

AUTONOMÍA EN LA **PERSONA MAYOR**



Iván Fernando Amaya Cocunubo
Patricia Duque Cajamarca
Luz Helena Gómez Verano
Lola Rosalía Saavedra Guzmán

EDITORIAL
CICI

CENTRO DE INVESTIGACIONES
Y CAPACITACIONES
INTERDISCIPLINARES

ISBN 978-628-97086-8-4

Autores

Ivan Fernando Amaya Cocunubo

Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca

ifamaya@unicolmayor.edu.co

 <https://orcid.org/0000-0001-8117-5117>

Patricia Duque Cajamarca

Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca

patricia.duque@unicolmayor.edu.co

 <https://orcid.org/0000-0001-7934-5340>

Luz Elena Gómez Verano

FUNDCREA-Colombia

helengo2002@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-4016-1354>

Lola Rosalía Saavedra Guzmán

FUNDCREA – Colombia

saavedralola@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-6101-5917>

Editor: Alain Fitzgerald Castro Alfaro

Título: Autonomía en la persona mayor

Autores: Iván Fernando Amaya Cocunubo, Patricia Duque Cajamarca, Luz Helena Gómez Verano, Lola Rosalía Saavedra Guzmán

ISBN Versión Digital: 978-628-97086-8-4

Sello Editorial:

Editorial Centro de Investigaciones y Capacitaciones Interdisciplinarias SAS – CICI

Coordinadora: Nora González Pérez –Cartagena –Colombia

Portada y diagramación: Linda Castro González

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons – Atribución – No comercial – Sin Derivar 4.0 internacional

https://co.creativecommons.org/?page_id=13



Cartagena –Colombia, Septiembre 2025

AUTONOMÍA EN LA PERSONA MAYOR

Iván Fernando Amaya Cocunubo

Patricia Duque Cajamarca

Luz Helena Gómez Verano

Lola Rosalía Saavedra Guzmán

Colombia

Latinoamérica

2025

Contenido

Prólogo.....	6
INTRODUCCIÓN	8
ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y AUTONOMÍA EN LA PERSONA MAYOR	16
Envejecimiento.....	17
Persona mayor.....	21
Autonomía y dependencia.....	22
Soledad en la persona mayor.....	25
Testimonio uno.....	29
DIMENSIONES PERCEPTIVAS DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO.....	32
Dimensión social	41
Dimensión cognitiva	46
Tecnología y fortalecimiento de la dimensión cognitiva	58
Dimensión espiritual	62
Dimensión psicológica	67
Testimonio dos	71
VALORACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL EN EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO	75
Escalas de valoración funcional en la persona mayor	77
Índice de envejecimiento activo	80
Testimonio tres y cuatro	81
ESTRATEGIAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUTONOMÍA	85
Actividades de equilibrio como parte de la actividad física	89
Actividad física y obesidad	93
Importancia del sueño durante el envejecimiento	96
El sueño y la actividad física	98
Autocuidado y calidad de vida	99
¿Qué es el autocuidado?	99
Estrategias que prolongan la autonomía	103
Testimonio cinco	111
Reflexiones finales	114
Referencias bibliográficas.....	117
Anexos. Escalas de valoración funcional	139

PRÓLOGO

Recorrer las páginas de este libro en primera persona, es el mensaje que sutilmente se recorre en cada página y sentir de sus autores; no es fácil hablar sobre el envejecimiento y la vejez en una sociedad que estigmatiza y estereotipa a las personas mayores y las encasilla bajo un mismo imaginario colectivo relacionado con enfermedad, discapacidad, soledad y dependencia.

La rápida transformación de la pirámide poblacional, nos muestra un nuevo perfil de personas mayores, en su individualidad, heterogénea, diversa y sobre todo con muchos sueños por cumplir en estos años de más que nos regala la nueva longevidad; es acá donde la capacidad de tomar decisiones, la promoción de la independencia funcional y la promoción de un envejecimiento digno, toman la fuerza suficiente para intervenir en los determinantes sociales de la salud que permitirán llegar a la vejez, tal cual como se quiere, a su estilo propio y de la mejor manera.

Este libro no pretende generar un modelo de vida, o emitir directrices rígidas para conseguir el éxito de un buen vivir; enmarca unas dimensiones a considerar de manera individual, para ver la vejez de manera particular, desde las capacidades, potencialidades, talentos y también aquellas necesidades o problemas que puedan afectar la manera en cómo cada persona quiere envejecer, de tal manera que busca entregar herramientas que permitan a la persona y a los sistemas de salud, a generar acciones concretas para intervenir ese gran miedo que tenemos frente a una enfermedad o hacia la misma vejez “no quiero ser una carga para nadie”.

Es así que la autonomía y la independencia funcional se construyen a lo largo del curso de vida, como si invirtiéramos en el “Banco de la vida” para disfrutar de esos ahorros en la vejez; entonces, este libro impactará de manera positiva a todas las edades que tengan la fortuna de leerlo y re leerlo; comprendiendo que no se tiene fecha de caducidad como bien lo narran en primera persona las historias inspiradoras acá narradas, afirmando que la vejez es un momento

del curso de vida de primera clase, no como muchos aún lo afirman, como una etapa de tercera, de cuarta o de quinta categoría.

En este sentido, el libro hace un llamado al trabajo intersectorial para abrir las puertas a las personas mayores en el ámbito social, económico, educativo, cultural y político desde la llamada solidaridad intergeneracional, no desde la caridad lastimera, comprendiendo desde el aporte y valor que genera la inclusión de esta nueva generación de personas mayores que desea construir una sociedad para todas las edades.

Así pues los invito a disfrutar de los testimonios relatados en este libro y proyectarse a nivel personal desde las decisiones que tomamos hoy: Cómo, en donde y con quién quiero envejecer; como imprimimos ese sello personal en nuestra vida e impactamos en la de los demás; explorando incluso la dimensión espiritual que permite generar propósito y sentido de vida de acuerdo a los cambios neuro fisiológicos que ocurren en el proceso de envejecimiento, la salud mental, la soledad no deseada, la importancia de los amigos y hasta el sueño son abordados de manera magistral con el fin de poner sobre la mesa, aquellos aspectos y dinámicas que impactan en la calidad de vida de nosotros mismos, de las personas que nos rodean y de aquellos que van llegando a nuestras vidas en este hermoso caminar.

Robinson Cuadros Cuadros

Médico Geriatra Presidente del Comité Latinoamericano y del Caribe de la Asociación Internacional de Gerontología y Geriatria

INTRODUCCIÓN

Introducción

Independientemente de cómo se lo caracterice o denomine (activo, exitoso, saludable), el envejecimiento constituye un reto tanto para la sociedad como para cada uno de sus integrantes. En tal sentido, ha de ser comprendido desde lo individual lo colectivo, hasta lo interinstitucional y gubernamental; su interpretación debe ser desde lo positivo por ser un proceso continuo que hay que vivirlo en el curso de la vida, es irreversible, pero a la vez genera crecimiento, sabiduría, desarrollo, existencia, sentido, de ahí el título asignado al documento.}

A grandes rasgos, el envejecimiento poblacional abarca un proceso permanente, gradual, complejo, multidimensional, multifactorial, integral e intersectorial, que toda persona recorre al final de la vida.

La consecución de un envejecimiento activo, pleno y saludable, sin embargo, no es tarea fácil ni una cuestión del azar. Se requiere de un proceso de optimización de oportunidades para mantener y mejorar la salud física y mental, la independencia, la autonomía y la calidad de vida durante este periodo vital.

La *Organización Mundial de la Salud* (OMS, 2015) plantea que el envejecimiento activo es el proceso que pretende aumentar la esperanza de vida de la población, mejorando la calidad de vida.

En dicho proceso, se pretende que las personas mayores logren la activación al máximo de todo su potencial físico, mental y social y, así, mejorar su calidad de vida a medida que envejecen. Del mismo modo, que se vuelven más partícipes en la sociedad, de acuerdo con sus necesidades, deseos y posibilidades individuales.

Un envejecimiento activo facilita la capacidad de las personas mayores para tomar sus propias decisiones y llevar a cabo las tareas cotidianas por sí mismas; aspectos vitales para su autoestima, sentido de logro, ánimo y satisfacción personal.

En esa línea los principales objetivos del envejecimiento activo, en el marco normativo de la OMS, son:

- Extender la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todas las personas.
- Permitir a las personas mayores contar con más independencia, autonomía, participación y dignidad.
- Incentivar la participación de las personas mayores en el ámbito económico, social, cultural y político.

El anterior es el marco contextual en el cual se desarrolla el presente texto, siendo el resultado de cuestionamientos y aprendizajes vivenciados por quienes conforman el grupo de investigación a lo largo de las experiencias académicas, profesionales, personales y familiares. Este escrito tiene el propósito de brindar elementos conceptuales y prácticos que posibiliten comprender, reflexionar y actuar en pos de un envejecimiento activo y prolongar la autonomía en personas mayores mediante diferentes estrategias de afrontamiento.

Se espera que quienes accedan estas páginas se cuestionen acerca de su estilo de vida, la forma como operacionalizan en su día a día las distintas dimensiones del envejecimiento, y que, a partir de esta propuesta, logren aplicar nuevas estrategias para fortalecer su autonomía como personas mayores. Si el lector revisa el manejo que hace de sus diversas dimensiones en su vida social, empezará a comprender mejor a las personas mayores y logrará, además, una relación más amable y positiva con ellas, basada en la igualdad, el respeto y la resiliencia.

El interés en este tema surgió a partir de los datos demográficos presentados a escala nacional e internacional acerca del envejecimiento poblacional. Las estadísticas reveladas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la Organización Mundial de la Salud (OMS), los gobiernos europeos y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), de Colombia, coincidieron en señalar que el crecimiento del grupo etario de personas con más de 60 años, tendrá para el año 2050 un crecimiento del 22%.

El envejecimiento demográfico plantea importantes desafíos socioeconómicos y políticos, así como la necesidad de reformar el sistema pensional, adaptarse a las crecientes demandas de atención sanitaria y asistencia a largo plazo, además de fomentar entornos favorables para las personas mayores (ONU, 2023). Según la OMS (2015), el 23% de la carga mundial de morbilidad correspondió a personas mayores de 60 años, y se espera que esa proporción aumente a medida que la población envejezca.

Los anteriores datos han llevado también al cambio de algunas políticas que proponen construir sociedades para todas las edades, erradicar el edadismo (discriminación por la edad) y formular planes de acción internacional acerca del envejecimiento.

Este libro está dirigido a jóvenes, hombres, mujeres, personas mayores, profesionales y académicos. Por ello, se escribió con un lenguaje sencillo, pero bien documentado y respaldado teóricamente.

Para la elaboración del presente escrito se consultaron más de 180 fuentes que, en conjunto, permitieron: por un lado, la elaboración del marco teórico acerca del envejecimiento activo; y, por otro lado, el análisis de las dimensiones biológica, social, cognitiva, psicológica y espiritual, que intervienen y determinan una mayor o menor autonomía en las personas mayores.

Desde el punto de vista metodológico, se utilizó el testimonio como técnica para recoger el relato de personas mayores, acerca del cómo lograron aumentar su esperanza de vida y, específicamente, cómo consiguieron vivir con mayor autonomía, independencia, salud y calidad de vida. Es importante resaltar que el testimonio no solamente se centró en lo que se dijo, sino también en el lugar donde habitaba: en el entorno que la rodeaba. Por ello, el relato mismo es el que evidencia dicho testimonio. Según Ibarguen (1992) el testimonio se define como:

[...] la narración hecha, generalmente en primera persona, por quién a su vez ha sido el protagonista o testigo de un suceso que involucra una situación de desventaja o marginación, de explotación o supervivencia. Sin embargo, tiene por correlato el hecho de ser recogido por

una segunda persona que al organizar, distribuir y recortar lo dicho (al editar), se convierte en una figura problematizante dada su mediación entre la producción y el testimonio en sentido estricto y la recepción de éste en la forma de texto testimonial. Por ello concebimos una diferenciación entre ambos en la medida que el texto testimonial viene a ser la relación establecida generalmente entre quien narra y quien escribe (p. 3).

El testimonio, si bien da cuenta de un acontecimiento histórico, se centra en la experiencia del sujeto y en el punto de enunciación desde lo vivido y la posición política e histórica del protagonista. Se asemeja, como género, a las historias de vida. Sin embargo, Picornell (2011) reafirmó, que el testimonio pretende generar “una nueva posición de enunciación desde donde el subalterno pueda difundir su experiencia de forma autorizada” (p. 6).

En este sentido, el testimonio como instrumento metodológico y objeto en sí mismo (Martínez y Montenegro, 2014), se diferencia de la fuente de datos de los historiadores porque su objetivo no es ofrecer documentos, sino dar cuenta de “un discurso que sea por él mismo dato e interpretación, documento y relato, acontecimiento histórico y reflexión autorizada sobre el pasado” (Picornell, 2011: 6). En este sentido, se incluyeron cinco testimonios (dos de ellos conformando una pareja) de personas mayores de 95 años que han logrado autonomía, calidad de vida, felicidad y longevidad.

El libro consta de cuatro partes. La primera presenta el marco conceptual que engloba los diferentes conceptos, estadísticas y referencias acerca del envejecimiento poblacional, así como también sobre la autonomía en personas mayores.

En la segunda parte se reflexionó acerca de las cinco dimensiones de análisis (biológica, social, psicológica, cognitiva y espiritual), que permiten entender, abordar y tratar el complejo, multidimensional y heterogéneo proceso del envejecimiento. La integración de una perspectiva multidisciplinar resulta crucial para comprender, conjunta e integralmente, cómo las personas mayores pueden afrontar su último ciclo de vida y, fundamentalmente, cómo prolongar su autonomía, teniendo en cuenta las determinaciones particulares producidas por cada una de las dimensiones a las que se enfrentan en la vejez.

En la tercera parte se enfatiza en la valoración del estado funcional en personas mayores, haciendo específica referencia a distintas escalas de la autonomía e independencia en personas mayores, demostrando la necesidad de desarrollar y fortalecer las dimensiones y la visión integral del envejecimiento.

En la cuarta parte se proponen estrategias de fortalecimiento para fomentar una mayor autonomía en la persona mayor, detallándose pautas y recomendaciones generales de afrontamiento del envejecimiento, tomando como referencia las cinco dimensiones de análisis del envejecimiento ya mencionadas.

Por último, en el anexo se profundiza en los aspectos relacionados con las escalas de valoración funcional con personas mayores y se evidencia que con la autonomía se logra una mejor calidad de vida y longevidad.

Por los significativos aportes recibidos en el transcurso de la investigación, se agradece a la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, que desde 1980 ha ofrecido el espacio para que tanto estudiantes y egresados como maestros y directivas profundicen y aporten al estudio de la persona mayor. Agradecimientos también a las personas que brindaron su testimonio y permitieron no solo abordar su experiencia vital, sino también el significado de sus espacios con todo lo que ello implicaba. De igual modo, se agradece a aquellas personas mayores que, al enterarse de la elaboración de este documento, recomendaron escribir lo siguiente: "Digan que no nos traten como niños, que podemos hacer las cosas, que nos tengan en cuenta.". Y, en definitiva, agradecimientos a las personas mayores cercanas a esta investigación, porque todas permitieron el aprendizaje y la descripción de lo contenido en este libro. Un agradecimiento especial a los tres expertos que participaron en el proceso de edición del documento.

Finalmente, se reitera la invitación que siempre promulgó el Dr. Ander Egg (2010): "Hay que añadir años a la vida y vida a los años y hay que llegar a la longevidad como ancianos que queremos morir en plena juventud." (p. 13).

ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y AUTONOMÍA EN LAS PERSONA MAYOR

ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y AUTONOMÍA EN LA PERSONA MAYOR

Se ha finalizado la introducción hablando de la vida, el máximo valor del ser humano, valor que se convierte en un reto en donde el individuo debe tener conciencia de sí mismo, de su realidad, de sus capacidades y de la forma, las estrategias que va a construir para ser resiliente utilizando recursos que permitan vivir la vida con calidad, bienestar y felicidad. Es en el contexto descrito que se propone la comprensión de los conceptos de envejecimiento, persona mayor y autonomía que se desarrollan a continuación.

Envejecimiento

Es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital, desde el mismo proceso de la concepción, hasta la muerte (Alvarado y Salazar, 2014). Constituye un proceso dinámico, multifactorial e inherente a todos los seres humanos, a partir del cual se presentan diversos cambios biológicos, psicológicos y conductuales (Laforest, 1991; Lehr, 1980; Gómez & Curcio, 2002, citado por Alvarado García & Salazar Maya, 2008).

En el plano biológico, este proceso se encuentra asociado a la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Sin embargo, estos cambios no son ni lineales ni uniformes y solo se asocian vagamente con la edad -en años- de una persona:

Así, mientras que algunas personas de 70 años gozan de un buen funcionamiento físico y mental, otras tienen fragilidad o requieren apoyo considerable para satisfacer sus necesidades básicas. En parte, esto se debe a que muchos de los mecanismos del envejecimiento son aleatorios. Pero también se debe a que esos cambios están fuertemente influenciados por el entorno y el comportamiento de la persona (OMS, 2015, p. 27).

En la actualidad, el envejecimiento representa un cambio demográfico global. Se trata, según la OMS (2015), de una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI. Con consecuencias para casi todos los sectores de la sociedad, entre ellos: el mercado laboral y financiero, la demanda de bienes y servicios (viviendas, transportes, protección social), así como también para la estructura familiar y los lazos intergeneracionales.

Según datos emitidos por la ONU (2015), las personas mayores de 60 años representaban el 12% de la población mundial –lo que equivalía a 901 millones de personas–. Porcentaje que llegará a alcanzar, de acuerdo con las predicciones sobre la reducción global de la natalidad, por parte de este organismo, el 22% de la población total en el año 2050. Esto quiere decir que aproximadamente en 30 años habrá 2.100 millones de personas con 60 años o más (p. 11). Se trata de un grupo etario que crece a una tasa anual de 3,3%, más rápido que cualquier otra población, aunque –es oportuno precisar– con mayor tendencia de envejecimiento en las mujeres.

A su vez, en 2018, la ONU señaló que por primera vez en la historia, las personas de 65 años o más superaron en número a los niños menores de cinco años en todo el mundo y se estimó que el número de personas de 80 años o más se triplicará, de 143 millones, en 2019, a 426 millones en 2050.

En Europa, la población de 65 años o más alcanzará el 28,5 % en 2050, frente al 19,8 % en 2015 (OMS, 2024). En Alemania, por ejemplo, se estimó que en 2060 habrá 130 personas de 65 años, o más, por cada 100 personas de 20 a 64 años (Destatis, 2024).

En Asia, la proporción de personas mayores de 65 años aumentará del 8% en 2015 al 19% en 2050, lo que representa más de la mitad del total mundial de personas mayores. En Japón, la nación con la mayor esperanza de vida del mundo, la edad media en 2021 era de 48,6 años, y se prevé que aumente a 53,2 años en 2040 (ONU, 2024).

En sintonía con las proyecciones esgrimidas por la ONU, la CEPAL indicó que, en la región, las personas mayores son el segmento poblacional que crece más rápidamente y con un ímpetu mayor que la población de edades más jóvenes.

En América del Norte, la población de 65 años o más se duplicará con creces entre 2015 y 2050, pasando del 15% al 23% en los Estados Unidos y del 16% al 25% en Canadá (ONU, 2024). En América Latina y el Caribe, la esperanza de vida al nacer aumentó de 69,2 años en 1990 a 75,6 años en 2019 (OPS, 2019.). Según las proyecciones de la CEPAL (2022), la población de adultos mayores (60 años o más) en la región se triplicará entre 2020 y 2060, pasando de 88 millones a 258 millones de personas.

En Colombia, de acuerdo con las estimaciones presentadas por el DANE, la población total proyectada para el país, en 2018, era de 49.834.240 habitantes. De ellos, 5.970.956 (11%) tenían más de 59 años, entre los cuales 3.150.613 (55%) eran mujeres y 2.602.345 (45%) eran hombres. Además, la esperanza de vida al nacer se había incrementado significativamente en las últimas décadas, pasando de 68,8 años en el periodo 1985-1990, a 77,3 años en el periodo 2015-2020. Así mismo, la población de 60 años y más aumentó del 6,3%, en 1985, al 13,2% en 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Con respecto a las personas mayores de 59 años, el DANE reveló cómo ésta pasó de 2.142.219 en el año 1985 a 5.970.956 en el año 2018; es decir: alcanzó un crecimiento anual del 3,5%. Un dato que se refuerza con las proyecciones para el 2050, elaboradas por el Departamento Nacional de Planeación de Colombia (2018), a partir de las cuales se estimó que el crecimiento de la población adulta mayor llegará a los 14,3 millones (el 23 % de la población total estimada para dicho año). Se espera, además, según ese estudio, que a 30 años el volumen demográfico de este grupo etario superará al de los jóvenes.

Lo anterior evidencia que el envejecimiento es un proceso que todo ser humano vive. Demográficamente hablando, el grupo de personas mayores se incrementa con rapidez, lo cual ha llevado a caracterizar dicho envejecimiento, y por esta razón se habla de envejecimiento activo y de éxito o saludable; es decir: hay que asumir que envejecer no es malo, ni negativo; es algo inevitable y, por tanto, se debe generar positivamente. En ese contexto, la OMS y la OPS, desde 2002, definieron el envejecimiento activo como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, seguridad y participación, con la finalidad de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen, indicando que se trata del proceso que realiza el potencial de bienestar físico, mental y social a lo largo de este ciclo vital. Lo planteado es responsabilidad de todos: la persona mayor, las familias, los profesionales, las instituciones de los diferentes sectores, entre otros; es decir: que el envejecimiento activo no es un concepto individual, sino colectivo.

Persona mayor

“Las personas mayores son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismos, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2015, p. 13).

El término “persona mayor” hace referencia a aquellas “cuya edad ha superado la esperanza de vida media al nacer” (OMS, 2015, p. 250). Dicho de otro modo: a quienes se encuentren en los parámetros de lo que se denomina comúnmente tercera edad.

Ahora bien, ¿en qué rango de edad es posible ubicar a esta población? A grandes rasgos, podría decirse, engloba “a mujeres y hombres de 60 años o más.” (OMS, 2001, p. 4).

Se trata de una definición muy general que en países como Colombia también ha alcanzado cierta validez y legitimación. Así, el Ministerio de Salud y Protección Social, la Ley 1251 de 2008 y la Ley 1315 de 2009 amparan igualmente esta concepción. Dentro de este rango etario, sin embargo, entraron también en consideración, según la Ley 1276 del 2009, aquellos sujetos, entre 55 y 60 años, cuyas “condiciones de desgaste físico, vital y psicológico así lo determinen.”

En este contexto, es interesante la propuesta hecha por Ander Egg acerca de las expresiones que se han formulado para designar a este grupo etario: viejo, persona de edad avanzada, tercera edad, adulto mayor y anciano. Este último término lo acogió por considerar que se refería a “la persona que sigue siendo vital y entusiasta, añade vida a su vida, tiene proyectos y tareas que realizar, mantiene la ilusión de vivir, sigue aprendiendo cada día nuevas cosas, sabe

que la vida merece ser vivida a pesar de todo, porque siempre alberga alguna esperanza” (2010, p. 19).

Autonomía y dependencia

En el marco del análisis del envejecimiento poblacional, los conceptos de autonomía y de dependencia aparecen como ejes de análisis para abordar el cuidado de personas mayores. Pues ambos no solamente se relacionan y se afectan mutuamente, sino que también “son dos capacidades de los seres humanos que se construyen, se deconstruyen y se manifiestan en gradaciones temporales o permanentes; su tratamiento homogéneo es una afrenta al ser personal” (Ramírez, 2003, p. 473).

Etimológicamente hablando, el término autonomía proviene del griego *auto* y *nomos* –el que se gobierna según su propia ley–, y el término dependencia proviene del latín *pendere* –pender de algo o alguien–. Entendido como la necesidad del individuo a ser ayudado o apoyado para ajustarse a su medio e interactuar con él.

En términos generales, la autonomía se refiere a la plena voluntad individual de hacer uso de sus facultades, de la capacidad de controlar, afrontar y tomar por iniciativa propia decisiones personales acerca de cómo vivir, de acuerdo con normas y preferencias propias.

De hecho, “La autonomía se relaciona con el control y la sensación subjetiva de control de la vida, de modo que un incremento en la discapacidad funcional y crónica implica un decremento en la sensación de dominio” (Janga y otros, 2009, p. 6). Es por esto que uno de los componentes

más relevantes de la autonomía es el “control emocional, que le permite al individuo actuar no condicionado por sus sentimientos y emociones” (p. 6).

Puijalon (2009), diferencia conceptualmente entre el término autonomía funcional y el de autonomía decisional. La primera, hace referencia a la posibilidad de hacer por uno mismo las actividades de la vida cotidiana sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia. Por ejemplo, levantarse, vestirse o alimentarse. La segunda, tiene que ver con la gestión de las dependencias de un individuo; es decir: con la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad, como: protestar, estudiar y ejercitarse autónomamente, entre otros.

El concepto de dependencia, por su parte, tiene que ver con la necesidad de atención y cuidado que precisan las personas que no pueden realizar por sí mismas las actividades de la vida cotidiana.

En su acepción más amplia, la dependencia es la “subordinación a un poder mayor” o “la situación de una persona que no puede valerse por sí misma”. Intrínsecamente presupone, por tanto, “la pérdida de la autonomía y relega el cuidado propio, ya sea a personas, instituciones y otros entes” (Gutiérrez y otros, 2014, p. 28). Es decir, “este concepto se emplea de forma indistinta para designar discapacidad, fragilidad o reducción del potencial para llevar a cabo con desenvolvimiento actividades de la vida diaria –como vestirse, alimentarse, bañarse, caminar, entre otras–” (p. 29).

El Consejo de Europa (2018) definió la dependencia justamente como: “La necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”. O, de manera más precisa, como:

“[...] un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal” (Fundación Caser, 2024).

De esta manera, la dependencia de un individuo se entiende como un estado permanente en el que se encuentran las personas que, por diversas razones (edad, enfermedad, discapacidad), precisan la atención de otra u otras personas, es decir: de ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria (Delgado, 2018). Cualesquiera sean las condiciones de dependencia en que se encuentre una persona “es indudable que el mayor nivel de autonomía será el principal objetivo de la intervención en el campo de la vejez” (Ramírez, 2003, p. 472).

La noción de dependencia tiene, en suma, múltiples dominios: económico, físico, mental, social. Y se presenta, por lo tanto, “como un fenómeno complejo, que presenta diversas dimensiones, causas y funciones y que difícilmente es reducible a una única configuración” (p. 473).

Ahora bien, en el caso particular del desarrollo de enfermedades crónicas y el aumento en la prevalencia de limitaciones funcionales –que ocurren como parte del propio proceso de envejecimiento– es posible observar un incremento aún mayor en el porcentaje de personas en situación de dependencia, aquellas que imperiosamente requieren ayuda externa para el desarrollo de sus actividades diarias (Aranco y otros, 2018).

Como lo han planteado los autores, la idea es que la persona mayor tenga el dominio, el control de su vida con calidad, que se sienta que tiene bienestar, que sea tenido en cuenta, que exista con calidad de vida; en general. que sea feliz, así tenga dificultades. Por lo anterior, es inevitable hablar de persona mayor sin contemplar el envejecimiento activo.

Soledad en personas mayores

Frente a la tendencia progresiva del envejecimiento poblacional como producto de la transición demográfica, resulta oportuno analizar la alta incidencia y prevalencia que está suponiendo el problema de la soledad en la población mayor. Esto es: en su salud física y mental, sus relaciones sociales, sus expectativas respecto del futuro o, bien, en su propio estado o equilibrio emocional y afectivo.

Durante los últimos años, dada la literatura especializada disponible al respecto, la soledad en las personas mayores se ha convertido en objeto de estudio, cada vez más recurrente dentro de diferentes disciplinas académicas: la psicología, la antropología y las ciencias de la salud. Es más, el interés científico sobre esta problemática ha pasado también a ser un tema frecuente de investigación empírica y clínica, motivado por la creación de escalas de medición de la soledad estandarizada, que han buscado evaluar el nivel de soledad y aplicarlo a objetivos tanto preventivos como de intervención (Amaya y otros, 2021, p. 307).

Si bien cada una de las escalas ha contado con su propio eje metodológico y analítico, las investigaciones desarrolladas acerca de la soledad han oscilado desde “planteamientos que analizan la soledad objetiva [...] a planteamientos que consideran a ésta como un mecanismo de

defensa [...], pasando también por definiciones que entienden la soledad como consecuencia de la vida interna en instituciones” (Rubio, 2007, p. 12).

En el marco de las investigaciones empíricas desarrolladas acerca de la soledad en los años setenta y ochenta, “motivadas por varios factores sociales, tales como las altas tasas de divorcio, la gran cantidad de personas que vivían solas y el aumento de la viudedad en la vejez” (Pinazo y Bellegarde, 2018, p. 25), autores como Peplau y Perlman (1982), definieron la soledad como la experiencia desagradable que ocurre cuando la red social de una persona es deficiente.

West, Kellner y Moore-West, en 1986, sostuvieron, a su vez, que la soledad es “una consecuencia de las deficiencias percibidas en las relaciones sociales de la persona, una experiencia subjetiva que, sin embargo, no es sinónimo de aislamiento social” (Yárnoz, 2008, p. 105).

La soledad hace referencia, entonces, “a la ausencia o el déficit de relaciones interpersonales” (Díez y Morenos, 2015, p. 8), a la falta de relaciones personales con la familia, los amigos y conocidos a quienes las personas pueden recurrir en caso de necesidad (Machielse, 2015). Se trata de “una condición en la persona que sufre un malestar emocional al percibirse aislada, rechazada o incomprendida por las personas que le rodean” (Garza y otros, 2020, p. 107). En ese sentido, “La experiencia de soledad, en el fondo, es la sensación de no tener el afecto necesario deseado, lo cual produce sufrimiento, desolación, insatisfacción, angustia, etc.” (Rubio, 2009, p. 4).

Autores, como Rubio y otros (2007, 2009 y 2011), plantearon que la soledad que padecen los sujetos puede clasificarse en objetiva y subjetiva. La primera, se refiere a la falta de compañía, a la vivencia real de estar solo. Esto es: a no tener a una persona que apoye la realización de determinadas actividades físicas o cognitivas. La segunda, hace referencia a aquella que padecen los individuos que se sienten solos, independientemente que vivan o no con otras personas o estén insertas en un determinado entorno social. La soledad subjetiva, por tanto, no consiste en una ausencia, sino más bien en un sentimiento intrínseco y personal percibido y vivido por muchas personas mayores.

La soledad puede clasificarse en dos tipos generales: emocional y social, considerando factores de riesgo económicos (nivel de pobreza, ingresos, vivienda), socio-culturales (nivel educativo, aislamiento, vulnerabilidad social), biológicos (enfermedades, discapacidades) y, demográficos (sexo, edad, situación conyugal, ocupación laboral). La soledad emocional surge principalmente de la pérdida de un ser querido con quien la persona compartía valores y costumbres familiares, y se asocia con sintomatología depresiva, estrés, pesimismo, ansiedad y baja autoestima (Pinel y otros, 2009). Por su parte, la soledad social refiere a la falta de un sentido de pertenencia social o de vínculos con personas cercanas, lo que se puede interpretar como una insatisfacción subjetiva con la sociedad en la que se vive, en términos de estilos de vida, valores y uso de nuevas tecnologías (Pinel y otros, 2009; Rubio, 2007). Estas definiciones permiten clasificar la soledad de diferentes tipos: objetiva y subjetiva, exterior e interior, emocional y social; categorías que forman la base de la escala Este.

Siguiendo esta perspectiva, Garza y otros (2020), han sostenido que la soledad afecta diferentes esferas y puede, a su vez, producirse en ámbitos concretos: familiar, conyugal, social o, existencial. Las variables que la determinan pueden variar de acuerdo con ciertos “factores sociodemográficos como el género, la edad, el estado civil o el lugar de residencia de las personas mayores, además de la transición a la jubilación y la presencia de enfermedades” (p. 108).

En el caso del género, algunos estudios (Beutel y otros, 2017; Domènech y otros), mostraron que en las mujeres de más de 50 años había mayores niveles de soledad, sobre todo cuando existía pobreza en la mujer mayor que vivía sola, y que se presenta, en su mayor parte, en la esfera de soledad conyugal (Rubio y otros, 2011). Los hombres, por otro lado, presentaban niveles más altos de soledad, principalmente en los dominios familiar y social (Acosta y otros, 2017; Dahlberg & McKee, 2014).

Esos autores dejaron claro que la soledad, cualquiera que fuera, no solo en las personas mayores, se constituía en un factor de riesgo que podía afectar el bienestar, la calidad de vida y, generar o asociarse a otros factores que no permitirían el envejecimiento activo y saludable.

Testimonio uno: “El secreto para lograr longevidad y felicidad con salud es el deporte, la buena alimentación, la música y una pisca de genética. Mi salud el mayor tesoro”

Figura 1.

Retrato de Sarita de 97 años



Nota. De elaboración propia

Soy Sarita, tengo 97 años y nací en Barranquilla, en el seno de una familia tradicional, mis padres vinieron de Egipto, como solo éramos mi hermano y yo hemos guardado recuerdos de nuestra época de niñez. Aunque soy 10 años mayor que Mayer, ingeniero eléctrico, Ph.D., cursado en Londres y si bien sus actividades profesionales le demandan mucho tiempo, toda la vida hemos guardado una excelente relación.

Cuando era niña esperaba ansiosa la llegada del domingo para ir a nadar a la piscina del Hotel del Prado, una actividad que siempre disfruté. La música también marcó mi juventud y a los 8 años comencé clases de piano, lo que me llevó a apreciar la música clásica, gusto que conservo hasta el día de hoy, igual a mi hermano que toca el violoncelo.

Conocí a mi esposo de familia rusa en Barranquilla y me casé a los 24 años. Me mudé a Bogotá. Aprendí a convivir con él y su deporte, la equitación. Un episodio memorable fue cuando él tomaba pastillas para la digestión, por lo tanto, decidí inscribirme en un curso de nutrición y dietética. A partir de entonces, me dediqué a preparar comidas saludables que contribuyeron a mejorar su digestión despertando en mi un interés permanente por la buena comida.

A pesar de anhelar tener hijos, mi esposo no pudo concebir. Después de cinco años, cuando tampoco quiso adoptar, decidí aceptarlo y enfocarme en nuestro bienestar personal. A los 40 años entré a una academia de Taekwondo, actividad que disfruté durante más de 20 años. Siempre he disfrutado mantenerme activa, así que más tarde entré a gimnasios donde también hubo Yoga. Debido al remplazo de rodillas, abandoné esa actividad y nunca dejé de buscar formas de mantenerme activa compartiendo con amigas, teniendo en cuenta el gran valor de la amistad, comparto con ellas lo que pasa en el mundo.

La cultura, y por supuesto, la música, siempre han ocupado un lugar privilegiado en mi vida. Quedé viuda hace 31 años y, al no tener hijos ni sobrinos, decidí mudarme a una residencia para mayores, hace 6 años. Aunque no tengo muchas experiencias comunes con mis amigas

aquí, para mostrar en los celulares, para mostrar a sus familias, valoro la diversidad de vivencias que cada uno aporta a nuestras conversaciones.

Mi salud ha sido mi mayor tesoro, aunque recientemente, hace 2 años me dio Covid19, evento que fue muy fuerte y me debilitó mucho. He experimentado mucha fatiga, pero mantengo una buena salud en general. Mis dos enfermeras me brindan cuidados día y noche y siempre tengo a mi alrededor recuerdos, fotos y muebles que hacen de mi hogar un refugio de bienestar. ¿Cuál es el secreto de mi longevidad y bienestar? Sin duda, el deporte que ha sido mi compañero constante, seguido de una alimentación saludable y por supuesto una buena genética de familia. No puedo olvidar la compañía constante de la música, que ha sido mi fiel compañera a lo largo de los años. Extraño los conciertos de la Orquesta Filarmónica de Bogotá a los cuales asistía cada semana.

Soy cofundadora, con varias compañeras, de una escuelita para niños de escasos recursos, la cual todavía existe después de 65 años. Allí los niños estudian su primaria y son apoyados pagando un mínimo. Fui presidenta y colaboro ampliamente desde sus inicios.

Para finalizar, no olvidar mi uso diario del computador, tan necesario en la vida actual, donde me comunico con muchas personas, como también el uso del celular, donde me puedo comunicar con otros familiares en el mundo.

DIMENSIONES DE LA PERCEPCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

DIMENSIONES DE LA PERCEPCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Para comprender el por qué se habla últimamente de nueva longevidad, es oportuno referirse a la evolución de conceptos y, de políticas, en una línea del tiempo, así:

- Antes de 1980 se hablaba de persona mayor basándose en la edad (última etapa de la vida) y en el modelo biológico centrado en la enfermedad y su atención. Se hablaba de vejez como sinónimo de vida sedentaria, improductividad y, por supuesto, decadencia. Lo anterior, observado desde un enfoque o paradigma, responde a un modelo deficitario. Bajo ese modelo, los estudios se centraban en lo cuantitativo, como ejemplo, la ONU, en 1960, estableció, por primera vez, que la esperanza de vida, por aquel entonces rondaba los 52,5 años. Actualmente, dicho dato se tiene en cuenta solo como un indicador más, el cual es de 78,5 años. Es importante, no solo porque la esperanza de vida ha aumentado, sino también porque los estudios muestran que ese grupo poblacional, a futuro, es el que más aumenta e, incluso, como lo afirman los estudios de McCarthy, que está registrado que es posible alcanzar los 120 años en el marco del envejecimiento activo.

En ese momento histórico, se presentaron las primeras definiciones de la vejez, que en los años cincuenta, justamente, tuvieron en cuenta tal perspectiva al plantear que “la vejez es el cambio fisiológico que sufre el individuo, cuyo término inevitablemente es la muerte” (Medawar, 1953, p. 322). Fue en ese momento cuando cambió la denominación de adulto mayor y aparecieron políticas y encuentros alrededor del envejecimiento.

- En 1982, en la primera Asamblea Mundial de Envejecimiento, celebrada en Viena, se empezó a dar el giro hacia el modelo de desarrollo, en el que se vio a la persona mayor como quien llega a una etapa de la vida que le permite ser activo. Se trabajó en la humanización de la persona mayor, se inició una visión internacional, pensando en la seguridad económica y social de la persona mayor. Así mismo, se reconoció su aporte de ellas al desarrollo de los países. También se abandonó el concepto de vejez o de persona mayor y se introdujo con fuerza el concepto de envejecimiento. Se pudiera decir que detrás hubo un enfoque de desarrollo; aunque al operacionalizar las políticas, sigue siendo un enfoque positivista, biológico. El envejecimiento debe ser evaluado teniendo en cuenta la función del patrón de referencia cronológica y los cambios morfofuncionales de cuya declinación depende el grado de envejecimiento (García, 2003).
- En 2002, en la segunda Asamblea Mundial de Envejecimiento, realizada en Madrid, la declaración estableció la necesidad de asumir la política de envejecimiento y se instauró el plan de acción en el marco de las realidades sociales, demográficas, culturales y económicas del siglo XXI. Se promovió la comprensión del envejecimiento en el marco de los derechos humanos y del desarrollo social y económico.
- De 2003 a 2020, se efectuaron los encuentros entre países, realizando seguimiento a lo planteado en la declaración de la segunda asamblea, en relación con las políticas y los planes de acción y, se fortalecieron los conceptos de envejecimiento activo, envejecimiento saludable, envejecimiento con dignidad y derechos, entre otros.

- En 2020, se estableció el decenio del envejecimiento saludable 2020-2030, aprobado en la 73 *Asamblea mundial de salud*, en la que se direccionó la política hacia todas las personas, no solo hacia la persona mayor. Por ello, se enfatizó en el cambio de pensar, sentir y actuar en relación con la edad y el envejecimiento, en asegurar comunidades que fomentaran las capacidades en las personas mayores y, en la atención integral. En ese marco, estudiosos del envejecimiento, como Siow, invitaron a las personas mayores, sus familias y comunidades, a los profesionales y, en general, a los gobiernos, a tener en cuenta que: “la pregunta más importante aquí no es discutir cuánto tiempo podemos vivir, sino cómo podemos retrasar el inicio del declive relacionado con la edad y mantenernos saludables por más tiempo” (Siow, citado en Ladela, 2022). Lo anterior condujo al paradigma de la nueva longevidad, que se trabaja teniendo en cuenta lo integral, intersectorial e interdisciplinario.

En el contexto histórico descrito, los autores, refiriéndose al envejecimiento activo, hablaron de: determinantes, factores, dimensiones, áreas, sectores, ámbitos, y otros que, independientemente de su denominación, debían interactuar de forma armoniosa y dinámica a lo largo de toda la vida para lograr vivir más años con calidad de vida, autónomos, funcionales, con capacidades para responder a situaciones difíciles y al manejo de emociones y sentimientos que, con salud física y mental, posibilitaran el “bien estar” y, por ende, la felicidad. Dicho planteamiento lo recogió la Ley 2055 de 2020, en la que se establece que el envejecimiento activo y saludable es el: Proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social, de participar en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y de contar con protección, seguridad y atención, con el objetivo de ampliar la esperanza

de vida saludable y la calidad de vida de todos los individuos en la vejez, y permitirles así seguir contribuyendo activamente a sus familias, amigos, comunidades y naciones. El concepto de envejecimiento activo y saludable se aplica tanto a individuos como a grupos de población.

La anterior concepción se visualiza en el siguiente cuadro:

Cuadro 1.

Concepción integral del envejecimiento activo y saludable

Denominación	Descripción
Dimensiones básicas de un desarrollo humano integral Martínez (2009)	Dimensiones del ser humano: • Biológica o física • Social o sociopolítica • Emocional o afectiva • Cognitiva o intelectual • Espiritual o moral
Dimensiones del crecimiento humano Barrio (2007)	Dimensiones que posibilitan lograr el desarrollo: • Crecimiento intelectual • Crecimiento moral ética o social • Estético-afectiva • Religiosa
Se definió la salud teniendo en cuenta las dimensiones del ser humano, los aspectos socio históricos y de contexto y la complejidad humana. (Valenzuela, 2016).	Dimensiones: • Las condiciones de vida • El entorno biológico, socio cultural y económico • Las emocionales • Lo espiritual y lo mental

Declaración política y el Plan de acción internacional sobre el envejecimiento 2002 Que comprometió a los gobiernos a diseñar y ejecutar medidas para hacer frente a los retos planteados por el proceso de envejecimiento.	Temas prioritarios propuestos • Los adultos mayores y el desarrollo • Mejoramiento de la salud y el bienestar en los adultos mayores • Creación de ambientes favorables y de apoyo a los adultos mayores
Determinantes del envejecimiento activo Imsero (2001). Citado por Cuesta (2018).	Los siguientes factores: • Sociales: educación alfabetización, derechos humanos, apoyo social, prevención de la violencia y el abuso • Entorno físico: ámbitos urbanos y rurales, vivienda, prevención de lesiones • Económicos: ingreso, trabajo y protección social • Conductuales: actividad física, alimentación sana, abandono de tabaquismo, control de problemas causados por alcohol, uso incorrecto de medicación • Sanidad y servicios sociales: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, cuidados a largo plazo y atención primaria. • Personales: biología, genética, capacidad de adaptación.

Factores que determinan a la persona mayor para establecer estilos de vida activos Blanco (2010).	Se mide a través de ámbitos biológicos, genéticos, físicos, sociales, biológicos y cognitivos; explicando que no existe un solo patrón de envejecimiento, por ello plantea visión multifactorial que lleva al análisis de diversas variables sociales desde diferentes factores como, nivel educativo, ingreso económico, calidad de la dieta, consumo de tabaco y alcohol, actividad física y su relación con la condición cognitiva y de salud, estado de ánimo, desempeño cognitivo, como las diferencias socio–económicas, nivel educativo,
Plan de acción Internacional de Viena sobre envejecimiento	Para el logro del envejecimiento activo, se referenciaron seis áreas sectoriales: • Salud y nutrición • Protección a la población de edad avanzada • Vivienda y medio ambiente • Familia • Bienestar social • Ingreso y empleo • Educación
El envejecimiento, concebido como proceso (Zavala y otros, 2006), es un fenómeno multidimensional, cuya comprensión requiere de la integración de una perspectiva biológica,	Desde el punto de vista biológico, el envejecimiento debe ser evaluado teniendo en cuenta la función del patrón de referencia cronológica y los cambios morfofuncionales de cuya declinación depende el grado de envejecimiento (García, 2003). Las primeras

psicológica y social. (Morales y Gouzy, 2019).	definiciones de vejez en los años cincuenta, tomaron en cuenta esta perspectiva: "la vejez es el cambio fisiológico que sufre el individuo, cuyo término inevitablemente es la muerte." (Medawar, 1953, p. 50). En el aspecto psicológico, el estudio del envejecimiento abarcó: por un lado, los cambios en los procesos psicológicos básicos y el desarrollo que presentaban; y, por otro lado, el estudio de la personalidad y sus modificaciones (Ramos y otros, 2009). La dimensión psicológica centrada en "la mente y recoge la idea de la persona como ser dirigido a metas y dotado de un conjunto de procesos que le permiten guiar su conducta creativa y armónicamente en el contexto cambiante donde se dan las diversas situaciones en que participa" (Quintana, 2021, p. 1). En la dimensión social, las características de la sociedad condicionan tanto la cantidad como la calidad de vida en una persona mayor (Thomae, 1982). Es decir, los aspectos sociales, las relaciones interpersonales o cualquier tipo de vínculo social establecido, también contribuye a la conformación y comprensión del proceso de envejecer (Ramos y otros, 2009). Por su
---	--

	parte, Chawla (1998) planteó que, si bien era cierto que el envejecer implicaba un deterioro biológico, “son las condiciones sociales de carencia de servicios y las ideas contenidas en el modelo médico tradicional las que restan oportunidades para que el «mayor» se mantenga activo y autovalente” (p. 54).
A partir del año 2000, se afirma que hablar de envejecimiento activo es orientar a la persona a mantener más tiempo su independencia y autonomía, y proponen trabajar con la visión de integrar los hábitos saludables. Tal es el caso de Belsky (2001), Bryan (2004), Bunce y Murden (2006), Cotman y Bertchold (2002), Marks (2002), Schaie y Wills (2003), entre otros.	Hábitos saludables para prolongar la autonomía y la independencia • El ejercicio físico. • La dieta equilibrada. • El sueño.
Nuevo siglo, nueva longevidad, nuevo paradigma. Bernardini (2023) Nueva longevidad +50 la segunda mitad, Bernardini, D., se destaca que la nueva longevidad tiene cinco dimensiones: más personas mayores,	Se plantea cómo “la longevidad ha pasado de ser una vivencia personal e individual a convertirse en una experiencia colectiva, un fenómeno social”. A partir de este planteamiento, se presentan las cinco dimensiones que definen la longevidad: • Más personas mayores: para 2050 será el 21% de la población.

mayor independencia, nuevos roles, nuevas intensidades, diversidad y construcción de diferencia.	• Mayor independencia y autonomía: condicionada a herencia genética, estilos de vida, interacciones con el entorno, características propias, identidad sexual, educación, nivel educativo. • Nuevos roles logrados a partir de la participación. • Nuevas intensidades que llevan el envejecimiento más allá de lo biológico y lo cronológico, emprendiendo nuevos proyectos. • Variedad y diversidad; no hay dos personas mayores iguales, lo que conlleva -construir diferencias.
---	--

Se evidencia la concepción integral del envejecimiento, independientemente que esté direccionada a los gobiernos, las personas mayores, sus comunidades y familias o solamente a la persona mayor. Igualmente, tampoco importa que la categoría sea eje, área, tema, factor o dimensión. De hecho, es la visión en conjunto, el trabajo articulado y en red lo que permite hablar de envejecimiento activo, exitoso o saludable.

Por lo anterior, en el presente se habla de dimensiones, como las categorías que, de forma didáctica, permiten profundizar en algunos de los elementos que conforman el todo y que unidos generan sistema.

Dimensión social

En esta dimensión, las características de la sociedad condicionan tanto la cantidad como la

calidad de vida en la persona mayor (Thomae, 1982). En otras palabras, los aspectos sociales, las relaciones interpersonales o cualquier tipo de vínculo social establecido contribuyen a la conformación y comprensión del proceso de envejecer (Ramos y otros, 2009). Por su parte, Chawla (1988) plantea que, si bien es cierto que el envejecer implica un deterioro biológico, “son las condiciones sociales de carencia de servicios y las ideas contenidas en el modelo médico tradicional las que restan oportunidades para que el «mayor» se mantenga activo y autovalente” (p. 25). De hecho, la dimensión social es “la expresión de la sociabilidad del ser humano en respuesta a la necesidad de interacción con sus semejantes.” (Morales y Gouzy, 2019, p. 57).

En esta dimensión se enfatiza en la capacidad de una persona de interactuar con otras, participar en grupos y vivir experiencias interpersonales. En efecto, este conjunto de variables, “supone la expresión de la sociabilidad humana característica [...] el impulso genético que la lleva a constituir sociedades, generar e interiorizar cultura, y el hecho de estar preparados biológicamente para vivir con otros de su misma especie” (López, 2017, p. 125).

En el marco de una perspectiva que resalta la dimensión social, la persona se vincula con otras “mediante el intercambio continuo de acciones. Este intercambio implica el desempeño de roles y el ajuste del comportamiento, el desarrollo de procesos de apoyo y ayuda mutua” (p. 98). En última instancia, interiorizarse en los procesos de socialización favorecen el sentido de pertenencia a un determinado grupo.

Al hablar de roles sociales, se refiere al conjunto de funciones, normas y comportamientos definidos social y culturalmente, que se esperan que una persona cumpla/ejerza de acuerdo con

su estatus social, adquirido o atribuido. Para una persona mayor, por ejemplo, esos roles van cambiando debido al paso del tiempo. Algunos de los que desempeñó durante toda su vida no pueden ser llevados a cabo con normalidad; situación que conlleva una serie de cambios sociales y psicológicos.

Por lo anterior, algunas teorías sociológicas han estudiado la forma en cómo se envejece dentro de un espacio social determinado y, a partir de allí, la adaptación durante la última etapa de la vida a las condiciones ofrecidas por la sociedad (Satorres, 2013).

Así mismo, Carmona (2015) sostiene que una vida social activa aporta, como ninguna otra dimensión, beneficios al bienestar personal durante la etapa del envejecimiento. Los resultados obtenidos indicaron una relación predictiva significativa de la vida social, la autonomía y la salud con el bienestar personal de las personas mayores evaluadas.

Las personas que mantienen una vida social activa (es decir: aquellas que realizan actividades sociales, tienen un grupo de amigos con los cuales pueden jugar, compartir y convivir, asisten a eventos sociales o actividades recreativas) “muestran un comportamiento más adaptativo, afirman sentirse felices, tienen un sentido por el cual vivir y la mayor parte del tiempo se sienten alegres y entusiastas” (p. 398).

En consonancia, “La vida social representa una parte muy importante del individuo: constituye el fundamento de su estructura social y representa al conjunto de las relaciones personales que cada individuo mantiene” (p. 393). Mediante las relaciones significativas establecidas en el

tiempo, “los individuos intercambian información, afecto, asistencia, recursos o consejos, y a cambio demandan respeto, retribución o lealtad” (Gil y Schmidt, 2002, citados por Carmona, 2015).

En relación con la participación social de las personas mayores, otras fuentes revelaron que:

- La colaboración en actividades comunitarias, como los programas educativos y artístico-culturales, mejoran el nivel de salud, reduciendo el nivel de dependencia, previniendo accidentes, la promoción de la salud y la actividad física. Además, estos programas favorecen el contacto social creando redes de apoyo social, reduciendo la soledad y la depresión, promoviendo el bienestar (Mesa y otros, 2019, p. 117).
- Las personas mayores que participaron en los programas de las Universidades Seniors, “además de actualizar y adquirir nuevos conocimientos y competencias, crean y favorecen el establecimiento de redes sociales, atenuando así la soledad y estimulando el sentimiento de actividad, la percepción de autoeficacia, la autoestima y el bienestar” (p. 117).
- Clemente y otros (2008) indicaron que las personas mayores que sentían más satisfacción con la calidad de su red de apoyo social, presentaron mejores niveles de salud percibida y de bienestar general. En contraste, aquellas que carecían de algún tipo de soporte social – entendido como la red de relaciones que brinden alguna forma de apoyo en situaciones críticas, fundamentalmente para desarrollar soluciones creativas frente a conflictos y problemas–, tenían mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos (Manyari y Meza, 2016).
- En algunas circunstancias, como la aparición de una enfermedad o la ausencia de autonomía en las personas mayores, sin embargo, se “constituyen limitaciones tanto biológicas y

sociales como personales, ya que impactan en el bienestar personal y en el mantenimiento de una vida social activa” (Carmona, 2015, p. 400).

- Sentandreu y otros (2021) señalaron que “mantenerse activo en las etapas más tardías de la vida a veces se dificulta, ya que el envejecimiento lleva asociado como algo natural la pérdida o la reducción en algunas esferas de actividad social” (p. 227).
- En ese sentido, es necesaria “la búsqueda de nuevos espacios en la sociedad, que permitan a la población adulta mayor participar activamente previniendo el abandono, el aislamiento y la desintegración social mediante el fortalecimiento de las estructuras de apoyo familiar y comunal” (Carmona, 2015, p. 400).
- Realizar actividades sociales y mantenerse activo socialmente tiene un “rol protector” en la vida de las personas mayores; por tanto, esto tiene un impacto directo sobre la calidad de vida (Sentandreu y otros, 2021). La participación social no solo ayuda a un envejecimiento activo y saludable, sino también a prevenir la ideación suicida (Saías y otros, 2012), el aislamiento social y la soledad (Gardiner y otros, 2018).
- En ese orden de ideas, Hernández V., y otros (2021), sugirieron profundizar en la tarea de concienciar acerca del potencial que posee el entorno social para lograr un envejecimiento pleno y satisfactorio.

Los siguientes son algunos de los beneficios que, según Homewatch Care Givers (2017), conlleva la socialización durante la tercera edad:

- *Aumento de la esperanza de vida*: las personas de la tercera edad que tienen poco o nulo contacto social, tienen más posibilidades de morir en el corto plazo. En cambio, aquellas que mantienen una vida social activa, tienen mayor esperanza de vida.

- *Disminución del sentimiento de soledad:* el paso de los años sume a muchas personas mayores con el sentimiento de soledad. De ahí la importancia de la compañía en el adulto mayor sea fundamental para que no se sientan solos. El hacer amigos y fomentar la socialización, hace que este sentimiento disminuya y que ellos creen su propio mundo, sintiéndose mucho más independientes de las visitas de sus seres queridos. Al forjar relaciones interpersonales con otras personas de su edad, comparten experiencias y se dan cuenta, incluso, que no son los únicos viviendo esa etapa.
- *Mantener una mente activa:* el hecho de socializar hace que las personas mayores puedan mantener activa su mente y, por ende, se sientan parte de la sociedad; es decir: útiles, independientes, autónomos y mucho más empoderados.
- *Mejorar el bienestar físico y emocional:* la socialización tiene efectos positivos en patologías relacionadas con dolores articulares y también en ciertas enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial y la diabetes. Además, previene aquellas de la esfera psicosocial, como la ansiedad y depresión, muy comunes en la tercera edad.

Lo planteado en la dimensión social deja ver la integralidad con las otras dimensiones, ello reafirmado por Robert J. Waldiger, asegurando que las buenas relaciones hacen más felices y saludables a las personas; además, quienes tienen relaciones sanas y de calidad tienden a ser más longevas.

Dimensión cognitiva

La comprensión de esta dimensión se realiza a partir de dos ejes: primero, en el contexto de los cambios demográficos de la población; y segundo, en la educación y la formación durante la vida, más específicamente en la etapa en la que el sujeto es considerado persona mayor. A

manera de ejemplo, la profundización en el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).

La OMS proyecta que, entre 2002 y 2050, la población mayor de 60 años en el mundo se iba a duplicar. En Europa, los cambios poblacionales se suceden más paulatinamente que en América Latina, donde han sido repentinos, abruptos y sorprendentes, surgiendo la pregunta: ¿Se tiene la preparación adecuada para asumir la atención y el cuidado del apresurado crecimiento de la población adulta mayor? Colombia no es la excepción en esta tendencia. Así, por cada diez niños, niñas y adolescentes, habrá 27 adultos y 6,67 personas mayores. De mantenerse la tendencia, en 2050 Colombia tendrá 15.2 millones de personas mayores, 25% de la población proyectada para entonces. De acuerdo con estas proyecciones, se enfrentará una etapa de retos y cambios, no solo por la esperanza de vida, que ha aumentado (un triunfo del área de la salud), sino también en la forma en la que el país tendrá que pensar y abordar la vejez.

Es así como en la *Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*, celebrada en Madrid en 2002, se llamó la atención a nivel mundial del objetivo de “promover el desarrollo de una sociedad para todas las edades”. Por primera vez, se abordaron las dimensiones del envejecimiento activo y saludable que años atrás habían sido estudiadas por los académicos. Sin duda, esa fue la base de las estrategias de la “*Política colombiana de envejecimiento humano y vejez 2015-2024*”.

Fueron varios años de aprendizaje en la superación de imaginarios colectivos, que percibían el envejecimiento como una fase de declive y menoscabo de habilidades y capacidades. Con esta

visión se activaron acciones relacionadas con estilos de vida saludable, cuidado y autocuidado y la seguridad alimentaria y nutricional. Se abre paso la definición de los determinantes del desarrollo humano en el curso de vida, la vigilancia en salud pública sobre los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles y la prevención de enfermedades crónicas, degenerativas e irreversibles; así como, sobre los factores protectores para: conservar la independencia y la autonomía, velar por entornos físicos y sociales, sumar años de vida saludable a la vejez, reducir la tasas de multimorbilidad (que es la presencia de más de una afección crónica a la vez) y su impacto en el sistema sanitario.

Las funciones cognitivas se entienden como: “aquellos procesos mentales que nos permiten llevar a cabo cualquier tarea. Hacen posible que el sujeto tenga un papel activo en los procesos de recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de la información, lo que le permite desenvolverse en el mundo que le rodea” (Grup Fisioderm, 2019). Destacando aquí el cómo, a lo largo de la vida, se va causando así un deterioro, el cual según Franco y Criado (2002).

“[...]es toda alteración de las capacidades mentales superiores (la memoria, juicio, razonamiento abstracto, concentración, atención, praxias), es un tema de gran importancia, que comporta implícitamente una serie de limitaciones en referencia a la autonomía y calidad de vida de los ancianos afectados” (p. 9).

La información que se tiene al respecto se ha extraído, de estudios circunscritos a la demencia (Martínez, 2002). De hecho, los factores de riesgo principales para padecer un deterioro cognitivo guardan mucha relación con la demencia (Jara, 2022, p. 4).

Es necesario realizar intervenciones que aseguren una adecuada adaptación del adulto mayor a cambios ambientales, suministrándole mecanismos para que adquieran estrategias compensatorias y le ayuden a mantener su competencia social.

La persona mayor tiene alto riesgo de sufrir enfermedades crónicas y degenerativas que afectan sus funciones cognitivas, por lo cual es de vital importancia promover un ambiente que le estimule y mantenga las funciones cognitivas; de esa manera, se podrá asegurar una vejez activa, autónoma y feliz que permita vivir de la mejor manera dicha etapa de la vida, que pasó a ser la más larga del ser humano. Por ello, es urgente generar los cambios para que comprenda que el concepto de aprendizaje se debe contemplar de continuo a lo largo de la vida, mediante actividades de aprendizaje para personas de todas las edades (niños, niñas, jóvenes, mujeres, adultos y ancianos) en todos los contextos de la vida y con diversas modalidades que respondan a las exigencias y necesidades, garantizando así “una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos” (Unesco, 2009, p. 3).

La educación es un elemento del envejecimiento activo y saludable, no solo por ser un derecho autónomo, sino por el acceso a la educación en todos los niveles y modalidades, sin importar la edad, permitiendo el acceso a nuevos conocimientos y competencias, fomentando el crecimiento personal, la interacción participación sociales, entre otras actividades.

En la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (OEA, 2015), en su artículo 20, se reconoció el derecho de las personas mayores a recibir educación en igualdad de condiciones con otros grupos, sin discriminación por edad. En ese

sentido, el Estado, se comprometió a facilitar el acceso de las personas mayores a programas educativos y de formación adecuados, abarcando los distintos grados del ciclo educativo hasta programas de alfabetización y pos-alfabetización, formación técnica y profesional, y educación continua, con especial atención a los grupos en situación de vulnerabilidad.

Además, el Estado se comprometió a promover el desarrollo de programas, materiales y formatos educativos adecuados y accesibles para las personas mayores, respetando sus necesidades, preferencias, aptitudes, motivaciones e identidad cultural; así como, adoptar las medidas necesarias para reducir y, progresivamente, eliminar las barreras y dificultades de acceso a bienes y servicios educativos en áreas rurales.

En la Convención Interamericana se enfatizó la importancia de promover la educación y formación de las personas mayores en el uso de las TIC, con el objetivo de minimizar la brecha digital, generacional y geográfica, incrementando así su integración social y comunitaria. igualmente, se subrayó la necesidad de diseñar e implementar políticas activas para erradicar el analfabetismo en personas mayores, con especial enfoque en mujeres y grupos en situación de vulnerabilidad, fomentando su participación activa en actividades educativas, formales e informales.

Las personas con discapacidad son un grupo heterogéneo –es decir: su condición personal puede ser diversa (física, sensorial, intelectual, mental o múltiple)–, y pueden encontrarse con barreras que los afecten. Es clave identificar el tipo de discapacidad, conocer las necesidades y disponer oportunamente de los espacios, servicios y personal adecuado, evitando que se presenten

barreras que excluyan a la persona con discapacidad. En caso de existir, es importante disponer de los mecanismos para identificarlas y superarlas.

Es necesario realizar intervenciones que aseguren una adecuada adaptación del adulto mayor a los cambios ambientales, suministrándole mecanismos para que adquieran estrategias compensatorias que le ayuden a mantener su competencia social.

El acceso y la permanencia en la educación sigue siendo uno de los desafíos en el país. Las personas adultas mayores suelen alcanzar la educación básica primaria; y, con respecto al total de la población, hay mayor prevalencia de analfabetismo.

Las personas adultas mayores tienen brechas de género en el uso del tiempo, similares al total de la población. Además, son cuidadoras de otras personas mayores. Aun así, tienen una menor prevalencia en falta de tiempo.

Es importante avanzar en la inclusión de la población adulta mayor en el uso de las TIC. Se debe garantizar la autonomía y el desarrollo sus capacidades y potencialidades en aras de lograr su inclusión social y productiva, sin discriminación, superando los estereotipos de la vejez y fomentando nuevas realidades.

Víctor Saavedra, asegura que “en el sistema educativo la investigación indica que se requiere una oferta de programas de formación a personas mayores, para aumentar su productividad laboral y retrasar la pérdida cognitiva y de bienestar asociado a esta; capacitarse para los

desafíos de hoy, como las nuevas tecnologías y la automatización; aportar a su salud física y mental y participar en la vida democrática” (Saldarriaga, 2023).

Las cifras evidenciaron que dos de cada tres personas analfabetas son mayores de 60 años; el 48,1% de las personas mayores alcanzó la primaria como máximo grado educativo, y el 15,2% logró una educación superior. Además, el 60,5% de las personas mayores no sabían usar la Internet.

La investigación registró que las personas mayores eran más activas y productivas: el 43,8% de las personas entre 60 y 69 años todavía trabajaban y, el 18% de los micro negocios del país eran propiedad de las personas mayores. Razón para insistir en que la economía plateada ha de ser vista como un sector estratégico para el desarrollo de Colombia. El estudio también evidenció la obligación del sistema de salud en la toma de decisiones frente al uso de los recursos y el número de atenciones para esta población.

El déficit de competencias tecnológicas afecta a todos los países. Esta falta es percibida como un obstáculo (especialmente en los meses iniciales de 2020, en la pandemia) y de adaptación forzosa a la comunicación en línea. Había falta de conocimiento de las herramientas tecnológicas y de su uso. A modo de ejemplo: en Perú, de 850 centros de educación básica para adultos, solo 60 manejaban la tecnología. La falta de familiaridad con la tecnología digital también fue advertida en República Dominicana, Colombia, Argentina, Paraguay, Chile, Ecuador y El Salvador. En países como Uruguay, las herramientas estaban disponibles, pero no se sabía cómo utilizarlas, no había un planteamiento pedagógico de cómo acceder. En Chile, en

ocasiones estaban los computadores, pero las personas no sabían cómo usarlos; sobre todo, las personas de mayor edad percibían un abismo digital.

Se ha advertido del peligro de mercantilización por parte de grandes grupos que proporcionan paquetes envasados de contenidos; ya que, bajo el discurso de la autonomía, se puede exacerbar el individualismo, con el consecuente riesgo de incrementar la virtualidad o incrementar la tecnología, desplazando así la presencialidad imprescindible en los procesos educativos. También se ha advertido acerca de la ampliación de corrientes de mercado con licitación de paquetes educativos que, finalmente, privatizan la educación. Lo mismo puede suceder con las grandes empresas que ofrecen cursos de capacitación, para colocar sus productos en el mercado. El desafío es señalar que la tecnología es un bien público que se ha de democratizar y que se debe trabajar pedagógicamente en el uso de las herramientas digitales disponibles (CLADE, 2021).

Últimamente, las personas mayores se han animado a retomar sus estudios para lograr metas que estaban en “veremos, quizá más adelante, o después”. Además, han contado con la motivación de conocer nuevos campos de la educación. Mediante este proceso de aprendizaje podrán participar en cursos, talleres, finalizar el bachillerato o, incluso, culminar carreras universitarias.

La educación en adultos mayores se ha convertido en un reto para sí mismos, pues no solo aprenden en su proceso, sino que, a la vez, fortalecen factores, como la disminución del deterioro cognitivo, capacidad de decisión, organización y planificación de nuevos proyectos.

Por otra parte, también establecen vínculos sociales con nuevas personas, manteniendo la mente activa, además de crear confianza en sí mismos, al proponerse nuevas metas.

Culminar los estudios, sin importar la edad, conlleva entre otros beneficios el de la calidad de vida (que se obtendrá gracias al incremento del salario), al mismo tiempo que las personas se preparan para enfrentar la vida desde otra perspectiva, lo cual se convierte en incentivo, motivación y ejemplo para siguientes generaciones.

Es importante estimular constantemente el sistema nervioso de los adultos, mediante diferentes actividades de aprendizaje, aportando a la plasticidad cerebral.

El ser humano evoluciona bio-psicosocialmente en las diversas etapas de la vida, generando una transformación social ante las exigencias ambientales.

¿Dónde y cuándo empezó el uso masivo de las TIC? En los países desarrollados, especialmente en Europa, las tendencias tecnológicas comenzaron a evolucionar en paralelo al avance de la Revolución Industrial. Los adultos mayores se vieron expuestos al incremento en el uso de maquinaria y tecnologías que facilitaban las actividades de la vida diaria: máquinas para barrer, cortadoras de césped, lavadoras, secadoras, televisores y radios, entre otras.

Décadas atrás, la comunicación se realizaba principalmente por medio de cartas y llamadas telefónicas con líneas fijas. Sin embargo, la comunicación evolucionó y se transformó en una habilidad realizada a través correo y comercio electrónico, redes sociales, video llamadas y,

plataformas digitales. Herramientas que han agilizado el contacto con familiares y amigos, permitiendo una conexión más inmediata y constante.

En el adulto mayor, el uso de las tecnologías puede generar dificultad en su diario vivir; sin embargo, también puede generar beneficio para la salud.

Las formas de socialización se dinamizaron en parte, debido al avance de las TIC. Hace años, las personas solo se comunicaban cara a cara o por medio de cartas y teléfonos. Ahora, comunicarse de tal forma es recuerdo, y todo ello gracias a las tecnologías disponibles, que brindan oportunidades de comunicación con familiares o amigos a miles de kilómetros, sin importar la distancia. Por medio de redes sociales o plataformas, se puede tener contacto con otras personas, conocidas o no conocidas, por motivos laborales o buscando amistad.

Ante la existencia de la gran brecha digital, es necesario conocer las potenciales y limitaciones, y si las tecnologías y proyectos educativos responden y se adecuan a las características y necesidades del colectivo de los mayores.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2022), la tecnología más usada por las personas mayores era el teléfono móvil, por lo que se considera pertinente indagar acerca de las aplicaciones móviles diseñadas para este grupo poblacional. Así mismo, se considera oportuno conocer el papel que desempeñan las redes sociales en la socialización y su relación con estas personas, puesto que una de las herramientas de integración e inclusión de este colectivo es la utilización de tales instrumentos, con el objetivo de reducir la brecha digital.

El envejecimiento es una tendencia normo típica (genera temor y aislamiento) en la sociedad, tiene implicaciones para las organizaciones públicas o privadas, especialmente para con el grupo de personas mayores y sus actitudes en el uso de la tecnología. En general, los adultos mayores empezaron más recientemente a usar las TIC, y lo hicieron por la curiosidad o necesidad de explorar esa innovación en la sociedad. La Internet ha sido poco utilizada por las personas de la tercera edad. Siendo frecuente el acceso a las plataformas de comunicación, en dispositivos móviles, con respecto a las redes sociales.

El uso de las TIC hace que el envejecimiento sea menos progresivo, discapacitante o negativo. En las últimas décadas los adultos mayores alcanzaron niveles educativos más elevados, pero un porcentaje considerable de la población no pudo estudiar, y por tanto no ha podido adquirir las competencias para usar las TIC.

La expectativa en el uso de las TIC, por parte de los adultos mayores, es la de incluirlos en la era digital, gozando de beneficios para su interacción, su inserción social y su salud física y mental. Las nuevas tecnologías ofrecen mayores posibilidades de inclusión biopsicosocial y laboral, siendo fundamental en las diferentes etapas de la vida el desarrollo de la sociedad digital en conjunto.

De acuerdo con lo anterior, las redes sociales hacen parte de los actores principales de la estructura encargada de modelar la relación entre las personas y la información que circula en el medio. Por ello, tiene que planificarla y mencionarla, dándole manejo ejecutivo de funcionamiento, marcando el ritmo de adaptación en el adulto mayor, teniendo impacto en

conocer a las personas, ofrecer y buscar servicios, compartir fotografías o planificar diversas reuniones, por ser las redes sociales un medio para la comunicación y la relación de los adultos mayores.

Factores para tener en cuenta, en el adulto mayor con el uso de las TIC:

- La expectativa en el uso y desenvolvimiento al utilizar las TIC. Hace referencia a las capacidades para dominar la tecnología, la tolerancia ante la frustración, en el momento de aprender y, la motivación intrínseca por el elogio de terceros.
- La facilidad de uso, de manera repetitiva, para el dominio de tecnología.
- La utilización de las TIC puede brindar oportunidades a la persona mayor para acceder a categorías de tipo informativo, comunicativo, transaccional, de entretenimiento, lúdico, educativo. Además, del uso de aplicaciones de alfabetización digital (sopa de letras, formar oraciones, formar conceptos). Utilizar las TIC como instrumento para estimular las funciones cognitivas, la memoria, el razonamiento, la atención, la orientación, el juicio, el lenguaje; facilitando la calidad de vida y mejorando la respuesta a las necesidades de los diversos contextos en los que participe, como también el acceso a información disponible en redes.

De acuerdo con lo anterior, es importante considerar que en el adulto mayor persisten las capacidades para aprender, crecer y tomar decisiones; también las habilidades vinculadas a la autonomía, la dignidad, la integridad, la libertad y la independencia. Es fundamental su vinculación a las TIC, porque impactan positivamente en su bienestar social, económico y de ocio, aspectos esenciales para mejorar la calidad de vida y el aumento de los años de independencia. Es importante resaltar que el uso de la tecnología para la información y la

comunicación en las personas mayores, les permite afrontar el miedo al aislamiento y la soledad.

Además, el uso de las TIC se puede convertir en una herramienta que les permita afrontar más fácilmente la vida diaria, consiguiendo estar informados, facilitando la comunicación con familiares y amigos e, incluso, permitiendo establecer nuevas relaciones, ampliando así su red de apoyo psicosocial, el poder manifestar su opinión, puntos de vista acerca de diferentes aspectos en la red, aumentando su participación, para reducir la brecha generacional y permitiéndole sentirse incluida en la sociedad de la cual hace parte. El uso de las TIC impacta positivamente y motiva las funciones cognitivas previniendo el deterioro y la aparición de algunas enfermedades mentales.

Queda como reto el implementar una pedagogía acorde con las necesidades de las personas mayores, para permitirles el acceso a las nuevas tecnologías como herramienta útil e indispensable en el diario vivir.

Tecnología y fortalecimiento de la dimensión cognitiva

El fenómeno del envejecimiento de la población ha cobrado relevancia en las sociedades contemporáneas, reconociendo la necesidad de abordar los desafíos que surgen en este proceso. En tal contexto, la autonomía emerge como aspecto esencial para preservar la independencia y la calidad de vida de las personas mayores (Smith & Johnson, 2019). La capacidad de mantener un grado óptimo de autonomía se correlaciona con una mayor satisfacción y bienestar en esa etapa de la vida, lo que subraya su importancia intrínseca. Sin embargo, la autonomía no es un factor aislado, sino que está influenciada por la interacción

compleja de diversos factores, incluida la salud física y mental, el apoyo social y el acceso a recursos y servicios (García y otros, 2020).

En respuesta a la creciente población de adultos mayores, el enfoque del envejecimiento activo ha ganado relieve al promover la participación activa de ese grupo en la sociedad, lo que contribuye de manera significativa a su bienestar y salud (Brown y otros, 2021). En este sentido, la tecnología ha emergido como herramienta relevante para facilitar el envejecimiento activo y mejorar la calidad de vida de las personas mayores. En línea el Decreto 681 de 2022, establece: acercar las tecnologías a las personas mayores, puede contribuir a reducir la soledad, asegurar el derecho a la información, mantener los vínculos familiares y sociales, incluidos los usos cotidianos como herramientas para el recordatorio de compromisos y toma de medicamentos y, en mayor escala, para el acceso a otros servicios como la telemedicina, los trámites bancarios, la educación virtual y teletrabajo, y, en el caso de salud, acceder a ésta a través de la modalidad de telemedicina, que sumados constituyen mecanismos de promoción del envejecimiento saludable, la estimulación cognitiva, la rehabilitación y la inclusión social y productiva (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Las tecnologías asistidas, como ejemplo de la relación entre tecnología y autonomía, han demostrado tener un impacto positivo en la autonomía, especialmente en actividades diarias esenciales como la movilidad y el autocuidado. Estas tecnologías son dispositivos, productos o sistemas diseñados para ayudar a las personas con discapacidades a realizar tareas que de otro modo podrían resultar difíciles o imposibles (White y otros, 2017). Se incluyen prótesis, dispositivos auditivos y, sistemas de comunicación alternativa y aumentativa, los cuales han

demostrado mejorar la calidad de vida de las personas mayores al facilitar su integración social y autonomía (OMS, 2021).

Así mismo, la adopción de dispositivos móviles y aplicaciones de salud, como monitores de actividad física y recordatorios de medicación, ha mostrado su impacto positivo en la sensación de independencia y bienestar entre las personas mayores (International Telecommunication Union [ITU], 2020).

Por otro lado, la creación de tecnologías intuitivas y accesibles, como interfaces adaptadas y dispositivos con comandos de voz, se identifica como una prioridad clave para fomentar el envejecimiento activo y reducir las barreras tecnológicas en esta población (United Nations Economic Commission for Europe [UNECE], 2022).

Las tecnologías intuitivas son aquellas diseñadas de manera que su funcionamiento sea fácilmente comprensible y accesible para cualquier usuario, sin requerir un conocimiento técnico profundo. La sencillez en el diseño de la interfaz y la minimización de pasos complicados hacen que estas tecnologías sean amigables y accesibles para las personas mayores, permitiéndoles aprovechar al máximo sus funcionalidades (Martin y otros, 2018).

A pesar de los innumerables beneficios que ofrece el uso de tecnologías en la autonomía de las personas mayores, persisten barreras y desafíos que dificultan su plena adopción. Según el Decreto 681 de 2022, para promover el acceso y uso de TIC, se debe establecer la línea de base de medición de la brecha digital entre la población mayor, para después promover las alianzas

entre entidades públicas, entidades privadas y organizaciones de la sociedad civil para estimular el uso de tecnologías de la información entre las personas mayores (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

De igual manera, se han de diseñar estrategias de alfabetización digital para las personas mayores, con ajustes razonables, asegurando el acceso a la información y la comunicación que se transmite mediante el uso de las TIC en todos los entornos que se requieran. De ahí que sea importante acudir a formatos de comunicación accesibles, haciendo uso de un lenguaje sencillo, con las adecuaciones necesarias, particularmente en los sitios web, y así garantizar el acceso de las personas con limitaciones funcionales (MSPS, 2022).

Además de los beneficios, en términos de autonomía física, el uso de tecnologías también impacta positivamente en la salud mental y emocional de las personas mayores. Al reducir el aislamiento social y mejorar el estado de ánimo, pueden contribuir de manera significativa al bienestar general (Adams y otros, 2022). Así mismo, la tecnología ha demostrado ser útil en la detección temprana de problemas de salud en adultos mayores, permitiendo una intervención oportuna y, por ende, mejorando la calidad de vida a largo plazo (Jones y otros, 2019).

Es crucial reconocer las consideraciones éticas en el uso de tecnologías en personas mayores. La privacidad y la autonomía deben ser salvaguardadas en todo momento durante la recolección de datos mediante las tecnologías (Smith y Brown, 2021). Además, la implementación de programas educativos y de capacitación, específicamente diseñados para personas mayores, facilitan la adopción de esas tecnologías (García y otros, 2022).

Por lo expuesto, las tecnologías desempeñan un papel de suma importancia en la autonomía de las personas mayores, lo que, a su vez, contribuye al envejecimiento activo y a una mayor calidad de vida.

A pesar de los múltiples beneficios, es importante abordar las barreras y considerar aspectos éticos para garantizar el éxito de la implementación de tecnologías en el contexto del envejecimiento activo (White y Adams, 2022). A medida que la investigación continúa explorando y comprendiendo mejor el potencial de la tecnología en el bienestar de las personas mayores, se anticipa un futuro en el que la sinergia entre tecnología y envejecimiento activo se fortalezca aún más, generando un impacto positivo en los ámbitos individual y social.

Dimensión espiritual

En la búsqueda por prolongar la autonomía en personas mayores, las investigaciones teóricas y prácticas clínicas se han centrado en el análisis de factores fisiológicos, psicológicos y sociales coligados al proceso del envejecimiento, aunque en menor medida a la dimensión espiritual (Galiana y otros, 2016).

Autores como San Martín Petersen (2008), han planteado al respecto la necesidad de pensar de nuevo el envejecimiento y los distintos factores que influyen en su desarrollo, insistiendo en lo espiritual; porque la dimensión espiritual ha adquirido relevancia en el cuidado de las personas mayores, pues se ha puesto en consideración que el ejercicio de cuidar no puede referirse exclusivamente a la exterioridad del ser humano. En tal sentido, “La dimensión espiritual juega un papel importante en quien desee mirar a la persona de manera holística, integral” (Bermejo, 2005, p. 1).

Ahora bien, ¿a qué hace referencia específicamente la dimensión espiritual? ¿Qué influencia tiene durante el proceso de envejecimiento? ¿Se puede separar lo espiritual de lo religioso?

La espiritualidad puede entenderse como: el conjunto de sentimientos, creencias y acciones que suponen buscar lo trascendente, sagrado o divino. En tanto representaciones de un poder final último, contribuyen a dar sentido y propósito en la vida, y orientan la conducta de las personas, sus relaciones interpersonales y su forma de sentir y de pensar, tanto a la realidad como a sí mismos (San Martín, 2008, p. 111).

Siguiendo esta línea de análisis, la espiritualidad puede concebirse, pues, como un fenómeno relacionado con todo aquello que provee de significado y propósito a la vida; esto es: un vínculo que va más allá del campo racional, físico y mensurable. Se trata, pues, de una:

Dimensión trascendente de lo sagrado y divino, de lo que está más allá de la muerte y todo aquello relacionado con el porqué y para qué de la existencia; aquella energía creativa e ilimitada que provee de significado y sensibilidad hacia aquellas creencias relacionadas con el alma, lejanas de lo material que además presentan reglas y valores que orientan las relaciones interpersonales, pero que no son necesariamente inherentes al marco religioso (Aponte y Guerrero, 2022, p. 248).

Con respecto a este último aspecto, se precisa que para algunos autores la dimensión espiritual y la dimensión religiosa, usualmente asociadas entre sí, no son necesariamente coincidentes. Mientras que la segunda “comprende la disposición y vivencia de la persona de sus relaciones con Dios dentro del grupo al que pertenece como creyente”, la primera “es más vasta, abarcando

además el mundo de los valores y de la pregunta por el sentido último de las cosas, de las experiencias” (Bermejo, 2005, p 2).

Para Kaplan y Berkman (2021), la religión suele considerarse un término más institucionalizado y estructurado, que abarca distintas prácticas y rituales tradicionales. La espiritualidad, en cambio, se refiere a algo intangible e inmaterial y, en consecuencia, puede considerarse más general, que no se encuentra asociado a un grupo o a una organización en particular.

En este orden de ideas, es válido afirmar que la religiosidad es “de naturaleza esencialmente social y se vive como un cuerpo de conocimientos, ritos, normas y valores que rigen la vida del individuo interesado en vincularse con lo divino” (San Martín, 2008, p. 113), e implica, en efecto, un carácter directivo al señalar cómo buscar lo divino, mediante el adoctrinamiento y la congregación con otros. La naturaleza de la espiritualidad, por su parte, “es singular, específica y personal, se caracteriza por un sentimiento de integración con la vida y con el mundo, y se vive como la experiencia de lo divino” (p. 113).

Guerrero y otros (2021), han afirmado que, para las personas mayores, objeto de estudio dentro de su investigación, “la religiosidad está relacionada con las distintas creencias y costumbres inculcadas con el fin de cumplir con distintas características, las cuales son marcadas por la religión que profesan” (p. 4). La religiosidad es la forma en la que las personas manifiestan su espiritualidad. Por otra parte, la espiritualidad es significada por las personas mayores del estudio, como “algo intangible que otorga un poder para hacer frente a las situaciones que emergen cada día para poder afrontarlas. Así mismo, les permite estar bien consigo mismo dentro de su esfera biopsicosocial y con su entorno” (p. 11).

En la revisión bibliográfica realizada por Aponte y Guerrero (2022) se planteó que, en el plano latinoamericano, “la espiritualidad toma relevancia para afrontar las realidades de la población adulta mayor, ya que esta puede influir de manera positiva tanto en la salud física como mental” (p. 249).

En el marco de la cultura católica (mayormente) profesada en México, por ejemplo, la enorme espiritualidad manifestada en los adultos mayores evaluados por los autores, estuvo asociada a un mayor optimismo por la vida y con menos afecto negativo. Las diferentes creencias espirituales les sirvieron como sustento para enfrentar las adversidades y disminuir el estrés en su vida cotidiana. En los resultados obtenidos en esa investigación, la espiritualidad se constituyó como “una estrategia de ayuda para los adultos mayores que les permite enfrentarse a los desafíos propios del proceso de envejecimiento en relación a las enfermedades, malestares y sufrimientos que pudieran experimentar” (p. 262).

En un estudio cualitativo fenomenológico interpretativo, cuyo objetivo era comprender el significado de la espiritualidad en la vivencia del adulto mayor hospitalizado, se afirmó cómo esta dimensión, para este grupo etario, era “una fuente de apoyo que brinda la capacidad para enfrentar la hospitalización, así como las problemáticas a las que ellos hacen frente en el medio hospitalario” (Guerrero y otros, 2021, p. 2).

Al compás de esta línea expuesta de análisis, se podría decir entonces que “la espiritualidad actúa como un pilar en la persona mayor para afrontar los cambios y pérdidas que se viven en esta etapa, además proporciona un consuelo y alivio ante situaciones que quizá no se pueden modificar” (Alcocer y otros, 2021, p. 3).

La práctica espiritual es, en otras palabras, la forma de encontrar consuelo para las personas mayores, pues “promueve la motivación para autocuidarse, establecer y cumplir metas, tener expectativas y disfrutar del entorno familiar y social, lo que permite afrontar los desafíos que se le presenten hasta que llegue la hora de la muerte” (p. 5).

La espiritualidad, sin embargo, se manifiesta de distintas maneras entre las personas mayores, ya que sus creencias, costumbres y tradiciones influyen en la forma en cómo experimentan dicha espiritualidad (p. 5). En Colombia, por ejemplo, algunas manifestaciones espirituales suelen estar relacionadas con la religiosidad: asistir a misa, pertenecer a un grupo religioso y participar constantemente en él y, realizar peregrinaciones, entre otros aspectos.

Koenig (2001), demostró cómo la fe religiosa parecía, en cierta medida, proteger a los adultos mayores de las dos más importantes aflicciones del final de la vida: la enfermedad cardiovascular y el cáncer, como también, en algunos casos, a retrasar la invalidez.

Así mismo, Rivera y Montero (2005), citaron diversos estudios en los que se concluyeron que la inmersión de las personas mayores en lo espiritual produjo efectos de alivio del estrés y la depresión en su hospitalización y, en general, sobre su condición mental y satisfacción vital para su vida (Peterson y otros, 2008, p. 24). Según estos trabajos, la espiritualidad fue esencial para mantener una buena salud y bienestar en las personas mayores.

De la misma manera, podría decirse que la espiritualidad, y sus diferentes formas de cristalización, como la religiosa, “tienen influencia sobre la longevidad, el enfrentamiento a la muerte, la satisfacción vital y proporcionan soporte en la enfermedad” (Castañeda y Guerrero,

2019, p. 1). Desarrollarla posibilita que la persona sea capaz de lograr sus propósitos de vida, con pleno sentido de su existencia (Alcocer, y otros, 2021).

Dimensión psicológica

La salud mental y el bienestar emocional tienen la misma importancia en la edad mayor que en cualquier otro periodo de la vida (OMS, 2017). Sin embargo, a medida que se envejece, aumentan las probabilidades de padecer al mismo tiempo varias afecciones.

El deterioro cognitivo durante ese ciclo de vida no llega de improviso y, con el pasar del tiempo, afecta la autonomía y la autoaceptación, como también la capacidad de las personas mayores para tomar decisiones y relacionarse con quienes las rodean.

Las teorías psicológicas del envejecimiento, en la década de los 80 del siglo XX, se dedicaron a estudiar los procesos psicológicos básicos y el desarrollo que presentaban para el bienestar en la persona mayor, aspectos relacionados con la cognición, la personalidad, las emociones y la motivación.

Bajo esta corriente de pensamiento, durante el proceso de envejecimiento se produce una serie de cambios que, más allá de los derivados naturalmente a nivel biológico, afectan el bienestar y la calidad de vida de la persona mayor; algunos, como: el aislamiento, la fragilidad emocional, la angustia, la depresión, la incapacidad de realizar diferentes actividades diarias de forma autónoma, la falta de atención y, el escaso interés por vivir, entre otros, suelen ser indicadores del deterioro fisiológico, pero de manera particular del bienestar psicológico (De León y otros, 2019).

Al respecto, Acevedo y otros (2021), Caro y Aschiero (2020), Casullo (2002), Manyari y Meza (2016), Mesa y otros (2019) y, Noriega y otros (2017), concuerdan en que lograr un envejecimiento exitoso y un desarrollo funcional óptimo en esa etapa de la vida, está directamente ligado al bienestar psicológico logrado por toda persona mayor. Es decir: “a esa percepción que una persona tiene sobre los logros alcanzados en su vida, el grado de satisfacción personal con lo que hizo, hace o puede hacer” (Casullo, 2002, p. 11).

La noción de bienestar psicológico, introducida inicialmente por Carol Ryff, a fines de la década del 80, se refiere concretamente al esfuerzo por perfeccionar el propio potencial de una persona, reconocer al máximo todos sus talentos, realizar todas sus metas, y encontrar un significado a la vida y existencia misma, incluso frente a realidades ásperas o adversas (Ortiz y Castro, 2009; Mesa y otros, 2019).

Partiendo de este argumento, Ryff propuso que el estudio del bienestar psicológico debe contemplar el análisis de aspectos referentes a la aceptación de sí mismo, la autonomía, el control de situaciones o dominio del entorno, el establecimiento de vínculos psicosociales y la capacidad de plantearse proyectos personales (Orozco y otros, 2019).

En tanto construcción personal, el bienestar psicológico reside “en el desarrollo psicológico de cada individuo, el cual posee la capacidad para interactuar en forma armoniosa con su entorno” (Ortiz y Castro, 2009, p. 27).

Caro y Aschiero (2020), definieron este concepto como un constructo multidimensional que abarca tanto formas individuales como sociales relacionadas con el sujeto, su manera de estar en el mundo, la autovaloración y el significado que otorga a su realidad. Según las autoras, “cuyos ejes y dimensiones abarcan formas tanto individuales como sociales respecto al sujeto, su manera de estar en el mundo, la valoración que el propio sujeto hace y el significado que otorga a su realidad” (p. 23).

El bienestar psicológico se encuentra influido, no obstante, “por diferentes factores, sobre todo, por la autoeficacia y la autoestima, que, a su vez, están relacionadas con otras variables como la salud percibida y la actividad física” (Mesa y otros, 2019, p. 123). Para Noriega y otros (2017), la participación en actividades físicas, recreativas y sociales promueve el bienestar psicológico y, en última instancia, el envejecimiento exitoso.

El desarrollo de conductas orientadas a valores personales ha mostrado una relación positiva con el bienestar y la calidad de vida. Mediante la participación en actividades generativas, muchas personas mayores no solo serían un importante recurso social para las familias actuales y comunidades, sino que se podría ayudar a enriquecer su sentido vital e incrementar los niveles de salud percibidos (p. 1).

Mesa y otros (2016), señalaron, que las personas mayores “que experimentan sentimientos y emociones positivas favoreciendo niveles elevados de autoeficacia y autoestima” (p.122), promovían conductas saludables y potenciaban la situación de autonomía. Observaron, por tanto, una relación positiva entre la salud percibida y el bienestar psicológico.

En este sentido, podría plantearse que un alto índice del bienestar psicológico en una persona mayor, implicaría un óptimo desarrollo de sus capacidades y crecimiento personal, “concebidos ambos como los principales indicadores del funcionamiento cognitivo positivo” (Caro y Aschiero, 2020, p. 23).

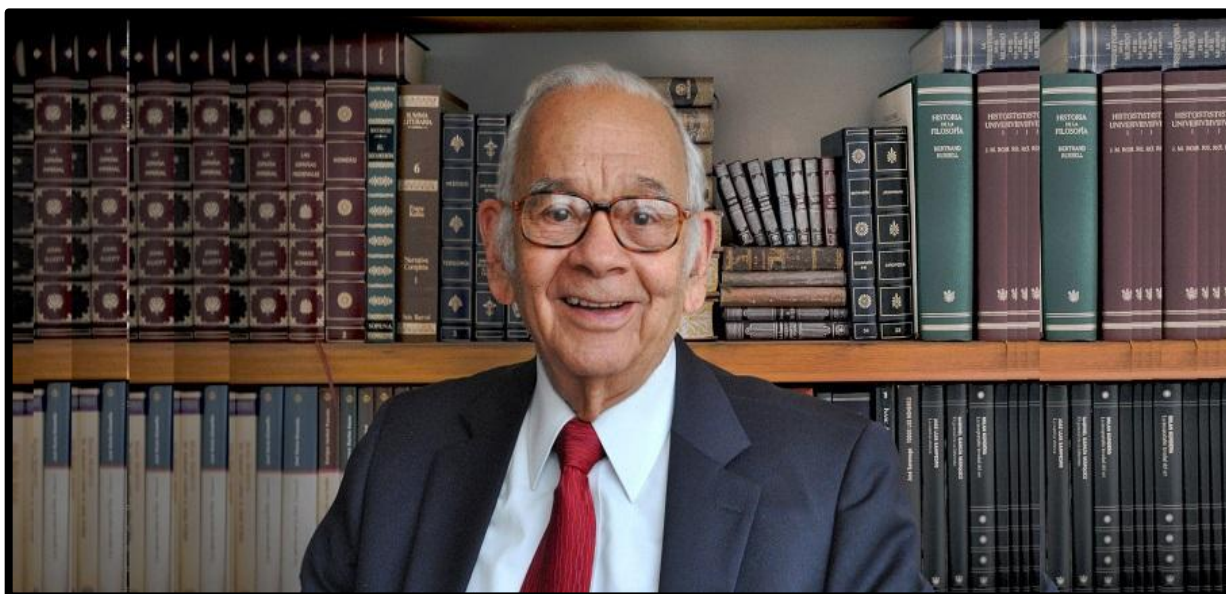
Alcanzar un óptimo bienestar psicológico se asocia, en suma, con “una variedad de alternativas que anuncian un equilibrio emocional, donde el individuo potencia sus habilidades y logra dar un mayor significado a su existencia” (Acevedo y otros, 2021, p. 1).

Un análisis preciso del proceso de envejecimiento, en la perspectiva psicológica, debería comprender: aspectos cognitivos que conduzcan a percibir, pensar, conocer, comprender, comunicar, resolver problemas, relacionarse, representarse a sí mismo y a los otros, actuar; aspectos afectivos, como las emociones y los motivos, y otros aspectos que generen esperanza, estima y confianza en uno mismo y en otros; y aspectos conativos, como la perseverancia en la acción y otros componentes de la voluntad, como el autocontrol (Quintana, 2009).

Testimonio dos: “La disciplina constante en las normas de vida, la ciencia, y la innovación y el estilo de vida activo, saludable y lleno de propósito y valores, han contribuido a mi estado de bienestar a los 100 años”

Figura 2.

Retrato de Alberto Ospina Taborda de 100 años



Nota. De elaboración propia.

Mi nombre es Alberto Ospina Taborda; soy un hombre bendecido con una larga vida, actualmente con 100 años.

Nací en la vereda La Otramina de Titiribí, Antioquia, en el seno de una familia católica; crecí junto a mis cinco hermanos y mis padres; estos me inculcaron la importancia de estudiar si uno desea forjarse un futuro. Esta enseñanza se convirtió en mi propósito de vida; supe desde entonces el valor del estudio y el esfuerzo.

A los 15 años, decidí despedirme de mis padres y viajar a Bogotá en busca de un sueño; poder estudiar. Fue entonces cuando me presenté a una convocatoria en la Armada Nacional para obtener una beca. Logré el primer puesto y así inicié mi camino del mar en la Escuela Naval como cadete. Con el tiempo me gradué como oficial, y luego ascendí a Capitán de Corbeta, logros alcanzados mediante esfuerzo personal, perseverancia y compromiso.

En el año 1946 conocí a quien posteriormente se convertiría en mi esposa. Nos casamos en 1951 en la Capilla de la Escuela Naval, en Cartagena y compartimos una vida feliz durante 69 años. Tuvimos el privilegio de criar seis hijos; aunque mi trabajo exigía mucho de mí, siempre encontré tiempo para contribuir a su educación. Con ellos compartía mi afición por escuchar música clásica, y acercarnos al arte y la poesía. Mis viajes frecuentes me permitieron traer a la casa recuerdos de viaje, fotos, reproducciones de arte e historias que disfrutábamos en familia, con los años bastante extendida por la llegada de nietos (10), bisnietos (16) y una tataranieta.

Tras el fallecimiento de mi esposa en 2020, experimenté profunda tristeza, pero gracias al apoyo incondicional de mi familia, el contacto con mis amigos, mis normas de vida, y aficiones he podido sobreponerme de manera positiva. En igual forma sobreviví a la pandemia: aunque se dijo que tuve COVID-19, no presenté síntomas y pude mantenerme tranquilo en casa, alejado siempre de pensamientos negativos y de contagios, lo que me permitió mantener contacto real o virtual con familia y amigos.

Debo agregar que, a lo largo de los años, he mantenido la disciplina constante en cuanto a normas de vida, influido quizás por mi anterior formación militar y mi adquirida pasión por la

ciencia y la tecnología. En 1968, tras largo tiempo de dedicación y empeño, logré la fundación de COLCIENCIAS para promover el avance científico y el progreso técnico del país, un logro del que estoy especialmente orgulloso.

Siempre me gustó ocupar el tiempo, la mente y las manos en algo productivo e innovador, lo que ahora entiendo como un rasgo del emprendedor, que antes yo no había advertido en mí. En el campo empresarial, fundé varias empresas, entre ellas, CIENYTEC, una compañía comercial dedicada a la importación e instalación de instrumentos y equipos científicos para la enseñanza, la investigación y la industria, a cuyo cargo está ahora uno de los hijos. Este legado, después de 62 años, sigue operando en Colombia con el mismo nombre para el país y el exterior.

Nunca me he retirado de una vida activa. Como amante de la ciencia, trato de mantenerme al día en los avances tecnológicos y sigo aprendiendo, a pesar de las dificultades propias de la edad. En mis últimos años la curiosidad y las ocupaciones me han ayudado a ignorar la soledad y mantener mente y cuerpo siempre activos en proyectos múltiples que satisfacen mis aficiones y propósitos de vida; un ejemplo, hace 24 años fundé la tertulia literaria "Ideas que Inspiran", en el Club de Ejecutivos. Desde entonces me reúno mensualmente con un grupo de amigos y colegas para compartir el deleite intelectual de la poesía, la literatura, el arte y la música.

Durante este trasegar por la vida he mantenido una disciplina rigurosa relacionada con el cuidado de mi salud, apartándome de los excesos de todo orden. Caminar, con regularidad y constancia, pero con moderación, ha sido una de mis actividades favoritas; creo que ha contribuido a mi longevidad y bienestar físico. Además de la compañía de mi familia, disfruto la

de mis amigos y colegas. También encuentro paz en mi vida espiritual, siempre alimentando mi alma con reflexión y silencios, lecturas y el goce de escuchar buena música.

Tengo un rincón de mi biblioteca donde guardo con orgullo recuerdos gratos de reconocimientos recibidos a lo largo de mi carrera, al cual he calificado como mi *egoteca*; el más reciente de ellos ha sido la creación por la Asociación Colombiana para el Avance de la Ciencia de un premio con el nombre de Alberto Ospina Taborda, para reconocer a científicos que hayan dedicado esfuerzos al progreso de la ciencia en Colombia y al estudio y fortalecimiento de la Interfaz Política – Ciencia.

Mi longevidad y mi estado de bienestar a los 100 años se deben, en gran medida, a un estilo de vida activo, saludable y lleno de propósitos, siempre planteándome retos, metas y objetivos. Cada día, encuentro motivación en mis proyectos y en el amor y apoyo incondicional de mi familia.

Además de lo ya mencionado, tengo una corta lista de pensamientos y valores que me han acompañado a lo largo de mi vida, y que creo han contribuido a mantenerme vivo por tantos años: mantener una mentalidad positiva, ante las personas y frente a las adversidades o las cosas que le ocurren a uno a diario; tomar las cosas con calma, reducir la ansiedad; asistir a quien necesite de mi ayuda; tener presente en mis actuaciones los valores de la ética, la calidad en lo que uno hace, y la vocación de servicio a la comunidad y al país; y, finalmente, rechazar el estereotipo de que por ser ya muy viejo, no se puede hacer algo útil o que produzca satisfacción y beneficio, para uno mismo o para los demás.

VALORACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL EN EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

VALORACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL EN EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

La OMS y la OPS han afirmado que el estado de salud de una persona mayor no ha de pensarse en términos de déficit, sino más bien en de mantenimiento de la capacidad funcional. Desde la perspectiva funcional, una persona mayor sana es aquella capaz de enfrentar el proceso de cambio con una adecuada adaptabilidad funcional y satisfacción personal en su diario vivir (Sanhueza y otros, 2005). La valoración del estado funcional en personas mayores es, un aspecto fundamental para determinar cuán autónomos o dependientes son en su diario vivir.

El grado de autonomía que una persona de la tercera edad desarrolla en diferentes actividades y situaciones refleja, su estado físico y cognitivo actual. Ambos estados, no obstante, suelen ser el resultado de las medidas o hábitos saludables que asumieron durante el transcurso de su vida.

En este sentido, fomentar y potenciar la capacidad de autocuidado de la persona mayor, tiene repercusión directa en la percepción de la calidad de vida y de la salud como grupo poblacional. Permitirle al adulto mayor valerse por sí mismo en la máxima medida, no es una decisión cargada de abandono, sino más bien de autoestima. De manera tal, que cuanto menos sea dependiente, mayor podrá ser su calidad de vida.

Ahora bien, en los casos en que la autonomía se da de forma parcial, las personas mayores tienen que ir adaptándose física y mentalmente a los cambios que sufren en su cuerpo y, en cómo estos repercuten en su entorno social y cultural. Para ello, siempre requerirán de ayuda externa para hacerlo en las mejores condiciones posibles, ya sea por parte de familiares o cuidadores. Esto no

implica, que cualquiera de estos últimos haga todo por la persona mayor, sino más bien lo necesario. Una vez que se ha comprobado qué es exactamente lo que la persona mayor puede hacer por sí misma, es imprescindible dejar que continúe haciendo sin ayuda todo lo que pueda.

Nunca debe hacerse por la persona que le cuida (ayuda o apoya), algo que pueda hacer de forma autónoma. Es posible que la persona mayor logre afrontar, aunque sea de un modo más lento o con una relativa escasa agilidad, algunas actividades o parte de ellas. En función de lo que se le permita y anime, se potenciará que esas labores se continúen haciendo el mayor tiempo posible. Si se conoce que puede realizar alguna tarea sin ayuda, es útil recordárselo y animarle a repetirlo. En ocasiones, la persona mayor necesitará algo de ayuda para completar una tarea.

Teniendo en cuenta los anteriores parámetros, resulta oportuno revisar las escalas de valoración funcional en la persona mayor, de tal manera que lleven a la reflexión acerca del fortalecimiento de las dimensiones del envejecimiento activo, saludable, exitoso, positivo y, que se traduzcan en la realización de actividades básicas e instrumentales, que posibilitan la autonomía, la independencia y la calidad de vida de las personas mayores, por cuanto podrán ser promotores de sus desarrollos cognitivo, psicológico, espiritual y social durante su vida.

Escalas de valor funcional en la persona mayor

Las escalas de valoración funcional son herramientas ampliamente utilizadas para determinar el nivel de dependencia e independencia de las personas mayores en la realización de Actividades de la Vida Diaria (AVD).

Según Gil y Sánchez (2022), las escalas más empleadas para valorar Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) son: el *Índice de Katz*, el *Índice de Barthel* y la *Escala de Lawton y Brody*. Para Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD), se utiliza principalmente la *Escala de Rosow y Breslau*.

El Índice de Katz, desarrollado en 1958 por el Sidney Katz y sus colaboradores, fue uno de los primeros en utilizarse y que aún sigue vigente en el campo de la rehabilitación y geriatría. Como lo establece Arévalo y Domínguez (2010), este índice valora seis funciones corporales y actividades, con un sistema de puntuación categórico en ocho niveles de dependencia. Un aspecto distintivo es que se considera como dependiente, incluso si requiere supervisión de la actividad. El sistema de puntuación categórico en ocho niveles, orienta sobre el grado de dependencia, aunque no brinda un valor numérico final. Entre sus limitaciones está el *efecto techo*, al medir solo seis funciones básicas.

Por su parte, el Índice de Barthel fue diseñado en 1965 por Mahoney y Barthel, y perfeccionado en la década del 90 del siglo XX. De acuerdo con Lozano Montoya (2021), ha sido el más utilizado globalmente para determinar dependencia física en ancianos, mediante diez ítems, con sistema de puntuación sumativo entre 0 y 100. Explora diez AVD, lo que permite identificar pequeños cambios funcionales. Un resultado menor o igual a 60, indica dependencia moderada-grave. Su amplia utilización ha permitido establecer puntos de corte predictivos de desenlaces adversos (institucionalización, mortalidad).

En cuando a las AIVD, la Escala de Lawton y Brody (creada en 1969) ha sido la más reconocida. Constable y Russell (1986) señalaron que explora entre cinco y ocho actividades con un sistema dicotómico de puntuación (0-1), resultando útil para el diagnóstico y la intervención. Un aspecto práctico que destacaron fue la distinción de ítems por sexo, priorizando actividades domésticas en mujeres. Su sistema de puntuación dicotómico (0-1) por ítem, facilita la administración e interpretación.

Finalmente, Rosow y Breslau crearon, en 1966, la primera herramienta para las AAVD. Según Lacomba y otros (2021), utilizada para evaluar tres actividades mediante un sistema de puntuación acumulativo (0-3), categorizando el riesgo de deterioro de la movilidad, permitiendo detectar riesgo de dependencia, caídas y mortalidad.

La adecuada elección y aplicación de estas escalas resulta clave para la valoración geriátrica, permitiendo detectar tempranamente cambios en la funcionalidad, identificar factores de riesgo e implementar planes individualizados de cuidado.

En general, las escalas permiten identificar si la persona mayor podrá desarrollar por sí misma actividades básicas cotidianas o diarias, relacionadas con su arreglo e higiene: bañarse, vestirse, uso del baño; o actividades funcionales: arreglar su ropa, preparar sus alimentos, comer por sí solo desplazarse dentro y fuera de la vivienda, subir y bajar escaleras, usar el teléfono o las redes sociales, hacer compras, manejar lo económico, realizar actividades de la casa, participar en grupos sociales, estudiar u otras actividades. Desde luego que las escalas muestran la autonomía e independencia de la persona, y la reflexión aquí es el cómo manejar dimensiones para

mantener esa independencia por más años y no dar paso al declive. En el anexo se detallan las escalas que evidencian lo planteado.

Índice de Envejecimiento Activo

El Índice de Envejecimiento Activo (AAI, por sus siglas en inglés) es una herramienta comparada de medición entre países, acerca del potencial de las personas mayores para un envejecimiento activo y saludable. Este índice mide el nivel de vida independiente que tienen las personas mayores, su participación en el trabajo remunerado y actividades sociales, así como su capacidad para envejecer activamente. Se compone de 22 indicadores, agrupados en cuatro dimensiones: empleo (35%), participación social (35%), vida independiente segura (10) y, capacidad para un envejecimiento saludable (20%); estos porcentajes indican el aporte de cada dimensión en el índice general (González-Rábago y otros, 2020, p. 148).

Por lo anterior, el Índice de Envejecimiento Activo (IEA) da cuenta, con respecto a la población de más de 60 años: de la tasa de ocupación, el porcentaje de la realización de voluntariado, cuidado de hijos, nietos o personas mayores o, la participación en grupos y el promedio de ingresos. Además, de los porcentajes relacionados con quiénes se encuentran en procesos formativos o de educación, quiénes no se consideran víctimas de violencia, los que recibieron asistencia en salud, las personas que utilicen Internet (o computador) una vez por semana y, los que sientan que reciben cariño de hijos, de las personas con las que convive o de amigos, entre otros.

Testimonio tres y cuatro: “La vida en pareja compartiendo más de 60 años, las relaciones familiares y con amigos, el trabajo, la actividad, el deporte, el baile y los viajes, permiten la vejez activa y vibrante”. El Tesoro de la Vida el Amor y el Apoyo Mutuo

Figura 3.

Retrato de Mercedes y Franco



Nota. De elaboración propia

Soy Franco y tengo 85 años y quiero iniciar diciendo, nuestra historia comenzó, en la época en la que nos conocimos. Mantuvimos dos meses de noviazgo y nos casamos por la Iglesia en secreto. Tuvimos tres hijos: Olga Cecilia, la mayor, con 58 años, Juan Carlos, de 56, y Sandra, la menor, de 54, todos nacidos en Pasto.

Merceditas se dedicó al hogar, cuidando de nuestros hijos y de mí. Aunque nunca le gustó el deporte, siempre estuvo ocupada con las tareas del hogar desde muy temprano en la mañana hasta la noche. En su juventud, disfrutaba de la música, el baile y siempre mantenía una actitud alegre, tratando de no preocuparse demasiado.

Mientras tanto, yo, Franco, me dediqué al trabajo para sostener nuestro hogar. Trabajé en Caminos Vecinales como inspector, un trabajo que demandaba viajar frecuentemente y por largas temporadas. Esto me permitió conocer a fondo el departamento de Nariño, abrir caminos en pueblos apartados y hacer amigos en el trabajo. Siempre me gustó el deporte, especialmente montar en bicicleta y competir por la empresa. Aunque evitaba las verduras y la cebolla en mi dieta, Merceditas se adaptaba a mis gustos culinarios en casa.

Después de jubilarme hace años, paso más tiempo con Merceditas y la familia. Tenemos cuatro nietos, dos de los cuales viven aquí en Pasto, lo que nos permite compartir mucho tiempo juntos. Aunque dejé de montar en bicicleta después de una caída, aún hago ejercicio diario en la trotadora en casa. En cuanto a mi salud, los exámenes médicos siempre muestran que estoy bien, pero a veces tengo problemas de memoria que me preocupan. Disfruto de la compañía de mi familia y amigos cercanos.

Mi nombre es Mercedes, de 85 años y tengo el privilegio de compartir mi vida con mi esposo, Franco. Durante más de seis décadas, hemos caminado juntos por este viaje llamado vida, enfrentando desafíos, celebrando alegrías y construyendo recuerdos inolvidables

Franco y yo siempre hemos creído que la clave para una vida plena y feliz es mantenernos activos física y emocionalmente. Desde nuestra juventud, hemos sido una pareja activa, disfrutando de largos paseos por el parque, excursiones en bicicleta y noches de baile bajo las estrellas. Esta pasión por la actividad física nos ha mantenido en forma y saludables a lo largo de los años, permitiéndonos disfrutar de una vejez activa y vibrante.

Pero más allá de mantenernos activos físicamente, hemos aprendido que el verdadero tesoro de la vida radica en el amor y el apoyo mutuo que compartimos como pareja. En los momentos difíciles, hemos sido el sostén del otro, encontrando consuelo y fuerza en nuestra unión. Y en los momentos de alegría, hemos sido los primeros en celebrar juntos, compartiendo risas y abrazos llenos de cariño.

Nuestra familia siempre ha sido el centro de nuestro universo. Con tres hijos maravillosos y una creciente lista de nietos, hemos dedicado nuestras vidas a construir un hogar lleno de amor, comprensión y valores sólidos. Hemos luchado, reído y crecido juntos como familia, fortaleciendo nuestros lazos con cada desafío superado y cada victoria celebrada.

Ahora, en nuestros años dorados, seguimos disfrutando de la compañía del otro, compartiendo nuestros sueños y aspiraciones para el futuro. Sabemos que la vida puede ser un viaje lleno de altibajos, pero con el amor y el apoyo de nuestra pareja y nuestra familia, estamos seguros de que podemos superar cualquier obstáculo que se interponga en nuestro camino.

En resumen, hemos aprendido que la clave para una vejez feliz y satisfactoria radica en mantenernos activos, tanto física como emocionalmente, y en cultivar relaciones sólidas y significativas con nuestros seres queridos. Nuestra historia es un testimonio del poder del amor, la fuerza de la unidad familiar y la importancia de vivir cada día al máximo.

Tengo un hijo militar activo, lo que me llena de orgullo y felicidad. Siempre me gustaron mucho los uniformes, y él está muy pendiente de mí. Además, cuento con dos nietos, hijos de él, quienes son una gran alegría en mi vida.

Hoy, a mis 85 años, miro hacia atrás con gratitud por todas las experiencias vividas, los momentos felices y los desafíos superados. Cada día es un regalo y estoy decidida a vivirlo al máximo, disfrutando de cada risa, cada abrazo y cada nuevo día que la vida me ofrece.

Mi vida ha sido una aventura maravillosa, llena de amor, alegría y amistad. Agradezco cada momento vivido y estoy lista para seguir disfrutando de todo lo que la vida aún tiene reservado para mí.

ESTRATEGIAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUTONOMÍA

ESTRATEGIAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUTONOMÍA

Antes de avanzar es oportuno precisar que una estrategia se define como el arte, la práctica y las habilidades que permiten identificar, combinar, coordinar, ejercitar y aplicar un conjunto de acciones adecuadas al contexto, la cultura y el estado de salud. Acciones diseñadas para operacionalizar los marcos teóricos relacionados con: envejecimiento, autonomía, dependencia y otras dimensiones del envejecer activo.

En otras palabras, las estrategias son herramientas que permiten efectuar intervenciones coherentes y éticamente correctas, tanto en el ámbito profesional como en la vida cotidiana. Además, son establecidas por equipos interdisciplinarios y profesionales de cada área, en colaboración con la persona mayor, sus familias o cuidadores. El objetivo final es promover la autonomía de las personas mayores, contribuyendo así a un envejecimiento pleno y activo.

Aquí se concretan los planteamientos en un hacer argumentado; es decir: la estrategia tiene un elemento cognitivo que conlleva aplicar una serie de procedimientos lógicos sistematizados los cuales permiten hacer rastreo del conocimiento y aportarle a él. De igual forma, la estrategia aplica una serie de procedimientos operativos que se traducen en acciones y actividades humanas intencionalmente orientadas, en este caso, hacia autonomía y el envejecimiento pleno y activo, logrando longevidad saludable, feliz, independiente, libre, digna y participativa. Es decir: la estrategia cognitiva y la estrategia de acción deben estar articuladas (Ander Egg, 2006) y caracterizadas por:

- Ser prácticas, habilidades y procedimientos permanentes y a lo largo de la vida.
- Actuar con eficacia y eficiencia sobre la calidad de vida, el bienestar y la salud física y mental.
- Ser una práctica situada y basada en conocimientos y saberes.
- Ser fundamentadas, pero cada persona la asume según su condición. No son prescripciones indiscutibles ni recetarios de actuación.
- Ser efectivas si se trabajan en conjunto, acompañadas de adecuado sueño, actividad física, adecuada alimentación. Cada una orientada por un experto.
- Variar de acuerdo con la etapa de la vida y condición personal. La idea es hacer actividad física durante la vida; pero, por ejemplo, no toda la vida se realiza la misma actividad física o se practica el mismo deporte.
- Y por la versatilidad en la forma de practicarlas.

Por lo anterior, este apartado va dirigido a toda persona, de cualquier edad y desde luego se enmarca en las características que debe tener la intervención social para la atención integral a la persona mayor.

La intervención social ha de entenderse como un proceso sistemático y organizado que actúa sobre la realidad social específica y, a partir de ella, se programa, ejecuta y evalúa, teniendo como base unos objetivos e intencionalidades. Es de carácter interdisciplinar, teniendo en cuenta que los problemas que afronta la persona mayor son complejos y multifactoriales. Debe ser preventiva y aportar al mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar de las personas, sus cuidadores, sus familias y, en general, sus redes. Debe ser participativa y en el marco de la

realidad específica. Supera el activismo, evalúa impactos, da continuidad y potencializa al individuo. Además, exige permanentes redefiniciones frente a cambios y procesos de envejecimiento (Beltrán y otros, 2014).

En general, las estrategias deben ser dinámicas, ya que el envejecimiento de la población no es un fenómeno propio de este siglo, pues desde el siglo XX se ha presentado el envejecimiento de la población, lo que llevó al avance en los diferentes campos o disciplinas, entre ellas la medicina, logrando mayor claridad acerca del proceso de envejecimiento e identificando factores sociales y culturales asociados a la longevidad (Duque y otros, 2012).

Está claro que la longevidad ha estado estrechamente vinculada con envejecer de modo saludable, con autonomía y encontrando un propósito en la vida. Envejecer bien implica mantener el cuerpo activo, seguir una dieta sana, dormir lo suficiente, preservar la salud física y mental, priorizar las relaciones interpersonales y mantener una actitud positiva. En resumen: se trata de trabajar a lo largo de la vida las dimensiones: social, cognitiva (incluyendo el uso de tecnologías), espiritual y psicológica, como se fundamentó en el primer capítulo.

Andrés Oppenheimer (2023), reforzó esta idea al señalar que los optimistas vivían entre 6 y 10 años más que los pesimistas, y que la satisfacción con la vida disminuía el riesgo de ataques cardíacos, embolias cerebrales o cáncer. Además, que se encontraba mayor sentido de la vida al participar en actividades comunitarias, reducir la obsesión por el estatus y mantener una perspectiva optimista hacia el futuro. Que todo era posible cuando se alcanzaban mínimos de calidad de vida, y se vivía en un país que fomentara el crecimiento económico, la democracia y

combatiera la corrupción. Es crucial, también, una educación positiva que prepare para enfrentar el fracaso y se centre en el bienestar, aspectos que contribuyen a vivir más y mejor.

Actividades de equilibrio como parte de la actividad física

Como parte de la actividad física semanal, las personas mayores deben, realizar actividades de fuerza y resistencia cardiovascular y, hacer hincapié en el equilibrio, para mejorar la capacidad funcional, la velocidad de la marcha y prevenir caídas. La actividad física regular fortalece la salud mental, capacidad cognitiva, previene enfermedades cardíacas, cáncer y diabetes, entre otras, además forja relaciones, establece redes y, permite seguir contribuyendo a la sociedad (OMS, 2020, 2023).

Ahora bien, ¿a qué hace referencia específicamente el equilibrio? ¿Qué factores determinan o condicionan que una persona mayor logre alcanzar un equilibrio óptimo? ¿En el ámbito del entrenamiento, qué tipos de trabajo de equilibrio se pueden realizar? ¿Cómo se puede valorar la condición de equilibrio en una persona mayor?

Desde la física, “un cuerpo está en equilibrio cuando la suma de todas las fuerzas y momentos de fuerza que actúan sobre él es igual a cero” (Aranda, 2011, p. 24).

En general, el estado de equilibrio es la capacidad de mantener la proyección del centro de masa corporal dentro de los límites flexibles de la base de apoyo, de pie, sentado o en el tránsito a una nueva base de apoyo, como al caminar (García, 2020).

Algunos autores han señalado que el equilibrio es la capacidad de mantener una posición evitando la caída (Howe y otros, 2007); al igual que la habilidad de iniciar, mantener y prolongar el ritmo al caminar (García y Castañeda, 2009; Abreu y otros, 2016).

En otras palabras, el equilibrio se fija en el proceso por el cual “controlamos el centro de masa del cuerpo respecto a la base de sustentación, sea estática o dinámica” (Rose, 2014, p. 17).

En el colectivo de personas mayores, este concepto es clave debido a la asociación entre el control del equilibrio y el riesgo de sufrir caídas. Sus actividades de equilibrio requieren mantener el control de su cuerpo mientras se mueven. Se trata, según la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (2012), de “ejercicios lentos para mantener la posición y precisión en la deambulación” (p. 10). Caminar hacia atrás, con un pie seguido del otro, de puntillas o sobre los talones, pararse sobre un pie o usar una tabla oscilante, son ejemplos de esta clase de ejercicios.

El control de las situaciones de equilibrio es indispensable para el desarrollo de las diferentes actividades en la vida diaria de una persona mayor. Por eso mismo, “una escasa o nula capacidad de equilibrio en este grupo poblacional suele generar un rendimiento menor en las acciones cotidianas como inclinarse, subir y bajar las escaleras o simplemente estar de pie” (García, 2020, p. 41).

El proceso fisiológico de mantener el equilibrio en personas mayores se encuentra determinado por un complejo de variables: “receptores y vías aferentes (sistema visual, neurosensorial periférico y vestibular laberíntico, núcleos motores), vías aferentes (vestibulares del tronco cerebral, cerebelosos y corteza cerebral) y efectores periféricos (sistema músculo esquelético)” (Andrade y Balda, 2022, p. 7).

Son diferentes los elementos que intervienen en el equilibrio de las personas mayores. El deterioro cognitivo, la pérdida de masa muscular, la capacidad del cuidador, de propiocepción, la falta de ejercicio físico regular, la disminución del rango de movilidad y la reducción del tiempo de reacción inciden de manera negativa sobre el control del equilibrio (García, 2020; Andrade y Balda, 2022).

Se tienen como ejemplos, los trabajos enfocados en apoyo bipodal, en los que se hace una progresión a unipodal y, así mismo, en bases inestables (bosu, escalones, inclinaciones); los trabajos oculomanuales, oculopédicos o de restricción de la vista; o bien los ejercicios con enfoques en variaciones de ascensos o descensos con diferentes grados de inclinación, desestabilizaciones desde sedente hasta bipedestación. Como lo afirman algunos autores “todos estos producen mejoras en la coordinación intramuscular, es decir, la conexión entre neurona y músculo enfocada en la integración entre diferentes cadenas musculares” (Ríos y Pérez, 2019. p. 12).

El trabajo propioceptivo destinado a mejorar el equilibrio en personas mayores busca, desafiar el centro de gravedad mediante la realización de ejercicios inestables. Pues, a menudo, estos se utilizan en un intento por prevenir las caídas en las personas mayores, sobre todo si está afectada su sensación posicional o movilidad (Johnston, 2023).

El equilibrio estático “es la capacidad de controlar el balance postural durante el reposo” (Ibarrondo, Barrio 2018, p. 20). Es aquel en que la persona debe mantener una posición lo más quieta posible con el mínimo movimiento (Aranda, 2011). Se puede medir mientras la persona

mantiene posiciones con bases de sustentación (bipedestación, monopedestación, un pie delante del otro, por ejemplo).

El equilibrio dinámico, por su parte, “es la capacidad de reaccionar a los cambios en el equilibrio y anticiparse a ellos a medida que el cuerpo se mueve. El equilibrio dinámico incluye mantener el equilibrio al caminar y al pasar por encima o alrededor de objetos” (p. 20). “Es aquel en que la persona realiza un movimiento (cambio de posición) en el cual las fuerzas que actúan sobre el cuerpo contribuyen al objetivo del movimiento” (p. 26).

Dos ejemplos de valoración de equilibrio dinámico son la prueba de alcance funcional y, la marcha:

La prueba de alcance funcional consta de tres fases: primero el participante debe mantener el equilibrio durante un determinado periodo de tiempo de forma pseudo-estática, a continuación, debe inclinarse hacia delante lo máximo posible con un brazo extendido horizontalmente sin caerse donde deberá mantener esta posición durante un determinado periodo de tiempo, y finalmente se produce una fase de retorno donde debe volver a la posición inicial. El equilibrio dinámico también se puede valorar mientras se camina porque implica ser capaz de generar un patrón locomotor rítmico, mantener la postura erguida, y controlar la trayectoria del CdM a pesar de tener una BdS estrecha y en movimiento [...]

La valoración del equilibrio en personas mayores se puede realizar mediante mediciones directas o indirectas (p.26).

Por un lado, las medidas directas del equilibrio cuantifican el balance postural incluyendo distintos indicadores de las plataformas de fuerza (p. 26).

En la misma línea, Cuando estas pruebas se realizan en condiciones estáticas (bipedestación pseudo-estática, monopdestación pseudo-estática) los valores menores indican mejor capacidad de equilibrio, pero cuando se realizan en condiciones dinámicas (inclinarse hacia delante o hacia atrás) los valores mayores indican mejor capacidad para mantener el equilibrio” (Howe y otros, 2007, p. 3).

Por otro lado, el equilibrio se puede medir indirectamente mediante la observación o pruebas objetivas de capacidad funcional, como, por ejemplo: “parámetros temporales de la marcha, duración de la posición sobre un solo pie, duración de la posición en tándem, test de máximo alcance sin plataforma de fuerzas, test cronometrado de levantarse y caminar” (Aranda, 2011, p. 30).

Actividad física y obesidad

En 1997, la OMS definió la obesidad como una enfermedad crónica mundial; “que representa, junto al sobrepeso, el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo” (Aguilar y otros, 2014, p. 728). “Se trata de una de las principales causas de muerte predecibles” en la contemporaneidad (Mosqueda, 2021).

La obesidad se caracteriza “por un balance positivo de energía, el cual resulta de la cantidad, frecuencia y calidad de los alimentos consumidos en la dieta y de la actividad física realizada”

(Martínez y Delgado, 2021, p. 12). En otras palabras, se explica por “el exceso de tejido adiposo (hipertrofia e hiperplasia), resultado de una alimentación desequilibrada donde predomina una ingesta de energía que excede el gasto energético” (Cárdenas y otros, 2019, p. 68).

Diversos factores interactúan como causas de la obesidad. Entre ellos: “los genéticos, epigenéticos y fisiológicos; los conductuales, relacionados con la ingestión dietética y la actividad física; los ambientales y los sociales, que incluyen factores económicos, tecnológicos, culturales y políticos, los cuales operan tanto en los entornos locales, como en los regionales, nacionales y en el ámbito global” (Martínez y Delgado, 2021, p. 12).

La obesidad es uno de los mayores problemas de salud en la sociedad actual y factor de mayor comorbilidad por:

[...] alteraciones metabólicas (síndrome metabólico, HTA dislipemias, diabetes tipo II, hígado graso, colelitiasis, neoplasias, ovarios poliquísticos, otras), cardiovasculares (HTA, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular entre otras), mecánicas (hipoventilación, apnea del sueño, osteoartritis, principalmente) y psicosociales (depresión, discriminación social/laboral en su caso, disminución de la autoestima, trastornos en la conducta alimentaria) (Naranjo y otros, 2020, p. 236).

Las tasas de obesidad se han duplicado durante los últimos 40 años (OMS, 2015). El número de personas consideradas obesas ha aumentado considerablemente año tras año y su incidencia y prevalencia se incrementan alarmantemente en la población mayor (Samper y otros, 2019). “La obesidad en la tercera edad es más común de lo que parece. Estadísticamente, entre los

mayores de 60 años, el 35,5% de los hombres padecen obesidad y más del 40% de las mujeres también” (Mosqueda, 2021).

La evolución creciente de la obesidad se explica, en parte, por un cambio en los modernos estilos de vida, caracterizados por la creciente sedentarización y, por tanto, bajos niveles de ejercicio físico; de igual manera, por malos hábitos alimentarios (Jorquera y Cancino, 2012).

Es evidente que tanto la prevención como el tratamiento de la obesidad requieren un abordaje múltiple que implica de forma sustancial al estilo de vida. Dentro de los aspectos relacionados con el estilo de vida, la alimentación y su combinación con el ejercicio físico juegan un papel fundamental” (Naranjo y otros, 2020, p. 326).

En este sentido, la OMS y diversas sociedades científicas internacionales, como la Academia Nacional Norteamericana de Nutrición y Dietética y, la Asociación Americana de Diabetes, han recomendado el ejercicio como parte integral de cualquier programa para la pérdida de peso.

El ejercicio físico (en todas sus modalidades) desempeña un rol fundamental en el tratamiento y la prevención de la obesidad (p. 326), así como también en el control del avance de enfermedades crónicas y la preservación de la masa corporal magra (Cárdenas y otros, 2019).

En cualquier caso, en personas mayores, “el mayor beneficio para la pérdida de grasa se obtiene cuando ambas estrategias, dieta y ejercicio, se asocian. La actividad física contribuye, además, a mantener durante más tiempo la pérdida de peso conseguida” (Torres y otros, 2010, p. 48).

La práctica regular de actividades físicas y deportivas combinada con una alimentación adecuada es uno de los elementos esenciales del tratamiento de la obesidad (Cárdenas y otros, 2019, p. 75).

La importancia del sueño durante el envejecimiento

El aumento de la longevidad en nuestra población nos lleva a la necesidad de cambiar la forma de vida y los hábitos actuales por otros más saludables, para así mejorar la calidad de vida y la forma cómo llegamos a las edades más avanzadas (Carmona y Molés, 2018, p. 72).

Un adecuado tiempo de descanso durante el sueño (entre 7 y 9 horas) es fundamental para prolongar la longevidad, mejorar la calidad general de vida y proteger la salud física y mental (Carmona y Molés, 2018, p72; Moreno y otros, 2018). Con el sueño, el organismo repone fuerzas y repara sus desperfectos, aprende más rápido, crea memorias nuevas, resuelve problemas con mayor facilidad, presta mayor atención y trabaja mejor (National Institute of Aging, NIA, 2022).

El sueño “es importante para el cuerpo, desde el cerebro, el corazón y los pulmones, hasta para tener energía, protección contra las enfermedades y el estado de ánimo. También afecta nuestra capacidad para funcionar durante el día” (NIA, p. 5).

Por el contrario, dormir mal o de manera irregular puede ocasionar daños al cuerpo y con el tiempo causar desenlaces adversos para la salud (p. 5). Por ejemplo, se ha reportado que los trastornos del sueño en personas mayores inciden en el aumento de caídas, en la disminución de la calidad de vida y el incremento de la mortalidad (Moreno y otros, 2018). Los trastornos o

desbalances de sueño influyen también en el desarrollo y avance de enfermedades del corazón o Alzheimer, diabetes, obesidad y depresión.

Es más, los problemas de sueño traen consigo un efecto negativo en la salud y el bienestar, a partir de la ocurrencia de anomalías hormonales, inflamatorias y metabólicas que favorecen las actividades catabólicas, de tal manera que los problemas del sueño pueden incidir en el desarrollo y la progresión de la fragilidad (p. 38).

Fisiológicamente, el sueño es un proceso complejo. Varias partes del cerebro trabajan sistémicamente para producir señales que preparan el cuerpo para dormir: “su ritmo circadiano (“el reloj del cuerpo”) le indica cuándo debe dormir. La homeostasis del sueño y la vigilia, un estado de equilibrio, es el impulso del cuerpo para dormir que aumenta cuanto más tiempo se está despierto” (NIA, 2022, p. 2).

Sin embargo, con el avance del tiempo y a medida que se envejece, los patrones de sueño tienden a cambiar. La mayoría de las personas encuentran que el proceso de envejecimiento conlleva dificultades para conciliar el sueño. Se despiertan con más frecuencia durante la noche –dos, tres o cuatro veces– y se levantan más temprano en la mañana (Biblioteca Nacional de Medicina, BNM, 2022).

La dificultad para dormir es un problema cada vez más común en personas mayores. El insomnio prolongado y, en algunos casos, crónico es una de las principales causas de accidentes y de depresión. En ocasiones, debido a que su sueño es más liviano y se despiertan con mayor frecuencia, las personas mayores pueden sentirse privadas de sueño, aun cuando su tiempo total

para dormir no haya cambiado (BNM). “Las personas mayores también tienen más probabilidad de tomar medicamentos y padecer afecciones médicas que afectan el sueño. Muchos adultos mayores no duermen bien con regularidad” (NIA, 2022, p. 7).

Ciertos factores, como enfermedades de salud mental, trastornos del movimiento y dolor, pueden dificultar el sueño reparador. Por tanto, practicar mejores hábitos antes de dormir (hacer ejercicio frecuentemente, alimentarse adecuadamente) y ser diagnosticado y tratado, si se tiene un trastorno neuronal, puede ayudar a mejorar el sueño en personas mayores (p. 7).

El sueño y la actividad física

El sueño y el nivel de actividad física es una combinación vital, toda vez que: “Las personas insuficientemente activas físicamente presentan un mayor riesgo de manifestar patrones de sueño del tipo vespertinos comparados con quienes informan ser suficientemente activos físicamente” (Bernal y otros, 2023, p. 2).

Considerando las particularidades en la relación del ejercicio con las variables psicológicas, entre los beneficios que la práctica de la actividad física tiene sobre el sueño:

Se ha podido observar que los adultos con sobrepeso que practicaron actividad física en la adolescencia tuvieron un 46% menos de probabilidades de tener mala calidad del sueño en comparación con aquellos que no practicaron actividad física en esta etapa de la vida [...] Los adultos que continuaron practicando actividad física en la edad adulta tienen un 49% menos de probabilidades de tener una mala calidad del sueño en comparación con aquellos sin actividad física continua (Bernal y otros, 2023, p. 3).

Lowe y otros revisaron sistemáticamente trastornos del sueño en personas mayores, mostrando que aquellos que realizaron durante gran parte de su vida ejercicio físico regular mejoraron su capacidad para dormir (p. 3).

Autocuidado y calidad de vida

La OMS definió la calidad de vida “como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no meramente a la ausencia de enfermedad, un asunto trascendental que afecta no solo a las personas mayores, sino también a sus familias y al conjunto de la sociedad” (Araya, 2012, p. 6).

Las condiciones de salud que determinan la calidad de vida de la persona mayor son variadas: el estado mental, el estado psicoafectivo, el estado social, la nutrición, el ejercicio físico, la capacidad funcional y, el buen dormir, por ejemplo. “Estas condiciones pueden ser reforzadas y optimizadas para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores a través del autocuidado” (p. 6).

¿Qué es el autocuidado?

En la antropología y las ciencias sociales, el autocuidado comprende “las distintas actividades de la vida cotidiana que son realizadas por las personas, familias y los grupos sociales para el cuidado de la salud, la prevención de enfermedades y la limitación de daño” (Arenas y otros, 2011, p. 42).

El autocuidado se refiere, entonces, a la práctica de diversas acciones que las personas emprenden en relación con su salud, mejorar su bienestar general y, principalmente, prolongar su desarrollo personal. Según Araya (2012), Arenas y otros (2011), Campos y otros (2018), Posso y otros (2020), este concepto cobra vital importancia a la hora de potenciar una mayor autonomía en las personas mayores y, a la vez, alcanzar una óptima calidad de vida, así como también lograr un envejecimiento pleno y activo.

Particularmente, en personas mayores, el autocuidado ha demostrado ser una estrategia clave y efectiva para la prolongación de la salud, la prevención de la enfermedad y el mejoramiento del estado de ánimo (Posso y otros, 2020).

El autocuidado incide, en la mayoría de los casos, en el estilo de vida de las personas mayores. Comprende las acciones relacionadas con la promoción de la salud, desde la realización de actividades recreativas, de actividad física, una buena nutrición, la correcta higiene personal, hasta la toma de los medicamentos prescritos por profesionales en caso de enfermedad (Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, 2010).

Esta Dirección señala:

- El autocuidado es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones. Por lo tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma.
- El autocuidado implica una responsabilidad individual y una filosofía de vida ligada a las experiencias en la vida cotidiana.

- El autocuidado se apoya en un sistema formal como es el de salud e informal, con el apoyo social.
- El autocuidado tiene un carácter social, puesto que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber y da lugar a interrelaciones.
- Al realizar las prácticas de autocuidado, ya sea con fines protectores o preventivos, las personas siempre las desarrollan con la certeza de que mejorarán su nivel de salud.

En ese sentido, se plantea que un alto nivel de autocuidado alcanzado por una persona mayor le permite convertirse en un “actor competente con capacidad para tomar decisiones, controlar su propia vida y asegurarse la posibilidad de gozar de un buen estado de salud” (Araya, 2012, p. 7).

Lograr un pleno autocuidado durante el proceso de envejecimiento, según el Gobierno de México (2022) implica, en suma, la capacidad de:

- Autosuficiencia
- Empoderamiento
- Autonomía
- Responsabilidad y
- Participación activa.

La incorporación de estas múltiples acciones resulta fundamental en la vida de toda persona mayor, ya que le permite desarrollar habilidades y conocimientos destinados a mantener la independencia, prevenir o reducir algunas enfermedades, mejorar la salud y sentir un mayor bienestar. No hay duda de que entre más capacidad de autocuidado tenga una persona mayor, más autónoma será y, por ende, mejor calidad de vida tendrá (Gutiérrez, 2018).

“En el caso puntual de las mujeres mayores estas se ven expuestas proporcionalmente a la calidad de vida que determinaron su ciclo vital anterior a la vejez” (Guzmán Rodríguez y otros, 2024, p. 152).

Es importante, no obstante, tener en cuenta que el autocuidado es aplicable en el proceso de envejecimiento, tanto de personas mayores sanas como enfermas. Para ello, es imprescindible “la participación de la familia, cuidadores (en el caso de que la persona tenga algunas dificultades para realizar sus actividades) y de las redes de apoyo, con el propósito de ayudarles a encauzar sus dificultades de salud” (Araya, 2012, p. 7).

El autocuidado, por parte de las personas mayores ha de responder no solo a las necesidades básicas de este grupo etario, sino también a sus necesidades psicológicas, sociales, de recreación y espirituales como individuos. “Solo así el autocuidado será el medio por el cual los adultos mayores podrán desarrollar al máximo sus potencialidades, indispensables para una vejez saludable” (p. 7).

El progresivo envejecimiento de la población plantea una serie de retos en materia demográfica, política, social y educativa debido a su carácter individual y heterogéneo. En ese contexto, “se pone de manifiesto la necesidad de generar estrategias que sean especialmente enfocadas en la atención de las personas mayores” (Cardona y otros, 2018, p. 35). Lo cual requiere: “de la profundización en el estudio de esta población y de los elementos que pueden ayudar en la mejora de su calidad de vida” (p. 35); y de “la concientización de la importancia que tiene el trato diferenciado de esta población, dar un trato digno y especializado a las personas mayores” (p. 35).

La implementación de estrategias para el fortalecimiento de la autonomía en personas mayores resulta crucial, no solo para amortiguar dicho proceso, sino fundamentalmente para alcanzar un estilo de vida pleno, activo y saludable, esto es, de bienestar total.

Estrategias que prolongan la autonomía

Teniendo en cuenta las distintas dimensiones de análisis para lograr un envejecimiento activo, se proponen las estrategias para prolongar la autonomía en personas mayores, en los siguientes términos:

Cuadro 2. Estrategias

Dimensión	Parámetros generales de análisis	Estrategias
B I O L Ó G I C A	En la sociedad actual, post-industrial y urbana, la inactividad física prolongada se ha convertido en un factor de riesgo para la salud de la población. El sobrepeso, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, la atrofia progresiva y la debilidad generalizada son especialmente comunes, según avanza la edad. En ese sentido, la forma en cómo se administra la salud y el tiempo durante el proceso del envejecimiento, determina, en gran medida, la posibilidad de mantener una adecuada capacidad funcional orgánica y, a la vez, una vida más plena, activa y longeva. Realizar actividad física regular y planificada, junto a una adecuada nutrición y descanso constituyen tres pilares imprescindibles para conseguir una óptima autonomía en la persona mayor. Miranda y otros (2021) sostienen al respecto que estos tres elementos desempeñan un papel fundamental en la vejez, debido a sus repercusiones funcionales, físicas y psicológicas: mejores indicadores de salud física, alta autoestima, mejora del estado de ánimo, vitalidad, interacción	1. Evaluar el estado de salud con regularidad, visitar al médico por lo menos dos veces al año y cumplir las indicaciones dadas por éste. Si se previenen a tiempo las enfermedades, seguramente se compromete en menor medida la salud, integridad y propia autonomía a futuro. 2. Realizar ejercicio regularmente y alimentarse adecuadamente. Aparentemente obvias, pero no lo son. Practicar algún tipo de deporte, mantenerse activo o, por lo menos, realizar algún tipo de rutina de entrenamiento (resistencia, fuerza y equilibrio) es clave para tener un buen estado físico y un estilo de vida saludable (realizar al menos 150 minutos por semana de actividad física de intensidad moderada). Así mismo, resulta necesaria una alimentación equilibrada para asegurar un óptimo aporte de nutrientes y un adecuado funcionamiento del organismo a la hora de realizar ejercicio. En ese orden de ideas, es importante no fumar ni consumir demasiado alcohol. 3. Descansar lo suficiente durante la etapa del envejecimiento. Dormir adecuada y óptimamente es fundamental para prolongar la longevidad, mejorar la calidad general de vida y proteger la salud física y mental. Si bien, la cantidad de horas de sueño necesarias varía según la persona y cambia a lo largo del ciclo de vida, “la

	social positiva, mayor capacidad cognitiva y concentración mental.	mayoría de los adultos, incluyendo los de edad avanzada, necesitan entre 6 y 8 horas de sueño cada noche” (National Heart, Lung, and Blood Institute, NHLBI, 2013).
S O C I A L	Participar en actividades sociales o procurar mantener una vida social activa, es esencial para alcanzar un envejecimiento activo y prolongar la autonomía en la persona mayor. El contacto humano, cualquier otro tipo de vínculo o relación social que se establezca con familiares o amigos es fundamental en aras de aliviar la ansiedad, reducir el estrés y alejar la depresión. Participar en actividades de grupo, como las caminatas, clubes de jardinería o clases de arte, puede ser una excelente forma de hacer amigos y mantenerse conectado. En la actualidad, las redes sociales y las aplicaciones de videollamadas también son útiles para mantenerse en contacto con amigos y familiares, incluso si viven lejos. Las visitas regulares de amigos y familiares son igualmente importantes. Para las personas mayores es notable tratar de sentirse altamente motivadas y comprometidas con las diferentes actividades que realizan junto a otras personas,	1. Programar, estipular o invertir tiempo cada día para comunicarse con los demás. Mantenerse en contacto con seres cercanos ayuda a estar socialmente activo, mejorar el estado de ánimo y el bienestar, en general. Una constante y regular comunicación con los familiares y amigos, ya sea en persona, por teléfono o a través de las redes sociales sirve. Esto le hará sentir que hace parte de una comunidad y le permitirá, a su vez, mantenerse motivado y actualizado. 2. Conocer gente nueva tomando una clase para aprender algo diferente o perfeccionar una habilidad que ya se tiene. 2.1 Participar en programas de grupos de interés como clubes de lectura, jardinería o arte, para conectarse con personas que comparten intereses similares. 2.2 Participar en programas de voluntariado. 2.2.1. Participar como voluntario en proyectos comunitarios, brindando la oportunidad de interactuar con diferentes personas y contribuir al bienestar de la comunidad. Desarrollar programas de voluntariado adaptados a las habilidades y preferencias de las personas mayores ayuda a fomentar su participación en la comunidad (Musick & Wilson, 2003).

	para así aumentar la sensación de bienestar. La interacción entre personas mayores que comparten intereses, gustos y preferencias similares en su tiempo libre es crucial para afrontar el envejecimiento. Si se logra fomentar la interacción social y la participación en grupos comunitarios, posiblemente las personas mayores logren un sentido de pertenencia a una comunidad, o incluso consigan cultivar nuevas amistades y conexiones significativas.	2.3. Establecer alianzas con organizaciones locales para integrar a personas mayores como voluntarios en proyectos significativos y beneficiosos para la sociedad (Berkman y otros, 2000). 3. Promover la creación de redes sociales. 3.1 Establecer programas de encuentros sociales en centros comunitarios para fomentar la interacción entre personas mayores (2000). 3.2 Implementar actividades recreativas grupales, como juegos y salidas culturales, para fortalecer la conexión social y emocional (Musick & Wilson, 2003). 3.3 Facilitar la participación en grupos de apoyo emocional, brindando un espacio para compartir experiencias y recibir apoyo mutuo (Czaja & Gitlin, 2003).
C O G N I T I V A	El grado de autonomía que una persona mayor desarrolla en diferentes actividades y situaciones cotidianas refleja, en gran medida, no solo su estado físico, sino fundamentalmente su estado cognitivo actual. La salud y bienestar mental o cognitivo es esencial para la calidad de vida en general. Afecta la forma en que se piensa, siente, actúa, se toman decisiones y se relaciona con los demás (NIA, 2023). En ese sentido, la participación, por parte de las personas mayores, en actividades cognitivamente estimulantes o desafiantes, contribuye a mejorar su memoria y agilidad cognitiva,	1. Participación en grupos de lectura para discutir libros y compartir ideas, fomenta la estimulación cognitiva y la interacción social. 2. Inscripción en cursos de aprendizaje continuo en línea o presenciales acerca de temas de interés proporciona oportunidades constantes de aprendizaje y desarrollo cognitivo. La implementación de talleres interactivos que promuevan el aprendizaje continuo y la adquisición de nuevas habilidades, como el uso de nuevas tecnologías (Hultsch y otros, 1999) es clave también en este contexto. 3. Jugar activamente: resolver rompecabezas y crucigramas, participar activamente en juegos de mesa o de estrategia (parqués, damas chinas y el ajedrez, principalmente) u otro tipo de ejercicios mentales en la rutina diaria

	así como también a su continuo aprendizaje y desarrollo intelectual. Fomentar la participación en grupos de discusión y debates acerca de temas de interés, estimula la mente por el intercambio de ideas (Hultsch y otros, 1999). La estimulación cognitiva es clave para mantener la agudeza mental. Cocinar, leer libros, hacer crucigramas, jugar ajedrez o aprender a tocar un instrumento musical son actividades que mantienen la mente comprometida. La participación en grupos de discusión, clubes de libros o actividades de aprendizaje continuo es beneficioso (NIA, 2023). Investigaciones acerca de música, teatro, danza, escritura creativa y otras artes participativas muestran que estas actividades mejoran la calidad de vida y el bienestar, desde mejores funciones cognitivas, memoria y autoestima hasta menos estrés y una mayor interacción social (NIA, 2023).	ayuda a mantener su mente activa, atenta y fresca. 4. Aprender a tocar algún instrumento. Tomar clases particulares o grupales permitirá tener la mente comprometida y estar activo constantemente. 5. Inscribirse en un grupo de baile o danza. Con ello no solo conseguirá elevar su actividad y condición física y contacto social diario, sino también una mejor agilidad cognitiva, sensorial y mental. 6. Incluso pasatiempos tan sencillos, como cuidar una mascota, pueden mejorar la salud. Sacar o pasear en la mascota se ha asociado con una mejor función cognitiva y, en algunos casos, con una mejor función física.
P S I C	Fomentar el bienestar emocional y psicológico, mediante actividades centradas en el autocuidado, es esencial para que las personas mayores puedan alcanzar un envejecimiento pleno y activo.	Mediante intervención gubernamental, institucional o familiar, se podría: 1. Implementar programas de terapia cognitivo-conductual adaptados a los desafíos psicológicos comunes en personas mayores, como el afrontamiento del duelo (Alexopoulos, y otros, 2003).

O L Ó G I C A	Por otro lado, contar con algún propósito o meta en la vida es esencial, para mantener un equilibrio psicológico/emocional. Establecer alguna de estas dos variables es una forma de estar motivados, felices, optimistas y activos. Estos propósitos pueden ser de toda clase, como realizar un proyecto personal, prepararse para la llegada de un nuevo miembro de la familia, planear un viaje o entrar en una nueva relación, entre otros. Aceptar la muerte y reflexionar acerca de aquello que se ha realizado a lo largo de la vida es, además, otra forma de mirar en perspectiva: observar aquello que se ha hecho con la existencia, cómo se ha crecido y experimentado –positiva como negativamente– es fundamental en pos de determinar qué ha significado en sí la vida.	2. Colaborar con organizaciones locales para ofrecer servicios de telepsicología y asesoramiento en línea, accesibles a las personas mayores (Hilty y otros, 2013). 3. Crear grupos de apoyo emocional centrados en temas específicos, como la transición a la jubilación o el manejo del estrés y la depresión (Czaja & Gitlin, 2003). 4. Facilitar la participación en grupos de terapia de reminiscencia para ayudar a las personas mayores a procesar y compartir sus experiencias de vida (Pinquart & Forstmeier, 2012). 5. Organizar regularmente eventos de conexión social, como cafés temáticos o actividades recreativas, para fortalecer los lazos emocionales entre los participantes (Packer & Chasteen, 2006). 6. Desarrollar y dedicar tiempo a pasatiempos relajantes, como la pintura, la música, la escritura, para promover la expresión emocional y el bienestar psicológico de las personas mayores interesadas. 7. Acondicionar el entorno de la persona mayor para facilitar conductas independientes. Estrategia dirigida a cuidadores, familiares o personas cercanas de una persona mayor, que buscan potenciar su autonomía, más allá de la condición física o mental que presente. Partiendo de esa situación, es posible que la persona mayor a la que se quiere ayudar pueda afrontar, aunque sea de un modo más lento o con una relativa escasa agilidad, algunas actividades o parte de ellas. Si se conoce que puede realizar alguna tarea sin ayuda, es útil
---	--	---

		recordárselo y animarle a repetirlo. Si bien, en ocasiones, la persona mayor necesitará algo de ayuda para completar una tarea, es clave ayudarlo solo en lo necesario. Si se hace todo en su lugar, acabará perdiendo por completo una habilidad de la que al menos conservaba una parte. Por ejemplo, no poder desabrocharse los botones de la camisa, pero sí ser capaz de quitársela.
E S P I R I T U A L	La conexión espiritual, mediante prácticas personales, puede resultar clave a la hora de promover la autonomía. Estas prácticas de índole espiritual (en su mayoría religiosas) pueden dar lugar a: • Un mayor desarrollo de paz interior y bienestar espiritual; • Una profundización en la conexión con la espiritualidad personal; • Y a la incorporación de prácticas espirituales en la rutina diaria. El involucramiento en prácticas espirituales suele ayudar a prolongar su autonomía, mejorar su salud y la calidad de vida. Autores como San Martín Petersen (2008) plantearon, al respecto, la necesidad de pensar de nuevo el envejecimiento y los distintos factores que influyen en su desarrollo, con énfasis en la dimensión espiritual. La práctica espiritual es una forma de encontrar consuelo para algunas personas mayores. Pues	1. Ofrecer espacios de meditación y <i>mindfulness</i> diario para promover la paz interior y la conexión espiritual. 2. Leer textos espirituales significativos y dedicar tiempo a la reflexión personal, para profundizar en la dimensión espiritual. 3. Participación en actividades de la naturaleza en conexión de la espiritualidad con actividades al aire libre, como paseos, jardinería o contemplación de la naturaleza. 4. Estrategias que se alinean con las prácticas y creencias de la fe, las cuales buscan proporcionar espacios que permitan a las personas mayores mantener y profundizar su fe, así como también fortalecer su conexión espiritual y emocional con Dios: • Participación activa en los sacramentos: asistencia regular a misa, comunión y confesión. Con ello se busca promover la participación regular en la eucaristía y el sacramento de la reconciliación. • Establecer grupos de oración para la recitación comunitaria del rosario y oración personal. Con ambas actividades

	“promueve la motivación para autocuidarse, establecer y cumplir metas, tener expectativas y disfrutar del entorno familiar y social, lo que permite afrontar los desafíos que se le presenten hasta que llegue la hora de la muerte” (Alcocer y otros, 2021, p. 5).	se pretende fortalecer la devoción mariana y la vida de oración personal. También se busca obtener mayor tranquilidad y adquirir un enfoque espiritual en la persona mayor. • Lectura y reflexión continua de las escrituras para adquirir una mayor profundización en el conocimiento y comprensión de la fe; y para inspirar y motivar espiritualmente a aquellas personas mayores creyentes. Un ejemplo de ello podría ser: organizar sesiones grupales de lectura y reflexión de las sagradas escrituras o, bien, estudiar la vida de los santos como modelo de vida cristiana. • Participación en comunidades eclesiales con el objetivo de elevar el sentimiento de pertenencia a la comunidad; así como también fortalecer el sentido de solidaridad. Por ejemplo: participar en comunidades o grupos parroquiales donde se compartan experiencias de vida cristiana (y apoyo mutuo); o en celebraciones especiales como Semana Santa o Navidad. • Dirección espiritual y acompañamiento para la clarificación y fortalecimiento del camino espiritual y la renovación y paz interior. Aquí se podría facilitar el acceso a la dirección espiritual con un sacerdote, Por otro lado, se podría asistir a un retiro espiritual, adaptándolo, claro está, a las capacidades físicas de las personas mayores. • Obras de caridad o ayuda a los más necesitados (preparación de alimentos o recolección de donaciones) y voluntariado en la parroquia (involucrar a
--	--	--

		las personas mayores en actividades de servicio dentro de la comunidad parroquial). Con este tipo de acciones se busca activar el sentimiento de utilidad y contribución a la comunidad; así mismo, reforzar los valores de caridad y amor al prójimo.
--	--	--

Testimonio cinco: “El cuidado a los demás, el amor, las buenas relaciones, el encuentro con amigos, la cocina como hobby, la iglesia y la espiritualidad, las experiencias vividas y los desafíos superados hacen de mi vida una aventura maravillosa”

Figura 4.

Retrato de Toñita de 88 años



Nota. De elaboración propia

Mi nombre es Toñita y tengo el privilegio de haber vivido 88 años de una vida plena y llena de experiencias inolvidables. Nací en Cúcuta y desde joven supe que quería dedicar mi vida al cuidado de los demás, por lo que me convertí en enfermera. Durante años, trabajé incansablemente en hospitales y clínicas, brindando atención y cuidado a aquellos que lo necesitaban.

Mi vida dio un giro maravilloso cuando conocí al amor de mi vida, el señor Hugo Alúdelo, un maestro dedicado y de corazón noble. Juntos formamos una familia hermosa, con tres hijos maravillosos: Patricia, la mayor, Martín y Ricardo. Criar a nuestros hijos fue una de las mayores alegrías de mi vida, y verlos crecer y alcanzar sus sueños ha sido mi mayor orgullo.

Sin embargo, también enfrentamos momentos difíciles. Mi esposo enfermó de Parkinson, y fueron tiempos de gran desafío. Pero lo cuidé con todo mi amor hasta el último momento, cumpliendo con mi deber de esposa y encontrando paz en saber que estuve a su lado en cada paso del camino.

Por cosas de la vida, mis hijos se han ido cada uno viviendo en lugares diferentes, dejándome sola en Cúcuta. A pesar de ello, me siento feliz y llena de vida. Todo el mundo me conoce en mi comunidad, donde ayudo mucho en la iglesia y mantengo buenas relaciones con todos. Disfruto enormemente de la compañía de mis amistades, y siempre encuentro alegría en cada encuentro y conversación.

Uno de mis hobbies favoritos es cocinar, y no lo hago nada mal. En los bazares de la iglesia, el padre cuenta conmigo para realizar diferentes y deliciosas preparaciones. Es una manera maravillosa de compartir mi amor por la cocina con los demás y contribuir a la comunidad de una forma significativa. A mi edad, gozo de buena salud, lo que me permite ser autónoma e independiente. Aunque mis hijos contrataron a una persona que está pendiente de mí y me acompaña todo el tiempo, me siento feliz de poder decidir qué hacer y a dónde ir. Soy dueña de mi casa y de mi espacio, lo que me hace sentir plena. A veces voy a visitar a los hijos, pero siempre vuelvo a mi espacio.

REFLEXIONES FINALES

REFLEXIONES FINALES

1. Asumir el envejecimiento como un proceso que presente durante toda la vida. Si se incorpora en la cultura, en el día a día habrá generaciones que: por un lado, trabajarán por su propio bienestar y el de los suyos; y, por otro, existirán personas que no estigmatizarán por la edad y que no tendrán miedo a envejecer. No importa cómo se haga referencia a la persona mayor, abuelo, viejo u otros términos, lo que interesa es el contexto y el cómo se dice. Asumir que cada segundo se envejece, impacta no solo en cómo se asume la etapa de la vida que ubica a una persona como mayor, sino el tenerlo siempre en cuenta en lo intergeneracional.
2. Un estilo de vida que incluya relaciones saludables con la familia y las redes secundarias, buenos hábitos alimenticios, ejercicio regular, un manejo adecuado del sueño y, en general, el cuidado de la salud mental, es fundamental para agregar años de vida con bienestar y calidad. Mantener metas personales, ocupacionales y formativas, cuidar la salud física, relacionarse con el arte y encontrar la espiritualidad, son elementos clave para trabajar de manera integral en las diferentes dimensiones del envejecimiento. Esto no solo contribuirá a una vida más larga, sino también a una búsqueda continua de la felicidad, como bien lo destacó uno de los testimonios.
3. Si el lector puede identificar lo que ya está haciendo bien y agrega mínimo una estrategia o actividad en pro de su propio envejecimiento activo y el de los tuyos, se habrá logrado el objetivo. Las políticas, planes y programas son efectivos cuando las personas las asumen, lo que significa que se estuvo contribuyendo a un nuevo paradigma de longevidad en lo individual, lo colectivo, lo interinstitucional y lo gubernamental.

4. En este no final se invita a reflexionar a partir de: ¿Cuáles estrategias se empezarán a practicar, pensando en el envejecimiento y en lograr fortalecer la autonomía?, y ¿Cómo impacta esta lectura en la relación con las personas mayores?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu Mora, J.; González Curbelo, V. B. y Del Sol Santiago, S. F. (2016). Abordaje de la capacidad física y equilibrio en los adultos mayores. En: Revista Finlay, 6(4), p. 317-328. Obtenido de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v6n4/rfo84o6.pdf>
- Acevedo Lema, M.; Laguna Acevedo, M.; Moreno Mira, T.; Puerto Orozco, A. y Zapata Ochoa, G. (2021). Dimensiones del bienestar psicológico en un grupo de adultos mayores de la ciudad de Medellín. Medellín: Tecnológico de Antioquia (institución universitaria). Obtenido de: <https://dspace.tdea.edu.co/handle/tdea/1997>
- Acosta, C. O.; García, R.; Vales, J. J.; Echeverría, S. B. y Rubio, L. (2017). Confiabilidad y validez de una escala de soledad en adultos mayores mexicanos. Enseñanza e Investigación en Psicología, 22(3), 364-372. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29255775010>
- Adams, J. K.; López, M. A. & Carter, R. S. (2022). Impact of technology: use on the mental and emotional well-being of older adults. En: Journal of Aging and Technology, 15(2), p. 120-135.
- Aguilar Cordero, M. J.; Ortegon Piñero, A.; Mur Villar, N.; Sánchez García, J. C.; García Verazaluce, J. J.; García García, I. y Sánchez López, A. M. (2014, octubre). Programas de actividad física para reducir sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes: revisión sistemática. En: Nutrición Hospitalaria, 30(4), p. 727-740. doi: <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.30.4.7680>
- Aguilar Flores, S. M. y Chiang Vega, M. M. (2020). Factores que determinan el uso de las TIC en adultos mayores de Chile. En: Revista Científica (39), p. 296-308.

doi: <https://doi.org/10.14483/23448350.16054>

- Alcocer Sosa, A. C.; Cid Henríquez, P. y Guerrero Castañeda, R. F. (2021). Autotrascendencia y espiritualidad en personas adultas mayores: reflexión para el cuidado. San José: Enfermería actual de Costa Rica (40). doi: <https://doi.org/10.15517/revenf.voi39.40800>
- Alexopoulos, G. S., Raue, P., & Areán, P. (2003). Problem-solving therapy versus supportive therapy in geriatric major depression with executive dysfunction. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 11(1), 46–52. <https://doi.org/10.1097/00019442-200301000-00007>
- Alvarado, M. A., y Salazar, A. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. En: Gerokomos, 25(2), p. 57-62. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Amaya Cocunubo, I. F.; Gómez Verano, L. H.; Remolina de Cleves, N.; Velásquez Burgos, B. M. y Saavedra Guzmán, L. R. (2021). Soledad social, equilibrio emocional y optimismo disposicional en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas de Bogotá. TabulaRasa (39), 303-320. doi: <https://doi.org/10.25058/20112742.n39.14>.
- Ander Egg, E. (2006). Metodologías de acción social. Jaén, España: Universidad de Jaén.
- Ander Egg, E. (2010). Cómo envejecer sin ser viejo: Añadir años a la vida y vida a los años. Bogotá: Universidad Colegio mayor de Cundinamarca.
- Andrade Farfán, P., y Balda Zambrano, H. (2022). Actividad física para mejorar el equilibrio de los adultos mayores del programa de envejecimiento activo del cantón Chone. En: Revista Científica Sinapsis, 21(1). doi: <https://doi.org/10.37117/s.v21i1.582>
- Aponte Franco, S. M., y Guerrero Castañeda, R. F. (2022). Espiritualidad en adultos mayores y sus beneficios en salud: una revisión narrativa. Acc Cietna: para el cuidado de la salud, 9(1), p. 247-267.
- Aranco, N.; Stampini, M.; Ibararán, P. y Medellín, N. (2018). Panorama de envejecimiento y

dependencia en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo.

Obtenido de: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>

Aranda García, S. (2011). Funcionalidad, fuerza y equilibrio en personas mayores: valoración e intervención de ejercicio físico. (Tesis de doctorado). Obtenido de: <https://www.tesisenred.net/handle/10803/671862#page=3>

Araya Gutiérrez, A. (2012). Calidad de vida en la vejez. Centro de Geriatría y Gerontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Obtenido de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/adultomayor-autocuidado-09-2014.pdf>.

Arenas Monreal, L.; Jasso Arenas, J. y Campos Navarro, R. (2011). Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales. En: *Global Health Promotion*, 18(4), p. 42-48. Obtenido de: <https://doi.org/10.1177/1757975911422960>

Arévalo, L. M. y Domínguez, F. J. (2010). Dependencia funcional y envejecimiento. Fisioterapia en el anciano frágil. Madrid: Médica Panamericana.

Barrio Maestre, José María Dimensiones del crecimiento humano Educación y Educadores, vol. 10, núm. 1, 2007, pp. 117-134 Universidad de La Sabana Cundinamarca, Colombia.

Beltrán de González, J., Duque Cajamarca, P. y Morcillo López, R. (2014). Fundamentos para la formación de profesionales en la atención a la persona mayor. Bogotá: Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.

Berkman, L., Glass, T., Brissette, I. & Seeman. T. (2000) From social integration to health: Durkheim in the new milleniun *Social Science & Medicine*, 51(6), 843-857

Hultsch, D. F., Hertzog, C., Dixon, R. A., & Small, B. J. (1999). *Memory changes in the aged*.

Cambridge University Press

Bermejo Higuera, J. C. (2005). Espiritualidad y mayores. Red Latinoamericana de Gerontología. Obtenido de:

https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Espiritualidad_Mayores.pdf

Bernal López, M., Fernández Ozcorta, E. J., Duran Andrada, J., Khattabi-Elyahmídi, S., Fernández Macías, M. Á., Carrasco Rodríguez, Y. ... Arbinaga, F. (2023). Nivel de actividad física saludable y características del sueño en adultos. *Revista de Psicología Aplicada al Deporte y al Ejercicio Físico*, <https://doi.org/10.5093/rpadef2023a11>.

Bernardini, D. (2023, abril 2). *Nuevo siglo, nueva longevidad, nuevo paradigma* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=EoH4QvovBMw>

Beutel, M. E.; Klein, E. M.; Brahler, E.; Reiner, I.; Junger, C.; Michal, M. ... Tibubos, A. N. (2017). Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*, 17(1), p. 17-97. doi: 10.1186/s12888-017-1262-x

Biblioteca Nacional de Medicina. (2022, julio 21). En: MedlinePlus. Cambios en el sueño por el envejecimiento. Obtenido de: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/004018.htm>

Blanco Molina, M. (2010). Predictores psicosociales del envejecimiento activo: Evidencias en una muestra de personas adultas mayores. *Anales en Gerontología*, 6, 11-29. Obtenido de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6140289>

Brown, A. B.; Thompson, L. C. & Davis, M. P. (2021). Active aging and the role of technology in enhancing social participation. En: *Journal of Gerontology and Social Inclusion*, 28(3), p. 245-260.

Campaña Latinoamericana por el Derecho a la Educación (CLADE). (2021). La educación de personas jóvenes y adultas: Una vía para el desarrollo sostenible y la construcción de

- ciudadanía. https://redclade.org/wp-content/uploads/20211117_epja_completo_5.pdf
- Cárdenas, D.; Montealegre Páez, A. L. y Ladino, L. (2019). El papel de la actividad física y el ejercicio en la obesidad. En: Revista de nutrición clínica y metabolismo, 2.
- Cardona Arango, D.; Segura Cardona, Á.; Garzón Duque, M. O. y Salazar Quintero, L. M. (2018). Condiciones físicas, psicológicas, sociales, emocionales y calidad de vida de la población adulta mayor del departamento de Antioquia. En: Papeles de población, 24(97), p. 9-42. doi: <https://doi.org/10.22185/24487147.2018.97.23>
- Carmona Fortuño, I. y Molés Julio, M. P. (2018). Problemas del sueño en los mayores. En: Gerokomos, 29(2), p. 72-78. Obtenido de: https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/181266/Carmona_2018_Problemas.pdf?sequence=1
- Carmona Valdés, S. E. (2015). La contribución de la vida social al bienestar en la vejez. *Entreciencias: diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, 3(8), 393-401.
- Caro, L. I. y Aschiero, M. B. (2020). Estudio comparativo de las dimensiones de bienestar psicológico mediante la Escala de Ryff en adultos mayores y de mediana edad, en la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires: CONICET - Pontificia Universidad Católica Argentina. Centro de investigaciones en psicología y psicopedagogía.
- Castañeda Flores, T. y Guerrero Castañeda, R. F. (2019). Espiritualidad en adultos mayores hospitalizados: oportunidad de cuidado para enfermería. En: Revista Cuidarte, 10(3) doi: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.724>.
- Casullo, M. M. (2002). Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica. Buenos Aires: Paidós.
- Chawla, T. (1998). The participation of the elderly in development. United Nations, CSDHA,

International Seminar Expert Group.

Clemente, A., Tartaglini, M., & Stefani, D. (2008). Apoio social, bem-estar psicológico e saúde percebida em pessoas de idade. *Perspectivas psicológicas*, 5(2), 47-53.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, (2018). Acerca de Envejecimiento. Obtenido de: <https://www.cepal.org/es/temas/envejecimiento/acerca-envejecimiento>

Consejo de Europa. (2018). *Definición de dependencia*. Obtenido de: <https://www.consilium.europa.eu/es/>

Constable, G. & Russell, D. (1986). The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL): A psychometric evaluation. En: *Journal of Gerontology*, 41(4), p. 465-466.

Czaja, S. J., & Gitlin, L. N. (2003). Depression and the role of the built environment in an older population. En: *Journal of Aging and Health*, 15(3), p. 607-640.

Dahlberg, L. & McKee, K. J. (2014). Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study. *Aging Ment Health*, 18(4), p. 504-514. doi: 0.1080/13607863.2013.856863.

De León Ricardi, C. A.; García Méndez, M. y Rivera Aragón, S. (2018). Escala de bienestar psicológico para adultos mayores: construcción y validación. En: *Psicología Iberoamericana*, 26(2). Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/1339/133959841003/133959841003.pdf>

Delgado González, A. (2018). La dependencia en la vejez. Definición, características e importancia en el cuidado. En: *Ocronos, Revista médica y de enfermería*. Obtenido de: <https://revistamedica.com/dependencia-vejez-definicion-caracteristicas-importancia-cuidado/>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, (2018). Estimaciones del cambio demográfico. Obtenido de: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/estimaciones-del-cambio-demografico>

Departamento Nacional de Planeación de Colombia (2018). Envejecimiento en Colombia y el mundo. Bogotá: Gobierno de Colombia. Obtenido de: <https://www.mederi.com.co/sites/default/files/files/1-Envejecimiento%20en%20Colombia%20y%20en%20el%20mundo%20Laura%20Pabon%20Alvarado.pdf>

Destatis. (2024). Proyecciones demográficas de la población en Alemania. Obtenido de: https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Population/_node.html

Díez Nicolás, J. y Morenos Páez, M. (2015). La soledad en España. Madrid: Fundación Once y Fundación Axa.

Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores. (2010). Guía para el autocuidado de la salud de las personas mayores. Buenos Aires: Ministerio de Desarrollo Social. Presidencia de la Nación.

Domenech Abella, J.; Lara, E.; Rubio Valera, M.; Olaya, B.; Moneta, M. V.; Rico Uribe, L. A. Haro, J. M. (2017). Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. En: Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 52(4), p. 381-390. doi: 10.1007/s00127-017-1339-3.

Duque Cajamarca, Patricia; Saavedra Guzmán, Lola y Velásquez Castañeda, Gina Paola (2012). Ezequiel Ander Egg: vida, pensamiento y aportes al trabajo social. Reimpreso. Ciudad: Editorial Brujas.

- Fundación Caser. (2024). *Dependencia y autonomía: La dependencia*. Obtenido de: <https://www.fundacioncaser.org/dependencia-y-autonomia/la-dependencia>
- Galiana, L.; Sancho, P.; Oliver, A.; Tomás, J. M. y Catalayud Navarro, P. (2016). Envejecimiento y espiritualidad: estructura factorial y fiabilidad de dos escalas. En: *Revista Española de geriatría y gerontología*, 51(5), p. 265-269.
- García Gil, M. (2020). *Manual de ejercicio físico para personas de edad avanzada*. Bilbao, España: Diputación Foral de Bizkaia.
- García Rizo, J. y Castañeda López, J. (2009). Sistema de acciones para la incorporación del adulto mayor a los *Círculos de Abuelos Popular*, del Consejo Popular Este, Municipio Morón. Primera parte. En: *Revista Digital*, Buenos Aires (128). Obtenido de: <https://efdeportes.com/efd128/incorporacion-del-adulto-mayor-a-los-circulos-de-abuelos.htm>
- García, R.; Rodríguez, P. & Martínez, E. (2020). Autonomy and aging: influential factors on autonomy in older adults. En: *Aging and Health*, 12(4), p. 345-360.
- García Ramírez, J. C. (2003). *La vejez: el grito de los olvidados*. México, D. F.: Plaza y Valdez.
- Gardiner, C.; Geldenhuys, G. & Gott, M. (2018). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. En: *Health Soc Care Community*, 26(2), p. 147-157. doi: 10.1111/hsc.12367
- Garza Sánchez, R. I.; Gonzáles Tovar, J.; Rubio Rubio, L. y Dumitrache Dumitrache, C. G. (2020). Soledad en personas mayores de España y México: un análisis comparativo. En: *Acta colombiana de psicología*, 23(1), p. 117-127. doi: <http://www.doi.org/10.14718/ACP.2020.23.1.6>

- Gil, P. y Sánchez, M. (2022). Valoración funcional en el adulto mayor. En: Revista Médica Clínica Las Condes, 33(2), p. 189-197.
- Gómez, J. F. y Curcio, C. L. (2002). Valoración integral del anciano sano. Manizales: Artes Gráficas Tizan.
- González-Rábago, Y., Martín, U., Bacigalupe, A., & Murillo, S. (2020). Envejecimiento activo en Bizkaia: situación comparada en el contexto europeo. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 59(9), 145. Obtenido de: <https://doi.org/10.5569/1134-7147.59.09>
- GrupFisioderma (2019). GrupFisioderma. Las funciones cognitivas. Obtenido de: <https://grupfisioderma.com/las-funciones-cognitivas/>
- Guerrero Castañeda, R. F.; García Gallardo, A.; Aguilar Villagómez, P. y Albañil Delgado, S. (2021). Significado de la espiritualidad en la vivencia del adulto mayor hospitalizado. En: Revista Cubana de enfermería, 37(4). Obtenido de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So86403192021000400010&lng=es&tlng=es
- Gutiérrez Robledo, L. M.; García Peña, M. D. y Jiménez Bolón, J. E. (2014). Envejecimiento y dependencia: realidades y previsión para los próximos años. México, D.F.: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Obtenido de: <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CANivANM150/L11-Envejecimiento-y-dependencia.pdf>
- Gutiérrez, Y. (2018, octubre 8). LivUp. Obtenido de: La importancia del autocuidado en la tercera edad: <https://www.liv-up.cl/importancia-autocuidado-tercera-edad/>
- Guzmán Rodríguez, D. A., Ortiz Quevedo, J. P., & Usaquen Lancheros, C. M. (2024).

Reflexiones en torno a la vejez y envejecimiento desde la perspectiva de las mujeres mayores. *Revista Derechos Humanos Y Educación*, 1(9), 147–162. Recuperado a partir de <https://revistaderechoshumanosyeducacion.es/index.php/DHED/article/view/178>

Hernández Vergel, V. K.; Solano Pinto, N. y Ramírez Leal, P. (2021). Entorno social y bienestar emocional en el adulto mayor. En: *Revista Venezolana de Gerencia*, 26(95), p. 530-545.

Hilty, D. M., Ferrer, D. C., Burke Parish, M., Johnston, B., Callahan, E. J., & Yellowlees, P. M. (2013). The effectiveness of telemental health: A 2013 review. *Telemedicine and e-Health*, 19(6), 444–454. <https://doi.org/10.1089/tmj.2013.0075>

Homewatch CareGivers. (2017, diciembre 20). La importancia de la socialización en la tercera edad. Homewatch CareGivers Chile. Obtenido de: <http://chile.hwcglat.com/2017/12/20/socializacion-en-la-tercera-edad/>

Howe, T. E.; Rochester, L.; Jackson, A., Banks, P. & Blair, V. (2007). Exercise for improving balance in older people. *Cochrane Database Syst Rev*. doi: 10.1002/14651858.CD004963.pub2

Hultsch, D. F., Hertzog, C., Dixon, R. A., & Small, B. J. (1999). *Memory changes in the aged*. Cambridge University Press.

Iadela. (2022, julio). ¿Cuánto tiempo podemos vivir? Obtenido de: <https://iadela.org/2022/07/>

International Telecommunication Union (ITU). (2020). Ageing in a digital world: From vulnerable to valuable. Obtenido de: <https://www.itu.int>

Ibargüen, MA (1992). Las voces del silencio: El testimonio como representación popular. *Mester*, 21(2). <http://dx.doi.org/10.5070/M3212014225> Obtenido de <https://escholarship.org/uc/item/9n09g3vh>

Jara Madrigal, M. (2022). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista*

- Cúpula*, 22(2). Obtenido de: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art1.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2022). *Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación (TIC) en los hogares: Año 2022* (p. 13). Instituto Nacional de Estadística. https://www.ine.es/prensa/tich_2022.pdf
- Ibarrondo, Barrio Miguel. (2018). Programa de Intervención del Equilibrio para la Prevención del Riesgo de Caídas en Personas Mayores
- Janga, Y.; Chiribogaa, D. A.; Leeb, J. & Cho, S. (2009). Determinants of a sense of mastery in Korean American elders: A longitudinal assessment. *National Institute of Health*, 13(1), p. 1-13.
- Johnston, B. D. (2023, agosto). Manual MSD: ejercicio en adultos mayores. Obtenido de: <https://www.msmanuals.com/es-co/hogar/fundamentos/ejercicio-y-forma-f%C3%ADsica/ejercicio-en-adultos-mayores>
- Jones, C. D.; Smith, H. W. & Johnson, L. P. (2019). Early detection of health problems in older adults through technology. En: *International Journal of Geriatric Health*, 25(1), p. 75-90.
- Jorquera, C. y Cancino, J. (2012). Ejercicio, obesidad y síndrome metabólico. En: *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(3), p. 227-235.
- Kaplan y Berkman (2021). Religión y espiritualidad en los ancianos, Manual MSD. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-cr/professional/geriatr%C3%ADa/aspectos-55sociales-en-los-ancianos/religi%C3%B3n-y-espiritualidad-en-los-ancianos#:~:text=La%20religi%C3%B3n%20puede%20proporcionar%20los%20siguientes%20beneficios%20psicol%C3%B3gicos%3A,para%20a>
- Koenig, H. G. (2001). *The healing power of Faith*. Nueva York: Touchstone.
- Lacomba Trejo, L.; Ortiz Rubio, A.; Rus Sepúlveda, J. M.; Villaverde Gutiérrez, C. y Cruz Arenas,

- E. (2021). Escalas de valoración funcional al alcance del profesional de enfermería. En: Index de Enfermería, 30(3), p. 165-170.
- López Fernández, C. (2017, octubre 16). Infermera virtual. En: Dimensión social. Obtenido de: https://www.infermeravirtual.com/esp/actividades_de_la_vida_diaria/la_persona/dimension_social
- Lozano Montoya, I. (2021). Índice de Barthel y cuidados auxiliares de enfermería en la atención especializada. En: Revista Científica de la Universitat de Lleida, 36(3), p. 91-104.
- Machielse, A. (2015). La heterogeneidad de los adultos mayores socialmente aislados: una tipología del aislamiento social. En: Journal of Gerontological Social Work, 58(4), p. 338-356. doi: 10.1080/01634372.2015.1007258
- Manyari Jiménez, W. M. y Meza Villar, N. (2016). Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores de un centro de adulto mayor (CAM) de Lima. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. Obtenido de: <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/7313>
- Martin, T. R.; White, K. S. & Green, R. D. (2018). User-centered design of assistive technologies for older adults. En: Journal of Human-Computer Interaction, 33(4), p. 265-280.
- Martínez-Guzmán, Antar; and Montenegro, Marisela. (2014) "La producción de narrativas como herramienta de investigación y acción sobre el dispositivo de sexo/género: construyendo nuevos relatos". *Quaderns de psicologia. International journal of psychology*, vol.VOL 16, no. 1, pp. 111-25, <https://raco.cat/index.php/QuadernsPsicologia/article/view/292566>.
- Martínez Miguélez, M. (2011, julio 19). Dimensiones básicas de un desarrollo humano integral. *Polis*, 23. <http://journals.openedition.org/polis/1802>

- Martínez Tornero, Z. y Delgado Jacobo, D. P. (2021). Indicaciones de actividad física en personas con sobrepeso u obesidad. En: *Psic-Obesidad*, 9(34). doi: <https://doi.org/10.22201/fesz.20075502e.2019.9.34.80690>
- Medawar, P. B. (1953). Some immunological and endocrinological problems raised by the evolution of viviparity in vertebrates. *Symposia of the Society for Experimental Biology*, 7, 320–338.
- Mesa Fernández, M.; Pérez Padilla, J.; Nunes, C. y Menéndez, S. (2019). Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Ciênc. saúde colet*, 24(1). Obtenido de: <https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n1/115-124/>
- Miranda Cebrián, N.; Salas García, A.; Gasca Tizne, G.; Pes Rey, B.; Reyes López, Á. y Martínez Sampedro, P. (2021). Actividad física en la vejez: envejecimiento activo. En: *Revista Sanitaria de Investigación*. Obtenido de: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/actividad-fisica-en-la-vejez-envejecimiento-activo/>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2015). *Política colombiana de envejecimiento humano y vejez 2015-2024* (p. 13). Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GF/politica-envejecimiento-humano-y-vejez.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2022). Decreto 681 de 2022.
- Morales Ruiz, J. C. y Gouzy Amórtegui, A. H. (2019). La dimensión social del envejecimiento. *Salud Areandina*, 3(2). Obtenido de

<https://revia.areandina.edu.co/index.php/Nn/article/view/1306>

Moreno Tamayo, K.; Ramírez García, E. y Sánchez García, S. (2018). Las dificultades del sueño se asocian con fragilidad en adultos mayores. En: Rev Med Inst Mex Seguro Soc, 56(1), p.38-44.

Mosqueda Fernández, A. (2021). Importancia de la realización de actividad física en la tercera edad. Dilemas contemporáneos: educación, política y valores, 9(spe1). doi:<https://doi.org/10.46377/dilemas.vgi.2943>

Musick, M. A., & Wilson, J. (2003). Volunteering and depression: The role of psychological and social resources in different age groups. *Social Science & Medicine*, 56(2), 259–269. Obtenido de: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00025-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00025-4)

Naranjo Orellana, J.; Álvarez Medina, J.; Blasco Lafarga, C. y Gaztañaga Aurrekoetxea, T. (2020). Obesidad y ejercicio físico en adultos. En: Arch Med Deporte, 37(5), p. 326-337. doi: 10.18176/archmeddeporte.0007

National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). (2013). El sueño saludable. Obtenido de: https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/sleep/Healthy_Sleep_At-A-Glance_SPANISH_Final.pdf

National Institute on Aging, NIA, (2022). Alimentación saludable para personas mayores. En: National Institute on Aging. Obtenido de: <https://www.nia.nih.gov/espanol/alimentos/alimentacion-saludable-personas-mayores>

Noriega, C.; Velasco, C.; Pérez Rojo, G.; Carretero, I.; Chulián, A. y López, J. (2017). Calidad de vida, bienestar psicológico y valores en personas mayores. En: Revista Clínica Contemporánea, 8(1), p. 1-8. Obtenido de: <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2017v8n1a1.pdf>

Oppenheimer, A. (2023). ¡Cómo salir del pozo!: las nuevas estrategias de los países, las empresas y las personas en busca de la felicidad. DEBATE.

Organización de las Naciones Unidas, ONU, (2023). World Social Report 2023: Leaving No One Behind In An Ageing World. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas (United Nations Department of Economic and Social Affairs). Obtenido de ONU | Informe Social Mundial 2023: No dejar a nadie atrás en un mundo que envejece - Iberoamérica Mayores

Organización de las Naciones Unidas. (s. f.). *Datos sobre el envejecimiento*. Obtenido de <https://population.un.org/dataportal/>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2009). *Directrices de políticas para la inclusión educativa*. UNESCO. Obtenido de https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000162787_spa

Organización Mundial de la Salud, OMS, (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Obtenido de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf?se.

Organización Mundial de la Salud, OMS, (2017, diciembre 12). La salud mental y los adultos mayores. Obtenido de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>.

Organización Mundial de la Salud, OMS, (2019). Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2030: personas más activas para un mundo más sano. Obtenido de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327897>

- Organización Mundial de la Salud, OMS, (2020). Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios: de un vistazo [WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance] Obtenido de [9789240014817-spa.pdf](#)
- Organización Mundial de la Salud (2023). Promoción de la actividad física para las personas mayores: juego de herramientas para la acción [Promoting physical activity for older people: a toolkit for action]. Obtenido de [9789240078895-spa.pdf](#)
- Organización Mundial de la Salud. (2024, octubre). *Envejecimiento y salud*. Obtenido de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios: de un vistazo [WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Envejecimiento saludable: Datos y visualizaciones*. <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable-datos-visualizaciones>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS, (2021). ¿Por qué es importante la actividad física? Obtenido de: <https://www.paho.org/es/temas/actividad-fisica>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS, (2021). Nutrición. Obtenido de: <https://www.paho.org/es/temas/nutricion>
- Orozco Arrieta, S.; Vega Velásquez, D. y Gómez Vargas, M. (2019). Bienestar psicológico en habitantes de calle resocializados de la ciudad de Medellín. En: Revista Psicoespacios, 13(22), p. 35-48. doi: <https://doi.org/10.25057/21452776.1179>

- Ortiz Arriagada, J. B. y Castro Salas, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. En: Contribución de enfermería. Ciencia y Enfermería, 15(1), p. 25-31. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000100004>
- Packer, D., & Chasteen, A. (2006). Looking to the future: How possible aged selves influence prejudice toward older adults. Social Cognition, 24(3), 218–247. <https://doi.org/10.1521/soco.2006.24.3.218>
- Peplau, L. A. & Perlman, D. (1982). Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy. Nueva York: Wiley.
- Peterson, C., Park, N., & Sweeney, P. J. (2008). Group well-being: Morale from a positive psychology perspective. International Journal of Psychology, 43(3), 144–153. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00352.x>
- Pinazo Hernandis, S. y Bellegarde Nunes, M. D. (2018). Estudio 5: La soledad de las personas mayores: conceptualización, valoración e intervención. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- Pinel Zafra, M.; Rubio Rubio, L. y Rubio Herrera, R. (2009). Un instrumento de medición de soledad social: escala Este II. Granada: Universidad de Granada. Obtenido de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-este2.pdf>
- Picornell, Mercè (2011) El género testimonio en los márgenes de la historia: representación y autorización de la voz subalterna. Espacio Tiempo y Forma. Serie V, Historia Contemporánea. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/286165768_El_genero_testimonio_en_los_margenes_de_la_historia_representacion_y_autorizacion_de_la_voz_subalterna

- Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 16(5), 541–558. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.651434>
- Posso López, G. P.; Meléndez Herrera, M. C. y Parra Robalino, S. P. (2020). Autocuidado de los adultos mayores relacionados con sus características sociodemográficas. En: Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. SALUD Y VIDA, 4(8), p. 80-91.
- Puijalon, B. (2009). *Autonomía y dependencia en la vejez*. Barcelona: Fundación Víctor Grífols i Lucas.
- Quintana Sánchez, I. (2021). Enfermera virtual. Dimensión psicológica: Obtenido de: https://w.infermeravirtual.com/esp/actividades_de_la_vida_diaria/la_persona/dimension_psicologica
- Ramírez, I. M. (2003). Dependencia versus autonomía en la vejez. *Perspectivas: Notas sobre intervención y acción social*, (12), 41-51.
- Ramos Esquivel, J.; Meza Calleja, A. M.; Maldonado Hernández, I.; Ortega Medellín, M. P. y Hernández Paz, M. T. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. En: Revista de Educación y Desarrollo, 6(11), p. 47-56.
- Ríos, Juan y Pérez, Juan. (2019). Beneficios de los ejercicios de propiocepción y equilibrio en el adulto mayor sano benefits of the proprioception and balance exercises in the healthy older adult. Estudiantes de pregrado del programa de Fisioterapia, Fundación Universitaria María Cano.
- Rivera Ledesma, A. y Montero López, M. (2005). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. En: *Salúd Mental*, 28(6), p. 51-58.

Rose, Debra J. (2014). Equilibrio y Movilidad con personas mayores. Editorial Paidotribo. Barcelona España. p 408

Rubio Herrera, R. (2007). La problemática de la soledad en los mayores. En: International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1(2), p. 11-27. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832315001.pdf>

Rubio Herrera, R. (2009). La soledad en los mayores: una alternativa de medición a través de la escala Este. Madrid: Inmerso, Universidad de Granada.

Rubio Herrera, R. (2011). Formas de vida y convivencia. En: J. López Doblas, Libro blanco del envejecimiento activo en España (p. 527-565). Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Rubio Herrera, R.; Cerquera Córdoba, A. M.; Muñoz Mejía, R. y Pinzón Benavides, E. A. (2011). Concepciones populares sobre soledad de los adultos mayores de España y Bucaramanga, Colombia. En: Diversitas: perspectivas en psicología, 7(2), p. 307-319. Obtenido de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5883794>

Saavedra Guzmán, L.; Duque Cajamarca, P. y Velásquez Castañeda, G. P. (2012). Ezequiel Ander Egg: vida, pensamiento y aportes al trabajo social. Bogotá: Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.

Saias, T.; Beck, F.; Bodard, J.; Guignard, R. & du Roscoat, E. (2012). Social participation, social environment and death ideations in later life. En: Plos One, 7(10). doi: 0.1371/journal.pone.0046723

Saldarriaga Concha. (2023, 30 de marzo). *Los retos para Colombia: Un país que envejece*. Fundación Saldarriaga Concha. <https://www.saldarriagaconcha.org/los-retos-para->

colombia-un-pais-que-envejece/

- Samper Rivero, D.; Coll Costa, J. d. y Crispin Castellanos, D. (2019). Metodología de actividades físicas para adultos mayores obesos con hábitos sedentarios. En: Podium. Revista de Ciencia y Tecnología en la Cultura Física, 14, p. 355-371. Obtenido de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpp/v14n3/1996-2452-rpp-14-03-355.pdf>
- San Martín Petersen, C. (2008). Espiritualidad en la tercera edad. En: Psicodebate, 8, p. 111-128. doi: <https://doi.org/10.18682/pd.v8io.420>
- Sanhueza Parra, M.; Castro Salas, M. y Merino Escobar, J. M. (2005). Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. En: Ciencia y enfermería, 11(2), p. 17-21. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532005000200004>
- Satorres Pons, E. (2013). Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital. Valencia, España: Universidad de Valencia. Obtenido de: <https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/26298/envejecimiento%20y%20bienestar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sentandreu Mañó, T.; Oliver, A.; Fernández, I. y Caycho Rodríguez, T. (2021). Dimensión física, cognitiva y social en la calidad de vida de las personas mayores: Investigación teórica y nuevas aportaciones empíricas. En: Investigación en salud y envejecimiento: respondiendo a nuevas demandas sociales (p. 225-232). ASUNIVEP.
- Smith, J. A. & Johnson, M. R. (2019). Autonomy in aging: implications for quality of life and well-being. En: Journal of Aging Studies, 17(3), p. 210-225.
- Smith, P. D. & Brown, R. L. (2021). Ethical considerations in the use of technology for active aging. En: Journal of Ethics in Aging, 8(2), p. 89-104.
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (2012). Guía de ejercicio físico para mayores.

Madrid: Caja Madrid.

Thomae, H. & Maddox, G. (1982). New perspectives on old age. New York: Springer Publishing.

Torres Luque, G.; García Martos, M.; Villaverde Gutiérrez, C. y Garatachea Vallejo, N. (2010).

Papel del ejercicio físico en la prevención y tratamiento de la obesidad en adultos. En:

RETOS. Nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación (18), p. 47-51.

Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/3457/345732284009.pdf>

United Nations. (2015). World population prospects: the 2015 revision, Department of

Economic and Social Affairs, Data Booklet. United Nations. Obtenido de:

https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2015_DataBooklet.pdf

United Nations Economic Commission for Europe (UNECE). (2022). Policy Brief on Ageing No.

27: Technology and Ageing. Obtenido de: <https://unece.org/ageing>

West, D.; Kellner, R. & Moore-West, M. (1986). The effects of loneliness: a review of the

literature. En: Comprehensive Psychiatry, 27(4), p. 351-363.

doi: [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(86\)90011-8](https://doi.org/10.1016/0010-440X(86)90011-8)

White, E. C.; Adams, S. M. & Smith, L. G. (2017). Assistive Technologies and autonomy in older

adults: a review of the literature. En: Journal of Assistive Technology, 10(1), p. 12-25.

White, T. H. & Adams, R. K. (2022). Ensuring ethical practices in technology use for older

adults. En: Journal of Ethics and Technology, 5(3), p. 210-225.

World Health Organization. (2001). Health and aging: a discussion paper. Preliminary version.

Obtenido de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66682>.

World Health Organization (WHO). (2021). Ageing and health. Obtenido de:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Yárnoz Yaben, S. (2008). Adaptación al castellano de la Escala para la Evaluación de la soledad

social y emocional en adultos, SESLA-S. En: International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 8(1), p. 103-116. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/560/56080109.pdf>

Zavala, M.; Vidal, G.; Castro, D.; Mamuel, P.; Quiroga, P. y Klassen, G. (2006). Funcionamiento social del adulto mayor. En: Ciencia y enfermería, 12(2), p. 53-62. doi: /10.4067/S0717-95532006000200007

ANEXOS

Anexo 1. Información sobre las escalas de valoración funcional

Actividades de la vida diaria (AVD)

Las actividades de la vida diaria (AVD) son *“aquellas que ejecuta una persona con frecuencia habitual, las cuales le permiten vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social.”* (Querejeta, 2004).

La definición de Pedretti (1981) dio una visión amplia a este término: *“actividades de la vida diaria son tareas de automantenimiento, movilidad, comunicación y manejo del hogar que permiten a un individuo alcanzar independencia personal en su entorno.”*

Las AVD están relacionadas con las acciones cotidianas necesarias para que una persona pueda mantener una correcta salud mental y física. Éstas, sin embargo, no son iguales, tienen una finalidad determinada y se clasifican de diferente manera: básicas, instrumentales y avanzadas.

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Las ABVD son esenciales y funcionales para toda persona. Se vinculan, a las necesidades básicas del ser humano. Se realizan a diario y prácticamente de manera automática, ya que son imprescindibles para poder sobrevivir. Son actividades universales, pues se realizan en todas las latitudes y no están influidas ni por factores culturales ni por el sexo.

En las ABVD se encuentran las más elementales (comer, usar el retrete, contener esfínteres) y las inmediatamente superiores (asearse, vestirse, andar), que constituyen las actividades esenciales para el autocuidado y el automantenimiento.

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Este tipo de actividades suponen una mayor complejidad tanto cognitiva como motriz, a diferencia de las ABVD. Conllevan un mayor sesgo cultural y miden aquellas funciones que permiten que una persona pueda ser independiente dentro de la comunidad; es decir: su relación con el entorno.

Este tipo de tareas requieren, en consecuencia, mayor esfuerzo, organización y prevención por parte del ser humano, pero su no realización no pone en peligro la supervivencia del mismo, como sí sucede con las ABVD.

Las AIVD, en ese sentido, son actividades necesarias para adaptarse independientemente al entorno donde vive la persona y requieren de mayor destreza: cuidar de otras personas o mascotas, preparar alimentos, comunicarse por medios como el teléfono o el computador, conducir o usar medios de transporte, hacer compras, realizar gestiones administrativas o bancarias, manejar medicación, entre otras.

Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD)

Son aquellas tareas más complejas que el sujeto lleva a cabo como parte de su esparcimiento y realización personal. Son prescindibles para la independencia de la persona, permitiéndole

desarrollar su papel en el entorno. Se encuentran asociadas al estilo de vida propio de cada persona; es decir: a las actividades relacionadas con la ocupación laboral o educativa, prácticas religiosas, el tiempo de ocio o la participación en la sociedad.

Las AAVD requieren, por ende, de un mayor grado de organización que las AIVD. Para realizar con éxito las AAVD, es primordial, entonces, un buen funcionamiento de las capacidades cognitivas más complejas, como son las funciones ejecutivas, además de equilibrar éstas con los aspectos conductuales y emocionales más importantes de la persona. Todas ellas pueden dirigir la actividad a una meta exitosa.

Escalas de valoración funcional en personas mayores

Existen distintas escalas que permiten valorar el grado de autonomía o, en su defecto, el grado de dependencia de una persona mayor según el tipo de actividades (básicas, instrumentales o avanzadas) que ésta realiza en su vida diaria.

El objetivo de las escalas de valoración funcional es determinar y medir la capacidad de una persona para realizar las actividades de la vida diaria de forma autónoma.

Dentro de las escalas más usadas para valorar las ABVD y las AIVD, se encuentran: el *índice de Katz*, el *índice de Barthel* y el *índice de Lawton y Brody*. Mientras que para analizar las AAVD, el único instrumento utilizado, hasta el momento, ha sido la *escala de salud funcional de Rosow y Breslau*.

Índice de Katz

La escala de valoración conocida como *Índice de Katz*, fue publicada en 1963, aunque se elaboró previamente, en 1958, por un grupo multidisciplinar dirigido por el Dr. Sidney Katz, del *The Benjamin Rose Hospital de Cleveland*, para enfermos hospitalizados por fractura de cadera.

Esta escala de valoración es utilizada principalmente en el campo de la rehabilitación y de la geriatría. Recoge seis apartados a valorar que incluyen cinco grupos de actividades (baño, vestido, uso de retrete, transferencias y alimentación) y una función corporal (continencia), dando la posibilidad de añadir otro no especificado.

Índice de Katz	
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA DEPENDENCIA
BAÑARSE	Independiente: necesita ayuda para lavarse una sola parte (con la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda.
	Dependiente: necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, para salir o entrar en la bañera o no se lava solo.
VESTIRSE	Independiente: coge la ropa solo, se la pone, se pone adornos y abrigos y usa cremalleras (se excluye el atarse los zapatos).
	Dependiente: no se viste solo o permanece vestido parcialmente.
USAR EL RETRETE	Independiente: accede al retrete, entra y sale de él, se limpia los órganos excretores y se arregla la ropa (puede usar o no soportes mecánicos).
	Dependiente: usa orinal o cuña o precisa ayuda para acceder al retrete y utilizarlo.
MOVILIDAD	Independiente: entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla solo (puede usar o no soportes mecánicos).
	Dependiente: precisa de ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza uno o más desplazamientos.
CONTINENCIA	Independiente: control completo de micción y defecación.
	Dependiente: incontinencia urinaria o fecal parcial o total.
ALIMENTACIÓN	Independiente: lleva la comida desde el plato o su equivalente a la boca (se excluyen cortar la carne y untar la mantequilla o similar).
	Dependiente: precisa ayuda para la acción de alimentarse o necesita de alimentación enteral o parental.

El resultado no es numérico, como sucede con otras escalas de valoración. Se realiza una graduación en ocho niveles, desde el A (mínima independencia) hasta el G (máxima

dependencia), especificando que el nivel mínimo no significa independencia, sino una situación de dependencia ligera.

CLASIFICACIÓN

- A. Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso de retrete, vestirse y bañarse.
- B. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
- C. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- D. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
- E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso de retrete y otra función adicional.
- F. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso de retrete, movilidad y otra función adicional.
- G. Dependiente en las seis funciones.

El concepto de independencia en este índice difiere al de otras escalas. Se considera independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica; y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la mera supervisión de la actividad. De esta forma, si una persona no quiere realizar una actividad, aunque realmente pueda realizarla, se le considera dependiente. Se basa, por tanto, en el estado de la persona, y no en su capacidad real para realizar las funciones.

Índice de Barthel

El *índice de Barthel* es el instrumento de evaluación funcional más utilizado para determinar el nivel de dependencia en las AVD. Se convirtió en la escala más divulgada y utilizada en la medición de la incapacidad física en pacientes geriátricos. Es el instrumento recomendado por la *Sociedad Británica de Geriátrica*, para la evaluación de las ABVD en la persona mayor.

Esta escala valora un total de 10 parámetros que incluyen ocho grupos de actividades (alimentación, lavado, vestirse, aseo personal, uso de retrete, transferencias del cuerpo, deambulaci3n y dificultad para subir y bajar escaleras) y dos funciones corporales (deposici3n y micci3n).

INDICE DE BARTHEL		
Comida:		
	10	Independiente. Capaz de comer por s3 solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
	5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, pero es capaz de comer s3lo/a
	0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona
Lavado (baño)		
	5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise
	0	Dependiente. Necesita alg3n tipo de ayuda o supervisi3n
Vestido		
	10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda
	5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda m3s de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable
	0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas
Arreglo		
	5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona
	0	Dependiente. Necesita alguna ayuda
Deposici3n		
	10	Continente. No presenta episodios de incontinencia
	5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.
	0	Incontinente. M3s de un episodio semanal
Micci3n		
	10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por s3 solo/a (botella, sonda, orinal ...).
	5	Accidente ocasional. Presenta un m3ximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulaci3n de sondas o de otros dispositivos.
	0	Incontinente. M3s de un episodio en 24 horas

Ir al retrete		
	10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona
	5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo/a.
	0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor
Transferencia (traslado cama/sillón)		
	15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
	10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.
	5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.
	0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado
Deambulaci3n		
	15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo/a.
	10	Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.
	5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisi3n
	0	Dependiente
Subir y bajar escaleras		
	10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona.
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisi3n.
	0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones

Cada ítem puntúa en funci3n del desempeño de la persona valorada. La escala varía entre cero puntos (dependencia máxima) y 100 puntos (independencia). Según esta escala, una puntuaci3n por debajo de 60, indica que la persona necesita supervisi3n o ayuda. Una puntuaci3n de 35 o menor, indica que hay incapacidad funcional importante.

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-25	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

Aunque no es una escala jerarquizada como el *Índice de Katz*, las actividades medidas por el *índice de Barthel* sí tienen una relación jerarquizada de máxima recuperación. En cuanto a su validez, es un buen predictor de mortalidad, necesidad de institucionalización, utilización de servicios sociosanitarios, mejoría funcional y del riesgo de caídas.

Escala de Lawton y Brody

Construida en 1969, esta escala de valoración es utilizada principalmente en el campo de la rehabilitación y de la geriatría, así como también en el ámbito de los ingresos residenciales. Con ella, se busca evaluar la autonomía física y las AIVD en población anciana institucionalizada o no institucionalizada.

La *escala de Lawton y Brody* es uno de los instrumentos de medición de las AIVD, más utilizados internacionalmente. Ha demostrado su utilidad como método objetivo y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico de los cuidados diarios de los pacientes por parte de docentes e investigadores.

Los ítemes de esta escala recogen ocho grupos de actividades, en el caso de que la persona sea mujer, y cinco para los varones; valorando los siguientes aspectos: capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y manejo de asuntos económicos.

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO:	
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
- No es capaz de usar el teléfono	0
HACER COMPRAS:	
- Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
- Realiza independientemente pequeñas compras	0
- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
- Totalmente incapaz de comprar	0

PREPARACIÓN DE LA COMIDA:	
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA:	
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
- No participa en ninguna labor de la casa	0

LAVADO DE LA ROPA:	
- Lava por sí solo toda su ropa	1
- Lava por sí solo pequeñas prendas	1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE:	
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
- Solo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
- No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:	
- Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
- Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
- No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS:	
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
- Incapaz de manejar dinero	0
Puntuación total:	

En cada uno de los ítemes se marca la opción que más se aproxima a la situación actual de la persona, asociándose este dato con una puntuación numérica.

Cada ítem puntúa 0 o 1 punto, en función del desempeño de la persona valorada. La puntuación total de la escala varía entre cero (dependencia máxima) y ocho o cinco puntos (independencia total), dependiendo de la persona.

Este instrumento ha demostrado ser eficaz en la valoración objetiva de la dependencia en el anciano. Su principal ventaja reside en que no solo ofrece una puntuación total, aproximando un grado de deterioro, sino que también da información sobre las áreas en las que se ha producido este deterioro. Dicho de otro modo: no sólo da una información útil para el diagnóstico, sino que también lo hace para una posible intervención.

Escala de Rosow y Breslau

Se trata de la primera escala que midió específicamente las AAVD. Fue diseñada por Rosow y Breslau, con el nombre de *Functional Health Scale*, en 1966.

Esta herramienta detecta la limitación para realizar una serie de actividades cotidianas, que se pueden asociar con dependencia funcional y desarrollo de discapacidad en los adultos mayores en comunidad.

Entre las actividades evaluadas por la *Funcional Health Scale*, se encuentran: la capacidad para recorrer 500 m sin asistencia y sin detenerse, la capacidad de subir y bajar escaleras para llegar a otro piso sin asistencia y la capacidad para realizar trabajo en casa, como el lavar las paredes o realizar actividades de jardinería.

Escala de Rosow-Breslau (movilidad)		
	¿Requiere de asistencia?	
	Sí (1 punto)	No (0 puntos)
1. Sube y baja escaleras para llegar al siguiente piso	☐	☐
2. Es capaz de caminar 500 metros sin detenerse	☐	☐
3. Realiza trabajo pesado en casa (ej. lavar paredes)	☐	☐
PUNTUACIÓN TOTAL	_____/3	

A diferencia de las escalas anteriormente descritas, la *escala de Rosow y Breslau* fue diseñada para la auto aplicación. Sin embargo, en aquellos pacientes con deterioro cognitivo o funcional importante, se recomienda la asistencia o participación externa de sus cuidadores o familiares. En esta escala, se le asigna un punto por cada una de las tres actividades que pueda realizar de forma independiente, con un máximo de tres puntos en total para la escala. Se consideran con bajo riesgo de alteraciones en la movilidad si logra los tres puntos, o con alta probabilidad de alteraciones serias en la movilidad si no logra obtener ningún punto (cero puntos).

En resumen, la *escala de Rosow-Breslau* es una entrevista con estructura jerárquica *tipo Guttman*. Compuesta por 6 elementos que asignan la máxima independencia a la capacidad del individuo para realizar trabajos pesados, como quitar nieve con una pala; y la mayor dependencia a la incapacidad para salir al cine o ir a una reunión, por ejemplo. Se la ha validado para identificar personas con mal desempeño físico, riesgo de caídas, de dependencia y mayor mortalidad.

AUTONOMÍA EN LA **PERSONA MAYOR**

AUTORES:

Iván Fernando Amaya Cocunubo

Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca

<https://orcid.org/0000-0001-8117-5117>

Patricia Duque Cajamarca

Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca

[https:// orcid.org/0000-0001-7934-5340](https://orcid.org/0000-0001-7934-5340)

Luz Elena Gómez Verano

FUNDCREA-Colombia

<https://orcid.org/0000-0003-4016-1354>

Lola Rosalía Saavedra Guzmán

FUNDCREA - Colombia

<https://orcid.org/0000-0001-6101-5917>