



Diversitas: Perspectivas en Psicología

ISSN: 1794-9998

Universidad Santo Tomás

Quintero-Mantilla, Margie Stefania; Cerquera-Córdoba, Ara Mercedes

Estado de salud general y perfil biopsicosocial de adultos mayores sanos o excepcionales de Santander, Colombia *

Diversitas: Perspectivas en Psicología, vol. 14, núm. 1, 2018, Enero-Junio, pp. 109-120
Universidad Santo Tomás

DOI: <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2018.0001.08>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67957684009>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

UNAM  redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Estado de salud general y perfil biopsicosocial de adultos mayores sanos o excepcionales de Santander, Colombia*

General state of health and psychosocial profile of healthy or exceptional elderly of Santander, Colombia

Margie Stefania Quintero Mantilla

Ara Mercedes Cerquera Córdoba**
Universidad Pontificia Bolivariana,
Bucaramanga, Colombia

Recibido: 6 de julio de 2017
Revisado: 31 de agosto de 2017
Aceptado: 2 de octubre de 2017

Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo evaluar el estado de salud general y perfil biopsicosocial de un grupo adultos mayores sanos o excepcionales del departamento de Santander. La muestra estuvo compuesta por 50 adultos mayores autopercebidos como sanos, de un rango de edad de 75 años en adelante y pertenecientes a las diferentes provincias del departamento. Se emplearon como instrumentos el *Mini-Mental State Examination*, la Escala de *Barthel*, el Cuestionario de salud general de *Goldberg* y el *Mini nutricional Assesment*. En los resultados encontrados se evidenciaron medias altas en el nivel cognitivo, independencia en las actividades de la vida diaria (AVD), estado nutricional y buena autopercepción de salud mental, bienestar psicológico general, funcionamiento social y afrontamiento. Esto evidencia un perfil biopsicosocial alto, relacionado a factores diferenciales en este grupo de adultos con elevado nivel de longevidad, lo cual abre paso a la exploración de las dimensiones positivas

* Artículo de investigación. <http://dx.doi.org/10.15332/s1794-9998.2018.0001.08>

** Correspondencia: Ara Mercedes Cerquera Córdoba, Decana de la Escuela de Ciencias Sociales, Líder de la línea Calidad de Vida en la Tercera edad, Docente Asociada, Universidad Pontificia Bolivariana, Seccional Bucaramanga. Dirección Postal: Universidad Pontificia Bolivariana, Seccional Bucaramanga, Km. 7 Autopista a Piedecuesta, Oficina H - 210 Floridablanca, Colombia. Correo electrónico: ara.cerquera@upb.edu.co

en los adultos clasificados como viejos-viejos; y además brinda una evidencia de la posibilidad de envejecer exitosamente, con salud y calidad de vida.

Palabras clave: Vejez, adulto mayor, envejecimiento saludable, salud, biopsicosocial.

Abstract

This study aimed to evaluate overall health and biopsychosocial profile of a healthy or exceptional elderly group in Santander, Colombia. The sample consisted of 50 self-perceived healthy older adults, with ages 75 and older, and coming from different provinces of Santander. Data were collected with the Mini-Mental State Examination, the Barthel Scale, Goldberg's General Health Questionnaire and the Mini nutritional Assessment. Results showed high means in the cognitive dimension, independence in Activities of daily living (ADLs), nutritional status and good self-rated mental health, general psychological well-being, social functioning and coping. This suggests a high biopsychosocial profile, related to differential factors in this group of adults with high level of longevity, which opens the way to exploring the positive dimensions in older adults, and it also provides evidence of the possibility of successful, healthy life in old age with a good quality of life.

Keywords: Older age, elderly, healthy aging, health, biopsychosocial.

Introducción

La vivencia del envejecimiento, con sus múltiples cambios bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales (Castañedo, García, Noriega & Quintanilla, 2007), continúa siendo una experiencia, que si bien subyace a todos los seres humanos de manera individual y diferencial (Guerrini, 2010), sigue distante de la realidad y próxima a estereotipos, siendo aún poco posible en la sociedad el asociar la vejez con términos como salud, bienestar y productividad.

Es así como gran parte de las investigaciones acerca de la vejez están centradas en la comprensión y afrontamiento del proceso de enfermedad; contemplando a ésta como una etapa de irreversibilidad y limitando el alcance, en su mayoría, a programas que favorecen la calidad de vida a adultos mayores con condiciones crónicas, dependencia física y/o neurocognitiva. Sin embargo, estas referencias teóricas se fundamentan en “la noción biomédica, donde salud es el estado de funcionamiento óptimo del cuerpo” (Araya, 2007, p.9) y en donde la prioridad es atender las condiciones patológicas y de discapacidad a nivel de salud pública, pero no se trabaja en la exploración

de la porción de la población que envejece bien y “exitosamente”.

El paradigma del envejecimiento saludable surge como una alternativa investigativa e interventiva, la cual ha cobrado gran importancia en la última década y ha comenzado a generar múltiples aportes en la comprensión de fortalezas y factores protectores en la vejez, dimensionando que en esta se puede incentivar el desarrollo de potencialidades y recursos que no estaban presentes en etapas anteriores (Lombardo, 2013).

En concordancia, la nueva concepción del Envejecimiento Activo que emerge en las últimas décadas por la Organización Mundial de la Salud (2002), se centra fundamentalmente en la calidad de vida, bienestar físico, psíquico, afectivo, interpersonal y social. Siendo así, un proceso multidimensional relacionado a una baja probabilidad de enfermedad, ausencia de discapacidad, alto funcionamiento físico, mental y alta participación social (López, 2013).

De esta manera, la salud de un adulto mayor no debería medirse en presencia/ ausencia de enfermedad sino en términos de “funcionalidad”,

siendo ésta, según la OMS (1982) uno de los principales factores determinantes del estado de salud entre los envejecidos, midiendo su estado de salud no en términos de déficit sino en “mantención de la capacidad funcional”, que corresponde a la capacidad de una persona para llevar a cabo las actividades necesarias para lograr el bienestar a través de la interrelación de sus campos biológico, psicológico y social (Sanhueza, Castro & Merino, 2012).

En respuesta a esto, el presente estudio se llevó a cabo con el objetivo de evaluar el estado de salud general y perfil biopsicosocial de una muestra de adultos mayores sanos o excepcionales del departamento de Santander. Con lo cual, se pretende generar un reporte de los niveles de funcionalidad, estado cognitivo, bienestar psicológico general, funcionamiento social y nutrición de la muestra, de forma que se contextualicen estas variables, aportando una visión salutogénica y centrada en la potencialidad de la adultez mayor en el municipio.

Método

Diseño

Estudio de enfoque cuantitativo, observacional transversal y de alcance descriptivo.

Participantes

Se seleccionó una muestra por conveniencia e intencional de 50 adultos mayores, pertenecientes a las 6 provincias del departamento de Santander, abarcando así 13 municipios.

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron: (a) ausencia de limitaciones incapacitantes de tipo sensorial o psicológico; (b) rango de edad de 75 años en adelante, cohorte considerada como viejos-viejos, adaptación realizada en relación a la esperanza de vida del departamento proyectada para el año 2015-2016 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2005); (c) autoperibirse saludable y/o ser funcionalmente activo para realizar actividades básicas de la vida

diaria; (d) consentimiento de participación y firma de autorización para la aplicación del protocolo del estudio.

Instrumentos

Ficha de datos sociodemográficos y variables personales

Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein y Cols (1975), adaptación colombiana de Rosselli et al. (2000): Prueba que mide el rendimiento cognoscitivo, evaluando orientación en el espacio, tiempo y lugar; memoria de fijación reciente, atención, cálculo y lenguaje. Posee una consistencia interna de un alfa de Cronbach que oscila entre 0.82-0.84.

Escala de *Barthel* (Modificación de Granger, Albrecht & Hamilton et al., 1979) Es un cuestionario heteroadministrado compuesto con 15 ítems tipo Likert subdividido en 2 índices, el índice de autocuidado con una puntuación máxima de 53 puntos, y el índice de movilidad, con un máximo de 47 puntos. A mayor puntuación mayor independencia. En cuanto a la evaluación de la consistencia interna, se ha observado un alfa de Cronbach de 0,86-0,92. (Cid-Ruzafa & Moreno, 1997).

Cuestionario de salud general de *Goldberg* GHQ-12, adaptación al español y validación de Villa, Zuluaga y Restrepo, (2013): Es un cuestionario para evaluar salud auto percibida, es decir, la evaluación que hace el individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere bienestar psicológico y funcionamiento social-afrontamiento (Flores et al, 2013). En el análisis de consistencia interna utilizando el coeficiente Alpha de Cronbach, presenta una consistencia interna y validez de 0.84 (Villa, Zuluaga, Restrepo, 2013).

Mini nutricional Assesment (MNA) de Guigoz, et al., (1997) adaptación de Barrera, Castillo, Martín, Torrado, Cifuentes y Rodríguez (2008): Es un instrumento útil, rápido, fácil y fiable (sensibilidad del 96% y especificidad del 98%) que permite evaluar el estado nutricional y de salud del adulto mayor. La MNA asigna el sujeto a una

categoría nutricional según el puntaje recibido en sus 4 componentes: Mediciones antropométricas, evaluación global del estilo de vida, (incluida la medicación y la autonomía), hábitos dietéticos y alimentarios, y autopercepción de la salud y el estado nutricional (Cuyac & Santana, 2007).

Procedimiento

Para llevar a cabo la recolección de información y posterior análisis de resultados, la investigación se dividió en las siguientes fases:

- a. **Fase previa:** Proceso inicial de exploración y rastreo de la información. En esta fase se contactaron en su mayoría, vía e-mail o telefónicamente a coordinadores, directores y/o representantes de centros día y asociaciones del adulto en los diversos municipios, identificando que en este tipo de programas se encuentran mayor porcentaje de adultos autovalentes y con los criterios establecidos. Así mismo, en adultos mayores no pertenecientes a ninguna institución el primer contacto se realizó vía telefónica, realizando cuestiones referentes a la participación en el estudio y el estado de salud física, cognitiva y psicológica percibido. Posteriormente, se realizó la delimitación de la muestra.
- b. **Fase de aplicación:** Inicialmente se brindó a los adultos mayores una explicación de los objetivos del estudio, instrumentos, beneficios y condiciones de participación, diligenciando el respectivo consentimiento informado del protocolo de la investigación, diseñado y empleado de acuerdo a la Ley 1090 de 2006 del Congreso de la República de Colombia. A continuación, se llevó a cabo la aplicación de la ficha de datos sociodemográficos y el protocolo de pruebas.
- c. **Fase de análisis:** Para la ejecución de esta fase se empleó el software de análisis estadístico IBM SPSS Statistics 22.0 y la aplicación Microsoft Excel(v.15.0) de Microsoft Office 2013, realizando los procesos de tabulación, sistematización y análisis mediante gráficas y figuras, dando a conocer los resultados y conclusiones obtenidas a nivel departamental y nacional.

Consideraciones éticas

Se hace fundamental destacar que se aplicaron los principios de confidencialidad, condiciones éticas y demás disposiciones suscrita en la Ley 1090 del 2006 la cual reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Así mismo, esta investigación se enmarca en un macroproyecto de caracterización de los estilos de vida y perfiles psicosociales de una muestra de adultos mayores sanos o excepcionales del departamento de Santander, en la promoción y prevención del envejecimiento patológico, del año 2016, avalado por el Comité de Trabajos de grado de la Universidad Pontificia Bolivariana, Seccional Bucaramanga.

Resultados

Inicialmente, en relación a la distribución por provincia de la muestra de adultos mayores sanos que hicieron parte del estudio, se encontró una mayor representación de adultos de las provincias de Soto (32%), seguido por Comuneros (20%) y menor en adultos de las provincias de Vélez (10%) y García Rovira (8%).

Así mismo, en la Tabla 1, se reporta que la edad media en los adultos mayores de la muestra fue de 82,34 años ($DE=6,5$) lo que correspondió efectivamente a una muestra clasificada en la categoría viejos-viejos y con un mayor porcentaje de adultos en un rango de edad entre los 75 a 84 años. En cuanto al género, más de la mitad de la muestra fueron hombres, en su mayoría casados, de estratos entre 2 y 3. Así mismo, en cuanto al nivel de escolaridad un 40% de los adultos realizaron su primaria pero no la culminaron y un 24% no tuvieron ningún estudio. Sin embargo, un 12% manifestó tener estudios universitarios.

De acuerdo a la situación laboral, un porcentaje alto afirmó estar inactivo (64%). Entre las ocupaciones más ejercidas en la mayor parte de la vida de los adultos y de acuerdo a la Clasificación

Internacional Uniforme de Ocupaciones adaptada a Colombia CIUO-88 A.C (DANE, 2005) se encontró que un 32% de la muestra se desempeñaron como “Trabajadores no calificados” y un 24% ejerció en ocupaciones agrupadas en la categoría “Agricultores, trabajadores y obreros, agropecuarios, forestales y pesqueros”, destacando que un 12% fueron “Profesionales universitarios, científicos e intelectuales”.

Por otra parte, en relación a la función familiar, un 58% de la muestra vive con otras personas con las cuales no tiene ningún lazo de consanguinidad o está en condición de institucionalización, encontrándose en variables personales adicionales, que un 60% de los adultos sanos duermen entre 7-8 horas; afirmando además un 66% haber consumido, ya sea ocasionalmente o de forma constante, alcohol y/o tabaco.

Tabla 1.
Datos sociodemográficos y variables personales de una muestra de adultos mayores sanos de Santander.

Adultos mayores saludables (A.M) N=50		
Edad A.M		
Media		82,34
Desviación estándar		6,552
Varianza		42,923
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Rango edad A.M		
De 75 a 84 años	34	68
De 85 a 94 años	12	24
De 95 años o más	4	8
Género		
Masculino	29	58
Femenino	21	42
Estrato socioeconómico		
Estrato 1	5	10
Estrato 2	22	44
Estrato 3	15	30
Estrato 4	8	16
Estado civil		
Soltero (a)	15	30
Casado (a)	20	40
Divorciado (a)	3	6
Viudo (a)	11	22
Unión libre	1	2
Escolaridad		
Sin estudios	12	24
Primaria sin terminar	20	40
Primaria completa	7	14

Adultos mayores saludables (A.M) N=50		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Secundaria sin terminar	2	4
Secundaria completa	2	4
Universitarios	6	12
Otros	1	2
Situación laboral		
Activo (a)	6	12
Jubilado (a)	12	24
Inactivo (a)	32	64
Ocupación según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-88 A-C)		
Fuerza pública	1	2
Miembros del poder ejecutivo, legislativo y /o administrativo	1	2
Profesionales universitarios, científicos e intelectuales	6	12
Técnicos, postsecundarios no universitarios	1	2
Trabajadores de servicios y vendedores	3	6
Agricultores, trabajadores y obreros, agropecuarios, forestales y pesqueros	12	24
Oficiales, operarios, artesanos y trabajadores de la construcción y minería	5	10
Operadores de instalaciones de máquinas y ensambladores	5	10
Trabajadores no calificados	16	32
Función familiar		
Solo	4	8
Familia de origen	4	8
Familia nuclear	13	26
Otros	29	58
Patrón del sueño y descanso (Posibles Trastornos)		
Menos de 5.5 horas	17	34
De 7-8 horas	30	60
Más de 9 horas	3	6
Consumo de alcohol y/o tabaco		
Si	15	30
No	17	34
En pocas ocasiones	18	36

Fuente: Elaboración propia.

Seguidamente, se presentan los resultados del análisis de la batería de pruebas:

Tabla 2.
Puntuación instrumentos en la muestra de adultos mayores sanos.

Pruebas	Media	Desviación estándar
Puntuación Mini-Mentar State Examination	26,68	3,401
Puntuación Índice Barthel	98,32	7,988
Puntuación Golbert Global	6,86	6,854
Puntuación Mini-Nutricional Assesment	23,83	4,069

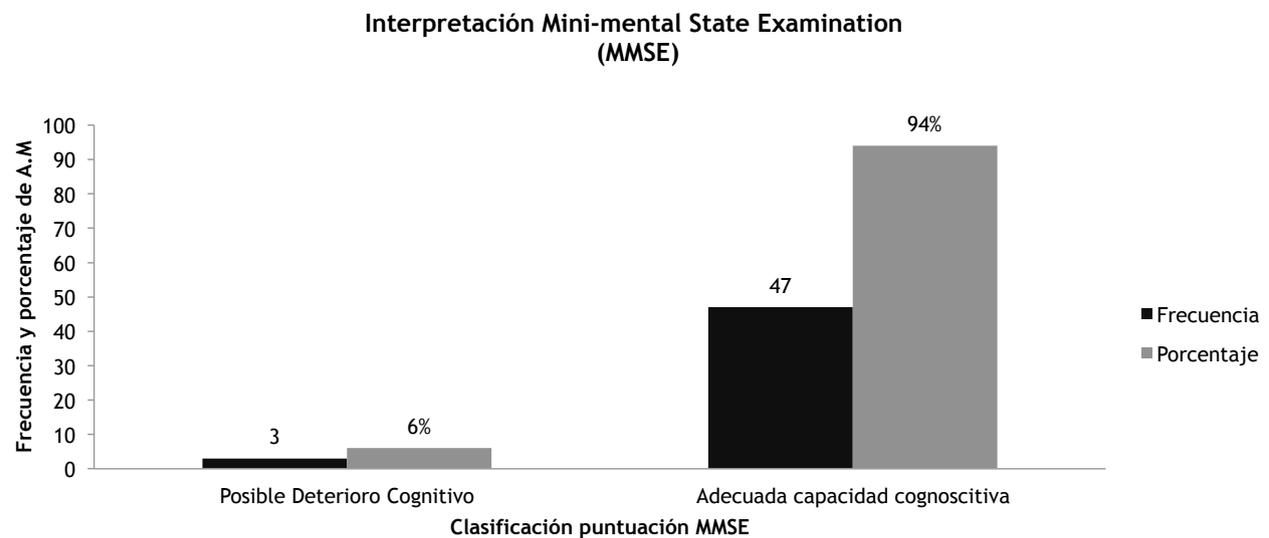
Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 2 se evidencian las puntuaciones promedio con sus respectivas desviaciones estándar

de las pruebas de estado cognitivo, funcionalidad física, salud mental y estado nutricional.

En general, la muestra de adultos mayores puntuó cognitivamente apta con una media alta en la escala del MMSE de 26,68 ($Z = 3,401$). Por otro lado, en cuanto al Índice de Barthel se encontraron elevados niveles de independencia en las actividades de la vida diaria, evidenciado en una media de 98,32 ($Z = 7,988$), denotándose además, buen comportamiento muestral en la prueba de autopercepción de salud mental en lo concerniente a bienestar psicológico, funcionamiento social y afrontamiento con una media de 6,86 ($Z = 6,85$), teniendo en cuenta que la clasificación para la autor es de 0-9 Salud mental alta. Así mismo, en relación al MNA la muestra puntuó con un estado nutricional satisfactorio evidenciado en una media de 23,83 ($Z = 4,0$).

Figura 1.
Interpretación del Mini-Mentar State Examination (MMSE) en frecuencia (negro) y porcentaje de desempeño (gris).



De esta forma, en la Figura 1 se encuentra el desempeño de los adultos mayores en frecuencia y porcentaje en el MMSE, encontrándose, que un 94% de los participantes, poseen adecuada capacidad cognoscitiva.

En cuanto a la funcionalidad en las AVD, se muestran en la Figura 2, los porcentajes del índice de *Barthel* en las tres categorías de calificación. Se evidencia que un 62% de los adultos reportan ser independientes en sus actividades de la vida dia-

ria tanto en su movilidad como su autocuidado, no presentándose dependencia severa, ni total en la muestra estudiada.

Por otro lado, en relación al Cuestionario de salud general de Goldberg, en la Figura 3, se evidencia la distribución en salud mental de la muestra en tres categorías. El 88% de la muestra se encuentra en las categorías de salud mental normal y alta, encontrándose que solo un 12% presentó puntuaciones valoradas como bienestar psicológico bajo.

Figura 2.
Interpretación del Índice de Barthel en porcentaje de desempeño.

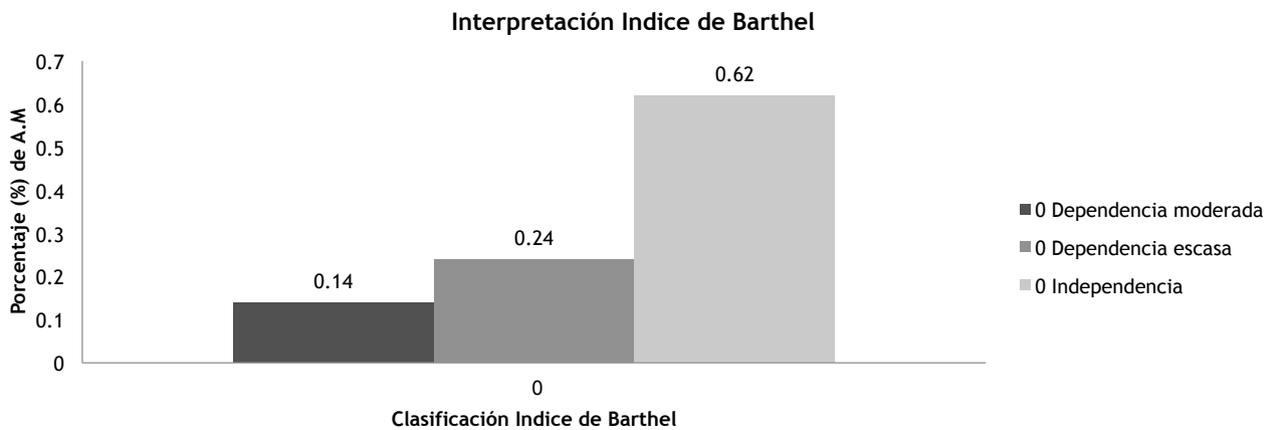
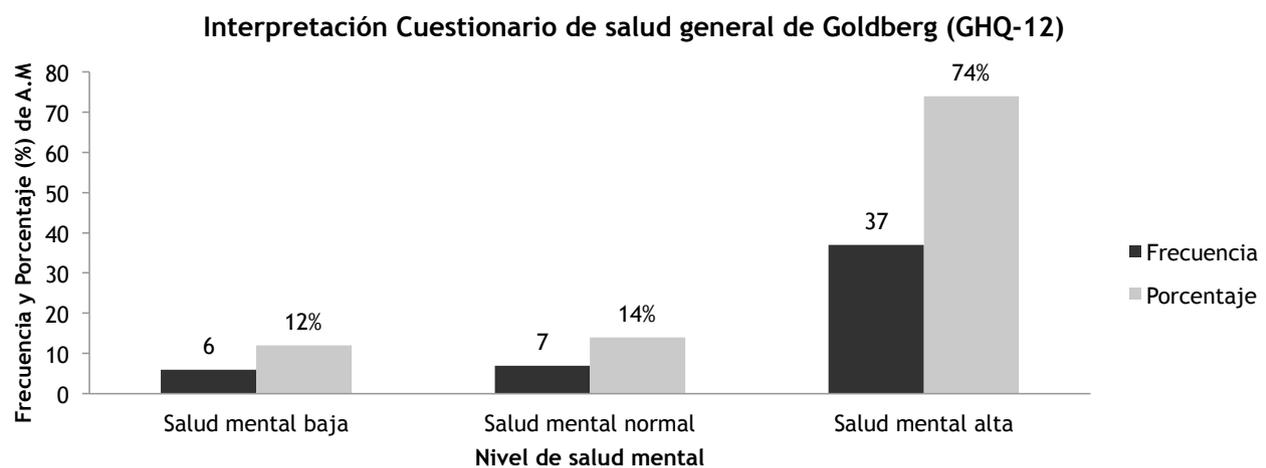


Figura 3.
Interpretación del GHQ-12 en frecuencia (negro) y porcentaje de desempeño (gris).

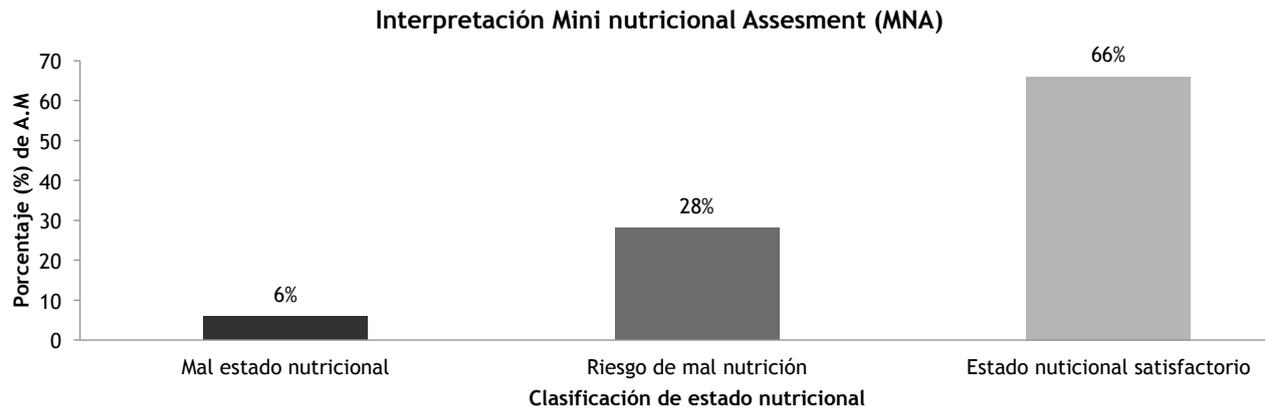


Finalmente, en cuanto al MNA (Figura 4), se encontró que un 66% de los adultos mayores de la

muestra tienen un estado nutricional satisfactorio, presentando sólo un 6% mal estado nutricional.

Figura 4.

Interpretación del Mini nutricional Assesment (MNA) en porcentaje de Desempeño.



Discusión y conclusiones

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el estado de salud general y perfil biopsicosocial de una muestra de adultos mayores sanos o excepcionales del departamento de Santander. En primer lugar, en relación a las características sociodemográficas de la muestra, se observó una representación diferencial de adultos mayores autopercebidos como saludables en las provincias estudiadas. Esto obedeció al difícil acceso a la muestra, dificultad en permisos institucionales y elevados índices de dependencia y afectación crónica en los gerontes en algunos departamentos. Dicha situación representa más que una dificultad, un reto para los profesionales de la salud e investigadores del área de la gerontología, pues según La Fundación Saldarriaga Concha (2016), en Colombia el proceso de envejecimiento no será geográficamente homogéneo, lo que demanda más especificidad y conocimiento de las poblaciones, asegurando políticas y programas de intervención más eficaces frente a las problemáticas propias de cada región y/o departamento.

Así mismo, en relación a la edad media de los gerontes, se resalta que la muestra correspondió tal como se propuso inicialmente, a una muestra cla-

sificada en la categoría viejos-viejos, teniendo en cuenta la adaptación que se realizó de la teoría de Singer et al., (2003) y Riley (1988), y de acuerdo a las proyecciones de esperanza de vida en Santander (75,23 años de edad) (DANE, 2005); en dichos reportes se asume en la categoría de viejos-viejos a los adultos de 75 años en adelante. De esta manera, se evidenció un mayor porcentaje de adultos en un rango de edad entre los 75 a 84 años, siendo en su mayoría hombres, casados, algunos aún activos laboralmente y teniendo más de la mitad de la muestra bajos niveles de formación educativa, situación acorde a las costumbres de la época y ocupaciones más ejercidas entre las que se destacan trabajadores no calificados, ya sea de servicios, personal doméstico, y/o obreros de la minería, la construcción, la industria manufacturera y el transporte; y agricultores, trabajadores y obreros, agropecuarios, forestales y pesqueros. Además, es importante resaltar el grupo más reducido pero importante de adultos mayores con formación universitaria que se encontró en la muestra, abarcando especialmente profesionales de la educación, organización, administración de empresas, filósofos, teólogos y religiosos de distintas doctrinas.

En concordancia a lo anterior, se encontró un perfil biopsicosocial alto, relacionado a factores diferenciales en este grupo de adultos con elevado nivel de longevidad, evidenciado en puntuaciones altas en las cuatro escalas aplicadas y traducido en un buen estado cognitivo, funcionalidad física, salud mental, en lo concerniente a bienestar psicológico, funcionamiento social y afrontamiento; y estado nutricional de los adultos mayores viejos-viejos, situación contraria a lo que se afirma en la literatura del denominado paciente geriátrico, el cual es aquel mayor de 75 años con varias enfermedades que tienden a la cronicidad e incapacidad, con deterioro mental y/o problemática social añadida (Benítez del Rosario & Asensio, 2004).

Es importante aclarar que la prueba del MMS se calificó de acuerdo al nivel de escolaridad de cada uno de los sujetos, supliendo aquellas deficiencias reportadas en la literatura del instrumento y ajustando el desempeño a los puntos de corte establecidos en Rosselli et al. (2000), para los cuales se considera: para 0 a 5 años de educación puntuación >21 adecuada capacidad cognoscitiva, 6 a 12 años de educación puntuación de >24 adecuada capacidad cognoscitiva y más de 12 años de educación puntuación >26 adecuada capacidad cognoscitiva.

Igualmente, en relación al GHQ-12, al afirmar que la mayor parte de la muestra estuvo en el rango de categorías de salud mental normal y alta, se interpreta que según los factores que se enuncian en García (1999), existe un adecuada evaluación de salud general “que tiene que ver con los afectos positivos, sentimientos de bienestar general y su expresión psicofisiológica” (p. 94); y además, un factor de funcionamiento social adecuado, “que marca la competencia del individuo en cuanto a su capacidad de enfrentamiento adecuado a las dificultades, su capacidad de tomar decisiones oportunas y de autovalorarse positivamente”(p.94). Es posible establecer finalmente, en cuanto al MNA, que, a pesar de haber puntuado un porcentaje alto de adultos mayores con un estado nutricional satisfactorio, se presentó un porcentaje de gerontes en riesgo de mal nutrición y mal estado nutricional, resultado que se atribuyó y relacionó a variables diferenciales de cada uno de los su-

jetos, condiciones ambientales y socioeconómicas tanto del adulto, si es autovalente, como de las instituciones en las que se encuentran internos, las cuales presentaron alta variabilidad en cada municipio estudiado. Esto está en concordancia con Arango y Ruiz (2007) que afirman que la población anciana está considerada como grupo de riesgo de sufrir malnutrición, evidenciándose que casi la mitad de los ancianos mayores de 80 años, pertenecientes a países de América Latina que viven en residencias geriátricas. Esto puede ser el resultado de una mala calidad de vida, la progresión desfavorable de comorbilidades y un mayor consumo de medicamentos (Chavarro-Carvajal, Reyes-Ortiz, Samper-Ternent, Arciniegas & Cano, 2015).

Lo anterior proporciona un valioso aporte en la caracterización del envejecimiento exitoso-saludable, evidenciando la necesidad de generar estudios que describan este tipo de condiciones excepcionales desde su perfil biopsicosocial, para así, finalmente proponer programas y políticas públicas cada vez más completas y centradas en la optimización de los recursos y las potencialidades de los gerontes y su contexto.

Finalmente, se espera con los resultados obtenidos aportar a evidencias en Santander y sentar una base de apoyo al área investigativa clínica, de manera que se pueda seguir indagando sobre la temática y empezar a generar intervenciones orientadas a incentivar el desarrollo y crecimiento personal de los adultos mayores, facilitando entornos adecuados de contacto social, prevención del deterioro físico y psíquico (Ponce-de-León-Romero & Fernández-García, 2013) que beneficien su calidad de vida y a la sociedad en general, que debe empezar a tener un rol más activo y consciente frente a esta problemática que, contrario a lo que se cree, compete a todos los individuos.

Referencias

Araya, J. (2007). *Salud y vejez saludable aproximación a los discursos referidos a la salud y la vejez saludable de las (propias) personas mayores* (Tesis de Maestría). Universidad de Chile - FACSO, Santiago de Chile. Recuperado

- de: https://bibliotecadigital.uchile.cl/primo-explore/fulldisplay?docid=uchile_alma21150453890003936&context=L&vid=56UDC_INST&search_scope=uchile_scope&tab=uchile_tab&lang=es_CL
- Arango, V. & Ruiz I. (2007). *Diagnóstico de los Adultos Mayores en Colombia*, Fundación Saldarriaga Concha. Recuperado de <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPoliticasyPoliticas%20Poblacionales/Envejecimiento%20y%20Vejez/Documentacion/A31ACF931BA329B4E040080A6C0A5D1C>
- Barrera, M., Castillo, M., Martín, J., Torrado, J., Cifuentes, A. & Rodríguez, M. (2008). Evaluación nutricional de adultos mayores hospitalizados en la Clínica Carlos Lleras Restrepo de Bogotá D.C. utilizando un instrumento adaptado del Mini Nutritional Assessment (MNA). *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátria*, 22(3). 1163-1172.
- Benítez del Rosario, M. & Asensio, A. (2004). Gerontología: nociones básicas. En Grupo de trabajo de Atención al Mayor de la semFYC, *Atención a las personas mayores desde la atención primaria* (pp.3-8). Barcelona, España: semFYC ediciones.
- Chavarro-Carvajal, D., Reyes-Ortiz, C., Samper-Ternent, R., Arciniegas, A. & Cano, C. (2015). Nutritional Assessment and Factors Associated to Malnutrition in Older Adults: A Cross-Sectional Study in Bogotá, Colombia. *Journal of Aging and Health*, 27(2), 304-319. doi: 10.1177/0898264314549661
- Cid-Ruzafa, J & Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: El Índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71(2), 177-137.
- Cuyac, M. & Santana, S. (2007). La Mini Encuesta Nutricional del Anciano en la práctica de un Servicio hospitalario de Geriátria: Introducción, validación y características operacionales. *ALAN*, 57(3), 255-265.
- Departamento Nacional de Estadística (DANE). (2005). *Demografía y población, proyecciones poblacionales*. Recuperado de <http://www.DANE.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2005). *Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones adaptada para Colombia CIUO-88 A.C.* Recuperado de http://www.dane.gov.co/files/sen/nomenclatura/ciuo/CIUO_88A_
- Flores, M., Colunga, C., González, M., Vega, M., Cervantes, G., Valle, M. & Cruz, M. (2013) Salud mental y calidad de vida en adultos mayores. *Uaricha Revista de Psicología*, 10(21), 1-13.
- Folstein, M., Folstein, S., McHugh, P., & Fanjiang, G. (1975). "Mini-mental State" a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Researches*, 12, 189-198.
- Fundación Saldarriaga Concha. (2016). *Cifras, realidades y retos en un país que envejece aceleradamente y necesita prepararse* (Manuscrito no publicado). Misión Colombia Envejece, Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.misioncolombiaenvejece.com/prensa.php#>
- García, C. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(1), 88-9.
- Granger C., Albrecht G., & Hamilton B. (1979). Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by Pulses Profile and the Barthel Index. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 60, 145-154.
- Granger C., Dewis L., Peters N., Sherwood C. & Barrett J. (1979). Stroke rehabilitation: analysis of repeated Barthel Index measures. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 60, 14-17.
- Guerrini, M. (2010). La vejez. Su abordaje desde el Trabajo Social. *Margen7*, 57. Recuperado de <http://www.margen.org/suscri/margen57/guerrini57.pdf>

- Guigoz, Y., Vellas, B., & Garry, P. (1994). Mini-nutrition assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology* 4(2), 15-19.
- Ley 1090. Diario Oficial No. 46.383 del Congreso de la República, Bogotá, Colombia, 6 de Septiembre de 2006. Recuperado de http://www.secretariase nado.gov.co/senado/base-doc/ley_1090_2006.html
- Lombardo, E. (2013). Psicología positiva y Psicología de la vejez. Intersecciones teóricas. *Psicodebate, Psicología, Cultura y Sociedad*, 13, 47-60.
- López, A. (2013). Envejecimiento exitoso en función de la percepción del nivel de salud en personas mayores que participan en programas de envejecimiento activo. *TOG, Revista virtual*. Recuperado de <http://www.revista-tog.com/ num17/pdfs/revision.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2005). "América Latina y el Caribe por un envejecimiento saludable y activo". Noticias e Información Pública (Comunicado de Prensa). Recuperado de <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps051214.htm>
- Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(2), 74-105.
- Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. (1982). Evaluación de la situación y adopciones de políticas para la atención de la población de edad avanzada. En salud para todos el año 2000: plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales, Documento oficial N° 179. Washington DC, EE.UU. Recuperado de <http://hist.library.paho.org/English/O D/4288.pdf>
- Ponce-de-León-Romero, L. & Fernández-García, T. (2013). Envejecimiento activo: recomendaciones para la intervención social desde el modelo de gestión de casos. *Portularia*, 13, 87-97.
- Resolución 8430. Ministerio de Salud de la República de Colombia, Santafé de Bogotá D.C., 4 de Octubre de 1993. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf
- Riley, M. (1988). Forward. En K. W. Schaie & R. T. Campbell (Eds). *Methodological Issues in Aging Research*. New York: Springer Publishers.
- Rosselli, D., Ardila, A., Pradilla, D., Morillo, L., Bautista, L., ... & GENEKO. (2000). El examen mental abreviado (Mini-Mental State Examination) como prueba de selección para el diagnóstico de demencia: estudio poblacional colombiano. *Revista de Neurología*, 30(5), 428-432.
- Sanhueza, M., Castro, M. & Merino, J. (2012). Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado. *Avances en Enfermería*, 30(1), 23-31.
- Singer, T., Verhaegen, P., Ghisletta, P., Linderberger, U. & Baltes, P. (2003). The fate of cognition in very old age: six-year longitudinal findings in the Berlin Aging Study (BASE). *Psychology and Aging*, 18(2), 318-331.
- Villa, I., Zuluaga, C. & Restrepo, L. (2013). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12 en una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(3), 532-545.