

Caracterización de adultos mayores sanos: Una visión salutogénica de la vejez en prevención del envejecimiento patológico

Margie Stefanía Quintero Mantilla



Universidad Pontificia Bolivariana
Facultad de Psicología
Bucaramanga
2016

Caracterización de adultos mayores sanos: Una visión salutogénica de la vejez en prevención del envejecimiento patológico

Trabajo de grado para optar al título de Psicóloga

Margie Stefanía Quintero Mantilla

Asesora

Ara Mercedes Cerquera Córdoba

Universidad Pontificia Bolivariana

Facultad de Psicología

Bucaramanga

2016

"La ambición que proviene de la mente te puede servir para conseguir bonitos castillos y buenos caballos. Sin embargo, sólo la ambición que proviene del corazón puede darte, además, felicidad. La ambición del corazón es pura. No compite con nadie y no hace daño a nadie. De hecho, le sirve a uno de tal manera que sirve a otros al mismo tiempo.

Es aquí donde podemos aprender del manzano. Se ha convertido en un árbol hermoso y maduro, que da generosamente sus frutos a todos. Cuantas más manzanas coge la gente más crece el árbol y más hermoso deviene. Este árbol hace exactamente lo que un manzano debe hacer: desarrollar su potencial para beneficio de todos. Lo mismo sucede con las personas que tienen ambiciones del corazón. "

–Robert Fisher

A Dios y al Universo por todos los dones, maravillas y caminos, a veces difíciles, pero perfectos.

A mis padres y mi hermana, que siempre han amado y tolerado cada faceta de mí, creyendo en lo que soy, lo que sueño y lo que puedo lograr.

A mi abuela por ser el símbolo de amor, ternura e incondicionalidad en mi vida y este proceso.

A mi ingeniero, mejor amigo, compañero de vida, por ser mi polo a tierra, mi apoyo y el amor de cada uno de mis días.

A mi asesora, tutora y amiga por enseñarme a ser y dar siempre lo mejor, sin ella no habría sido posible.

Y a todos los seres, lugares, situaciones donde deje parte de mi corazón...Gracias por hacerme la mujer, hija, amiga, profesional y persona que ahora soy.

« Merci pour toujours »

Tabla de Contenido

Capítulo 1 Introducción	102
Capítulo 2 Justificación.....	15
Capítulo 3 Planteamiento del problema	20
Capítulo 4 Objetivos	24
4.1. Objetivo general.....	24
4.2. Objetivos específicos	24
Capítulo 5 Marco teórico	25
5. 1. La situación de la vejez en Colombia, Santander	25
5.2. Marco legal del envejecimiento	27
5.2.1. Marco legal Nacional.....	28
5.3. La vejez y el envejecimiento.....	30
5.4. Estereotipos en el envejecimiento.....	43
5.5. Tipos de envejecimiento y clasificaciones.....	43
5.6. El envejecimiento saludable y variables relacionadas	43
5.7. Factores que favorecen el envejecimiento saludable y el papel del nuevo paradigma	40
Capítulo 6 Metodología	43
6.1. Diseño	43
6.2. Población.....	43
6.3. Muestra	43
6.4. Instrumentos.....	44

6.5. Consideraciones éticas	6
6.6. Procedimiento	46
Capítulo 7 Resultados	47
7.1. Actitudes favorables respecto al self.....	50
7.2. Actitudes favorables respecto al otro	61
7.3. Valores protectores	68
7.4. Estrategias de afrontamiento positivas.....	72
7.5. Factores laborales y ocupacionales protectores	76
7.6. Condiciones físicas e instrumentales positivas.....	78
Capítulo 8 Discusión.....	80
Capítulo 9 Conclusiones	86
Capítulo 10 Recomendaciones.....	102
Referencias.....	105
Anexos	107
	123

Lista de tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos de una muestra de adultos mayores sanos de Santander	51
Tabla 1.1. Situación laboral, ocupación y variables personales de una muestra de adultos mayores sanos de Santander	53
Tabla 2. Puntuación instrumentos screening en la muestra de adultos mayores sanos	55
Tabla 3. Actitudes favorables respecto al self en el envejecimiento saludable	61
Tabla 4. Actitudes favorables respecto al otro en el envejecimiento saludable.....	68
Tabla 5. Valores protectores en el envejecimiento saludable	73
Tabla 6. Estrategias de afrontamiento positivas en el envejecimiento saludable	76
Tabla 7. Factores laborales y ocupacionales protectores	79
Tabla 8. Condiciones físicas e instrumentales positivas en el envejecimiento saludable	81

Lista de figuras

Figura 1. Distribución muestral de adultos mayores sanos en las provincias de Santander.....	50
Figura 2. Interpretación del Mini-mental State en frecuencia y porcentaje de desempeño	56
Figura 3. Interpretación del Índice de Barthel en porcentaje de desempeño	57
Figura 4. Interpretación del GHQ-12 en frecuencia y porcentaje de desempeño	58
Figura 5. Interpretación del Mini nutricional Assesment en porcentaje de desempeño	59
Figura 6. Desempeño optimo por escalas de los A.M en las pruebas de screening.....	60

Lista de Anexos

Anexo 1. Vista de red de Factores Psicosociales y Protectores en el Envejecimiento Saludable.	123
Anexo 2. Consentimiento informado.....	124
Anexo 3. Entrevista a profundidad FAPPES	127
Anexo 4. Protocolo de pruebas sceanning	129
Índice de Barthel.....	129
Mini-mental State Exam (MSE)	130
Mini Nutricional Assessment (MNA).....	132
Cuestionario de Salud General de Goldberg (ghq-12).....	134

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO:	Caracterización de adultos mayores sanos: Una visión salutogénica de la vejez en prevención del envejecimiento patológico
AUTOR(ES):	Margie Stefanía Quintero Mantilla
FACULTAD:	Facultad de Psicología
DIRECTOR(A):	Ara Mercedes Cerquera Córdoba

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo caracterizar el estilo de vida y perfil psicosocial que contribuye a un envejecimiento saludable de una muestra de adultos mayores sanos o excepcionales del departamento de Santander, con un enfoque mixto y una muestra de 50 adultos mayores saludables con rango de edad de 75 años en adelante, distribuidos en las seis provincias del departamento. Así mismo, se empleó una entrevista a profundidad denominada FAPPES, autoconstruida y sometida a juicio por expertos, y cuatro instrumentos cuantitativos para el proceso de evaluación y screening del estado de salud general y biopsicosocial de los gerontes. En los resultados cuantitativos se evidenciaron medias altas en el nivel cognitivo, independencia en las AVD, estado nutricional y autopercepción de salud mental, bienestar psicológico, funcionamiento social y afrontamiento, lo cual determinó la selección de 40 adultos mayores aptos para el análisis cualitativo. Se identificaron y describieron seis categorías fundamentales que engloban las características psicosociales y factores protectores en el envejecimiento saludable: (1) Actitudes favorables respecto al self; (2) Actitudes favorables respecto a los demás; (3) Valores protectores; (4) Estrategias de afrontamiento positivas; (5) Factores laborales y ocupacionales protectores y (6) Condiciones físicas e instrumentales positivas; logrando el cumplimiento de los objetivos inicialmente propuestos y brindando una perspectiva de la vejez fundamentada en la potencialidad, hallando una lista de dimensiones positivas sobredimensionada en la muestra que reafirman la certeza de que es posible envejecer saludable y exitosamente.

PALABRAS CLAVES:

Vejez, adulto mayor, envejecimiento saludable, exitoso, factor psicosocial, factor protector.

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Characterization of healthy older adults: A salutogenic vision of the old age in prevention of the pathological aging

AUTHOR(S): Margie Stefanía Quintero Mantilla

FACULTY: Facultad de Psicología

DIRECTOR: Ara Mercedes Cerquera Córdoba

ABSTRACT

The present work aims characterize the lifestyle and Psychosocial profil that contributing to a healthy aging of a sample of healthy or exceptional older adults in the department of Santander, with a design of mixed approach and a sample of 50 healthy older adults, in a range of age of 75 years in forward, belonging to the six provinces of the department. Likewise, for execution was used an interview called FAPPES, auto-constructed and submitted to judgment for experts, and four quantitative instruments for the process of evaluation and screening of general health and biopsychosocial of each older adult. In the quantitative results evidenced high averages in the cognitive level, independence in ADLs, nutritional status and self-perception of mental health, psychological well-being, social functioning and coping, which determined the selection of 40 older adults suitable for qualitative analysis. The results were identified and described six fundamental categories that include the psychosocial characteristics and protective factors in the healthy aging: (1) Favorable attitudes toward to self, (2) Favorable attitudes toward to the others, (3) Protective values, (4) Coping strategies positive, (5) Protective factors laboral and occupational and (6) Physical and instrumental positive conditions; achieving compliance with the objectives initially proposed and offering a perspective of the oldness based on the potentiality, finding a list of positive dimensions oversized in the sample that account for the value of the older adults and reaffirm the certainty that if possible to age healthy and successfully.

KEYWORDS:

Old age, older adult, healthy, successful aging, psychosocial, protective factor.

Capítulo 1

Introducción

El estudio de las personas mayores, específicamente del paradigma denominado envejecimiento saludable ha cobrado importancia en la última década, debido al incremento de los niveles de longevidad a nivel mundial, sumado al elevado índice de afectaciones crónicas y dependencia en dicha población. Este enfoque se ha constituido en el campo de la salud y las ciencias sociales como una alternativa investigativa e interventiva que ha comenzado a generar múltiples aportes en la comprensión de fortalezas y factores protectores en los gerontes, surgiendo día a día nuevas investigaciones direccionadas al estudio de la vejez desde una perspectiva positiva y de reconceptualización, dimensionando que en esta etapa se puede incentivar el desarrollo de potencialidades y recursos que no estaban presentes en etapas anteriores (Lombardo, 2013).

Dicha perspectiva propone que la vejez saludable y competente es alcanzable y se compone de superación, satisfacción y éxito, constituyéndose así como una etapa más de ganancias que de pérdidas, condición excepcional producto de mecanismos de selección, optimización y compensación donde las personas maximizan sus recursos y los reorientan a la conservación de su autonomía y el logro de sus propias expectativas (Rodríguez, 2010).

Sin embargo, la vivencia del envejecimiento, con sus múltiples cambios, continua 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 negativos, siendo aún poco factible para la mayoría de personas el asociar la vejez con términos como salud, bienestar y productividad.

En respuesta a esto, a lo largo del presente estudio se mostrará al lector la concepción de una vejez fundamentada principalmente en las dimensiones saludables y positivas, teniendo en cuenta el componente de heterogeneidad, relacionado a las variadas condiciones de vida y formas en que se desenvuelven los componentes biológico, psicológico y social en las personas (Montes de Oca, 2010); lo cual será plasmado en el desarrollo de la caracterización de los estilos de vida y perfiles psicosociales de una muestra de adultos mayores sanos del departamento. En un primer momento, se presentará la justificación y planteamiento del problema, ampliando la el valor teórico de la propuesta de investigación, sus implicaciones prácticas y la relevancia social que denota sustentar estos casos de vejez excepcional y trabajar en la posibilidad de promover la salud, calidad de vida y bienestar en esta etapa. En un segundo momento, se concretarán los objetivos del trabajo, contextualizando en un enriquecido marco teórico el panorama del sector vejez en Colombia y específicamente en el departamento de Santander, ahondando en las concepciones existentes frente al término envejecimiento y vejez, estereotipos construidos en torno a ésta y caracterizando de forma más amplia el paradigma del envejecimiento saludable y positivo, sus teorías, aportes y alcances en la reconceptualización de la vejez y promoción de su optimización. Posteriormente, en un tercer momento, se sustentará la metodología, especificando factores claves en la comprensión del estudio como el diseño de investigación empleado, población, consideraciones éticas, procedimiento e instrumentos, dando a conocer la entrevista a profundidad autoconstruida denominada “Factores Psicosociales y Protectores que favorecen el envejecimiento saludable” (FAPPES), primordial en el proceso de recolección de la información. Dando paso, en un cuarto momento, a los resultados obtenidos en el estudio, desglosados en tres apartados, la caracterización sociodemográfica, el análisis de los datos cuantitativos obtenidos en

la aplicación de los instrumentos screening y los resultados del análisis cualitativo a través del método de la teoría fundamentada, describiendo las seis categorías emergentes (1) Actitudes favorables respecto al self, (2) Actitudes favorables respecto al otro, (3) Valores protectores, (4) Estrategias de afrontamiento positivas, (5) Factores laborales y ocupacionales protectores y (6) Condiciones físicas e instrumentales positivas, todas en contribución al envejecimiento saludable y satisfactorio. Finalmente, se discuten dichos resultados a la luz de la literatura existente y se enuncian las respectivas conclusiones y recomendaciones que realiza el autor en relación a próximos estudios en el área de la gerontología, enfocado en el fortalecimiento del paradigma del envejecimiento positivo y aporte a la prevención del envejecimiento patológico, no solo al llegar a la etapa de la vejez, sino desde todos los ciclos del desarrollo.

Capítulo 2

Justificación

A través de los años, se han desarrollado alrededor de la vejez un extenso repertorio de estereotipos negativos que han devaluado la imagen y rol social del adulto mayor, situación que inevitablemente ha repercutido a nivel mundial en un abandono sustancial de este sector poblacional. Esto se constituye como una de las mayores problemáticas de salud pública, teniendo en cuenta el acelerado aumento en el índice de envejecimiento, dado que “mientras la población en general crece 1,5% cada año, los mayores de 65 años lo hacen a un ritmo del 3,5%” (Banco Mundial, 2014, p.1).

Del mismo modo, según la Organización Mundial de la Salud (2014), indica que para 2050 se espera que la población de más de 60 años llegue a los 2000 millones, un aumento considerable frente a los 841 millones de la actualidad, cifra que acrecienta el proceso de transición demográfica que ocurre actualmente en todo el mundo, lo cual no es algo que concierne solo a los adultos mayores, sino también a la sociedad en general que debe prepararse para atender las necesidades y afrontar los cambios que este fenómeno conlleva (Rubio, Cerquera, Muñoz & Pinzón, 2011).

Lo anterior, sumado a condiciones socioeconómicas de pobreza, desigualdad, poco acceso a salud, seguridad social y alimentaria, podrían desencadenar en un diagnóstico desalentador para la vejez, propiamente en relación a Colombia, pues las modificaciones en la dinámica demográfica, ya mencionadas, traen consigo un sin número de cambios a nivel económico, político, cultural y social, para los que el país no se encuentra preparado.

A esto, es relevante acuñar, que la mayoría de estudios e investigaciones acerca de la vejez están centrados 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 el 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”.

De esta manera, es indiscutible que en materia de vejez es necesario comprender que el proceso del envejecimiento genera también cambios relevantes a nivel individual en el estilo de vida de las personas y tiene repercusiones significativas en el volumen y distribución de la carga de enfermedad (Botero & Pico, 2007); por ende, el trabajo investigativo y profesional en este sector de la población, no se debe limitar únicamente a la conciencia y conocimiento frente al “deterioro” en el envejecimiento sino a determinar “estrategias para prevenir y gestionar mejor las afecciones crónicas, teniendo en cuenta el entorno físico y social” (OMS, 2014, p.1).

En el presente trabajo, la vejez será abordada como una etapa en la que es factible la salud, el éxito y la productividad, considerando el término “saludable” como la suma de salud física, la salud mental y la percepción de la propia salud, estableciéndose la enmarcada necesidad de investigar y generar evidencia acerca de las dimensiones positivas de los adultos mayores, que contribuyan a una mejor comprensión del envejecimiento saludable y brinden una exploración base de las variables más importantes que intervienen en este tipo de envejecimiento, teniendo en

cuenta sus características individuales. Siendo relevante, además, complementar esta perspectiva con los significados que los mismos sujetos asocian a la salud, de modo que tanto el conocimiento que se tenga de este ámbito de la vida, como las estrategias y acciones encaminadas a proteger y fomentar la salud sean más acordes con lo que sienten, viven y practican las personas mayores (Araya, 2007).

Por consiguiente, el presente estudio se llevará a cabo con el objetivo de caracterizar estilos de vida y perfiles psicosociales de una muestra de adultos mayores sanos o excepcionales del departamento de Santander que contribuyen a un envejecimiento saludable; con lo que se pretende identificar los factores psicosociales y protectores que favorecen un envejecimiento satisfactorio indagando en la dimensión física, social, ambiental, emocional, psicológica y autopercepción de salud general del geronte; y evaluando los niveles de funcionalidad, estado cognitivo, nivel de bienestar psicológico general, funcionamiento social y nutrición de los adultos mayores pertenecientes a la muestra. Así mismo, se empleará un enfoque mixto, la cual brinda mayor amplitud, profundidad, diversidad, riqueza interpretativa y sentido de entendimiento al fenómeno estudiado (Sampieri 2006), permitiendo explorar las variables, ya mencionadas, de una forma más integral, completa y holística, por una parte evaluando cuantitativamente salud general y perfiles biopsicosociales, y por otra, explorando cualitativamente los factores psicosociales y protectores relacionados a un envejecimiento satisfactorio, asignando significados propios a el contexto y la cultura que doten de mayor sentido a las dimensiones subjetivas de los adultos.

De esta manera, a través de este proyecto se brindará una valiosa información que podrá ser empleada y aplicada como punto de partida en la exploración de condiciones favorables,

características psicosociales, estilos de vida, factores protectores y buenos hábitos que favorecen un envejecimiento saludable, la comprensión de este constructo y su aporte en la prevención del envejecimiento patológico en el departamento, generando evidencia teórica y práctica en el contexto propio, que aporte al cambio, transformación y reconceptualización de la vejez mediante una perspectiva salutogénica y preventiva; con lo cual, se proporcionará una visión alterna y constructiva en el estudio científico del envejecimiento que permita contemplarle como una etapa exitosa-saludable y no como un proceso de decadencia, supliendo, además, vacíos y sesgos alrededor de investigaciones centradas exclusivamente en el estudio del proceso de enfermedad.

Por otra parte, se pretende aportar y contribuir teóricamente a la promoción, planteamiento y diseño de estrategias, programas y/o políticas públicas en pro a la construcción de una vejez más activa, satisfactoria y saludable, siendo evidente que en Santander existen pocas políticas y programas en salud e intervención que tengan en cuenta la prevención y el cuidado a largo plazo, comprendiendo que el envejecimiento es un proceso continuo y progresivo, que ocurre desde que se nace, y diferencial, pues “la persona envejece de acuerdo a como ha vivido” (Cerquera & Quintero, 2015, p.176).

Por consiguiente, lo anterior representa un reto a nivel social, profesional y gubernamental, evidenciando que se debe comenzar a contribuir en la investigación de las condiciones que favorecen el envejecimiento exitoso, promoviéndose el surgimiento de estrategias de bienestar y calidad de vida, no sólo en los adultos mayores, sino en la población en general para comenzar a actuar en proyección a un proceso de envejecimiento saludable y activo, desde todos los ciclos del desarrollo, siendo este trabajo un contribuyente en beneficio de la

calidad de vida de los gerontes 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.

Capítulo 3

Planteamiento del problema

El envejecimiento saludable, es un paradigma contemporáneo y novedoso en el abordaje del adulto mayor en el mundo. Conceptualmente se sitúa su surgimiento en los años 40, sin embargo, su aplicación y apropiación en los sectores investigativos, sociales y políticos que han comenzado a trabajar en pro al adulto mayor es mucho más reducida, y ha venido fundamentando su campo de acción aproximadamente desde el año 2000.

En Colombia, a nivel político, se reconoce por primera vez el potencial de la vejez en el año 2007 con la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, proyectada hasta el año 2019. Esta política a diferencia de leyes anteriores en el país, le apuesta al envejecimiento activo y a la productividad, entendida no sólo como la promoción de la participación de los adultos en su microsistema, sino en el macrosistema, enmarcada en la inclusión de todas las generaciones a esta nueva perspectiva del geronte y contemplando no sólo su protección y salud, sino también su participación social, autonomía e individualidad. Del mismo modo, desde el año 2015 hasta el presente año el Ministerio de salud y protección social ha venido desarrollando el estudio nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE que fue diseñado para explorar y evaluar interdisciplinariamente y en profundidad las variables socioeconómicas y de salud que intervienen en el fenómeno del envejecimiento, con el fin de que los países pudieran planificar con anticipación respuestas a los resultados no deseados, producto de la transición demográfica de la región Latinoamericana y del Caribe, siendo considerado un aporte importante en este paradigma, hasta ahora sutilmente explorado.

Sin embargo, a nivel cultural, social e investigativo, aún es carente la exploración y apropiación que se tiene de la concepción de una vejez activa, satisfactoria y saludable, y existen pocas referencias prácticas en el país que den cuenta de las dimensiones positivas de salud de los adultos mayores que contribuyan a una mejor comprensión del envejecimiento saludable y brinden una exploración base de las variables más importantes que intervienen en este tipo de envejecimiento en cada cultura. Sumando además la poca conciencia social y ausencia de educación frente a los diversos estereotipos y construcciones sociales negativas entorno a los adultos mayores, que atemorizan a las demás generaciones frente al proceso de envejecer.

De la misma manera, en cuanto al departamento de Santander, existen pocas referencias que abarquen al envejecimiento desde esta perspectiva positiva, encontrando pobres evidencias del estado de la vejez en los diversos municipios, exceptuando las estadísticas realizadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2005) y la ya mencionada encuesta SABE (2016) en donde se afirma que los Santanderes tienen una estructura similar a la de los países europeos en relación al elevado número de personas mayores.

Es evidente, que aún no existe una verdadera apropiación y reconceptualización de la vejez, ya que para poder llegar a intervenir en cualquier población o problemática social y fundamentar leyes, políticas y/o programas, se debe previamente trabajar en la academia, a nivel investigativo y profesional en la exploración y caracterización de la individualidad, partiendo de que para poder dotar de significado a la colectividad debemos inicialmente comprender a los individuos desde sus hábitos, costumbres, contextos, significados y motivaciones propias. Surge entonces la importancia de reportar y estudiar las condiciones propias que hacen que un individuo envejezca satisfactoriamente, con baja probabilidad de enfermedad y autopercepción

positiva de su salud y bienestar, explorando las características psicosociales y estilos de vida de los adultos mayores con esta condición excepcional.

Las características psicosociales son un grupo de variables ampliamente estudiadas y exploradas en todos los grupos de edades, ya sea en relación al trabajo, a condiciones de salud o diversos aspectos comportamentales, y hacen referencia a aquellos factores que comprenden los aspectos internos, externos del individuo con relación a su medio ambiente, condiciones individuales o características intrínsecas de éste, los cuales en una interrelación dinámica, mediante percepciones y experiencias, influyen en la salud y la vida las personas (Osorio, 2011). Sin embargo en la población de adultos mayores, se han realizado en relación al tema de estudio, en su mayoría, caracterizaciones sociodemográficas, socioeconómicas y encuestas de estado de salud general, encontrándose pocos estudios en relación a factores psicosociales en la tercera edad, de los cuales gran parte enuncian factores negativos como soledad, aislamiento social, tristeza, temor a la muerte, entre otros (Fernández, Almuiña, Alonso & Blanco, 2001) y en menor medida factores personales, biológicos y sociales que favorecen estilos de vida saludables (Cid, Merino & Stiepovich, 2006). De la misma manera, a nivel nacional existen algunos estudios que dan cuenta de características de calidad de vida: económicas, familiares, sociodemográficas, de seguridad social y de condiciones de salud de la población adulta mayor en determinadas ciudades (Cardona, Estrada & Agudelo, 2006), considerando que las políticas de desarrollo social para la población adulta mayor deben partir primordialmente de la investigación, justificando la relevancia de estudiar y describir las características de la calidad de vida relacionada con la salud (Botero & Pico, 2007); pero no existe un reporte o antecedente a nivel

departamental de la población mayor, que brinde un panorama real y una descripción centrada en el contexto santandereano de los aspectos psicológicos, sociales y estilos de vida de los gerontes.

Esta problemática encuentra su relevancia en el largo e importante camino que aún queda por recorrer en el paradigma del envejecimiento satisfactorio y el compromiso social que tienen los profesionales y ciudadanos tanto con su propia vejez como con las próximas generaciones envejecidas, ya que, si se comienza a aportar científica y culturalmente a combatir los estereotipos, sustentando casos de vejez excepcional y reconociendo la posibilidad alcanzable de construir la propia vejez, teniendo en cuenta factores protectores, características psicosociales y buenos hábitos que favorezcan su calidad; se contribuirá sustancialmente en la modificación gradual, pero no imposible, de una vejez sana, productiva y satisfactoria; promoviendo, así, a largo plazo estilos de vida más sanos y prácticas individuales que prevengan el surgimiento de enfermedades crónicas y condiciones incapacitantes en la vejez.

De esta manera, el presente estudio de enfoque mixto se fundamentará en la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características psicosociales y estilos de vida de una muestra de adultos mayores Santandereanos que contribuyen a un envejecimiento exitoso o saludable?

Capítulo 4

Objetivos

4.1. Objetivo general

Caracterizar los estilos de vida y perfiles psicosociales de una muestra de adultos mayores sanos o excepcionales del departamento de Santander que contribuyen a un envejecimiento saludable, mediante una investigación de enfoque mixto en la promoción y prevención del envejecimiento patológico.

4.2. Objetivos específicos

Evaluar los niveles de funcionalidad, bienestar psicológico general, funcionamiento social y nutrición de un grupo de adultos mayores autopercebidos como sanos para describir posteriormente sus características individuales.

Describir las características psicosociales y estilos de vida de adultos mayores sanos en Santander a través de una entrevista a profundidad.

Identificar factores protectores, costumbres y buenos hábitos que favorecen la salud y calidad de vida en la muestra de adultos mayores Santandereanos.

Brindar una perspectiva de envejecimiento fundamentada principalmente en las dimensiones positivas y condiciones de salud de los gerontes.

Capítulo 5

Marco teórico

Dado que el presente trabajo tiene como objetivo caracterizar los estilos de vida y perfiles psicosociales de una muestra de adultos mayores sanos o excepcionales del departamento, es preciso brindar un panorama de la situación demográfica, política, económica y social en la que se encuentra actualmente el sector vejez en dicho departamento y en Colombia, en general. Así mismo, se hace pertinente ahondar en las concepciones existentes frente al término “envejecimiento”, su surgimiento, relación con las variables salud, calidad de vida y bienestar, y estereotipos construidos en torno a éste. Finalmente, se centra la postura del presente trabajo, caracterizando el paradigma del envejecimiento saludable y positivo, citando las teorías, factores protectores enunciados según la literatura; dimensionando el alcance de dicho enfoque y resaltando cómo éste puede contribuir de forma sustancial a la reconceptualización de la vejez y promoción de su optimización desde todos los ciclos vitales.

5. 1. La situación de la vejez en Colombia, Santander

Según datos reportados por Sardi (2007) durante las últimas cinco décadas, Colombia ha venido atravesando un proceso de transición demográfica caracterizado por un aumento en el envejecimiento poblacional, producto de la disminución en los niveles de fecundidad y reducción de la mortalidad. Dicho fenómeno ha generado una disminución evidente en los grupos de edad menores de 15 años y por el contrario un aumento en la longevidad, evidenciado en una mayor esperanza de vida y una enmarcada necesidad de reformulación a nivel estatal de las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población de edades adultas. En el 2005, fecha del

último censo, se reportó en el país 42'888.592 habitantes, de los cuales más del 6.2% (2'682.580) es mayor de 65 años. Sin embargo, en los posteriores años estas cifras aumentarán sustancialmente, ya que según proyecciones de Kinsella y Phillips en *The Challenge of Global Aging* (2005), entre 2000 y 2030 la densidad de personas mayores de 65 años se triplicará, pasando de representar el 6% a representar el 18% de la población total de Colombia. Es así como la población mayor de 60 años para el 2015 constituyó el 10% de la población de 48 millones de colombianos, es decir, 5,2 millones de personas; y se espera que para el 2050 esta población alcance un 23% (Fundación Saldarriaga Concha, 2015).

Por otra parte, en cuanto al departamento de Santander se estima que en el año 2005, de los 531.882 habitantes, 37.026 constituían personas mayores de 65 años lo que corresponde a un 7% de la población total del departamento, que estimándose según proyecciones poblacionales del DANE (2005), para el año 2020 aumentarán a aproximadamente 43.414 gerontes. Así mismo, este aumento en la población mayor, evidentemente, enuncia un aumento en la esperanza de vida de las personas tanto a nivel nacional como departamental. En Colombia, actualmente la esperanza de vida se proyecta que es de 75,22 años de edad y en Santander de 75,23, cifra que ha aumentado considerablemente en las últimas décadas, teniendo en cuenta que en el año 2005, la esperanza de vida era de 72,26 y 73,08 respectivamente (DANE, 2005). Así mismo, esto ha traído como consecuencia un acrecentado interés en el tratamiento de las enfermedades crónicas, en materias de salud pública y gastos sanitarios (Esquiaqui-Felipe, Posso-Valencia, Peñaloza & Rodríguez-García, 2012), ya que al incrementarse la cantidad de personas mayores, se han hecho más reiteradas afectaciones crónicas físicas y neuropsicológicas, principales causas incapacitantes en los gerontes y factores determinantes en el elevado índice de dependencia.

Por otra parte, a pesar de ser evidente el sin número de cambios sociales y económicos a los que se debe enfrentar el departamento, existen pocos estudios que sustenten el estado actual de los adultos mayores en Santander no sólo a nivel demográfico y asistencial, sino a nivel contextual y ambiental, contemplando además las condiciones extremas de pobreza, rechazo, inequidad, injusticia y ausencia de apoyo social a las que se ven expuestos día a día los adultos mayores. Según Dulcey-Ruiz, Arrubla y Sanabria (2013), Colombia envejece en medio de la pobreza de aproximadamente el 40% de su población, alta precariedad laboral, y bajo la condición de ser uno de los países más inequitativos del planeta, encontrándose que en el país, sólo cerca del 25 % de la población vieja recibe algún tipo de pensión. Además, dentro de un grupo de trece países de América Latina, Colombia tiene el más alto porcentaje de personas mayores de 60 años que carecen de ingresos (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2012).

5.2. Marco legal del envejecimiento

El reconocimiento de la sociedad de la necesidad de formular leyes y políticas que favorecieran al adulto mayor, brindándole protección y garantía de derechos tanto a nivel de salubridad como a nivel social, surgió inicialmente en el año 1982 en Viena-Austria donde se realizó la I Asamblea Mundial sobre Envejecimiento que concibió y aprobó un Plan de Acción Internacional, plasmando recomendaciones de acción en siete áreas claves: sanidad y nutrición, protección de los consumidores de edad, vivienda y medio ambiente; familia; bienestar social, seguridad de ingresos; y educación. Posteriormente, se realizó la II Asamblea Mundial de Envejecimiento en el año 2002 en Madrid-España, la cual se direccionó en tres medidas principales: 1. Las personas de edad y el desarrollo. 2 La promoción de la salud y el bienestar en

la vejez. 3. Creación de un entorno propicio y favorable, sumado ello a la reafirmación de los principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad aprobados por la Asamblea General en 1991. Además, se formuló El plan de acción Internacional sobre Envejecimiento (2002), con el objetivo fundamental de “garantizar que en todas las partes del mundo se pueda envejecer con seguridad y dignidad y que las personas mayores puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos” (p.4).

Así mismo, en el año 2007 se llevó a cabo la Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe: “hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos”, organizada conjuntamente con la CEPAL y el Gobierno de Brasil, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). En esta los países adoptaron compromisos concretos frente a la promoción, protección y efectividad de los derechos de las personas mayores. Además, por la Declaración de Brasilia (2007), también se contempló el compromiso de los gobiernos para ampliar y mejorar la cobertura de pensiones y la adopción de medidas por parte de las entidades nacionales para incorporar mayor solidaridad a los sistemas de protección social e impulsar el acceso equitativo a los servicios de salud integrales, oportunos y de calidad para las personas mayores, de acuerdo con las políticas públicas de cada país.

5.2.1. Marco legal Nacional

A nivel nacional, Colombia se ha caracterizado por una participación activa en todas las asambleas y demás comisiones a favor del sector vejez, pues tal como está referido en la Constitución Política de 1991 prevé en el artículo 46 que “El Estado, la sociedad y la familia

concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria” (p.21).

Además, el adulto mayor está amparado por las leyes en mención: (a) *Ley 1171 de 2007 del Adulto Mayor*, que tiene por objeto conceder a las personas mayores de 62 años beneficios para garantizar sus derechos a la educación, a la recreación, a la salud y propiciar un mejoramiento en sus condiciones generales de vida; (b) *Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007 – 2019*, se enmarca en cuatro aspectos: el envejecimiento biológico y su relación con el envejecimiento demográfico, los derechos humanos, envejecimiento activo y la protección social integral (Ministerio de la Protección Social, 2007); (c) *Ley 1251 de 2008*, que tiene como objeto proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez, con la finalidad de lograr que los adultos mayores sean partícipes en el desarrollo de la sociedad, teniendo en cuenta sus experiencias de vida, mediante la promoción, respeto, restablecimiento, asistencia y ejercicio de sus derechos (Ministerio de Salud y de protección social, 2008). (d) *Ley 1276 de 2009, vela por la protección a las personas de la tercera edad de los niveles I y II de Sisbén*, a través de los Centros Vida, como instituciones que contribuyen a brindarles una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida (Ministerio de Salud y de protección social, 2009).; (d) *Ley 1315 de 2009*, en la que establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los Adultos Mayores en los Centros de Protección, Centros de Día e Instituciones de Atención (Ministerio de Salud y de protección social, 2009). (e) *Programa de protección social del adulto*

mayor “*Hoy Colombia mayor*” del Ministerio del trabajo (2013), por el cual un porcentaje de los adultos mayores de estrato I y II, que vivan solos o con sus familias pero carezcan de ingresos suficientes para subsistir, o vivan en la calle y de la caridad pública o residen en un Centro de Bienestar del Adulto Mayor, acceden a un subsidio económico por parte del estado; y d) Resolución N° 1378 de 2015 mediante la cual el Ministerio de salud y protección social establece disposiciones para la atención en salud y protección social del adulto mayor de forma que este pueda acceder a una atención preferencial y oportuna conmemorándoles como “Colombiano de oro” en la sociedad.

Las anteriores leyes, normativas y decretos, tal como se menciona en cada una de ellas, legislan y pretenden velar por los derechos y seguridad de los adultos mayores. Sin embargo, estas políticas, a pesar de enmarcarse en el beneficio y protección de la vejez aún son carentes de aplicabilidad, evidenciándose que es mayor la demanda y necesidades de la población que los alcances de dichas normas. Es por ello que se plantea “la necesidad de políticas vinculantes, intersectoriales, basadas en derechos y con perspectiva de futuro para propiciar trayectorias de vida con calidad y calidad de vida en la vejez, pensando en las generaciones viejas de hoy y del mañana” (Dulcey-Ruiz, Arrubla & Sanabria, 2013, p.3).

5.3. La vejez y el envejecimiento

A lo largo de la historia, los conceptos de envejecimiento y vejez han estado rodeados de concepciones influenciadas por diversos pensadores, creencias y culturas, marcándose dicotómicamente en dos tipos de teorías: la vejez como etapa positiva de la vida, como símbolo de sabiduría y condición cumbre del ser humano, frente, a la vejez como etapa negativa, asociada a enfermedad y decadencia.

En cuanto a las características positivas, Carbajo (2008), afirma que desde la concepción platónica, “se elogia la vejez como la etapa de la vida en la que las personas alcanzan la máxima prudencia, discreción, sagacidad y juicio” (p.5), atribuyéndose en la comunidad funciones de gran divinidad y responsabilidad en todos los niveles de desenvolvimiento social. Platón, hace resaltar, de forma rescatable, los agentes individuales del envejecimiento, considerando que las vivencias del final de la vida están muy determinadas por la forma en la que se vive durante la juventud y en la adultez. Por otra parte, en relación a las características negativas, la concepción aristotélica presenta una imagen más negativa de la persona mayor, definiendo que la “senectud”, que es la cuarta y última etapa en la vida del hombre, equivale a debilidad, enfermedad, es digna de compasión, inútil socialmente, símbolo de deterioro y ruina (Carbajo, 2008).

Los anteriores antecedentes contribuyeron de forma positiva/negativa a la construcción social de envejecimiento y vejez, que desafortunadamente, ha estado rodeada de estereotipos, alejados de lo que verdaderamente debería significar para los seres humanos alcanzar esta etapa del ciclo vital. Entonces... ¿Qué es envejecimiento? ¿Cuál es la diferencia entre envejecimiento y vejez?

El envejecimiento se define según Castanedo, García, Noriega y Quintanilla (2007), como un conjunto de transformaciones y/o cambios bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales que aparecen en el individuo a lo largo de la vida; consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Cuando se hace referencia al envejecimiento como un proceso, se parte de todos aquellos cambios de orden biológico, psicológico y social por los que atraviesa cualquier persona después de los 25-30 años de edad y

que de forma activa se perpetúan hasta el final de la vida. Estos cambios son inherentes a todo ser humano, pero a su vez son el resultado de contextos multidimensionales como la situación económica, estilos de vida, satisfacciones personales y entornos sociales que influyen de forma directa en el proceso de envejecer (Cardona & Agudelo 2006).

De acuerdo a Alvarado y Salazar (2014), se han propuesto varias teorías y conceptos sobre cómo se vive el envejecimiento hasta la vejez, dentro de ellas están: las teorías biológicas, psicológicas y sociales, las cuales se contextualizan a continuación:

a) Las teorías biológicas: Son aquellas que explican el envejecimiento como una consecuencia natural y normal de todos los seres vivos, en la que se da un desgaste natural de todos los órganos (Baltes, 2004) y disminución de las funciones fisiológicas. A partir de estas teorías se subdividen dos tipos de envejecimiento: primario y secundario. Según Galbán, Sansó, Díaz-Canel, Carrasco, y Oliva (2007), el envejecimiento primario es el grupo de procesos responsables del conjunto de cambios graduales e inevitables que aparecen con la edad en todos los miembros de una especie y no relacionados con la presencia de enfermedad. Por otro lado, el envejecimiento secundario es el resultado de las modificaciones que el estilo de vida, introduce en el proceso “natural” de envejecimiento, acelerando o frenando, las características esenciales de dicho proceso (Fernández, 1991), siendo este el tipo de envejecimiento relacionado a la experiencia de vida y condiciones propias a las que se sometieron los individuos, desencadenando en ocasiones condiciones de enfermedad y alteraciones patológicas que no son propias de un curso normal en el envejecimiento.

b) Las teorías psicológicas: Se centran en aspectos cognitivos, de personalidad e ideas, pensamientos y actitudes propias del individuo en el proceso de envejecer. Entre estas

se encuentra la teoría del desarrollo de Erikson, en la que la vejez está ubicada en la crisis de integridad frente a desesperación, donde las principales virtudes son la prudencia y la sabiduría (Erikson, 2000); y la teoría de la “continuidad y la adaptación” (Atcheley, 1999), la cual afirma que no existe ruptura radical entre la edad adulta y la tercera edad, ya que el paso a la vejez se basa en una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida. De esta manera, la personalidad y el sistema de valores se mantienen prácticamente intactos al envejecer y los individuos aprenden a utilizar estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar favorablemente ante las dificultades de la vida (Birren & Schroots, 1996, citado en Alvarado & Salazar, 2014).

c) Las teorías sociales: las cuales tratan de comprender y predecir la adaptación de los adultos mayores en los grupos sociales y la comunidad. Entre ellas están la teoría de la desvinculación, la cual considera que el retirarse de la interacción social constituye una forma de adaptación natural a la vejez, de forma que el adulto mayor aumenta su preocupación por sí mismo, disminuyendo el interés emocional por los demás, acepta de forma positiva su retiro y contribuye voluntariamente a él (Gómez, 2002). Por otro lado, la teoría de la actividad afirma que un alto grado de participación es la clave para lograr un buen envejecimiento y autorrealización; quienes lo experimentan tienen más capacidad de adaptación y están más satisfechos con la vida. Y finalmente, se menciona la teoría de la continuidad la cual sostiene que el comportamiento de los adultos mayores está determinado por su estilo de vida previo, hábitos y gustos desarrollados en etapas anteriores de la vida, pudiendo concebirse esta perspectiva como un incentivo para la movilización y promoción de estilos de vida saludables que favorezcan la felicidad (Dulcey, 2007).

Por otra parte, al igual que en el envejecimiento, existen distintas concepciones sobre vejez en la literatura que la ubican desde una perspectiva cronológica, funcional y/o social, concibiendo que este constructo cambia con base en la historia y circunstancias de las sociedades, sus valores y aspiraciones como colectivo (Montes de Oca, 2010). Por tanto, y al no existir un consenso entre las diversas definiciones de este constructo, en el presente trabajo la vejez será definida como el periodo del ciclo vital en donde el ser humano es el resultado de lo que ha vivido a lo largo de sus etapas a nivel individual, social, su historia de salud y de los determinantes de esta (Rodríguez, 2011); siendo ésta el logro de su máxima expresión de relación con el mundo, llegando a la madurez total a través de una gran cantidad de experiencias adquiridas durante los momentos e instantes disfrutados (Cardona & Agudelo, 2006). Pues tal como lo explica Dulcey-Ruiz (2013), “la vejez es parte del transcurso total de la vida humana, en el que influyen condiciones físicas, sociales, culturales, económicas, políticas e históricas en las cuales se vive, tanto como relaciones, cambios, transiciones y experiencias” (p. 177).

En resumen y como respuesta a los cuestionamientos anteriormente enunciados, la diferencia entre ambos constructos, envejecimiento y vejez, radica en que esta última es el término que se asigna a la etapa y periodo final del ciclo vital; y el envejecimiento es el macroproceso que subyace dicho término, teniendo en cuenta que se envejece desde que se nace.

5.4. Estereotipos en el envejecimiento

La vejez está rodeada de una serie de estereotipos y concepciones negativas que mitifican, atemorizan y desvalorizan esta etapa de la vida humana. Según Cerquera y Quintero (2015), la mayoría de personas tienen miedo a envejecer por la misma cultura y las creencias construidas socialmente, lo cual sumado a los temores, historia de vida y vivencias, infunden el

miedo de alcanzar la vejez siendo dependientes, poco funcionales y enfermas. En este orden, un estereotipo es un término que se refiere a generalizaciones acerca de los miembros de un grupo, en su mayoría negativas, resistentes al cambio y facilitadoras del prejuicio y la discriminación (Aguilar-Morales, 2011), lo cual, por lo general está motivado por el miedo y el temor a aquello que se desconoce.

En un estudio realizado por Cerquera, Álvarez y Saavedra (2010), se identificó que en un grupo de cinco generaciones estudiadas frente al significado de la expresión vejez, la mayoría consideran que es una etapa caracterizada por eventos negativos, concibiendo a los adultos mayores como seres “dependientes, enfermizos, frágiles y sexualmente no activos, aunque con mayor deseo sexual en los hombres que en las mujeres”(p.78), teniendo la creencia en generaciones de infantes y adolescentes que cuando se llega a esta etapa se evidencia un desgaste cognitivo que imposibilita el aprender cosas nuevas (Cerquera, Álvarez y Saavedra, 2010). Respecto a esto, se encontró además, que también los propios adultos mayores refuerzan estas concepciones afirmando que llegan a los 60 años de edad con un fuerte deterioro de la salud, tienen menos interés por el sexo, comienzan a tener un considerable deterioro en la memoria, son menos activos y tienen menos amigos que los jóvenes (Cerquera, De la Fuente, Prada & Rubio, 2011).

De la misma manera, en un estudio realizado por Hernández-Rodríguez (2003), se encontró que las personas mayores piensan que la sociedad les ve como molestas, inactivas, tristes, divertidas y enfermas, existiendo concordancia en la mayoría de las categorías en cómo ellos se perciben a sí mismos, viendo como estas ideas erróneas alteran el concepto de envejecer o llegar a la vejez y hasta en los propios adultos la contextualizan en una etapa en la que no es

posible la salud, el bienestar y la productividad, lo cual no permite ni a los propios adultos mayores desarrollarse con libertad en todas sus facetas y potencialidades, ni permite a las generaciones más jóvenes el contemplar el “llegar a viejo” como algo positivo.

Es importante comprender que los estereotipos deben desligarse tanto de la comunidad investigativa como del rol profesional, ya que solo de esta manera se podrá comprender y actuar en solución a las problemáticas que se entretujan en este grupo poblacional, trabajando en perspectivas que prevengan condiciones patológicas y promuevan la salud; ya que según Cerquera y Quintero (2015), la vejez posible concebirla separada de la enfermedad, pues no todos las personas envejecen de la misma manera, ya que bien se afirma que la persona envejece de acuerdo a como ha vivido, lo que convierte el envejecimiento en un proceso diferencial.

5.5. Tipos de envejecimiento y clasificaciones

El envejecimiento se ha clasificado en la literatura de acuerdo a diversas variables, ya sea edad cronológica, funcionalidad, cambios físicos, psicológicos y sociales.

En la presente investigación, se ha considerado fundamental una delimitación en edad cronológica y funcionalidad; la primera teniendo en cuenta que debido al aumento del fenómeno del envejecimiento poblacional en la literatura se ha considerado importante delimitar las investigaciones en torno a la vejez, teniendo en cuenta periodos de edad mayores (Moreno, Montañés, Cano, Plata & Gámez, 2005). Según la clasificación de Singer, Verhaegen, Ghisletta, Linderberger, y Baltes (2003) entre Viejos-Jóvenes (menores de 70 años), Viejos (entre 70 y 80 años) y Viejos-Viejos (80 a 100 años), siendo este último grupo el foco central de la presente investigación. Sin embargo, también existen otros autores que realizan este tipo de clasificación, por ejemplo, Riley en 1988, estableció tres grupos de adultos en función de su edad cronológica:

viejos-jóvenes, grupo comprendido entre los 65 y 74 años; viejos-viejos, entre los 75 y 85 años y viejos-muy viejos, correspondientes a adultos mayores de 86 años.

Por otra parte, en cuanto a la delimitación de funcionalidad, en todas las esferas de la vida, se citan tres patrones de envejecimiento:

El normal o usual, caracterizado por la inexistencia de patología biológica o mental; el óptimo o competente y saludable que asocia un buen funcionamiento cognoscitivo y una adecuada capacidad física a una baja probabilidad de existencia de enfermedad y/o discapacidad; y el envejecimiento patológico que está determinado por presencia de enfermedad. (Arango & Ruiz, 2007, p.1).

Así mismo, los gerontólogos y autores clásicos Rowe y Kahn (1987), en su clasificación normativa, han diferenciado a su vez entre el envejecimiento usual, en el que existen decrementos menores fruto de enfermedades frecuentemente asociadas a la edad, y el envejecimiento satisfactorio o envejecimiento con éxito, caracterizado por la ausencia tanto de enfermedades como de declives funcionales, describiendo en el año 1997 el envejecimiento satisfactorio con tres criterios principales:

- (1) Una baja probabilidad de padecer enfermedades y discapacidades asociadas.
- (2) Una capacidad funcional alta, tanto desde un punto de vista físico como mental, que permita poder realizar de manera totalmente autónoma las actividades cotidianas
- (3) Una implicación activa con la vida, evidenciada en la realización de actividades productivas y la presencia de una rica red social.

Sin embargo, se ha enumerado por múltiples autores que existe la ausencia, en esta clasificación de un cuarto pilar, la salud psicológica. Este hace referencia a la “presencia de

estados emocionales positivos, sentirse bien con sí mismo, optimismo frente a la vida y mantenimiento de ilusiones y objetivos vitales” (Triadó & Villar, 2008, p.22), lo cual se ha integrado en los fundamentos teóricos de la presente investigación.

De la misma manera, autores y organizaciones actuales continuaron complementando esta visión de envejecimiento de precursores clásicos, surgiendo a finales de los años 40 el denominado “Envejecimiento saludable”. Este término ha tenido diversas transformaciones desde envejecimiento con éxito, satisfactorio, óptimo hasta positivo, productivo, o activo que a pesar de intentar proponerse como términos más actualizados o más acertados entre ellos, todos apuntan a la descripción de un nuevo paradigma del envejecimiento (Fernández-Ballesteros, et al., 2010), el cuál subraya la idea de que la actividad, el mantenimiento de niveles óptimos de bienestar o incluso la adquisición de nuevas ganancias son posibles en la vejez (Triadó & Villar, 2008).

5.6. El envejecimiento saludable y variables relacionadas

En el 2005, la Organización panamericana de la salud (OPS) y la OMS acuñaron a un nuevo concepto denominado “Envejecimiento activo”, definiéndolo como “el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad en orden a mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas según envejecen” (p.1).

Esta perspectiva de envejecimiento, según la OMS (2002):

Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia. (p.79).

La nueva concepción del Envejecimiento Activo que emerge en las últimas décadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), vincula la productividad más allá de lo laboral, extendiéndose a lo social y comunitario y es, fundamentalmente calidad de vida, y bienestar físico, psíquico, afectivo, interpersonal y social. Siendo, en este orden, un proceso multidimensional relacionado a una baja probabilidad de enfermedad, ausencia de discapacidad, alto funcionamiento físico y 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. En este orden, Marín (2002) afirma, que la buena salud y el envejecimiento satisfactorio se define por la “capacidad para funcionar de manera autónoma en un contexto social determinado”(p.1); aportando, además, que si es social e intelectualmente activo, el adulto mayor puede considerarse sano, aun cuando tenga alguna enfermedad crónica y esté tomando fármacos. Es así como la funcionalidad del adulto es una de las variables que más se ha estudiado en relación al envejecimiento saludable, siendo esta, 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.

En el presente trabajo, la perspectiva de envejecimiento saludable se abordará como un concepto multidimensional que no abarca únicamente las buenas condiciones de salud sino que está compuesto por un amplio conjunto de factores bio-psicosociales que se han estudiado ampliamente desde variables físicas, psicológicas y motivacionales (Fernández-Ballesteros, et

al., 2010); entre estas, la valoración subjetiva del geronte de sus habilidades funcionales, su bienestar psicológico y soporte social (Gallegos et al., 2006, citado en Cerquera, Flórez, & Linares, 2010).

5.7. Factores que favorecen el envejecimiento saludable y el papel del nuevo paradigma

Existen alrededor de la literatura una gran cantidad de factores que se han asociado al envejecimiento saludable o a la ausencia de enfermedad en la vejez. Según Gramunt (2010), los contribuyentes al mantenimiento de la salud y promoción de calidad de vida en los adultos mayores son: la nutrición, el ejercicio físico, la actividad mental y la participación social; los cuales juegan un papel fundamental en la prevención del deterioro cognitivo y reducen el riesgo de padecer enfermedades neurodegenerativas. Así mismo, Fernández-Ballesteros (2011), determina que componentes tales como: salud y ajuste físico, funcionamiento cognitivo, afecto positivo y participación e implicación social, se pueden considerar como un consenso entre las definiciones y conceptualizaciones de envejecer bien y con éxito; encontrándose además, en un estudio realizado por Limón y Ortega (2011) sobre envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores, que el cambio de estilo de vida y los hábitos saludables son fundamentales para relentizar el proceso de envejecimiento y mejorar la salud, destacando factores como el ejercicio físico, la dieta equilibrada, el dormir suficiente, evitar el consumo de tabaco y alcohol, disminuir los niveles de estrés, las emociones y la importancia de las actitudes positivas para afrontar la vejez.

Sin embargo, en su gran mayoría, estas variables se han determinado teóricamente basándose en tendencias demográficas y ambientales, siendo necesario más estudios que

caractericen estos factores en relación a estilos de vida propios y costumbres en grupos poblacionales específicos, teniendo en cuenta las significaciones y diferencias psicosociales de cada individuo y grupo cultural.

De esta forma, se considera fundamental comprender y explorar los factores o recursos psicosociales protectores que contribuyen a un envejecimiento saludable en las personas mayores, partiendo de que estos factores hacen referencia a aquellas características innatas o adquiridas propias del individuo que en interacción con el medio y a través de percepciones experiencias, se asocian positivamente al mantenimiento de una buena salud y bienestar a lo largo de la vida, abarcando de esta manera, no sólo los aspectos físicos y ambientales, sino también las dimensiones de bienestar emocional, psicológico y social.

Según la OMS (2004) citado en Salgado (2015), los factores protectores psicosociales (FPS) se pueden entender como un pilar imprescindible para una buena salud mental, que además impactan en los resultados de salud en general, considerándose entre estas características la orientación al logro, autorregulación emocional, autocontrol (Eizenman, Nesslerode, Fentherman & Rowe ,1997; OMS, 2002); sentimientos de productividad y el realizar actividades de ocio en la vejez (Rowe & Khan, 1997); y habilidades de afrontamiento, recursos personales como la autoeficacia, autoestima, el comportamiento prosocial y el pensamiento positivo como condiciones psicológicas de la personalidad asociadas a altos niveles de longevidad y envejecimiento satisfactorio (OMS, 2002; Blanco, 2010), además de constructos como la resiliencia (Cárdenas-Jiménez & López-Díaz, 2011; Cerquera & Pabón, 2016), espiritualidad (San Martin, 2008; Rivera, 2010) y satisfacción personal (Rivera, 2010).

Así mismo, en la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) que se llevó a cabo en Colombia en 32 departamentos, para la que se encuestaron a más de 30 mil hombres y mujeres mayores de 60 años en todo el país, se reportó que además de variables como la movilidad, la condición económica y la satisfacción de necesidades básicas definidas como parte de los elementos percibidos en cuanto a calidad de vida de los adultos mayores, variables como la salud, autonomía, la libertad, la participación social y la vinculación emocional y afectiva toman cabida importante en los determinantes de salud de los gerontes en el país (Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias, 2016).

Es de esta manera como todos los referentes conceptuales previamente citados, evidencian el largo y difícil camino que se ha recorrido en el área gerontológica para desdibujar los estereotipos y concepciones negativas en la vejez, ya que estos sumados a sesgos en la investigación, han brindado un panorama alejado de la realidad y experiencias de los gerontes. En la actualidad, el envejecimiento saludable se muestra como paradigma nuevo y que le apunta a creer en el valor, las potencialidades y las ganancias que son posibles en la vejez concibiendo que esta “debe estar enmarcada en una visión pluridisciplinaria, positiva, constructiva, intervencionista y no idealista”(Carbajo, 2009, p.93), lo que implica que todas las generaciones, a través de las políticas sociales y acciones comunitarias, promuevan una vejez competente con sentimientos de actividad, utilidad y eficacia, extendiendo la calidad de vida y el bienestar a los gerontes, ya que “una bella ancianidad, es la recompensa de una bella vida”(Pitágoras de Samos, 582 AC-497 AC, Filósofo y matemático griego.).

Capítulo 6

Metodología

6.1. Diseño

Se empleó un diseño no experimental, enfoque mixto, transeccional y de alcance descriptivo, pretendiendo indagar e identificar las variables que contribuyen al envejecimiento exitoso de la muestra poblacional.

6.2. Población

El presente proyecto se llevó a cabo con adultos mayores saludables y/o autopercebidos sanos pertenecientes a las provincias de Soto, Guanenta, Comuneros, Vélez, Mares y García Rovira del departamento de Santander. Así mismo, se tuvo contacto con instituciones y centros día en el departamento al servicio de este grupo poblacional.

6.3. Muestra

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

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron: (1) ausencia de enfermedad crónica incapacitante ya sea física, cognitiva o psicológica, ya sea renal, hepática, neoplásica, cardiovascular, respiratoria, osteoarticular invalidante, autoinmune, cáncer o del sistema nervioso; (2) 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; (3) autoperibirse saludable y/o ser funcionalmente activo para realizar actividades

básicas de la vida diaria; (4) consentimiento de participación y firma de autorización a aplicación del protocolo del estudio.

En cuanto a criterios de exclusión, se tuvo en cuenta: (1) la presencia de algún tipo de afectación crónica e incapacitante en la salud; (2) edad no considerada en la clasificación viejos-viejos (75 años en adelante); (3) considerarse no apto, poco funcional y dependiente en las actividades de la vida diaria y (4) que el participante no deseara hacer parte de la investigación.

Posterior a corroborar los criterios de inclusión y exclusión se delimitó a 40 adultos mayores la muestra del proyecto.

6.4. Instrumentos

Se empleó como instrumento principal una entrevista a profundidad autoconstruida denominada “Factores Psicosociales y Protectores que favorecen el envejecimiento saludable” (FAPPES), con la que se recolectó información acerca del estilo de vida del adulto mayor y sus características psicosociales más representativas, explorando factores protectores que promuevan un envejecimiento exitoso. Según Robles (2011) la entrevista a profundidad explora, detalla y rastrea por medio de preguntas la información más relevante para los intereses de una investigación; y su intencionalidad principal es adentrarse en la vida del otro, detallar su subjetividad, descifrar y comprender gustos, miedos, satisfacciones, alegrías, y demás aspectos significativos y relevantes del entrevistado, construyendo paso a paso y minuciosamente su propia experiencia.

Este instrumento, fue sometido a evaluación y validación por tres jueces expertos en función de su coherencia, redacción y pertinencia. Dicha entrevista se subdividió en dos segmentos, que se explican a continuación:

- Datos sociodemográficos y preguntas cerradas: estrato socioeconómico, estado civil, personas con las que vive, situación laboral y profesión u ocupación. En cuanto a las cuestiones cerradas se indago en relación al patrón del sueño del adulto, hábito tabáquico, consumo de alcohol y/o medicamentos permanentes.

- Preguntas abiertas: Este segmento, con el más alto nivel de importancia, estuvo compuesto por 12 preguntas, organizadas en tres dimensiones, a saber: (a) Social- Ambiental, (b) Emocional-Psicológica y (c) Salud general y percepción de vejez, las cuales dieron cuenta del perfil individual a nivel afectivo, físico, emocional, motivacional y productivo; características sociales/familiares, condiciones instrumentales, recursos positivos, percepción de la propia salud y demás factores relacionados a su individualidad y experiencia.

Además, se emplearon los siguientes instrumentos de screening:

- Mini-Mental State Exam (MMSE) de Folstein y Cols, (1975), adaptación colombiana de Roselli et al. (2000): Prueba que objetiva el rendimiento cognoscitivo, evaluando orientación en el espacio, tiempo y lugar; memoria de fijación reciente, atención, cálculo y leguaje. Posee una consistencia interna que oscila entre 0,82-084.

- Escala de Barthel (Modificación de Granger 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 Guioz, et al., (1997) adaptación de Barrera, Castillo, Martin, 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).

6.5. Consideraciones éticas

En consideración a la Ley 1090 de 2006 del Ministerio de Protección Social del Congreso de Colombia, por la cual se reglamenta el ejercicio de la Psicología y se dicta el código deontológico y otras disposiciones, se emplearon dos consentimientos informados, uno principal que enunció la aceptación de participación en el estudio y otro opcional que referenció la

autorización a tomar evidencia fotográfica, únicamente para fines académicos e investigativos, salvaguardando la confidencialidad y los derechos de los participantes. Además, se considera relevante aclarar que en la investigación no se presenta conflicto de interés, ya que no existe un beneficio secundario relacionado a dicho estudio y no existen personas cercanas o con lazos de consanguinidad que pudieran hacer parte de la muestra.

6.6. Procedimiento

Para llevar a cabo la recolección de información y posterior análisis de resultados, la investigación se dividió en cuatro fases: a) Fase previa, b) Fase de aplicación y screening, c) Fase de análisis, d) Fase de socialización y divulgación de resultados. Las cuales se describen a continuación:

a) Fase previa: Se ejecutó en los meses de septiembre a noviembre y consistió en el proceso inicial de exploración y rastreo de la información. En esta fase se empleó una base de datos de entidades prestadoras de salud públicas y privadas, suministrada por la Gobernación de Santander, contactando en su mayoría, vía e-mail y 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 con los adultos mayores se realizó en algunos casos vía telefónica, donde se realizaron 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 de adultos mayores a los que se les aplicaría el protocolo de pruebas.

b) Fase de aplicación y screening: Seguidamente a la selección y contacto con los participantes, se realizó el desplazamiento a los respectivos municipios, en los meses de enero a marzo. Inicialmente cada adulto mayor perteneciente al estudio recibió una explicación de los objetivos del mismo, instrumentos, beneficios y posibles riesgos de la participación, diligenciando tanto el respectivo consentimiento informado del protocolo de la investigación, así como el consentimiento voluntario para la toma de evidencias fotográficas. A continuación, completaron las cuatro pruebas de screening (Mini-mental State, Escala de Lawton y Brody, Cuestionario de salud general de Goldberg y el Mini nutricional Assesment) realizando seguidamente la entrevista a profundidad diseñada. Finalmente, a partir de los resultados obtenidos en las pruebas y realizado el proceso de tabulación de instrumentos, se realizó un tamizaje de la muestra, seleccionando 40 adultos mayores que puntuaron aptos en tres o cuatro variables evaluadas, respecto a la batería de pruebas, para el posterior análisis de la entrevista a profundidad.

c) Fase de análisis: Se llevó simultáneamente a las aplicaciones, en los meses marzo y abril. Se analizaron los datos estableciendo una preponderancia de los datos cualitativos, estableciendo el estudio como Cualitativo-Mixto, ya que los datos cuantitativos obtenidos en las cuatro pruebas, se emplearon como un método de screening, que si bien brindó la posibilidad de discriminar posteriormente los casos que serían analizados en la parte cualitativa, también aportó en sus interpretaciones, un panorama del estado general en las dimensiones: cognitiva, psicológica, social, física y nutricional. En cuanto a los datos cualitativos, se analizaron a través del método de teoría fundamentada (codificación abierta y diseño emergente), según la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista (2006), con el

que se pretendió generar una teoría contextualizada a los significados propios de los sujetos y su realidad, respecto a los factores protectores y buenos hábitos de la muestra de adultos Santandereanos, contemplando que aporte al campo del envejecimiento saludable en Colombia, la psicología positiva y a largo plazo a una nueva perspectiva en la prevención de enfermedades en la vejez. Para la ejecución de esta fase se empleó el software de análisis estadístico SPSS y Software para análisis de datos cualitativo, gestión y creación de modelos ATLAS ti.

- d) Fase de socialización y divulgación de resultados: Finalmente, en la última etapa se proyecta dar a conocer los resultados y conclusiones obtenidas mediante la socialización de la tesis de grado frente a la comunidad académica, la publicación de un artículo científico y divulgación en una ponencia de congreso nacional o internacional.

Capítulo 7

Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en el presente estudio, los cuales se desglosarán en tres apartados a saber: en primer lugar, se caracterizará la muestra general sociodemográficamente en las variables, provincia, edad, género, estado civil, escolaridad, estrato, situación laboral y ocupación, incluyendo algunas variables ambientales y personales como función familiar, hábito del sueño, consumo de alcohol, tabaco y medicamentos y/o suplementos. En segundo lugar, se evidenciará el análisis de los datos cuantitativos obtenidos en la aplicación de los instrumentos screening, para en tercer lugar plasmar los resultados del análisis cualitativo de la información haciendo la respectiva organización, reducción de datos, y categorización de los factores psicosociales y protectores encontrados en la muestra estudiada.

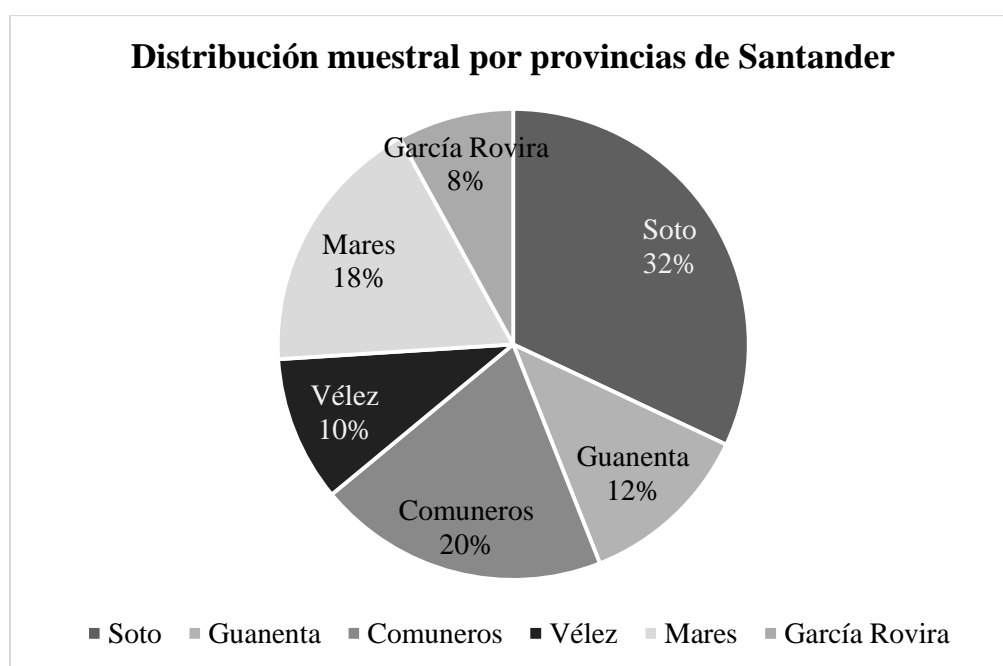


Figura 1. Distribución de la muestra de adultos mayores sanos en las seis provincias de Santander.

Inicialmente, se evidencia en la Figura 1, la distribución por provincia de la muestra de adultos mayores sanos que hicieron parte del estudio. Denotando mayor representación de adultos de las provincias de Soto (32%), Comuneros (20%) y menor en adultos de las provincias de Vélez (10%) y García Rovira (8%).

Así mismo, en relación a las características sociodemográficas de los adultos se presentan las siguientes tablas:

Tabla 1.

Datos sociodemográficos de una muestra de adultos mayores sanos de Santander

ADULTOS MAYORES SALUDABLES (A.M) N=50		
Edad A.M		
Media	82,34	
Desviación típica	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
Secundaria sin terminar	2	4
Secundaria completa	2	4
Universitarios	6	12
Otros	1	2

En la Tabla 1, se reporta que la edad media en los adultos mayores de la muestra fue de 82,34 años 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, un 58% fueron hombres, siendo un 40% de la muestra casados, un 30% solteros y un 22% viudos entre los porcentajes más sobresalientes. El estrato que predominó fue el 2 y 3 con un 44% y 30 % respectivamente. 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.

Tabla 1.1*Situación laboral, ocupación y variables personales de una muestra de adultos mayores sanos de Santander*

ADULTOS MAYORES SALUDABLES (A.M) N=50)		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
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
Consumo de medicamentos o suplementos vitamínicos		
Si	10	20
No	40	80

De la misma manera, en la Tabla 1.1 se plasman las variables de situación laboral, ocupación y variables personales, cuestiones que hicieron parte del primer segmento de la entrevista realizada. 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, mostrándose irrelevante el consumo de medicamentos permanentes o suplementos vitamínicos.

Seguidamente, se presentan los resultados del análisis de los datos cuantitativos obtenidos en la aplicación de los instrumentos screening:

Tabla 2.

Puntuación instrumentos screening en la muestra de adultos mayores sanos

N= 50 adultos mayores	Media	Desviación estándar	Varianza
Puntuación Mini-mental State Global	26,68	3,401	11,569
Puntuación Índice Barthel	98,32	7,988	63,814
Puntuación Golbert Global	6,86	6,854	46,980
Puntuación Mini-Nutricional Assesment	23,83	4,069	16,557

En la Tabla 2 se evidencian las puntuaciones promedio con sus respectivas desviaciones estándar y varianza 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 Mini-mental State 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 Mini-Nutricional Assesment la muestra puntuó con un estado nutricional satisfactorio evidenciado en una media de 23,83 (Z: 4,0).

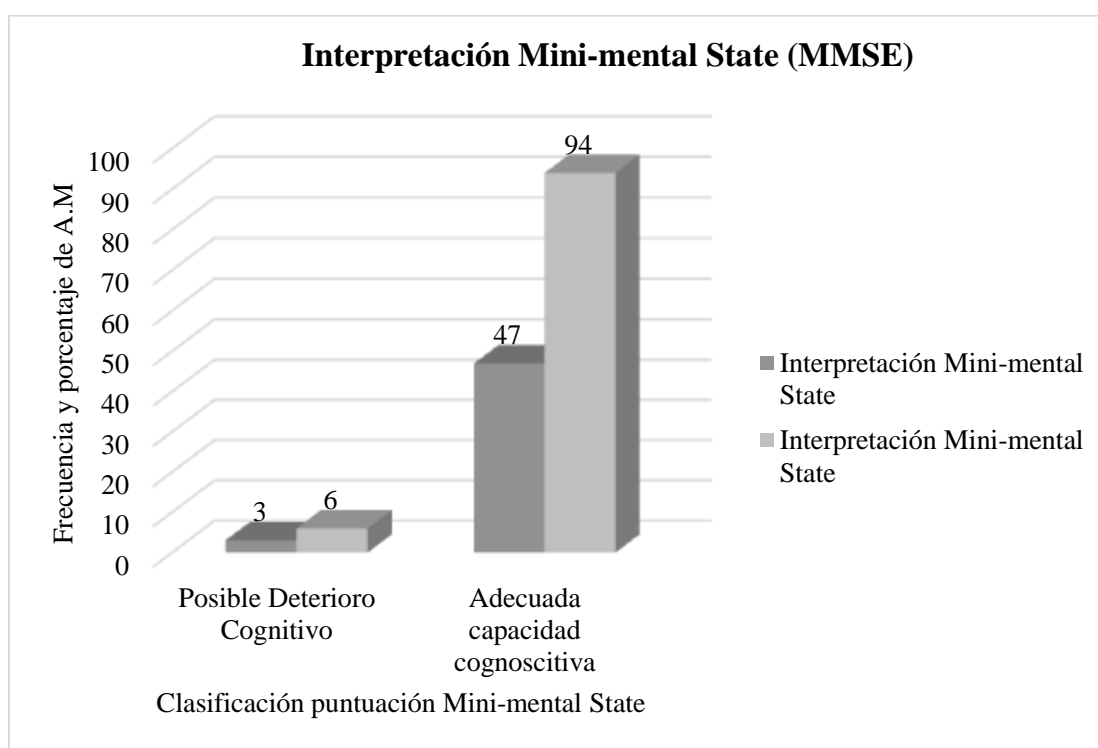


Figura 2. Interpretación del Mini-mental State en frecuencia y porcentaje de desempeño

En la Figura 2 se grafica el desempeño de los adultos mayores en frecuencia y porcentaje en el MMSE, encontrándose, que un 94% de los gerontes, poseen adecuada capacidad cognoscitiva.

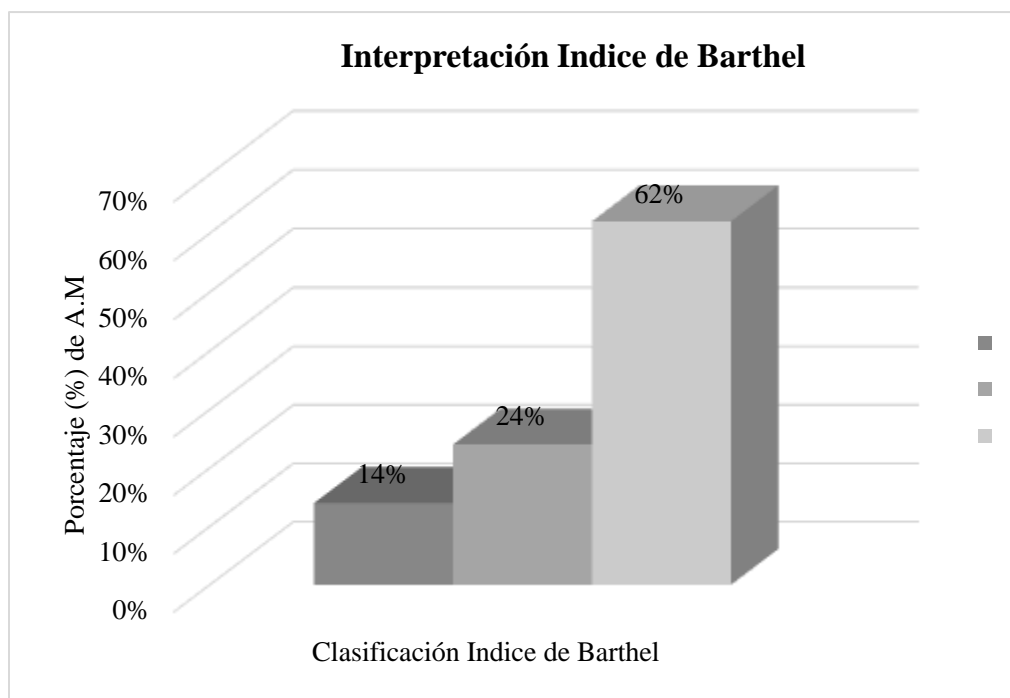


Figura 3. Interpretación del Índice de Barthel en porcentaje de desempeño

De la misma manera, se plasma en la Figura 3 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 diaria tanto en su movilidad como su autocuidado, no presentándose dependencia severa y dependencia total en la muestra estudiada.

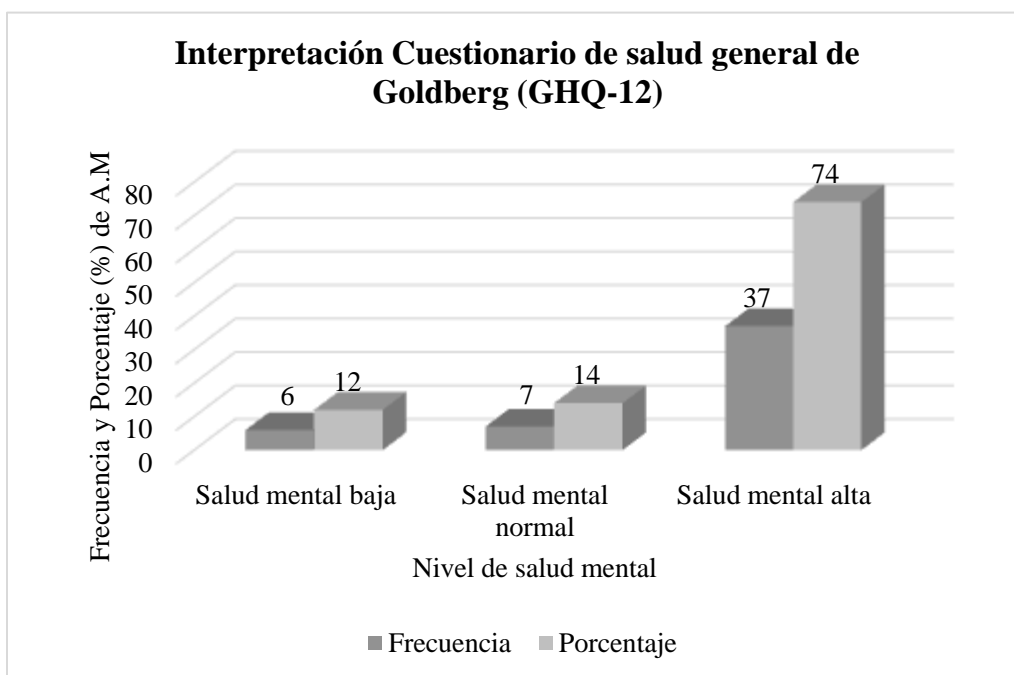


Figura 4. Interpretación del GHQ-12 en frecuencia y porcentaje de desempeño

Por otro lado, en relación al Cuestionario de salud general de Goldberg, en la Figura 4 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.

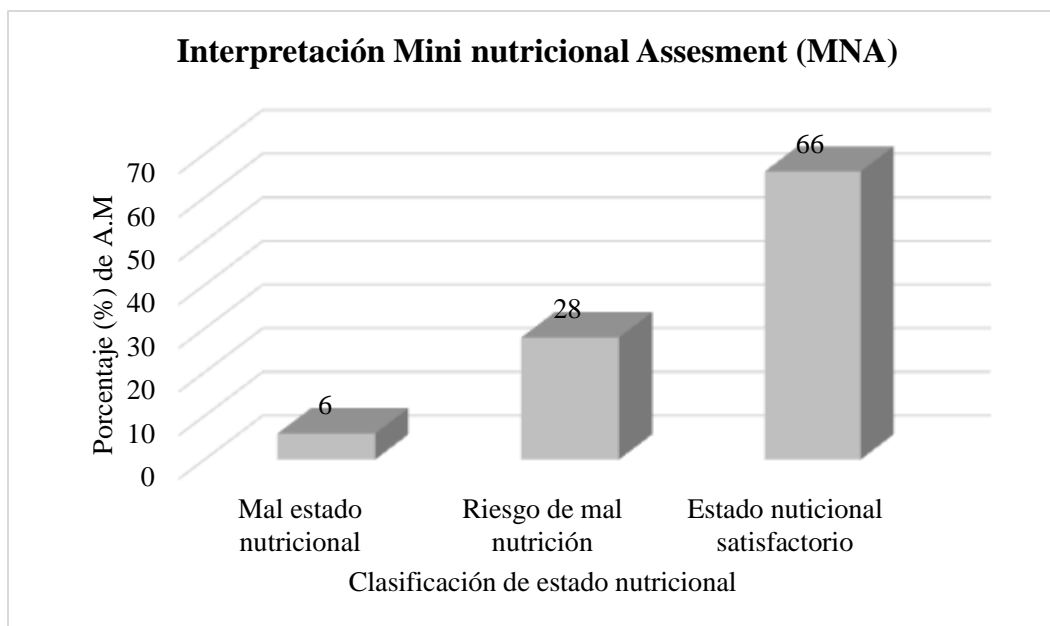


Figura 5. Interpretación del Mini nutricional Assesment en porcentaje de desempeño

Finalmente, en cuanto al MNA (Figura 5), se encontró que un 66% de los adultos mayores de la muestra tienen un estado nutricional satisfactorio, presentando sólo un 6% mal estado nutricional.

Por otra parte y como tercer momento en el análisis de resultado, presentan los resultados del análisis de los datos cualitativos por medio del empleo del software ATLAS ti. Para ello, se realizó, tal como se enuncia en el procedimiento un tamizaje de la muestra a partir de los resultados de las pruebas screening anteriormente presentadas.

De esta manera, se realizó un filtro de los adultos mayores autopercebidos saludables y que puntuaron aptos en las pruebas de estado cognitivo, funcionalidad, salud mental general y estado nutricional aplicadas. Inicialmente, se pretendía que sólo los adultos óptimos en todas las cuatro dimensiones se sometieran a análisis, sin embargo, contemplando que la escala de funcionalidad física es bastante radical en sus niveles de calificación y que en este trabajo se

contempla el envejecimiento exitoso en términos de funcionalidad y productividad más no de ausencia o presencia de enfermedad, se determinó incluir a aquellos adultos que puntuaron aptos en tres o cuatro de las dimensiones medidas.

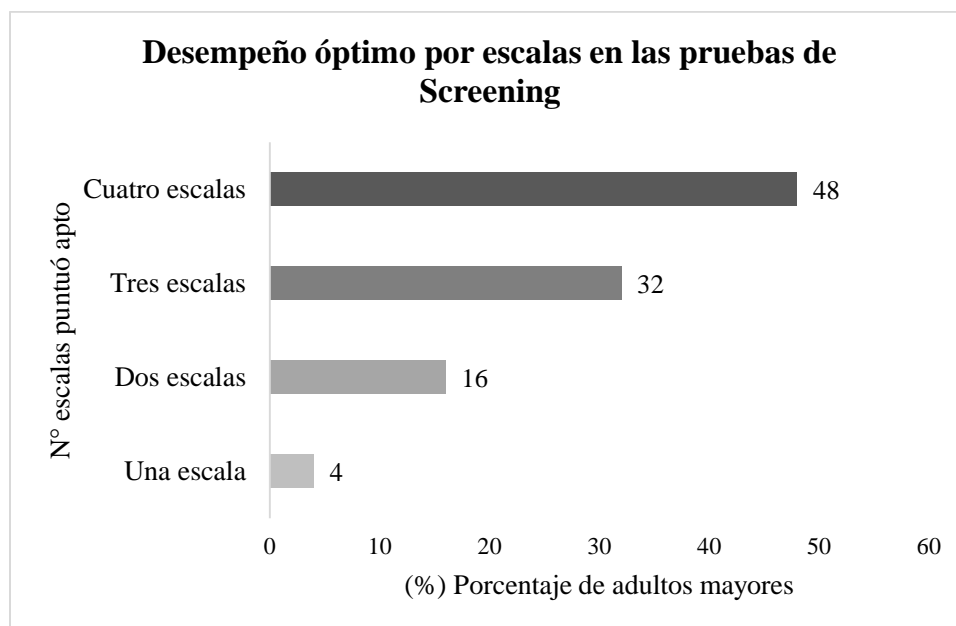


Figura 6. Desempeño óptimo por escalas de los A.M en las pruebas de screening

Por consiguiente, se presenta en la Figura 6 el número de escalas en las que los sujetos puntuaron aptos o en niveles óptimos, evidenciándose que un 48% (24 A.M) puntuaron óptimos en las cuatro dimensiones y un 32% (16 A.M) en tres dimensiones; considerando un total de 40 adultos mayores, correspondientes al 80% de la muestra, como adultos mayores saludables seleccionados para el análisis cualitativo.

En este orden, en cuanto a las categorías obtenidas en el análisis de la entrevista FAPPES, se logró explorar de forma amplia las características psicosociales y factores protectores presentes en la muestra estudiada, identificando a partir de un proceso de

codificación abierta, seis categorías a saber: (1) Actitudes favorables respecto al self; (2) Actitudes favorables respecto al otro; (3) Valores protectores; (4) Estrategias de afrontamiento positivas; (5) Factores laborales y ocupacionales protectores y (6) Condiciones físicas e instrumentales positivas (Ver Anexo 1).

7.1. Actitudes favorables respecto al self

Esta categoría se relacionó directamente con las actitudes respecto a sí mismos, relacionadas a su dimensión psicológica y personalidad que se identificaron y/o fueron enunciadas por los adultos como promotoras de la vivencia de un envejecimiento saludable. Dichas actitudes se estructuraron en sus tres componentes, cognitivo, afectivo y conductual, compuesto cada uno por las categorías temáticas que se enuncian en la Tabla 3, a continuación:

Tabla 3.

Actitudes favorables respecto al self en el envejecimiento saludable

<i>CATEGORIA: Actitudes favorables respecto al self</i>		
<i>Componente cognitivo</i>	<i>Componente afectivo</i>	<i>Componente conductual</i>
- Autoconocimiento y apropiación de la identidad.	-Amor por la vida. -Alegría ante la vida.	-Actividades de ocio y pasatiempos.
- Autoconciencia y búsqueda de bienestar.	-Amor conyugal y familiar	- Actitud de constancia y disciplina.
-Creencias y cogniciones entorno a la Espiritualidad y fe.	-Sentimientos de satisfacción vital	-Mantenerse productivo y activo.
- Cogniciones de Satisfacción vital.	-Sentimientos de tranquilidad y paciencia ante la vida	-Autocuidado e higiene.
-Creencias orientadas a la productividad logro y/o éxito.	(Espiritualidad)	-Orientación hacia la ejercitación cognitiva y lectura constante.
-Percepción positiva de la salud.	-Sentimientos de vitalidad y juventud.	
- Significados positivos del envejecimiento.		

En el componente cognitivo, se destaca que gran parte de los adultos denotan poseer alta autoestima, autoeficacia y autorregulación emocional, lo que se interpreta como autoconocimiento y apropiación de la identidad enmarcada en amor por sí mismos, el reconocer sus cualidades, sentirse capaces y autónomos para realizar sus actividades y tomar decisiones, evidenciándose claramente en afirmaciones como *“yo me considero buena, todo mundo me ama y yo me amo”*, *“desde que yo pueda hacer mis cosas solita me siento bien y útil”*, *“yo puedo caminar, puedo estar bien”*, *“yo siento que a pesar de la edad puedo tomar mis decisiones y hacer mis cosas”*; denotando además en muchas ocasiones componentes de inteligencia emocional, regulación de las emociones y conciencia de los errores *“soy una persona estable emocionalmente”*, *“pues a última hora, como seres humanos que somos, siempre fallamos en muchas cositas, pero a lo menos se puede controlar en las cosas que siente, como rabia con su prójimo, a mí se me va pasando y actuó bien”*, *“tengo un carácter difícil, pero yo mismo me calmo y evito todo eso”*, siendo fundamental para la mayoría de adultos el equilibrio mental y la salud psicológica considerando que *“la higiene mental se ha logrado trayendo para sí lo mejor, para que se mantenga el pensamiento purificado...estar en esa regulación de uno mismo, así debe ser, da buenos resultados.”*

Así mismo, un factor relevante fue la satisfacción vital que siente el adulto sano en su vejez, la cual es diferencial y varía en relación al perfil y forma de ser de cada uno, encontrando adultos que le brindan prioridad a su nivel personal, metas propias y la superación de sus dificultades *“yo me siento satisfecho porque he mejorado mi calidad de vida”*, *“yo sí creo que he realizado el ideal de mi vida”*, *“le doy gracias a Dios por ahora lo que me ha permitido, lo que he alcanzado, me siento bien”*, *“yo los años que tengo, los tengo bien vividos”*, *“me siento*

satisfecho, conocí mucho, me di mucho gusto, siento que cumplí mis metas”, “Yo me siento muy contento y satisfecho en la vida que llevo hoy por hoy, a pesar de que antes yo tuve una vida llena de una cantidad de problemas pero solucionados”; adultos que sienten mayor satisfacción en su área familiar, cuestión denotada en relación al cumplimiento de metas de sus hijos, nietos, unión familiar, entre otras, “me siento satisfecho, mi familia es muy buena, todos están vivos, tengo 22 nietos y 6 bisnietos”, “he cumplido mis metas y les he ayudado a mis hijos a cumplirlas” , “me siento satisfecha porque ya los hijos están realizados”, “ Yo vivo contento aquí con mi mujer, todos mis hijos ya son profesionales, salimos a visitarlos y ellos son excelentes personas”; y adultos que priorizan su área profesional u ocupacional, en la que se destacan los títulos y logros alcanzados, reconocimiento social y contribuciones a la sociedad, referido en discursos como “me sacaron como el mejor soldado del batallón y soy de la guardia de honor, conocí muchísimo, tanto que estoy muy feliz por todo eso”, “ yo me siento satisfecha, yo antes me quedo debiendo el gobierno a mí que yo a él”, “en relación a mi vida profesional, estoy muy contento y orgulloso”, “satisfecho si me siento...claro contribuí, y sigue uno intentando contribuir un poco más, esa es la prueba de que la labor se realizó, las metas se cumplieron, porque uno ve los resultados reflejados más allá, en mi vocación”.

Una de las cogniciones que se transversalizó alrededor de todas las categorías y tuvo gran fuerza en el discurso de los gerontes, fue la espiritualidad y fe en relación a todos los aspectos de la vida, un número importante de adultos que pertenecen a una religión, son fieles creyentes, asisten a misa y consideran que Dios y su fe en él son su creencia principal y soporte tanto en momentos de tristeza como en momentos de felicidad, enunciando “*Me considero una persona espiritual, las creencias que guían mi vida son la fe”, “eso es uno creer en que Dios existe, que*

él es el que le da la mano, el que lo ayuda a uno, el que lo favorece”, “en materia de espiritualidad siempre he tenido el espíritu de Dios por encima de todas las cosas”. Además es fundamental destacar muchas de las actitudes positivas respecto al self, los adultos suelen relacionarlas a Dios y la espiritualidad, siendo esto a la larga un factor protector que les brinda confianza, paz y tranquilidad, y sentimientos de satisfacción y gratitud en esta etapa de la vida “todo está en las manos de Dios”, “no me falta nada por cumplir porque todo lo que yo pido Dios me lo concede”, “la parte espiritual es fundamental, a mí me ha ayudado mucho a sanar”, “la fe, Dios, uno sin fe y sin amor a Dios claudica, yo sí creo que llegue hasta edad así, gracias a él porque él es el dueño de la vida”, “yo mala persona no me siento porque una persona que está con Dios y que recibe a Dios y que trata de unirse a Dios, trata de estar bien con sus hermanos, compañeros y todo, yo no creo que sea una persona mala”; cumpliendo además lugares fundamentales en protección ante la soledad y la ausencia de apoyo emocional, así como en momentos de enfermedad “yo uso a la santísima virgen para todo, porque yo nunca estoy sola, estoy con ellos”, “mi compañía y mejor amigo es Dios”, “a mí me duele una muela, me duele algo y yo me aferro a Dios porque él es mi vida, mi médico, es el todo para mí.”.

De la misma manera, en cuanto a las percepciones que favorecen el envejecimiento saludable respecto a la propia salud y el envejecimiento, se encontró que a pesar de que en muchas ocasiones estas aún están influenciadas por estereotipos entorno a la vejez, los adultos mayores de la muestra referenciaron en su mayoría una autopercepción de salud positiva, independientemente de su condición médica, valorando en gran medida su buena condición de salud *“tener salud, que pueda uno caminar, hablar, ser independiente, eso es una vida muy bonita”,* lo que se relaciona directamente con sentimientos de vitalidad y juventud,

envejecimiento óptimo, orientación a la productividad y logro, esto denotado en expresiones como *“yo me siento bien en todo sentido, físicamente no me siento enferma ni agotada de nada.”*, *“yo siento fuerzas, yo me siento todavía joven, si uno dice que está viejo se pone viejo, muchos me dicen que yo parezco más joven”*, *“yo siento que tengo un corazón de quinceañera”*, *“yo me considero una persona saludable y más que eso, privilegiada”*, *“me siento bien en todas mis dimensiones, la vejez viene con sus achaques pero son mínimos”*, *“yo me siento bien, salgo a trotar, a caminar, ando para allá para acá, yo me subo a donde sea, yo ando normal soy como una persona de 30 años, yo no tengo problemas y me siento muy saludable”*, denotando además una alta autoconciencia de sí mismos e interpretación correcta de los cambios que conlleva el envejecer, buscando siempre el bienestar y la salud *“yo considero que no tenemos la misma vigorosidad de cuando detenemos 30- 25 años, pero igual, sigue esa parte de energía. Los problemas de salud van llegando y se manejan con la responsabilidad que corresponde, yo me considero una persona muy saludable”*, *“Tener una vejez como la que yo llevo, saludable, es acabarse uno de cuidar, ser consciente de la edad que yo tengo y el cuerpo humano que yo tengo no se me presta para hacer algunas cosas,, entonces yo tengo hacer cosas que pueda...y seguir activo”*, brindando un significado de envejecer positivo en el que la parte psicológica, mentalidad positiva y tranquilidad que se logre encontrar en esta etapa tienen un papel fundamental *“el espíritu no cambia, yo me siento el mismo chueco de antes que estoy en un esqueleto más viejo, pero uno es el mismo de antes. El envejecer es una cuestión fisiológica, pero yo creo que también depende de cómo uno la vive”*, *“la vejez es tener felicidad, paciencia con la vida, saberse soportar uno, encontrar la tranquilidad todo con paciencia”*, *“envejecer es estar con Dios, el amor principalmente y tranquilidad”*.

En cuanto al componente afectivo, se destaca la presencia del amor conyugal y familiar en la vida de los gerontes, los cuales generan sentimientos positivos, y promueven conductas saludables, encontrando como algunos adultos afirman *“mi esposa es lo más querido y muy atenta conmigo, muy amable, yo a ella la quiero mucho”*, *“A mi esposa me ha ayudado muchísimo, especialmente en los vicios, que no me meta en cosas que no debo, ella me motiva a estar activo, me dice: si usted quiere hágalo, eso le hace bien para usted, desde que se sienta con condiciones y ganas de trabajar, hágalo. Me ayuda a tener mentalidad positiva”*, *“Para mí la felicidad, amor uno solo e inolvidable que es mi mujer, yo no la cambio por nadie”* *“El sentimiento más importante es el amor hacia mi mujer, agregando que al poseer sentimiento mutuo de amor conyugal los adultos evidencian tener orgullo y satisfacción vital “las nuevas parejas ya no duran tanto, sobre todo porque llevan algunas muchos años y son como molestos bravos, no hay esa afinidad, no hay el beso y el abrazo, nosotros hacemos eso, vamos por la calle y nos agarramos de la mano, todavía bailamos bastante los dos, me fascina bailar con ella y me siento satisfecho perfectamente”*. Así mismo, y en relación al amor familiar, se encontró que la mayoría de los adultos ya sea autovalentes o institucionalizados que cuentan con su familia consideran el sentimiento de amor hacia ellos y viceversa como parte importante de su proceso de envejecimiento saludable *“por supuesto es muy importante la familia y los amigos, que lo quieran y sobre todo que lo comprendan”*, *“yo pienso que lo que prevalece es la familia”*, *“yo veo que mi familia me quiere mucho, eso es muy bonito, lo hace sentir a uno bien”* *“mi marido me dejó unos hijitos muy lindos que son muy lindos conmigo”* *“mis hijos ahora que ya crecieron que son casados, me han llevado de paseo, a playas, me visitan, yo por eso me amaño aquí y vivo contenta, yo gozo con ellos, ellos me dan todo y me quieren mucho”*, evidenciando

además otra actitud considerada fundamental que es la alegría ante la vida, la cual se denota en estos adultos exitosos en gran parte de las dimensiones de su vida, considerando que esta hace parte en algunos casos de su forma de ser o se relaciona al balance positivo que le dan de su vida, a sus creencias, enseñanzas y la forma en la que afrontan, valoran y disfrutan sus experiencias *“siempre he sido una persona alegre, yo tengo más felicidad que tristeza y siempre he sido así”, “yo soy muy alegre, como mi papá, él tocaba guitarras, flautas, lo convidaban a matrimonios a tocar, eso lo aprendí de él a estar alegre a que no le entren a uno tristezas”, “mi novio cuando nos enamoramos él decía esta va a ser mi mujer porque ella es activa, es alegre, si uno esta soberbio ella le quita a uno la rabia y le pone sonrisas, y así soy yo”, “gracias a Dios he pasado una vida muy feliz, vivo muy contento”, “hay veces que pongo música y me pongo a bailar sola, yo soy muy alegre”.*

Como último aspecto de esta categoría, se destaca en el componente conductual el realizar actividades de ocio y pasatiempos, siendo en algunos casos manualidades, hobbies como coleccionar objetos y actividades culturales como tocar instrumentos o estando relacionadas a sus cultos y creencias, siendo un factor protector en la parte cognitiva y promoviendo no sólo conductas de productividad sino favoreciendo, en el caso de adultos institucionalizados o pertenecientes a centros día, la interacción entre pares. En relación a esto los adultos afirman *“me gusta cantar, tocar el tiple y la guitarra”, “en mis tiempos libres lo que hago es orar, hago rosarios, me gustan mucho las manualidades, también leo mis libros”, “a veces me pongo a tejer, o me voy aquí a visitar las amistades”, “hago manualidades, toda la vida he trabajado en eso” “lo mejor son las buenas lecturas, buenos hábitos de tratar de escribir lo que se escriba, ejercitar la cabeza”, “hago todos los crucigramas habidos y por haber y no sufro de la*

memoria, ni nada”, “mi hobbie son las matemáticas y me sirven mucho para conservar la memoria”.

7.2. Actitudes favorables respecto al otro

En cuanto a esta categoría, se refiere a las actitudes relacionadas con la familia, los amigos, los pares y demás personas del entorno del adulto que favorecen el desenvolvimiento y adaptación positiva de este en la sociedad y que a la larga promueven conductas que contribuyen al envejecimiento saludable. Dichas actitudes se estructuraron, de la misma manera que la anterior categoría en sus tres componentes, las cuales se describen en la Tabla 4.

Tabla 4.

Actitudes favorables respecto al otro en el envejecimiento saludable

<i>CATEGORIA: Actitudes favorables respecto al otro</i>		
<i>Componente cognitivo</i>	<i>Componente afectivo</i>	<i>Componente conductual</i>
-Adaptabilidad	-Expresión del afecto y	-Relaciones sociales activas
- Cogniciones y recursos de buena comunicación.	cariño.	- Buena convivencia
-Buen sentido del humor.	-Sentimientos de valía	-Interacción activa con grupos de la tercera edad u otros.
- Actitud reservada y prudencia.	hacia las amistades y relaciones con los pares.	-Mantenimiento de la estabilidad conyugal y familiar.
-Creencias orientadas al servicio y consejo.	- Sentimientos de reconocimiento y admiración de los demás.	-Conservación de la unión familiar.

De esta manera, se encontró que en el componente cognitivo poseer un perfil de adaptabilidad social, cogniciones y recursos para una buena comunicación, sumado a un buen sentido de humor, forman parte de las actitudes más importantes respecto a los demás, evidenciándose que la mayoría de los adultos de la muestra fueron y son personas sociables, buenas conversadoras y adaptables a muchos contextos, siendo este un eje que transversaliza todos los componentes, lo que se denota en afirmaciones como *“Siempre fui bien en esa parte, yo no peleo con nadie y toda la gente conmigo es especial, nunca he tenido problemas con ningún vecino ni amigo. Actualmente, aun me veo con mis amigas”, “tengo muchas amistades y siempre he sido muy comunicativo, social a morir. Eso me ha ayudado mucho”, “Siempre me ha gustado ser sociable con las personas...la charla es vida”, “afortunadamente soy bueno relacionándome y no tengo mucho prejuicio para intercambiar una amistad”, “hago feliz a los amigos, me gusta reírme, hacer monerías cuando me siento contento”, “con muchos amigos, todos son amigos míos, no tengo ningún enemigo en ningún lado y toda mi vida he sido así, porque yo me he portado bien”, “he tenido gracias a Dios muchos amigos, seguramente porque he sido bueno para portarme, tengo esa habilidad y me gusta charlar con la gente”, “siempre he tenido buena comunicación y buenas relaciones personales”*. Sin embargo, algunos adultos coinciden en que si bien es cierto, tener buenas relaciones sociales y buena convivencia beneficia a todos en el transcurso de la vida, a la hora de elegir amigos más íntimos o personas de confianza se debe ser selectivo, siendo en algunos momentos necesario combinar esta parte con una actitud reservada y de prudencia *“yo más bien soy de pocos amigos, no me gusta tener como cantidad sino calidad, no que me rodeen muchas personas sino las valiosas”, “a mí la persona que trato y me conversa yo le hablo y todo pero para las amistades íntimas si casi no, he sido*

reservada.”, “más bien yo clasifico a mis amigos por calidad, porque amigos malos pa’ que, me gusta seleccionar los amigos”, “yo he evitado las amistades malas y me parece que uno debe ser más reservado”, “Bastantes amigos sí, pero no compincherero...eso no me ha gustado a mí, yo soy más selectivo, pero me gusta hablarle a todos y ayudarles, yo caigo bien a donde voy”, evidenciándose, que en la mayoría de los adultos estas actitudes ya mencionadas se relacionan con una actitud protectora y que genera un impacto positivo a nivel personal y social que es la orientación al servicio y consejo “me gusta trabajar por la gente, poder ayudar a las personas hasta el final de la vida”, “aconsejo a mucha gente, porque entre uno más vive, más ve y más aprende”, “yo ayudo mucho a la gente que lo necesita...voy a una fundación de niños y les doy comida, todo lo que necesiten”.

Así mismo, ligado a este componente está la parte afectiva, entre las que se destaca el valorar las amistades y relaciones con los demás y la expresión del afecto y cariño, tanto en las relaciones con amigos, como en la familia y la pareja, encontrándose expresiones como “*siempre he sido expresivo en el cariño y me ha gustado manifestarlo y eso se mantiene*”, “*soy muy cariñosa con la gente, soy muy compartidora*”, “*yo considero que eso de tratar a las personas es bonito, tener amigas, que lo sepan querer a uno y uno quererlas, yo soy muy cariñosa*”, “*la amistad es parte de la vida, qué sería de uno solitario, a mí me gusta mucho la amistad y todavía tengo muchos amigos*”, “*Yo con mi familia he sido muy cariñosa, también veo que me quieren mucho*”, “*soy expresivo con mis seres queridos, la familia toda me quiere*”; siendo además fundamental para algunos adultos, en relación al componente de satisfacción vital, no solo el expresar sus propios afectos sino tener sentimientos de reconocimiento y admiración por parte de los otros de su experiencia de vida, sabiduría o logros obtenidos.

En cuanto al último componente de esta categoría, la dimensión conductual, se destaca la orientación del adulto sano a mantener relaciones sociales activas, haciendo parte en su gran mayoría de grupos de la tercera edad u otras comunidades, que si bien no en todos los casos se presenta, le aportan junto a la familia, la pareja y las mascotas, el importante apoyo social que necesita el adulto en todos los ciclos vitales. Con respecto a esto, los adultos afirmaron *“yo tuve y tengo muchos amigos, por mis cargos y posiciones sociales...mi vida social es muy activa”, “tenía amigos y amigas, y todavía, esta uno viejo y la gente le encanta que uno vaya a visitarlos y hablar”, “cuando me siento así sola...es cuando me voy allí a mis amigas, a echar lengua, eso de uno llegar y que a ellas les de alegría verlo a uno llegar eso es una bendición”, “tengo una lora, dos canarios y dos perros, me gustan mucho los animales, yo les canto, los cuido, los alimento y me entretengo mucho con ellos, ellos lo acompañan a uno”, “uno se encuentra a una persona y se pone a hablar y hablar, eso es muy bonito que uno se encuentre con las amistades”, “Actualmente tengo buenos amigos, charlo con ellos, voy a las casas cuando puedo y de muchacho era amiguero bastante, siempre junto a mi esposa”, “ahora en mi tiempo libre...acá jugar en el centro día, conversar con los amigos, el uno le echa un cuento, el uno otro y así”, “yo vengo acá al centro día a divertirme con la gente, hace un año, pero no es que me haga falta nada allá con mi familia”, “aquí comparto con los demás, uno conversa, se distrae, se ríe, el corazón encuentra más tranquilidad”*. Además se recalca el factor protector fundamental que cumple el pertenecer a estos grupos, asociaciones y en algunos casos instituciones, ya que promueve y facilita la actividad física, cognitiva y la participación en actividades de ocio y productividad *“yo estoy muchísimo lo amañada aquí, en el grupo nos ponemos aquí a reírnos, a*

ayudar a hacer pinturas y formaban bailes, nos poníamos por ahí a mirar y a cantar todas...hemos salido a pasear, bailamos, cantamos, hicimos coplas...muy bonito”.

En relación a esto, también es fundamental para algunos adultos, en su mayoría no institucionalizados, el mantenimiento de la estabilidad conyugal y la unión familiar *“vivimos cuarenta años con mi esposo, bien, sin complicación, vivíamos tranquilos”, “yo soy felizmente casado, las relaciones con mi esposa siempre han sido buenas, mis relaciones tanto con ella como con mis hijos ha sido excelentes”, “Llevamos 49 años de casado con mi esposa y somos muy especiales, a pesar de que ya casi vayamos a cumplir 50 años juntos, parece que estamos en luna de miel...tanto como amigos y como pareja somos muy especiales”, “siempre he tratado de compartir con la persona que están cerca a uno, siempre que tengo un momento de alegría y oportunidades bonitas para que la familia se reúna”, “yo creo que el amor es muy importante...vivir uno con su familia, con sus hijos”, “lo más importante es tener uno la familia al lado y al señor, primero Jesucristo y de resto la familia y ya luego los amigos, que yo tengo muchos”, “he mantenido buena relación con la familia y amigos, me siento acompañado y feliz”.*

7.3. Valores protectores

Esta categoría se refiere a todos aquellos valores que guían la vida de los adultos sanos y que consideran fundamentales y protectores tanto para su propia integridad como para desenvolverse de forma exitosa en la sociedad. De esta manera, en la Tabla 5 se enuncian los catorce valores que representaron la muestra de adultos saludables, el valor más destacado es el respeto propio y hacia los demás, enmarcado como el valor base para contribuir a las actitudes

que favorecen el self, respetando la integridad propia en términos de autoestima y autocuidado, posibilitando el entablar relaciones interpersonales sanas.

Tabla 5.

Valores protectores en el envejecimiento saludable

CATEGORIA: <i>Valores protectores</i>	
-Respeto propio y hacia los demás.	-Amor.
-Paz y tranquilidad.	-Piedad y compasión.
-Responsabilidad.	-Nobleza y humildad.
-Optimismo.	-Compañerismo
-Solidaridad.	-Tolerancia.
-Rectitud y moralidad.	-Valor por la vida.
-Sinceridad, honestidad y carácter.	-Gratitud.

En concordancia a lo anterior los adultos afirman *“El respeto es fundamental, porque hay personas que irrespetan, uno debe respetar a los otros, a los menores y que a uno lo respeten por ser mayor”*, *“el respeto con los demás es lo más importante. No le gusta a uno, por ejemplo, que una persona trate mal a otra, eso es horrible y uno ve aquí mucho eso”* *“uno ya está de edad, con los años que uno tiene y la experiencia esta para que lo respeten y respetar”*, relacionando el respeto a valores como el amor, la confianza y la tranquilidad, *“habiendo amor hay respeto y habiendo respeto hay amor, pero si no hay amor y no hay respeto no hay nada”*, *“en mis relaciones estables, hay respeto y confianza, siempre he sido una persona tranquila”*, y considerando en su mayoría que este es un valor que se ha ido perdiendo en la sociedad, existiendo altos niveles de irrespeto e intolerancia, algo bastante preocupante para las familias, las parejas y las demás instituciones sociales *“empezando que actualmente que todas las noticias*

negativas se provocan por la intolerancia, a eso siempre hay que responder con decencia, manejando la situación y las personas reaccionan mejor”.

En relación al valor ya mencionado de la tranquilidad, se encontró que éste más que ser un valor, es una forma de afrontar la vida, considerando la mayoría de adultos fundamental, que al llegar a la vejez se logra alcanzar la paz y la calma que brindan la satisfacción, superación de dificultades y un balance positivo de la vida, afirmando *“hasta la presente a mí me parece que vivo tranquila, sobre mi vida pasada, me siento satisfecha”, “para mí lo más importante la paz y la tranquilidad”, “toda la vida me considere tranquila, problemas tuve, pero todo pasajero”, “uno debe evitar todo lo que sea problema, mantener paz, tranquilidad, tener mucha paciencia”, “recibir los años con sabiduría y tranquilidad, saber que llegan y aceptar que uno se hace más viejo, pero recibirlo con buena actitud”,* relacionando, de esta manera, este valor con el optimismo, el cual motiva a muchos adultos a realizar sus metas y tener actitudes positivas, de éxito y confianza en todas las esferas de su vida, siendo predominante este valor en los adultos exitosos *“me gusta todo lo que se trate de positivo, soy enemigo de lo negativo, uno no debe ser pesimista ante las cosas, lo que pienso lo digo y confié en que se me cumple, porque todo lo que uno desea se puede hacer. En los años que tengo no recuerdo una cosa que haya dicho y me haya salido mal”, “yo soy una persona muy positiva, esa es la manera de uno meterse algo en la cabeza y poderlo cumplir”, “la verdad es que yo creo que cuando la persona es negativa no puede salir adelante tiene que ser uno optimista porque en medio de las dificultades tiene que salir adelante, o si no se puede lograr nada”*

Así mismo, la responsabilidad aparece como un valor indispensable en este tipo de adultos, ya que éstos consideran que el haber cumplido con sus obligaciones morales y

ocupacionales, les ha garantizado en la vejez frutos y repercusiones positivas *“hay que mantener una buena vida hasta el final, ser consciente de que lo que uno hace de joven luego le va a dar consecuencias, y las cosas buenas se van a ver en la vejez”* *“yo he tratado de ser una persona correcta, responsable en mis cosas, nunca he tenido problemas con las personas con las que he vivido”*, *“yo siempre he tenido responsabilidad sobre todo con los hijos, eso sí lo tuve bastante, y conmino, porque si no se cuida uno que carambas”*, siendo fundamental la responsabilidad en cuanto a la propia salud *“hay que cuidarse de joven para estar bien”*.

En cuanto a valores como la solidaridad, compañerismo, piedad y compasión, se encontró que éstos son diferenciados por los adultos en situaciones distintas, pero todos se direccionan a hacer el bien, velar por los demás y contribuir desde la propia posición al bien de los otros, siendo valores muy importantes para más de la mitad de la muestra de adultos *“me hace feliz haber podido servir y ayudar a los demás”*, *“hay que estar unido uno con el compañerismo, pensar en los otros también”*, *“me gusta trabajar por la gente. Soy solidario, ayudar a las personas a la medida en que uno pueda”*, *“esa ayuda a los demás en todas partes debería haberla, eso ayuda a vivir”*, *“hay que tener compañerismo, saber que si mis compañeros están enfermos yo pueda pararlos, darle la mano, aliviarlos de donde sea, para mí eso me nace de mi corazón”*.

Finalmente, la rectitud y la moralidad es un valor que los adultos consideran como principal para enseñar a las demás generaciones y cultivar los aspectos éticos en una sociedad alejada de los valores humanos, afirmando que *“lo importante es uno manejarse bien y formar el trato de uno para sí mismo y estar bien. Hay que mirar y pensar para el bien, no para el mal”*, *“hay que imitar a Jesucristo en la moralidad y el bien”*, *“La mejor riqueza es ser gente con la*

gente, eso le digo yo a los hijos, así tenga plata, estudios, nada como ser humilde y recto, nada de trampas, ni mentiras”.

7.4. Estrategias de afrontamiento positivas

Esta categoría se refiere a las diversas estrategias y formas de afrontamiento protectoras por las que opta el adulto sano para enfrentar los problemas y situaciones estresantes, adaptándose eficazmente a los mismos y superándolos. Es así, como en la Tabla 6 se evidencian las cinco estrategias que hacen parte del repertorio de recursos personales de afrontamiento de los adultos de la muestra.

Tabla 6.

Estrategias de afrontamiento protectoras en el envejecimiento saludable

CATEGORIA: *Estrategias de afrontamiento positivas*

- Autocontrol: Afrontar de forma tranquila las dificultades.
- Evitación de los conflictos.
- Planificación: Análisis de problemas, Búsqueda de soluciones.
- Resiliencia: Revaluación positiva
- Búsqueda de apoyo social y profesional
- Afrontamiento religioso

Se destaca que en los adultos mayores exitosos se presentan estrategias positivas como el autocontrol y la evitación de conflictos, relacionado directamente al control emocional y el evitar generar problemas en las relaciones personales, lo cual representa un factor protector tanto a nivel social como personal, evidenciando de esta manera un enmarcado patrón de tranquilidad

frente a los conflictos que se presentan en el diario vivir, de acuerdo a lo anterior los adultos afirman *“uno siempre debe pensar bien cómo actuar”, “yo siempre he sido muy calmada, de pocas discusiones”, “es mejor evitar el problema que tenerlo y toda la vida he sido así”, “nunca he sido una persona problemática”, “hay que evitar en sí los problemas el estrés, porque eso lo envejece a uno rápido, no maldecir y ser uno tranquilo”*. Así mismo, la estrategia de planificación se enmarca en habilidades como el análisis de problemas y búsqueda de soluciones, lo cual representa un factor protector y un recurso en situaciones estresantes *“lo que se debe hacer es buscar las causas que generaron esa dificultad, caracterizarlas y mirar que solución se le busca, siempre he sido así, muy analítico”, “cuando hay algún problema viene la preocupación del porqué, qué paso, pero buscando del porque paso la situación y así uno busca la forma de darle salida o solución, como dice mucha gente ponerle el pecho a la brisa, enfrentar los problemas, no esconderse”, “si hay dificultades, analizo la situación trato de conversar con esa persona y tomar una decisión”, “lo primero que hace uno es pensar en cómo solucionar, me detengo, pienso y ahí poco a poco con calma uno ve la salida”*.

Igualmente, una de las estrategias fundamentales en este tipo de adultos es la reevaluación positiva que se ha asociado como un componente de la Resiliencia, característica enmarcada en este tipo de adultos, lo cual representa un recurso importante para dejar atrás lo negativo, contraponerse a la adversidad, superarse y sacar algo positivo de ello, lo cual se evidencia en enunciados como *“Desde luego habrá y hubo momentos difíciles en mi vida, pero yo no he encontrado ninguna discusión o problema que no fuera solucionable, siempre he contado con buena fortuna”, “y yo soy una persona feliz, a pesar de las dificultades he tenido fortaleza y fuerza y el mundo no se me cae así no más”, “actualmente me siento bien, me considero*

saludable en todo, pero estoy enfermo de la vejiga, es algo temporal, he tenido cirugías y esas tampoco me han impedido, me siento como activo y con energía”, “Yo tengo inicios de osteoporosis, pero a mí no me gusta mantenerme quieta, así me duela, hago ejercicios suaves y aquí sigo caminando, eso le pasa a la gente se echa a morir y se tulle”, en los cuales a pesar de en algunas ocasiones tener condiciones de enfermedad puede más en anteponerse a ello y continuar con motivación ante la vida y bienestar.

Finalmente, se considera importante destacar la estrategia identificada en los adultos como búsqueda de apoyo social y profesional, la cual se orienta a las acciones tendientes a buscar consejo, información, comprensión de parte de otra persona sea familiar o profesional, enunciado en expresiones como *“siempre he optado en hablar con una persona con experiencia y preguntarle, hablarle y decirle que puedo hacer”, “llamo a mis hijas o mi hermana y ellas me dan consejos, me ayudan a buscar soluciones”*.

Y el afrontamiento religioso, el cual se orienta a todos aquellos métodos o estrategias asociadas a la religión o la comunidad religiosa que emplean los adultos para disminuir el estrés y encontrar tranquilidad, encontrando verbalizaciones como *“yo le pido a Dios que me ayude por este camino, o este otro a solucionar las cosas”, “cuando yo tengo problemas los pongo en manos de Dios”, “Si me presenta un problema, me voy directo a mi oratorio”*.

7.5. Factores laborales y ocupacionales protectores

La presente categoría denota aquellos factores relacionados al trabajo u ocupación desempeñada que estuvieron presentes en la vida de los adultos mayores y que contribuyeron a un envejecimiento exitoso, como facilitadores de productividad, ejercicio físico y cognitivo

constante y adaptación a los diversos cambios en el ciclo vital. En la Tabla 7 se presentan cinco factores protectores principales relacionados a esta dimensión protectora.

Tabla 7.

Factores laborales y ocupacionales protectores en el envejecimiento saludable

CATEGORIA: *Factores laborales y ocupacionales protectores*

- Trabajo y actividad constante.
- Continuar activo laboralmente después de la jubilación.
- Estar en constante búsqueda de nuevos aprendizajes.
- Poseer formación empírica o experticia algún área.
- Profesiones de alta exigencia cognitiva.

Se encontró que gran parte de los adultos entrevistados afirman que su profesión fue y es fundamental en su calidad de envejecimiento y en sus niveles de satisfacción vital *“mi profesión es muy importante porque me ha mantenido activo”, “mi trabajo siempre me ayudaba, no hacer nada me enfermaba” “mantenerme ocupado ha sido algo muy importante para mi vida, desearía seguir trabajando”,* ya que además de mantenerlos en constante actividad física, les permitió ejercitarse y exigirse cognitivamente, siendo las profesiones relacionadas a electrónica, mecánica, reparación, manejo manual, números y relaciones contables, las más consideradas por ellos como contribuyentes no solo en el proceso de envejecimiento sino alrededor de toda su vida, siendo además fundamental el continuar activos después de la jubilación *“soy pensionada de administradora de medios contables y trabajo aún. Prácticamente hago diligencias en la mañana y en la tarde trabajo, solo el día domingo descanso”, “yo soy especializado en matemática y física, enseñé matemáticas esa es mi profesión favorita y aun me fascinan las*

matemáticas, tengo mi biblioteca de matemáticas, mi tablero, toda la vida la he pasado resolviendo los problemas, me mantengo en eso estudiando matemáticas”, “yo estoy activa laboralmente, yo hago chorizos, rellenas, todo eso”, siendo la formación académica, ya sea solo bachillerato o profesional, o el aprendizaje empírico de cualquier manualidad u ocupación un factor protector ante la inactividad “aprendí modistería y actualmente aún trabajo en eso, tengo encargos”, “en el tiempo libre después de la jubilación, estoy dedicado a algunas labores propias de la casa, mantenimiento de los aparatos y cosas que soy capaz” “como yo estudie dos años de electrónica hay que estar pendiente si hay que hacer alguna reparación o de algún aparato de uno o de alguna hija”, encontrando especialmente en adultos clasificados en ocupaciones de profesionales, científicos e intelectuales una constante motivación por el estudio y búsqueda de nuevos aprendizajes “yo abiertamente tengo amor por la lectura, estoy leyendo sobre la historia religiosa de Colombia, me intereso por artículos que aparecen en internet, yo descanso pero leo y estudio todo el tiempo”, “a veces practico un rato en el computador, artículos de electrónica y cosas nuevas”, o en adultos mayores de otros niveles académicos u ocupaciones “la verdad con medio lo que yo aprendí yo cargo mis dos cuadernos y le digo a fulana anóteme una plana aquí que yo quiero aprender algo”, “leo prensa, leo historias, los libros los término muy rápido, yo de joven me compraba novelas y me la leía en un día por largo que fuera”.

7.6. Condiciones físicas e instrumentales positivas

En esta categoría se describen todas aquellas condiciones físicas e instrumentales positivas identificadas en la muestra de adultos sanos, que se relacionan a un envejecimiento

exitoso. En este orden, en la Tabla 8 se desglosan los dos tipos de condiciones, junto a las nueve subcategorías temáticas que componen esta macro categoría:

Tabla 8.

Condiciones físicas e instrumentales positivas en el envejecimiento saludable

CATEGORIA: <i>Condiciones físicas e instrumentales positivas</i>	
<i>Condiciones Físicas</i>	<i>Condiciones Instrumentales</i>
-Hábitos sanos de alimentación y estilo de vida.	-Atención médica oportuna.
-Ejercicio físico constante en el transcurso de la vida.	-Pertener a un grupo centro día o comunidad.
-Factores genéticos: herencia de larga longevidad.	-Emplear medicina natural.
	- Suplementos y medicina preventiva.
	-Tener una vivienda apta.
	-Teléfono para contactarse con amigos e hijos.
	-Apoyo en las actividades diarias.

En relación a las condiciones físicas positivas, se encuentran principalmente los hábitos sanos de alimentación y estilo de vida, denotados en una dieta balanceada, alimentarse en las horas precisas y regularmente, tener buenos hábitos de sueño y no tener vicios, o controlar el consumo de alcohol y tabaco sin caer en excesos de ningún tipo, lo cual se evidencia en afirmaciones como *“mire yo creo que ahí está la clave en los alimentos, uno alimentándose bien y a tiempo, eso es salud”* *“el pescado el mejor es el bocachico, también mucho plátano sudado y la yuca, esos son alimentos muy buenos, el platanito popocho también es muy bueno”*, *“yo me cuidaba mucho en la comida, yo comía muy bien, comía pescado, pollo, gallina, huevos de codorniz, tomaba jugos de borjón, eso es lo mejor que hay para el cerebro”*, *“en la alimentación trato de no ingerir mucha grasa y siempre he sido muy estricto en los horarios”*, *“mi*

alimentación es muy sana, solo como pollo y pescado, y así ha sido toda la vida, también consumo más de cinco vasos de agua diarios”, “también es fundamental comer fruta, yo me como zanahoria, uvas, pera, manzana y mango”, “en la comida, tratar uno de no comer grasas, no comer carne roja, además a mí nunca me ha gustado fumar y beber”, “en lo físico lo importante es sentirse uno bien, yo cuidé mi salud, me cuidaba de no trasnochar porque es que los trasnochos lo llevan a uno mal y no estar por allá aguantando hambre”, encontrándose algo que es importante destacar y es que cada adulto dependiendo de su cultura caracterizaba lo que era una buena alimentación, pero existiendo un punto en común en cuanto al consumo de alimentos con alto nivel proteínico, bajo en grasas y azúcares, carnes blancas, frutas, verduras, mucha agua, sumado al buen estilo de vida ya mencionado, ya que algunos reconocen la importancia de la prevención, prudencia y responsabilidad con el propio cuerpo “en mis hábitos fue importante haber sido sano, haberme cuidado, pensando en ser prudente y no tener un desenlace negativo”, “Cuando me da gripa se me corta la respiración consecuencia de haber sido fumador, lo que yo hice en la juventud me saca factura. Nosotros tenemos un cuerpo humano que resiste hasta donde llega y pa’ adelante no consiente más nada”.

Así mismo, el ejercicio físico tanto en la juventud como la vejez se identificó como una condición positiva y que favorece el envejecimiento saludable “jugué tennis mucho tiempo, fui a torneos. Hice mucho deporte, también jugué golf. Actualmente, con mis 94 años, nado de 5-10 minutos en la piscina”, “Caminaba y camine mucho, nunca cogía bus ni flota”, “en deporte también toda la vida practique el atletismo, ese fue mi deporte...aún voy con dos amigos salimos dos o tres veces por semana a caminar 6 km, 3 km de ida, 3 km de venida”, “Yo siempre he sido deportista, desde el colegio le jalaba al atletismo, voleibol, basquetbol, futbol”, “Cuando yo no

tengo nada que hacer hago ejercicio, yo hago flexiones para no entumirme, me gusta caminar, correr, diariamente corro treinta vueltas al parque, como unos 20 minutos, siempre me mantengo activo, yo no me estoy quieto. Además, me gusta jugar básquetbol”, “Aun todavía hago de veinte a cuarenta flexiones, eso me gusta y me hace sentir bien”. Es así como esta condición, si bien en su mayoría es iniciativa del propio adulto, la promueven también instituciones centros día y hogares geriátricos “aquí viene un profesor a hacernos ejercicios tres veces a la semana”. “participo en las actividades de ejercicio del asilo, eso me gusta”, a mí el ejercicio me gusta, la gimnasia que hacemos acá, no me gusta quedarme quieto porque mis tendones se duermen”.

Otra condición que vale la pena destacar, es que un porcentaje de los adultos de la muestra enunciaron tener herencia de larga longevidad y poca enfermedad, con lo cual se pone en mención el componente genético y de herencia en el envejecimiento saludable “yo tengo herencia de buena salud y en ese sentido me siento afortunado”, “pienso que primero que todo esos genes de los padres de uno son importantes, han sido personas sanas”, “yo tengo herencia de buena salud, mi papá murió de 104 años y mi mamá de 94 años, ambos con salud”.

Por otra parte, en cuanto a las condiciones instrumentales se destaca un recurso muy importante a nivel cultural en los gerontes que es el empleo de medicina natural y/o preventiva, lo cual, si bien es una conducta favorable respecto al self, es una condición instrumental positiva que favorece el envejecimiento exitoso, empleando las propiedades curativas de la naturaleza en la promoción de la propia salud. En relación a lo mencionado, se encontró en la experiencia de los adultos apreciaciones valiosas como “yo considero que las agüitas medicinales tiene una buena parte en la salud, yo tengo mi huerta acá en la casa de lo que es el romero, la albahaca,

el cidrón, toronjil, perejil, esas son las principales y me tomo una después de cada comida”, “tomo la moringa que está siendo usada en muchas partes por sus propiedades para la salud, como la de hierbabuena, mejorana, albahaca”, “los remedios de hiervas es ya que lo alientan a uno...tomar ajeno, albahaca, matricaria, te pa’ el corazón, porque cada una sirve para una cosa...he tomado de todas y toda la vida”, “hasta ahora es que voy a donde el medico porque de joven era puras hiervas, yo tomaba aguas del namo, el namo es una hierba que si todo mundo tomara de esa agua no habrían tantas enfermedades, yo me he sentido muy alentado”.

Sin embargo, también la atención médica oportuna y profesional, orientada a chequeos médicos constantes y asistencia eficaz en momentos de enfermedad, es un factor que se considera fundamental en la prevención del envejecimiento patológico y conservación de la salud denotado en expresiones como *“cuando me siento mala me llevan al doctor y ahí mismo me aliento”, “he estado atento a ir al médico cuando fuera necesario”, “Cuando yo me siento muy maluca o algo voy a donde el medico particular y que me recete algo que me componga”.*

Además, se encontró como relevante en el adulto tener una vivienda apta o un techo donde dormir y tener sus pertenencias, y recibir apoyo en algunas de las actividades diarias, siendo esto no indispensable pero sí fundamental en el proceso de disminuir carga física y esfuerzos innecesarios en la vejez *“uno debe cuidarse de accidentes su cuerpito, que lo atiendan y si uno no puede hacer algo de oficio que le ayuden”, “acá he estado muy bien, hago todas mis cosas bien hechas...me ayudan, me lavan la ropa, porque como yo no puedo estarme mucho tiempo parada pa’ lavar”.* Resaltándose, como un factor instrumental fundamental el pertenecer a grupos centro día o comunidad de la tercera edad, ya que esto facilita tener más próximos servicios de enfermería, medicina, psicología, fisioterapia, etc., los cuales benefician al geronte,

además de todas las implicaciones positivas a nivel social que ya han sido mencionadas *“aquí tengo todo, comida, droga, médicos y la recreación que es muy importante, la cancha de tejo, parques, domino, naipes y eso hago jugar con los compañeros”*.

Capítulo 8

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo caracterizar los estilos de vida y perfiles psicosociales de una muestra de adultos mayores excepcionales del departamento de Santander que contribuyen a un envejecimiento saludable. Para llevar a cabo el cumplimiento de dicha finalidad se considera fundamental contrastar los resultados más relevantes obtenidos en todo el proceso investigativo, a fin de dar cuenta descriptivamente del perfil de los adultos de una forma holística.

En primer lugar, en relación a las características sociodemográficas de la muestra, se denotó una mayor representación de adultos de las provincias de Soto y Comuneros, en contraste a menor representación en adultos de las provincias de Vélez y García Rovira, esto obedeció a motivos externos a la investigación, entre los que se encuentran difícil acceso de la muestra, poco apoyo de instituciones y elevados índices de dependencia y afectación crónica en los gerontes en estos 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.

Por otro lado, en relación a la edad media de los gerontes, se resalta que la muestra correspondió tal como se propuso inicialmente, a una muestra clasificada 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; asumiendo 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, siendo 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 segundo lugar, en relación a la evaluación del estado biopsicosocial de los gerontes con las pruebas screening, se evidenciaron puntuaciones altas en las cuatro escalas aplicadas, lo cual denotó un buen estado cognitivo, funcionalidad física, salud mental, en lo concerniente a bienestar psicológico, funcionamiento social y afrontamiento; y estado nutricional en la muestra.

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 Roselli 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). Agregando, finalmente, en cuanto al MNA, 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 sujetos, condiciones ambientales y socioeconómicas tanto del adulto, si es autovalente, como de las instituciones en las que se encuentran internos, las cuales variaron mucho en cada departamento estudiado. En concordancia a esto en Arango y Ruiz (2007) se afirma 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 sufren este problema, el cual 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).

En tercer lugar, en relación a los resultados obtenidos en el análisis cualitativo a través del método de teoría fundamentada, inicialmente, se destaca que de la categoría núcleo “Factores

psicosociales y protectores en el envejecimiento saludable” emergieron un sinnúmero de categorías relacionadas al estilo de vida y perfil de los adultos las cuales, posterior a un proceso de contrastación y síntesis se redujeron a las seis, ya mencionadas, las cuales abarcan mucho más de lo propuesto inicialmente y evidencian que en los adultos mayores existen múltiples dimensiones positivas que favorecen el bienestar, la salud y la calidad de vida en el envejecimiento, cuestión que coincide con lo afirmado en Fernández-Ballesteros, et al. (2010), donde se enuncia que los determinantes o predictores en este tipo de envejecimiento se han reducido en la literatura a condiciones biomédicas, poniendo de manifiesto en sus resultados un amplio número de predictores multidimensionales de envejecimiento con éxito, entre los cuales se encuentran variables psicológicas intelectuales, de la personalidad y motivacionales.

En este orden, se considera fundamental enunciar previamente como las dos primeras categorías se subdividieron en tres componentes cognitivo, afectivo conductual, lo cual se integró considerando que se reporta en la literatura que la actitud es un constructo cognitivo que se expresa a través de opiniones y predisponen a la acción, siendo susceptible a reaccionar de manera valorativa hacia la conducta (Tejedor, García-Valcárcel, Prada & Ávila, 2009), evidenciando, que si bien la actitud hace parte del comportamiento, al concebir al ser como un todo, es fundamental considerar sus afectos, cogniciones y creencias.

De esta manera, en relación a la primera categoría, actitudes favorables respecto al self, se resalta la autoestima y el autoconcepto, pues es importante resaltar que ésta depende de factores diferenciales, encontrándose que algunos adultos sanos miden la imagen que tienen de sí mismos y su satisfacción ante la vida entorno a lo que la sociedad aprueba, desaprueba y/o percibe de ellos. Dicha situación puede ser en su medida negativo, ya que según Paéz, Zubieta y

Mayordomo (2005), “el locus de control externo se ha asociado con una menor capacidad para enfrentar hechos estresantes, con la ansiedad y con la depresión” (p.12), sin embargo, en estos adultos se presenta una orientación a la selectividad y la prudencia, lo cual se traduce en relaciones positivas que promueven un buen concepto propio.

Es así, como también se evidencia un grupo de adultos en los que la imagen que tienen de sí mismos se basa en sus propias acciones y satisfacción personal, ya sea porque hayan ejercido su vocación y sean reconocidos por ello o porque estén satisfechos con lo que han hecho como personas, esto es significativo a nivel espiritual y promueve el ideal de autoestima en los gerontes, porque no depende de agentes externos para fortalecerse. Según Vera, Domínguez, Laborín, Batista y Seabra (2007), esto se relaciona a un locus de control interno y es considerado un predictor positivo que favorece una mayor orientación al éxito, encontrándose que los adultos mayores que poseen control interno con frecuencia enfrentan o resuelven sus problemas empleando conductas adaptativas. De esta manera, este tipo autoestima, facilita en mayor medida la autorreflexión y reconocimiento de los errores, cuestión que es importante en el balance en procesos internos y de madurez que se debe hacer en la vejez para alcanzar esa integración, realización y sabiduría. Según Miranda (2005), la importancia de la autoestima radica en que es un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional, cognitivo y práctico, afectando de forma determinante todas las áreas de la vida, siendo un factor clave para la tercera edad, debido a que al llegar a esta etapa se deben valorar las habilidades y características propias, que han sufrido cambios con el paso del tiempo (Ortiz & Castro, 2009).

A su vez, se considera relevante destacar que en el perfil de un adulto mayor saludable es significativo tener la capacidad de estar en una constante autorreflexión, evaluar sus decisiones,

aciertos y errores en los momentos de dificultad, pues dependiendo al tipo de personalidad, esto motiva a los adultos a recurrir a otras personas con más experiencia o profesionales que puedan orientar la búsqueda de soluciones, lo que indica que estos adultos tiene una actitud analítica y consiente frente a la vida, regulando su impulsividad y emociones de forma positiva, constituyéndose en factores protectores y promotores de salud que transformados en actitudes de paciencia y tolerancia ante los cambios de la vida y los años, facilita el encontrar aceptación y tranquilidad en la vejez. En relación a lo anterior, Skaff, Mullan, Fisher y Chesla (2003), afirman que la percepción de control y la capacidad de autorregulación de pensamientos y emociones son buenos predictores de salud física y psicológica y generan, además, comportamientos de autocuidado y una adecuada utilización de los servicios de salud. De este modo, los adultos mayores con paciencia tienden a poseer más tranquilidad y habilidades de afrontamiento ante los problemas y conflictos, es una habilidad que si bien puede hacer parte de la personalidad también puede adquirirse en la mediana edad y actuar como factor protector en esta etapa frente estresores futuros, enfermedades y dificultades emocionales, en concordancia a esto Marín y Castro (2011), afirman que la tranquilidad mental y emocional aporta estabilidad en la vida del adulto mayor.

Por otra parte, en la etapa de la vejez es significativo como el propio adulto mayor afronta los cambios físicos y sociales que se generan, la idea no es que el adulto acepte con resignación que ya no puede realizar sus actividades de ocio o sus labores diarias, sino que se cultive esa autoconciencia de sí mismo, tanto de las potencialidades como del deterioro normal que se genera a nivel corporal, que si bien está presente, no incapacita, ni impide que el adulto continúe activo y haciendo lo que le gusta. Esto conlleva madurez y responsabilidad con el propio cuerpo,

pues la vejez implica ir ajustándose a los cambios que se van experimentando, aprendiendo a disfrutar las oportunidades, potencialidades y manejando las limitaciones (Francke, González & Lozano, 2011).

Todo lo anterior se relaciona a la satisfacción vital y motivaciones del adulto, las cuales por lo general se fundamentan en diversos aspectos que desde cada experiencia de vida, variables diferenciales y características propias de la personalidad que otorgan mayor o menor significación a algo, encontrándose en algunos adultos la familia como proveedora de compañía y sentimientos de orgullo en relación a los hijos y los nietos; en otros adultos el amor y la estabilidad conyugal representa gran parte de la felicidad, orgullo y sentimientos de satisfacción ante la vida; encontrándose también gerontes para los que el viajar o acumular experiencias, conocer o disfrutar del mundo desde su propia perspectiva o sus propias metas, denota satisfacción profesional y brinda sentimientos de autorrealización, promueve el autoestima y favorece el bienestar subjetivo, constituyéndose en un factor protector importante, cuestión que concuerda con Dulcey (1999), citado en Botero y Pico (2007), para los cuales el concepto de bienestar subjetivo y satisfacción con la vida en la vejez es criterio de un envejecimiento exitoso. De esta manera, la satisfacción vital tiene un punto en común en los adultos sanos y es que para lograr este tipo de sentimiento al llegar a la vejez los gerontes logran realizar un balance positivo de las experiencias vividas sin arrepentimiento, ni anhelo del pasado, resignificando sus vivencias y dotándolas de un sentido positivo.

En cuanto a la espiritualidad tiene un fuerte contenido de transmisión y costumbre familiar y representa un factor protector para los adultos que la poseen en la medida en que les brinda no sólo esa paz a la hora de hacer un balance de su vida sino que les brinda a los adultos

un motivo una creencia guía, ocupando un lugar muy importante en la solución de conflictos ya que esta brinda un consuelo o apoyo emocional que no tiene en ocasiones el adulto, y provee paz y tranquilidad en momentos de angustia, esto justifica el llamado afrontamiento religioso en la categoría de estrategias de afrontamiento, el cual se asocia a formas específicas de afrontamiento en métodos como la purificación y la confesión, el apoyo espiritual, la conversión y las aproximaciones religiosas al control; y el estudio de los patrones de afrontamiento como la búsqueda de apoyo espiritual, la conexión espiritual, el buscar ayuda de miembros de la iglesia, la ayuda religiosa y el perdón religioso (Pargament et al., 1998, citado en Rivera-Ledesma y Montero-López, 2006). Además, se encontró que en algunos adultos esta suple vacíos en el apoyo emocional y familiar del adulto y brindando consuelo ante sentimientos de soledad o tristeza. De este modo, la espiritualidad motiva y permite la búsqueda de trascendencia, propósito y sentido de vivir, actuando como variable independiente que favorece, además, el desarrollo de la Resiliencia (Rodríguez, Fernández, Pérez & Noriega, 2011).

Un aspecto que es relevante destacar de la espiritualidad es que se encontró que las creencias en un Dios justo, que sólo quiere el bienestar de los que tienen fe en él, fortalecen sus percepciones y estado de salud, ya que para algunos adultos el seguir los mandatos de la religión y alejarse de vicios y excesos es un modelo de vida. Destacando, que estas cogniciones favorece indirectamente la estimulación cognitiva y actividad física, reflejado en actividades como lectura de la biblia, escucha atenta de sermones, análisis y comprensión de un discurso oral, caminar diariamente para asistir a la misa o culto, etc. Sin embargo, Sánchez (2004) afirma que a pesar de la gran evidencia que asocia la religiosidad con la salud, esto no significa que la religión y la fe sean la fuente de la salud y de la vida, demostrando, que si bien el deterioro y/ o limitación en

algunas condiciones es el mismo que las otras personas, que no los sufren del mismo modo, pues “la fe les brinda a muchos creyentes el impulso interior y la determinación necesaria para superar las inevitables dolencias físicas, proveyéndoles una adecuada capacidad de recuperación emocional”(p.8), encontrándose ,además, que a nivel neurobiológico, las experiencias de fe, moral, espiritual-religiosas y altruistas podrían aumentar el sistema de funcionamiento de la serotonina, protegiendo a la persona de desarrollar enfermedades mentales postraumáticas (Quiceno & Vinaccia, 2011).

En cuanto a la categoría de valores protectores, se resalta como el respeto se ha posicionado en la mayor parte del discurso de los adultos como un valor fundamental, cobrando relevancia el respeto que la sociedad les debe a las personas mayores por su recorrido y experiencia, lo cual en la actualidad es una costumbre que se ha perdido y que los adultos reconocen o demandan como necesaria.

Por otra parte y en relación a la categoría de actitudes favorables respecto al otro, en un grupo destacado de la muestra, el factor principal es el apoyo social y el poseer un alto nivel de amistades o personas con quien relacionarse, más que el apoyo familiar, ya que se evidencia que ante sentimientos de nostalgia, malestar o tristeza su distracción es visitar a los amigos, y compañeros hablar y compartir con ellos. De acuerdo, con Puga, Rosero-Bixby, Glaser y Castro (2007), diversos estudios han mostrado los efectos positivos de la integración social y unas fuertes relaciones sociales sobre la salud en la población mayor, entre los que se encuentran la supervivencia, menores riesgos de morbilidad, limitaciones funcionales, mayor recuperación tras episodios agudos, e incluso tras discapacidad, menor riesgos de desarrollar depresión y deterioro cognitivo. Sumado a esto en Quiceno y Vinaccia, (2011) se encontró que:

El apoyo social reduce el índice de comportamientos de alto riesgo, disminuye la percepción negativa de amenaza, reduce la discapacidad funcional, además contrarresta los sentimientos de soledad, fomenta el afrontamiento adaptativo e incrementa el sentido de autoeficacia y adherencia a los tratamientos, en caso de enfermedad. (p.71).

Así, mismo, se halló que el amor conyugal y la pareja, si se ha tenido a lo largo de la vida una relación positiva caracterizada por el amor, la comunicación, el respeto y es considerada por el adulto fuente de estabilidad y sentimientos positivos, siendo factor protector ante el aislamiento y la soledad. Además, en algunas ocasiones los cónyuges son agentes de motivación, vitalidad, ganas de trabajar y ser productivo; lo cual se confirma con la conclusión reportada por Cerquera, Galvis y Cala (2012), que “el amor y la sexualidad continúan siendo aspectos de gran importancia en la vida del ser humano, aún en etapas avanzadas del ciclo vital” (p.73).

Por lo general, las buenas instituciones tienen mucho que ver con la conservación de la salud y la promoción de hábitos positivos, lo que se contrapone a lo afirmado por Toronjo, Rojas, Rodríguez, López, Rodríguez y Abreu (2004), en que la institucionalización de un anciano, es decir, el ingreso en una residencia, se relaciona con el aumento en el grado de dependencia.

Sin embargo, si bien existen instituciones que no tienen las condiciones aptas para el desenvolvimiento del adulto, se encontró que existen también hogares que además de suplir las necesidades básicas, brindan ocupación y ocio a los adultos que pertenecen a estas comunidades, siendo el ideal aquellas instituciones denominados centros día, que permiten tanto la independencia como el apoyo social, profesional y mantenimiento de la salud del adulto. Esto se promueve permitiéndoles tomar sus propias decisiones, asignándole trabajos roles que les

brinden sentimientos de productividad, autonomía y reforzando pasatiempos individuales y motivaciones, pues en la medida que el anciano mantenga su autovalencia y un adecuado rol social esto incidirá en la mantención de una buena salud física y mental (Zavala, Vidal, Castro, Quiroga & Klassen, 2006). Contrario a esto Jiménez (2005), concluyó en su estudio que “el grado de autonomía del individuo es directamente proporcional a la edad, a mayor edad mayor dependencia para las actividades de la vida diaria” (p.22), afirmación estereotipada y que al contrastar con los resultados obtenidos en este estudio, evidentemente se queda corta para contextualizar dicho factor en los adultos mayores sanos.

En complemento a lo mencionado, se destaca que en los adultos sanos institucionalizados se conserva la salud si se tienen redes de compañeros para socializar, compartir y existe participación del adulto en las actividades, manualidades y demás opciones que brinde la institución. Pues bien se afirma por la Fundación EDE (2009):

La participación en actividades y programas de carácter social juega un papel de resistencia o de prevención frente a la dependencia en las personas mayores en la medida en que contribuye a la construcción de una red de apoyo social en las personas mayores, impulsa la motivación intrínseca y fomenta la autopercepción de elección y utilidad. (p.7).

De esta manera, el pertenecer a un grupo de A.M, centro día o institución se convierte en un factor protector cuando el adulto mayor se adapta positivamente y se caracteriza por participar activamente de ellas. Siendo primordial, en adultos mayores que no viven con su familia, pero pertenecen a un grupo o comunidad, la importancia y el rol que tiene dentro del grupo, el sentirse parte, atendido y apreciado, lo que conduce a sentimientos de satisfacción por cumplir papeles

sociales importantes, sentimientos de autoeficacia, control y competencia personal (Krause et al., 1998, citado en Puga, Rosero-Bixby, Glaser & Castro, 2007).

Ahora, en cuanto a la categoría de estrategias de afrontamiento positivas, es importante aclarar que se tomó como modelo principal de afrontamiento el propuesto por Holroyd y Lázarus (1982), citado en Salotti (2006), enumerando las estrategias mencionadas de Confrontación, Distanciamiento, Autocontrol, Búsqueda de Apoyo Social, Aceptación de la Responsabilidad, Huida – Evitación, Planificación y Reevaluación positiva, esta última considerada como un componente de la Resiliencia, que según los autores se refiere a “los intentos que el sujeto realiza para crear un significado positivo ante la situación, centrándose en el desarrollo personal”(p.12); encontrándose que la mayoría de adultos considerados en esta muestra tiene una actitud positiva ante la vida y a pesar de poseer ciertas disminuciones, no lo consideran un impedimento para desempeñarse en sus labores, trabajo, actividades de ocio, auto percibiéndose capaces y saludables, reflejando altos niveles de superación ante las adversidades y Resiliencia. Siendo este el término que se emplea para describir a las personas que, a pesar de atravesar por situaciones difíciles o de riesgo, se desarrollan psicológicamente sanas y exitosas (Machuca, 2002). Lo anterior se relaciona directamente a la percepción positiva de la propia salud, considerando que la fuerza de pensamiento, positivismo, el continuar activo en sus actividades diarias, siendo consciente evidentemente de que existe una condición que disminuye su energía pero no la limita, es una de las formas de contrarrestar estas patologías y mantenerse lucidos, autónomos y con motivación ante la vida. Según Rutter (2007) citado en Rodríguez, Fernández, Pérez y Noriega (2011), esto constituye una resiliencia de tipo psicológica la cual es una “combinación de rasgos

personales positivos y de respuestas o conductas de afrontamiento que facilitan la gestión exitosa de los cambios inesperados o estresantes en la vida” (p.27).

En relación a la categoría de factores laborales y ocupaciones protectores, un factor relacionado a la salud y la funcionalidad en las múltiples dimensiones del ser humano evidenciado en la presente muestra es la profesión ejercida, ya que en muchos de los casos estudiados por su constante actividad laboral a lo largo de su vida y las exigencias propias de cada disciplina los adultos favorecieron procesos relevantes como ejercicio de los procesos cognitivos, actividad física y productividad, lo que en la vejez puede estar evidenciado en la conservación de su memoria, funciones de concentración y coherencia. En concordancia a esto Agulló (2001), afirma la actividad que realiza una persona a través de su vida es indicativo de la forma de vida, estilo, relaciones, nivel de salud, estando el envejecimiento con éxito relacionado con un determinado nivel de actividad.

Presentándose que, por lo general, los adultos mayores sanos que fueron muy activos laboralmente a lo largo de toda su vida, desplazan esta energía después de la jubilación a diversas actividades como arreglos en sus casas, trabajo en las vecindades o con personas conocidas, entre otras, continuando activos y estableciendo por motivación personal una rutina de actividades y funciones, lo cual actúa como mecanismo protector en este proceso de transición, reafirmando que “la vivencia de la jubilación dependerá del significado que cada persona le otorgue, de las actitudes hacia esta etapa” (Agulló, 2001, p.44). De esta manera, en tener una vocación que genere satisfacción puede convertirse en un hobby al llegar a la vejez, lo que ocurre en el caso de los intelectuales y apasionados por su formación, en este caso, eso

sumado a la disciplina y ganas de continuar aprendiendo y retándose a sí mismo, se conforma un factor protector importante que provee sentimientos de productividad, autoeficacia, motivación.

Finalmente, en relación a la última categoría relacionada a las condiciones físicas e instrumentales positivas, se destaca que el deporte acompañado de la disciplina se presenta como un factor determinante en adultos saludables, presentándose como un medio sublimación significativo en algunos adultos, ya que si bien es un hábito por lo general cultivado desde la juventud, al llegar al proceso de jubilación algunos adultos pueden apropiarse de estas prácticas positivas, representando un mejoramiento en salud y conservación física, lo cual concuerda con lo reportado en la OMS (2010), pues en comparación con las personas menos activas, los adultos y personas de edad físicamente activos presentan una mejor forma física cardiorrespiratoria y muscular, una masa y composición corporal más sana, y un perfil más favorable a la prevención de las enfermedades cardiovasculares, diabetes y mejor salud del aparato óseo; existiendo además beneficio cognitivo y social, siendo en algunos casos fuente de apoyo al adulto conformar o vincularse a grupos deportivos entre adultos mayores o personas con intereses en común, ya que según Heredia (2006), el ejercicio físico practicado regularmente en la tercera edad no sólo contribuye a propiciar el bienestar general sino que tiene múltiples beneficios entre los que se encuentra aumentar los contactos sociales y la participación social, reforzar la actividad intelectual, gracias a la buena oxigenación cerebral y contribuir al equilibrio psicoafectivo. En relación, existen sujetos en los que el ejercicio físico y motivación por ejercitarse se genera por la parte social, en ese caso la familia y los amigos se convierten en un factor protector ante la inactividad y de ahí la transversalidad de las relaciones sociales en el proceso de envejecimiento.

Así mismo, un gran número de adultos atribuyen gran parte de su salud a sus hábitos de alimentación, destacando productos como el pescado y carnes blancas, las frutas, verduras, el aguacate, huevos, y tubérculos como el plátano como fuentes de proteína y causantes de su conservación y vitalidad; destacando, que para mantener la salud es fundamental no caer en excesos de ningún tipo, ya que estos tienden a generar a largo plazo problemas, y afectaciones producto de malos hábitos de vida, lo que se relaciona directamente con la conciencia y responsabilidad con la propia salud, pues para algunos adultos que en la juventud han tenido vicios o malos hábitos ha sido importante el reconocer sus errores, tener conciencia del propio cuerpo y comenzar a preocuparse por su bienestar, “parar a tiempo” y modificar sus hábitos de vida, lo cual demuestra que nunca es tarde para cuidarse. Al respecto, diversos autores (Aranceta, 2000; Serra, Salvá, Lloveras, Padró & Crespo, 2001), afirman que para que el adulto mayor pueda llevar dieta y estilo de vida saludable deben seguirse recomendaciones como el consumir diariamente frutas y verduras frescas, manteniendo una dieta variada con alto contenido en nutrientes, considerando repartir los alimentos en 4-6 comidas diarias, evitando suprimir el desayuno y moderando el consumo de sal, bebidas alcohólicas y el tabaquismo.

Llegando así a un último aspecto instrumental fundamental, la atención médica oportuna, la cual en estos se adultos se caracteriza no solo por la atención y el apoyo instrumental que brindan amigos, familiares y demás miembros del entorno al llevar a tiempo al adulto al servicio médico sino que en el tener la posibilidad de acceder a una atención particular, sin importar el costo, siendo una condición que previene y promueve el bienestar y la conservación de la salud, evidenciando falencias graves y baja calidad en el sistema de salud pública del país. Dicha situación puede ser interpretada en las entidades estatales como un llamado de atención y una

crítica que incita a revisar si verdaderamente los adultos mayores de todos los niveles socioeconómicos en Colombia están amparados por un sistema de salud eficiente y acorde a sus necesidades, siendo importante recordar que la solución de las problemáticas en salud precisa de estrategias que superan el ámbito de las intervenciones propiamente sanitarias y una política integral enfocada no sólo en brindar una atención adecuada cuando se presentan condiciones de enfermedad, sino también a propiciar condiciones que mejoren el estado de salud de las personas (Mejía-Mejía, Sánchez-Gandur & Tamayo-Ramírez, 2007).

Capítulo 9

Conclusiones

Inicialmente, se pudo evaluar de forma satisfactoria una muestra de adultos mayores autopercebidos como sanos del departamento, midiendo cuantitativamente sus niveles de funcionalidad, bienestar psicológico general, funcionamiento social y nutrición, encontrando puntuaciones altas en gran porcentaje de la muestra, cuestión que permitió realizar el proceso de screening efectivamente, para describir posteriormente las características individuales y estilos de vida de los gerontes seleccionados.

De esta manera, a partir de la categorización de la información obtenida en la entrevista a profundidad FAPPES se logró identificar y describir las características psicosociales de los adultos mayores sanos de la muestra, agrupando en las categorías “Actitudes favorables respecto al self”, “Actitudes favorables respecto a los demás”, “Valores protectores”, “Estrategias de afrontamiento positivas”, “Factores laborales y ocupacionales protectores” y “Condiciones físicas e instrumentales positivas”, los factores fundamentales asociados a este tipo de envejecimiento.

En las actitudes favorables respecto al self se relacionan a las actitudes respecto a sí mismos, dimensión psicológica y personalidad del geronte entre las que se encuentran el autoconocimiento y apropiación de la identidad, la autoconciencia de sí mismo y búsqueda del bienestar, la espiritualidad y fe, la satisfacción vital, orientación a la productividad y el éxito y el poseer actividades de ocio o pasatiempos. Siendo fundamentales las percepciones positivas de la

propia salud y del envejecimiento, junto también a experimentar sentimientos y emociones como la alegría ante la vida, el amor conyugal y familiar.

Por su parte, las actitudes respecto al otro se enuncian las actitudes relacionadas a las personas del entorno de adulto que favorecen el desenvolvimiento y adaptación positiva de este en la sociedad, como lo son el tener interacción activa con grupos de la tercera edad u otras comunidades y el mantener la estabilidad conyugal y familiar; todo esto orientado por actitudes de adaptación, buena convivencia y buenas habilidades de comunicación, unido a sentimientos de valor frente a la amistad y las relaciones personales.

En cuanto a los valores protectores que guían la vida de los adultos sanos se encuentran principalmente el respeto propio y hacia los demás, la paz y tranquilidad, la responsabilidad, el optimismo y la solidaridad, siendo estos los más destacados de amplia lista que evidencia la orientación a la rectitud y moralidad de los gerontes.

Por otro lado, las estrategias de afrontamiento protectoras identificadas en el repertorio de recursos personales de los adultos se encuentran la evitación de los conflictos, búsqueda de soluciones, análisis de problemas y la resiliencia, siendo personas con facilidad para enfrentar las dificultades, adaptarse y sacar siempre algo positivo de ello.

Finalmente, en cuanto a los factores laborales y ocupacionales protectores y condiciones físicas e instrumentales positivas, se encontró que el trabajo y actividad constante en todo el transcurso de la vida y posterior a la jubilación, el poseer formación académica, orientación a la búsqueda de nuevos aprendizajes y el haber ejercido profesiones de alta exigencia cognitiva, son un factor protector, promotor de productividad y envejecimiento positivo, hallándose, en relación a condiciones físicas e instrumentales que los hábitos sanos de alimentación y estilo de vida,

denotados en una dieta balanceada, alimentarse a horas y regularmente, buenos hábitos de sueño y tener control sobre los vicios y excesos, junto al ejercicio físico constante en el transcurso de la vida, y condiciones instrumentales como el tener una atención médica oportuna, emplear medicina natural y preventiva y pertenecer a un grupo centro día o comunidad, contribuyen positivamente en todas las dimensiones del geronte facilitando el alcanzar y atravesar la vejez con calidad de vida y salud.

En resumen, se puede concluir que alcanzó el cumplimiento total de todos los objetivos propuestos, sobrepasando los alcances dimensionados previamente, reafirmando que sí es posible concebir el envejecimiento en un contexto positivo, productivo y exitoso, resaltando que el brindar esta perspectiva fundamentada en las dimensiones positivas y condiciones de salud de los gerontes, las cuales son mucho más amplias de las supuestas por la comunidad científica y la sociedad, genera un aporte de gran valía en el arduo proceso de reconceptualización de la vejez, alejando cada vez más el imaginario social de vejez sinónimo de enfermedad y dependencia, y generando un aporte teórico y práctico en Santander que puede sentar una base importante en la prevención del envejecimiento patológico y promoción de estrategias de bienestar no solo en la vejez, sino en todos los ciclos vitales.

Capítulo 10

Recomendaciones

En la ejecución del presente trabajo se identificaron una serie de características psicosociales y protectoras que favorecen el envejecimiento exitoso, sin embargo, se destacó que el envejecimiento es y continuara siendo un proceso heterogéneo, en el que intervienen un sin número variables biopsicosociales, las características individuales y la propia experiencia de vida. Se recomienda dar continuidad a los productos obtenidos en este estudio, que establecen un punto de partida en el departamento en el importante camino que aún queda por recorrer en la comprensión del paradigma del envejecimiento satisfactorio, sentando la base para próximos estudios en la exploración de condiciones favorables, características psicosociales y factores protectores en adultos mayores de otros departamentos.

Así mismo, se considera relevante el realizar trabajos que tengan como objetivo diferenciar la vivencia del envejecimiento en adultos institucionalizados y autovalentes y correlacionar algunas de las variables más importantes obtenidas a la luz de la presente investigación, pues se hace evidente que es necesario continuar en dilucidando este constructo, teniendo en cuenta las condiciones diferenciales de los adultos y la relación evidente entre estas.

Siendo, además, relevante reconocer como profesionales y agentes interventores en la salud que para comenzar a plantear y diseñar estrategias y programas más influyentes y de mayor impacto en los adultos que promuevan estilos de vida y prácticas individuales que prevengan el surgimiento de enfermedades crónicas y condiciones incapacitantes en la vejez, se debe tener en cuenta las concepciones, significados y relaciones presentes en el propio entorno

de las personas mayores en relación a su salud y envejecimiento, constituyendo este proceso en una co-construcción que involucra a la población mayor, profesionales y demás poblaciones de todos los ciclos vitales que forman parte de las próximas generaciones envejecidas y que deben comenzar a contribuir en la reconceptualización de esta etapa de la vida.

Finalmente, en relación a lo anterior, se sugiere que desde el Semillero Calidad de Vida en la Tercera Edad se continúe fortaleciendo la nueva línea de envejecimiento saludable, generando nuevos estudios dirigidos por profesionales y estudiantes, incentivando desde la academia la concepción de una vejez activa, sana y exitosa, en la formación de futuros profesionales en el área gerontológica que trabajen por y para el bienestar de una sociedad que día a día envejece sustancialmente y no está preparada para ello.

Referencias

- Aguilar-Morales, J. (2011). *Prejuicios, estereotipos y discriminación. Network de Psicología Organizacional*. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C.
- Agulló, M. (2001). *Mayores, actividad y trabajo en el proceso de envejecimiento y jubilación: una aproximación Psico-sociológica*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Recuperado de <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/436mayoresacttrab.pdf>
- Alvarado, A & Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. doi: 10.4321/S1134-928X2014000200002
- Aranceta, J. (2000). Dieta en la tercera edad. En J. Salas-Salvadó, A. Bonada, R. Trallero & M. Engracia, (Eds.), *Nutrición y dietética clínica* (pp.107-117). Masson S. A: Barcelona.
- 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/SeguimientoPolíticas/Políticas%20Poblacionales/Envejecimiento%20y%20Vejez/Documentacion/A31ACF931BA329B4E040080A6C0A5D1C>
- 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.
- Atchley, R. C. (1999). *Continuity and adaptation in aging. Creating positive experiences*. Baltimore: J. Hopkins University Press.

- Baltes, P. (2004). Behavioral health and aging: Theory & research on selective optimization with compensation. *The Gerontologist*, 44, 190.
- Barrera, M., Castillo, M., Martin, 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.
- Birren J, Schroots J. History, concepts, and theory in the psychology of ageing. En: Birren J, Schaie K, (Eds.), *Handbook of the psychology of aging*, 4. San Diego: Academic Press; 1996.
- Blanco, M. (2010). Predictores psicosociales del envejecimiento activo: Evidencias en una muestra de personas adultas mayores. *Anales en Gerontología*, 6. 11-29.
- Botero, B. & Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 11-24.
- Carbajo, M. (2008). La Historia de la Vejez. *Ensayos, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 23, 237-254. Recuperado de http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/pdf/revista23/23_12.pdf
- Carbajo, M. (2009). Mitos y estereotipos sobre la vejez: “Propuesta de una concepción realista y tolerante”. *Ensayos, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 24, 87-96.
- Castañedo, C., García, M., Noriega, M. & Quintanilla, M. (2007). *Consideraciones Generales sobre el envejecimiento*. Recuperado [http /www.arrakis.es/seegg/pdf libro/cap.1.pdf](http://www.arrakis.es/seegg/pdf/libro/cap.1.pdf)

- Cárdenas-Jiménez; A. & López-Díaz, A. (2011). Resiliencia en la vejez. *Revista salud pública*, 13(3), 528-540.
- Cardona D, Agudelo H. (2006). *La Flor de la vida. Pensemos en el adulto*. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Salud Pública.
- Cerquera, A., Álvarez, J. & Saavedra, A. (2010). Identificación de estereotipos y prejuicios hacia la vejez presentes en una comunidad educativa de Florida blanca. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 4 (1), 73-87.
- Cerquera, A., De la Fuente, E., Prada, E. & Rubio, R. (2011). Imaginarios sociales sobre el envejecimiento en las mujeres en una comunidad de Bucaramanga, Santander. En M. E. Flores, M. G. Vega & G. J. Gonzáles (Eds.), *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia* (pp. 157-174). México D. F: Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Cerquera, A., Flórez, L. & Linares, M. (2010). Autopercepción de la salud en el adulto mayor. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 31, 407-428. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1942/194214587018.pdf>
- Cerquera, A., Galvis, M & Cala, M. (2012). Amor, sexualidad e inicio de nuevas relaciones en la vejez: percepción de tres grupos etarios. *Psychologia Avances de la disciplina*, 6(2), 73-81. Recuperado de <http://revistas.usb.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/1185/977>
- Cerquera, A. & Pabón, K. (2016). Resiliencia y Variables Asociadas en Cuidadores Informales de Pacientes con Alzheimer. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 33-46. doi: 10.15446/rcp.v25n1.44558

- Cerquera, A. & Quintero, M. (2015). Reflexiones grupales en gerontología: el envejecimiento normal y patológico. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 45, 173-180. Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/665/1196>
- 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. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/en/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdr/VOL71/71_2_127.pdf
- Cid H, P., Merino, J., & Stiepovich, J. (2006). Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Revista médica de Chile*, 134(12), 1491-1499. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006001200001&lng=es&tlng=es.10.4067/S0034-98872006001200001.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2012). *Eslabones de la desigualdad. Heterogeneidad estructural, empleo y protección social*. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado de http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/47382/Eslabones_de_la_desigualdad.pdf

Cuyac, M. & Santana, S. (2007). La Mini Encuesta Nutricional del Anciano en la práctica de un Servicio hospitalario de Geriatría: Introducción, validación y características operacionales. *ALAN*, 57(3), 255-265.

Constitución Política, artículo 13, Republica de Colombia, Julio 04 de 1991.

Departamento Nacional de Estadística (DANE). (2005). Censo General 2005. Recuperado de <http://www.DANE.gov.co/index.php/esp/poblacion-y-registros-vitales/censos/censo-2005>

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>

Declaración de Brasilia, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Gobierno de Brasil, Brasilia, 4 a 6 de Diciembre de 2007.

Dulcey-Ruiz, E., Arrubla, D. & Sanabria, P. (2013). *Envejecimiento y vejez en Colombia*. Colombia: Profamilia.

Dulcey-Ruiz E. Psicología del envejecimiento. (2007). En J. López, C. Cano & J. Gómez. (Ed.). *Geriatría Fundamentos de Medicina* (pp.64-68). Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas CIB.

Dulcey-Ruiz, E. (2013). *Envejecimiento y vejez. Categorías conceptuales*. Santiago de Chile: Fundación Cepsiger para el Desarrollo Humano.

Eizenman, D., Nesselroade, J., Featherman, D. & Rowe, J. (1997). Intraindividual variability in perceived control in an older sample: The MacArthur Successful Aging Studies. *Psychology and Aging*. 12(3), 489-502.

Erikson E. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós.

Esquiaqui-Felipe, R., Posso-Valencia, H., Peñaloza, R. & Rodríguez-García, J. (2012). Carga de enfermedad por cáncer en Santander, Colombia, 2005. *Revista salud pública*. 14 (2), 213-225. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n2/v14n2a03.pdf>

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M., López, M., Molina, M., Díez, J., Montero, P. & Schettini del Mora, R. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 22 (4), 641-647. Recuperado de <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/8930/8794>

Fernández-Ballesteros, R. (2011). Envejecimiento saludable: Congreso sobre Envejecimiento. *La investigación en España*, 9-11. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/fernandez-borrador-envejecimiento-01.pdf>

Fernández, L. (1991). El envejecimiento: ¿un fenómeno de nuestro tiempo? *Escuela Abierta*, 3. Recuperado de http://www.ceuandalucia.es/escuelaabierta/pdf/articulos_ea3/lfernandez_ea3.pdf

Fernández, C. (2014, 29 de junio). En 26 años, Colombia envejeció lo que a Francia le tomó 115 años. *El tiempo*. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/colombia-envejece-a-un-ritmo-acelerado/14182960>

Fernández, S., Almuiña, M., Alonso, O & Blanco, B. (2001). Factores psicosociales presentes en la tercera edad. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 39(2), 77-81. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-3003200100020001&lng=es&tlng=es.

- 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*, 10(21), 1-13. Recuperado en http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/uaricha_1021_001-013.pdf
- 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.
- Francke, L., González, B., Lozano, L. (2011). *Envejecimiento exitoso, una tarea de responsabilidad individual*. Ama y trasciende: adultos mayores en acción. Recuperado de <http://amaytrasciende.org/docs/publicos/Envejecimiento%20%C2%A0exitoso,%20%C2%A0una%20%C2%A0tarea%20%C2%A0de%20%C2%A0responsabilidad%20%C2%A0individual.pdf>.
- Fundación EDE, Servicios Sociales de Investigación, (2009). *Envejecer con éxito: Prevenir la dependencia*. España: Consejero de Vivienda y Asuntos Sociales. Recuperado de <http://docplayer.es/30391-Envejecer-con-exito.html>
- 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#>
- Galbán, P., Sansó, F., Díaz-Canel, A., Carrasco, M. & Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cubana Salud Pública*, 33(1).

- 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. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_1_99/mgi10199.pdf
- Gómez, J. (2002). *Valoración integral del anciano sano*. Manizales: Artes Gráficas Tizan.
- Gramunt, N. (2010). *Vive el envejecimiento activo*. Barcelona: Obra Social Fundación “la Caixa”.
- Granger C., Albrecht G. & Hamilton B. (1979). Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by Pulses Profile and the Barthel Index. *Arch Phys Med Rehabil*, 60, 145-154.
- Granger C., Dewis L., Peters N., Sherwood C. & Barrett J. (1979). Stroke rehabilitation: analysis of repeated Barthel Index measures. *Arch Phys Med Rehabil*. 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 Res Gerontol*, 4 (2), 15-19.
- Heredia, L. (2006). Ejercicio físico y deporte en los adultos mayores. *GEROINFO, Publicación de Gerontología y Geriatría*, 1(4). Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/ejercicio_fisico_y_deporte_en_los_adultos_mayores.pdf
- Hernández-Rodríguez, G. (2003). Mayores: aspectos sociales. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 45, 133-151.

- Jiménez, L. (2005). Autonomía y calidad de vida de los ancianos válidos de una residencia en relación con las alteraciones visuales. *Biblioteca Lascasas, Fundación Index, 1*. Recuperado de <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0014.php>
- Kinsella, K. & Phillips, D. (2005). Global Aging: The Challenge of Success. *Population Bulletin, 60* (1), 5-42.
- Ley 1171 de 2007 del Adulto Mayor, Ministerio de salud y protección social, Republica de Colombia, Diciembre 07 del 2007.
- Ley 1251, Ministerio de salud y protección social, Republica de Colombia, Noviembre 27 de 2008.
- Ley 1276, Ministerio de salud y protección social, Republica de Colombia, Enero 05 de 2009.
- Ley 1315, Ministerio de salud y protección social, Republica de Colombia, Julio 13 de 2009.
- Limón, M. & Ortega, M. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología y Educación, 1*(6), 225-238.
- Lombardo, E. (2013). Psicología positiva y psicología de la vejez. Intersecciones teóricas. *Psicodebate, Psicología, Cultura y Sociedad, 13*, 47-60. Recuperado de http://www.palermo.edu/cienciassociales/investigacion-y-publicaciones/pdf/psicodebate/13/Psicodebate_N13_03b.pdf
- 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.revistatog.com/num17/pdfs/revision.pdf>
- Machuca, J. (2002). *Resiliencia, una aproximación a la capacidad humana para afrontar la adversidad* [Tesis de grado]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

- Marín, C. & Castro, S. (2011). Adulto mayor en Santa Marta y calidad de vida. *Revista Memorias*, 9(16), 120-129. Recuperado de <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/me/article/view/141/142>
- Marín, P. (2000). Envejecimiento Saludable. *Manual de Geriátría y gerontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, 1, 59-64.
- Mejía-Mejía, A., Sánchez-Gandur, A. & Tamayo-Ramírez, J. (2007). Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. *Revista de salud pública*, 9(1), 26-38. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n1/v9n1a04.pdf>
- Ministerio del Trabajo República de Colombia (2013). Programa De Protección Social al adulto mayor “Hoy Colombia mayor”. Colombia: Bogotá. Recuperado de http://www.mintrabajo.gov.co/component/docman/doc_download/1480-resolucion-00001370-de-2013-anexo-tecnico.html
- Ministerio de Salud y Protección Social & Colciencias. (2016). Socialización encuesta SABE, Resumen ejecutivo de la encuesta. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Socializacion-encuesta-sabe-2016.zip>
- Miranda, C. (2005). Aproximación a un Modelo Evaluativo de la Formación Permanente del Profesorado Chileno. *Estudios Pedagógicos*, 31(2), 145-166.
- Montes de Oca, V. (2010). Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo. *Renglones, Revista arbitrada en ciencias sociales y humanidades*, 62, 159-181. Recuperado de http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/articulos/pensar_vejez_env.pdf

- Moreno A., Montañés P., Cano C., Plata S. & Gámez A. (2005). Comparación de perfiles neuropsicológicos del Viejo-Joven (VJ) y el Viejo-Viejo (VV): Envejecimiento normal y enfermedad de Alzheimer (EA). *Revista Asociación Colombiana Gerontología Geriatria*, 19(2). Recuperado de <http://www.acgg.org.co/descargas/revista-19-2.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2002). II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, Madrid, España. Recuperado de <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/C.ONF.197/9>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). Envejecimiento activo: un marco político. En *Revista Española en Geriatria y Gerontología*. 37(2). 74-105. Ediciones Doyma
- Organización Mundial de la Salud. (2009) Organismos internacionales y envejecimiento. Recuperado de http://trabajo.xunta.es/export/sites/default/Biblioteca/Documentos/Publicaciones/congreso_envejecimiento/congreso_envejecimiento_activo.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Publicaciones OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). «Envejecer bien», una prioridad mundial. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageingseries/es/#>
- 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 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.
- Ortiz, J. & Castro, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: Contribución de enfermería. *Ciencia y Enfermería*, XV (1), 25-31. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/art04.pdf>
- Osorio, M. (2011). El trabajo y los factores de riesgo psicosociales: Que son y cómo se evalúan. *Revista CES Salud Pública*, 2(1), 74-79. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3677224.pdf>
- Paéz, D., Zubieta, E. & Mayordomo, S. (2005). Identidad autoconcepto, autoestima, autoeficacia y locus de control. En D. Paéz, I. Fernández, S. Ubilllos & E. Zubieta (Eds.), *Psicología social, cultura y educación* (pp.125-194). España: Pearson Educación.
- Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Viena, 12 de abril de 2002.
- Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, Ministerio de la Protección social, Republica de Colombia, Diciembre de 2007.
- Programa de protección social del adulto mayor “Hoy Colombia mayor”, Ministerio del Trabajo, Republica de Colombia, Noviembre del 2013.
- Puga, D., Rosero-Bixby, L., Glaser, K. & Castro, T. (2007). Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. *Población y Salud en*

- Mesoamérica Revista electrónica*, 5 (1). Recuperado de <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/4545/4360>
- Quiceno, J. & Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 69-82
- Resolución N° 1378, Ministerio de salud y protección social, Republica de Colombia, Abril 28 de 2015.
- Riley, M. (1988). Forward. En K. W. Schaie & R. T Campbell (Eds). *Methodological Issues in Aging Research*. New York: Springer Publishers.
- Rivera, E. (2010). Factores que se asocian con el bienestar de las personas adultas mayores: Conferencia Instituto de Investigaciones en Salud (INISA). Recuperado de <http://www.inisa.ucr.ac.cr/noticias/297-satisfacci%C3%B3n-personal-con-la-vida-determinante-en-vejez-exitosa.html>
- Rivera-Ledesma, A. & Montero-López, M. (2007). Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 3(1). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2007/sam071f.pdf>
- Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*, 18(52), 39-49. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592011000300004&lng=es&tlng=es.
- Rodríguez, K. (2010). Vejez y Envejecimiento. *Documento de Investigación Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud*, 12. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario. Recuperado de http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf

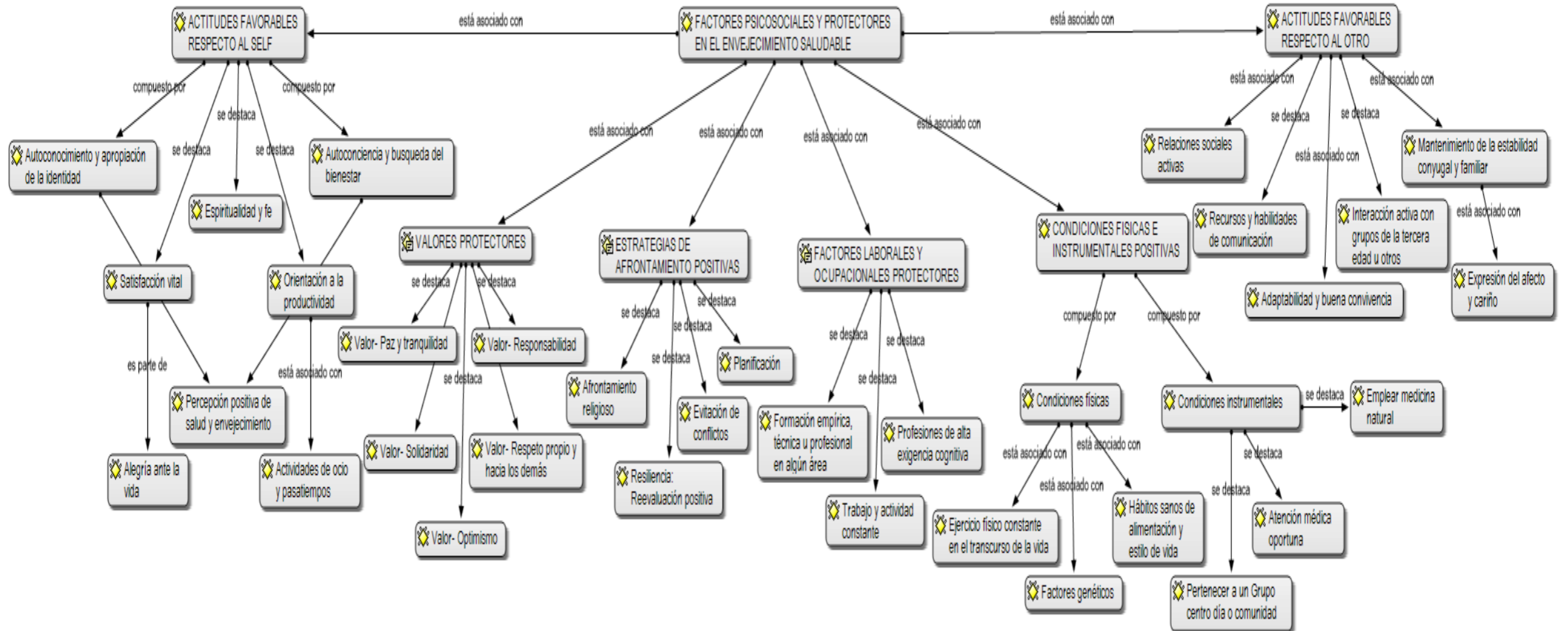
- Rodríguez, M., Fernández, M., Pérez, M. & Noriega, R. (2011). Espiritualidad variable asociada a la resiliencia. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*, 11(2), 24-49. Recuperado http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen11_numero2/articulo_2.pdf
- Rosselli, D., Ardila, A., Pradilla, D., Morillo, L., Bautista, L., Rey, O., Camacho, M. & GENECO. (2000). El examen mental abreviado (Mini-Mental State Examination) como prueba de selección para el diagnóstico de demencia: estudio poblacional colombiano. *Revista de Neurología REV NEUROL*, 30 (5), 428-432.
- Rowe, J. & Khan, R. (1997). *Successful Aging: The MacArthur Foundation Study*. New York, USA: Random House, Inc.
- Rubio, R., Cerquera, A., Muñoz, R., y Pinzón, E. (2011). Concepciones populares sobre soledad de los adultos mayores de España y Bucaramanga, Colombia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 7 (2), 307-319. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67922761008>
- Salgado, A. (2015). Salud Mental y Promoción de Factores Protectores Psicosociales. Ministerio de Salud de Chile- Programa de Salud Mental SEREMI de Salud Bío. Recuperado de http://www.seremidesaludbiobio.cl/page/apps/webseremi8/db/paginas/trabajo_saludable/Salud%20Mental.pdf
- Salotti, P. (2006). Estudio sobre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en una muestra de adolescentes de Buenos Aires. Departamento de Investigación. Recuperado de http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/207_salotti.pdf

- Sampieri, R., Collado, C & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (cuarta edición). México, D. F: Editorial McGraw Hill.
- Sánchez, B. (2004). Dimensión espiritual del cuidado en situaciones de cronicidad y muerte. Surgen luces de esperanza para acoger mejor el reto de la totalidad, tras años de investigación en enfermería. *Revista Aquichan*, 4, 6-9.
- San Martín, C. (2008). La espiritualidad en el proceso de envejecimiento del adulto mayor. *Hologramática, Facultad de Ciencias Sociales*, 8 (1). 103-120.
- Sardi, E. (2007). Cambios sociodemográficos en Colombia: periodo intercensal 1993-2005. *Revista virtual IB del Departamento Nacional de estadística*, 2 (2). Recuperado de http://www.DANE.gov.co/revista_ib/html_r4/articulo2_r4.htm
- Serra, J., Salvá, A., Lloveras, G., Padró, L. & Crespo, L. (2001). Consejo sobre alimentación en las personas mayores. *Revista Medicina Clínica*, 116(1), 90-94.
- Singer, T., Verhaegen, P., Ghisletta, P., Linderberger, U. y 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.
- Skaff, M.M., Mullan, J.T., Fisher, L. & Chesla, C.A. (2003). A contextual model of mastery beliefs, behavior, and health: Latino and European Americans with type 2 diabetes. *Psychology and Health*, 18, 234- 42.
- Tejedor, F., García-Varcárcel, A., Prada, S. & Ávila. (2009). Medida de actitudes del profesorado universitario hacia la integración de las TIC. *Comunicar Revista científica de Educomunicación*, 33(17), 115-124. doi: 10.3916/c33-2009-03-002

- Toronjo, A., Rojas, M., Rodríguez, M., López, M., Rodríguez, J. & Abreu, A. (2004). Ancianos válidos institucionalizados. *Gerokomos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, 15(1), 6-17.
- Triadó, C. & Villar, F. (2008). *Envejecer en positivo*. España: Editorial Aresta.
- Vera, J., Dominguez, M., Laborín, J., Batista, F. & Seabra, M. (2007). Autoconcepto, locus de control y orientación al éxito: sus relaciones predictivas en adultos mayores del noreste brasileño. *Psicología USP*, 18(1), 137-151. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v18n1/v18n1a08.pdf>
- 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. Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia.

Anexos

Anexo 1. Vista de red de Factores Psicosociales y Protectores en el Envejecimiento Saludable



Anexo 2. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO:

“Caracterización de adultos mayores sanos: Una visión salutogénica de la vejez en prevención del envejecimiento patológico. “

Estimado (a) participante:

Mediante la presente usted es invitado a participar en un trabajo que tiene como propósito caracterizar los estilos de vida y perfiles psicosociales de una muestra de adultos mayores sanos o excepcionales del departamento de Santander que contribuyen a un envejecimiento saludable, en la promoción y prevención del envejecimiento patológico.

En base a la información obtenida, se pretende identificar factores protectores, costumbres y buenos hábitos que favorecen la salud y calidad de vida en los adultos mayores Santandereanos evaluados, brindando una perspectiva de envejecimiento fundamentada principalmente en las dimensiones positivas y condiciones de salud.

En este contexto, su participación en el proyecto es voluntaria y anónima, y se materializara en la aplicación del siguiente protocolo:

- Entrevista a profundidad “*Factores psicosociales y protectores que favorecen el envejecimiento saludable*”
- Mini-Mental State Exam (MMSE): Prueba que objetiva el rendimiento cognoscitivo, evaluando orientación en el espacio, tiempo y lugar; memoria de fijación reciente, atención, cálculo y lenguaje.
- Escala de Barthel (Modificación de Granger et al., 1979): Es un cuestionario compuesto con 15 ítems y subdividido en 2 índices, el índice de autocuidado y el índice de movilidad que mide el nivel de independencia para realizar las actividades de la vida diaria del adulto.

-Cuestionario de salud general de Goldberg GHQ-12: 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.

- Mini nutricional Assesment (MNA): Es un instrumento útil, rápido, fácil y fiable que permite evaluar el estado nutricional y de salud del adulto mayor.

La responsable de esta investigación es la estudiante de Psicología en tesis Margie Stefanía Quintero Mantilla de la Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga en asesoría de la Dra. Ara Mercedes Cerquera Córdoba.

Duración de la participación en el estudio: 1 hora 30 min aproximadamente

Posibles Riesgos y beneficios

La participación en el estudio no tiene ningún riesgo en términos de su integridad. Lo que quiere decir que durante su participación usted no correrá ningún riesgo a nivel médico o psicológico. Entre los beneficios de participar se encuentran el enriquecimiento que brinda el compartir su experiencia e historia, teniendo en cuenta que la cultura de cada región y costumbres de las personas a lo largo de la vida representan para la investigación de la vejez saludable un recurso valioso y que ayuda a significar estos casos, los cuales hacen posible materializar y concebir en envejecimiento como un proceso activo, sano y exitoso. Además, se espera a nivel investigativo y académico socializar los aportes y resultados obtenidos.

Confidencialidad del estudio y derecho a retirarse

La entrevista será audio-grabada, bajo su autorización y transcrita posteriormente. Toda la información obtenida se empleará únicamente con propósitos investigativos y profesionales, codificando la información y protegiendo su identidad. Así mismo, en cualquier momento de la aplicación usted podrá retirarse del mismo, lo cual no implica alguna pérdida o sanción.

De la misma manera, y sólo si usted lo autoriza, se podrá tomar memoria fotográfica solo para fines ilustrativos en el ejercicio académico.

Después de haber leído toda la información contenida en este documento con respecto al estudio “Caracterización de adultos mayores sanos: Una visión salutogénica de la vejez en prevención del envejecimiento patológico”, de haber recibido las explicaciones verbales, solución a inquietudes o dudas, y habiendo dispuesto de tiempo suficiente para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión voluntaria y consiente, manifiesto que yo _____ identificado con cedula de ciudadanía No. _____ expedida en _____ he decidido participar en el estudio.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en la ciudad de _____ el día _____ del mes de _____ del año 2016.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

C.C. N°:

FIRMA DEL EVALUADOR

C.C. N°:

FIRMA DEL DOCENTE SUPERVISOR

C.C. N°:

Anexo 3. Entrevista a profundidad FAPPES

ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

Nombre: _____ Edad: _____

Género: Femenino ____ Masculino ____ Teléfono: _____

Dirección de residencia: _____

ESTIMADO PARTICIPANTE:

Las siguientes preguntas se relacionan a datos sociodemográficos, aspectos de su vida, personalidad y experiencia. Responda de forma tranquila, sincera y clara, recuerde que toda la información consignada será para fines estrictamente investigativos.

1. ¿Cuál es su estrato socioeconómico?

	Estrato 1
	Estrato 2
	Estrato 3
	Estrato 4
	Estrato 5 o más

4. ¿Cuál es su situación laboral actual?

	Activo (a)
	Jubilado(a)
	Inactivo (a)

2. ¿Cuál es su estado civil?

	Soltero/a
	Casado/a
	Divorciado/a
	Viudo/a
	Unión libre

5. ¿Cuál fue la ocupación a la que se dedicó la mayor parte de su vida?

	Fuerza Pública
	Miembros del poder ejecutivo, legislativo y/o administrativo
	Profesionales Universitarios, científicos e intelectuales
	Técnicos, postsecundarios no universitarios y asistentes
	Empleados de oficina
	Trabajadores de los servicios y vendedores
	Agricultores, trabajadores y obreros agropecuarios, forestales y pesqueros
	Oficiales, operarios, artesanos y trabajadores de la industria manufacturera, de la construcción y de la minería
	Operadores de instalaciones, de máquinas y ensambladores
	Trabajadores no calificados

3. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

	Sin estudios
	Primaria sin terminar
	Primaria completa
	Secundaria sin terminar
	Secundaria completa
	Universitarios
	Otro

Respuesta: _____

6. ¿Con quién vive actualmente?

<input type="checkbox"/>	Solo
<input type="checkbox"/>	Familia de origen
<input type="checkbox"/>	Familia nuclear
<input type="checkbox"/>	Otros

8. ¿Durante su vida ha consumido tabaco, alcohol u otra sustancia?

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	En pocas ocasiones

7. Alrededor de su vida, su patrón de sueño y descanso ha sido generalmente de:

<input type="checkbox"/>	Menos de 5.5 horas
<input type="checkbox"/>	7-8 horas
<input type="checkbox"/>	Más de 9 horas

9. ¿Ha consumido durante su vida algún tipo de medicamento o suplemento vitamínico de forma permanente?

<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Si

“FACTORES PSICOSOCIALES Y PROTECTORES QUE FAVORECEN EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE (FAPPES)”

OBJETIVO

Explorar factores psicosociales y factores protectores que promueven el envejecimiento saludable en adultos mayores sanos de Santander.

<i>GUIA CUESTIONES ABIERTAS</i>
Dimensión Social- ambiental
1. ¿Qué hace en su tiempo libre?
2. ¿Ha practicado algún deporte, actividad física o cultural durante su vida?
3. Durante su vida, ¿Cómo se ha relacionado con las demás personas? Describa en general su vida social.
Dimensión emocional- psicológica
4. ¿Cómo describiría su vida afectiva?
5. ¿Qué imagen tiene de usted mismo?
6. ¿Cómo actúa usted frente a las dificultades? ¿Y frente a las situaciones gratificantes?
7. ¿Cuáles emociones y sentimientos son los que más predominan en su vida?
8. ¿Qué valores o creencias guían su vida? Mencione por lo menos un valor que guía su comportamiento.
9. ¿Cree que ha cumplido los objetivos, sueños o metas que se ha propuesto en la vida?
Salud general y percepción de la vejez saludable
10. ¿Cómo describe su estado de salud actual?
11. ¿Qué aspectos han sido fundamentales durante su vida para tener un buen estado de salud?
12. ¿Qué significa para usted envejecer bien/saludablemente?

Anexo 4. Protocolo de pruebas Screening

ÍNDICE DE BARTHEL (MODIFICACIÓN DE GRANGER ET AL., 1979)

Nombre _____ Fecha de aplicación _____

ÍNDICE DE AUTOUIDADO		Independencia	Con ayuda	Dependencia
1.	Beber de un vaso	4	0	0
2.	Comer	6	0	0
3.	Vestirse de cintura para arriba	5	3	0
4.	Vestirse de cintura para abajo	7	4	0
5.	Colocarse prótesis o aparato ortopédico	0	-2	0
6.	Aseo personal	5	0	0
7.	Lavarse o bañarse	6	0	0
8.	Control orina	10	5	0
9.	Control heces	10	5	0
Puntuación total Índice de autocuidado				
ÍNDICE DE MOVILIDAD				
10.	Sentarse y levantarse de la silla	15	7	0
11.	Sentarse y levantarse del retrete	6	3	0
12.	Entrar y salir de la ducha	1	0	0
13.	Andar 50 metros sin desnivel	15	10	0
14.	Subir y bajar un tramo de escaleras	10	5	0
15.	Si no anda: mueve la silla de ruedas	5	0	0
Puntuación total Índice de movilidad				
PUNTUACIÓN TOTAL INDICE DE BARTHEL				
- 0-20 dependencia total				
- 21-60 dependencia severa				
- 61-90 dependencia moderada				
- 91-99 dependencia escasa				
- 100 independencia				

A. DATOS GENERALES (Información general del sujeto y fecha de la entrevista)
Nombre del entrevistado:
Fecha de la entrevista: ____/día ____ mes/ ____ año
Edad: ____/ años
Escolaridad: _____ (años de primaria + bachillerato + universidad; analfabeto)

B. ORIENTACIÓN	RESPUESTA DEL EVALUADO		
¿En qué año estamos?	Año	0	1
¿En qué mes del año estamos?	Mes	0	1
¿Qué día de la semana es hoy?	Día	0	1
¿Qué fecha es hoy?	Fecha	0	1
¿Qué hora es?	Hora	0	1
¿En qué departamento estamos?	Departamento	0	1
¿En qué país estamos?	País	0	1
¿En qué ciudad estamos?	Ciudad	0	1
¿En qué sitio estamos ahora?	Sitio	0	1
¿En qué país/barrio/vereda estamos?	Barrio	0	1
Subtotal Parte B			

C. RETENCIÓN	RESPUESTA DEL EVALUADO		
Repita después de mí, las siguientes palabras: CASA, ÁRBOL, PERRO. (Un segundo de intervalo entre palabras y dar un punto por cada respuesta correcta; no se tiene en cuenta el orden en que el evaluado presenta las palabras)	Casa	0	1
	Árbol	0	1
	Perro	0	1
Subtotal Parte C			

D. ATENCIÓN Y CÁLCULO	RESPUESTA DEL EVALUADO		
Reste 7 a 100, sucesivamente, durante 5 veces (Dé un punto por cada respuesta correcta. Espere hasta 10 segundos por respuesta)	93	0	1
	86	0	1
	79	0	1
	72	0	1
	65	0	1
Subtotal Parte D			

E. EVOCACIÓN	RESPUESTA DEL EVALUADO		
Pedir que repita las siguientes palabras dadas anteriormente. (Dar un punto por cada respuesta correcta)	Casa	0	1
	Árbol	0	1
	Perro	0	1
	Subtotal Parte E		

F. LENGUAJE	RESPUESTA DEL EVALUADO		
Mostrar un lápiz y un reloj y preguntar el nombre de dichos objetos (Dar un punto por cada respuesta correcta).	Lápiz	0	1
	Reloj	0	1
	Puntaje		
Pedir que repita: “si no baje entonces usted suba” (Dar un punto si es correcta).	Repetición	0	1
	Puntaje		
Decir: a continuación le voy a dar una orden: escúchela toda y realícela: “tome este papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y colóquelo en el suelo” (De un punto por cada paso correcto).	Toma el papel en su mano derecha	0	1
	Lo dobla por la mitad	0	1
	Lo coloca en el suelo	0	1
	Puntaje		
Pedir que haga lo que dice la tarjeta: “cierre los ojos”. (Dar un punto si lo hace correctamente).	Cierra los ojos		
	Puntaje		
Pedir que escriba una oración, se le puede especificar que esta consisten en un sujeto realizando una acción. (Dar un punto si lo hace correctamente).	Escribe una frase	0	1
	Puntaje		
Subtotal Parte F			

G. COPIA	RESPUESTA DEL EVALUADO		
Copiar dos pentágonos en un ángulo- Se muestra el dibujo- (Dar un punto si lo hace correctamente).	Dibuja pentágonos	0	1
Subtotal Parte G			

ADICIÓN DE PUNTOS			
(Sumar 2 puntos a individuos con alteración visual evidente) (Sumar 1 punto sujetos mayores de 65 años) (Sumar 2 puntos sujetos mayores de 75 años)	Alteración visual evidente	0	1
	Mayor de 65 años	0	1
	Mayor de 75 años	0	1
Subtotal adición de puntos			

MINI NUTRICIONAL ASSESSMENT (GUIGOZ, ET AL., 1994, ADAPTACIÓN DE BARRERA, ET AL., 2008)

Nombre _____ Apellidos _____

Sexo _____

Edad _____ Peso en Kg. _____ Talla en cm. _____

<p>I. INDICES ANTROPOMÉTRICOS</p> <p>1. Índice de masa corporal (IMC=Peso Kg/Talla en cm) 0 = IMC < 19 1 = IMC > 19 < 21 2 = IMC > 21 < 23 3 = IMC > 23</p>	<p>III. PARAMETROS DIETETICOS</p> <p>11. ¿Cuántas comidas completas consume al día? 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas</p>
<p>2. Circunferencia del brazo (cm) 0 = < 21 0,5 = > 21 - < 22 1 = > 22</p>	<p>12. Consumo de alimentos fuente de proteína ¿Productos lácteos al menos una vez al día? Sí No ¿Huevos o legumbres 1 0 2 veces por semana? Sí No ¿Carne, pescado o pollo diariamente? Sí No 0 = 0-1 Si 0,5 = 2 Si 1 = 3 Si</p>
<p>3. Circunferencia de la pierna (cm) 0 = < 31 1 = > 31</p>	<p>13. ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces por día? 0 = No 1 = Si</p>
<p>4. Pérdida de peso (< 3 meses) 0 = Pérdida de peso > a 3 Kg 1 = No lo sabe 2 = Pérdida de peso entre 1 y 3 Kg 3 = Sin pérdida de peso</p>	<p>14. ¿Ha perdido apetito o tenido problemas digestivos en los últimos 3 meses? 0 = Anorexia severa 1 = Anorexia moderada 2 = Sin anorexia</p>
<p>II. EVALUACION GLOBAL</p> <p>5. ¿Vive en su domicilio? 0 = No 1 = Si</p>	<p>15. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, jugos, café, leche, agua de panela, aromática, etc.)</p>

6. ¿Toma más de tres medicamentos por día? 0 = Si 1 = No	0 = Menos de 3 vasos 0,5 = De 3 a 5 vasos 1 = Más de 5 vasos
7. ¿Ha tenido alguna enfermedad o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = Si 1 = No	16. Capacidad para alimentarse 0 = Necesita ayuda 1 = Se alimenta con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad
8. Movilidad 0 = De la cama a la silla 1 = autonomía en el interior de la habitación 2 = Sale del domicilio	IV. VALORACION SUBJETIVA 17. ¿Cómo considera su peso? 0 = Bajo 1 = No sabe 2 = Bueno
9. Problemas Neuropsicológicos 0 = Demencia o depresión severa 1 = Demencia o depresión moderada 2 = Sin problemas Psicológicos	18. En comparación con las personas de su edad, ¿Cómo considera su estado de salud? 0 = Peor 0,5 = No sabe 1 = Igual 2 = Mejor
10. ¿Ulceras o lesiones cutáneas? 0 = Si 1 = No	
TOTAL = (Máximo 30 puntos)	
> 23,5 puntos : Estado Nutricional satisfactorio > 17 < 23,5 puntos: Riesgo de malnutrición < 17 puntos: : Mal estado nutricional	

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG (GHQ-12)

Nombre: _____ Fecha de aplicación: _____

Instrucciones: Lea cuidadosamente estas preguntas. Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o problemas y cómo ha estado de salud *en las últimas semanas*. Conteste a TODAS las preguntas. Marque con una cruz la respuesta que usted escoja. Recuerde que sólo debe responder en relación a los problemas recientes y actuales, no los del pasado.

Muchas gracias por su colaboración.

ÚLTIMAMENTE:

1) ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?

Más que antes ____ Igual que antes ____ Menos que antes ____ No, nunca ____

2) ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

No, nunca ____ Menos que antes ____ Igual que antes ____ Más que antes ____

3) ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?

Más que antes ____ Igual que antes ____ Menos que antes ____ No, nunca ____

4) ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

Más que antes ____ Igual que antes ____ Menos que antes ____ No, nunca ____

5) ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?

No, nunca ____ Menos que antes ____ Igual que antes ____ Más que antes ____

6) ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?

No, nunca ____ Menos que antes ____ Igual que antes ____ Más que antes ____

7) ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?

Más que antes____ Igual que antes____ Menos que antes____ No, nunca____

8) ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?

Más que antes____ Igual que antes____ Menos que antes____ No, nunca____

9) ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?

No, nunca____ Menos que antes____ Igual que antes____ Más que antes____

10) ¿Ha perdido confianza en sí mismo?

No, nunca____ Menos que antes____ Igual que antes____ Más que antes____

11) ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

No, nunca____ Menos que antes____ Igual que antes____ Más que antes____

12) ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

Más que antes____ Igual que antes____ Menos que antes____ No, nunca____

PUNTUACIÓN TOTAL GHQ 12

0-9 puntos: Salud mental alta

10- 16 puntos: Salud mental normal

17-36 puntos: Salud mental baja