.
- Zapata, H. (2001). Adulto mayor: participación e identidad. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 1, 189-197.