



Envejecimiento y vejez

una perspectiva desde el movimiento
corporal humano y la salud

Aura Cristina Quino Avila
Claudia Maritza Rubio Barreto
Eliana Monsalve Jaramillo
Elisa Andrea Cobo Mejía
Rocío Del Pilar Castellanos Vega
Ruth Liliana Goyeneche Ortégón
Angelica María Cortés Sánchez
Mónica Liliana Ojeda Pardo
Madga Juliette Chacón Serna
Florencio Arias Coronel
Leydy Karina Soche Monsalve
Angie Lizeth Bacca Santacruz

 **Universidad de Boyacá®**

Facultad de Ciencias de la Salud

Catalogación en la publicación – Biblioteca Nacional de Colombia

Quino Avila, Aura Cristina, autor

Envejecimiento y vejez una perspectiva desde el movimiento corporal humano y la salud / Aura Cristina Quino Avila [y otros once]. -- Tunja: Ediciones Universidad de Boyacá, [2025].

168 páginas. -- (Saberes ciudadanos)

Incluye referencias bibliográficas al final de cada capítulo.

ISBN 978-958-5120-64-8 (físico) -- 978-958-5120-66-2 (digital)

1. Personas mayores - Investigaciones 2. Incontinencia urinaria - Investigaciones 3. Ejercicio para adultos - Investigaciones 4. Calidad de vida - Investigaciones I. Rubio Barreto, Claudia Maritza, autora II. Monsalve Jaramillo, Eliana, autora III. Cobo Mejía, Elisa Andrea, autora IV. Castellanos Vega, Rocío Del Pilar, autora V. Goyeneche Ortegón, Ruth Liliana, autora VI. Cortés Sánchez, Angelica María, autora VII. Ojeda Pardo, Mónica Liliana, autora VIII. Chacón Serna, Madga Juliette, autora IX. Arias Coronel, Florencio, autora X. Soche Monsalve, Leydy Karina, autora XI. Bacca Santacruz, Angie Lizeth, autora

CDD: 613.0438 ed. 23

CO-BoBN- a1145568

Envejecimiento y vejez

una perspectiva desde el movimiento
corporal humano y la salud

Aura Cristina Quino Avila
Claudia Maritza Rubio Barreto
Eliana Monsalve Jaramillo
Elisa Andrea Cobo Mejía
Rocío Del Pilar Castellanos Vega
Ruth Liliana Coyeneche Ortegón
Angelica María Cortés Sánchez
Mónica Liliana Ojeda Pardo
Madga Juliette Chacón Serna
Florencio Arias Coronel
Leydy Karina Soche Monsalve
Angie Lizeth Bacca Santacruz

 **Universidad de Boyacá®**

Facultad de Ciencias de la Salud

Presidente

Dr. Osmar Correal Cabral

Rectora

Dra. Rosita Cuervo Payeras

Vicerrector Académico

Ing. MSc. Carlos Rafael Lara Mendoza

**Vicerrector Proyección Institucional y
Administrativo y de Infraestructura**

Dr. Camilo Correal Cuervo.

**Vicerrectora Investigación, Ciencia
e innovación**

Dra. Claudia Patricia Quevedo Vargas

Decana Facultad Ciencias de la Salud

Dra. Gloria Eugenia Camargo Villalba

**Directora del Centro de Investigaciones
para el Desarrollo “CIPADE”**

Dra. Elisa Andrea Cobo Mejía

© Los autores

Aura Cristina Quino Avila
Claudia Maritza Rubio Barreto
Eliana Monsalve Jaramillo
Elisa Andrea Cobo Mejía
Rocío Del Pilar Castellanos Vega
Ruth Liliana Goyeneche Ortégón
Angelica María Cortés Sánchez
Mónica Liliana Ojeda Pardo

Madga Juliette Chacón Serna
Florencio Arias Coronel
Leydy Karina Soche Monsalve
Angie Lizeth Bacca Santacruz

**Gestión editorial,
diseño y diagramación**
División de Publicaciones

Director División de Publicaciones
Ing. D.G. Mg. Johan Camilo Agudelo Solano

Gestión editorial
Mg. Natalia Elizabeth Cañizalez Mesa

Corrección de texto y estilo
C.S. Mg. Julián Llanos Jaramillo

Diseño y diagramación
D.G. Jeison Arley Amaya González

© Ediciones Universidad de Boyacá

Carrera 2ª. Este N° 64-169
Tels.: 608 7452742 - 7450000 Ext. 15405
www.uniboyaca.edu.co
publicaciones@uniboyaca.edu.co
Tunja-Boyacá-Colombia

ISBN físico: 978-958-5120-64-8
ISBN digital: 978-958-5120-66-2

Esta edición y sus características gráficas son propiedad de la

UB Universidad de Boyacá®

Vigilada Mineducación

© 2025

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este libro, por medio de cualquier proceso
reprográfico o fónico, especialmente fotocopia, microfilme, offset o mimeógrafo
(Ley 23 de 1982).



Presentación

El libro desarrollado por los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Boyacá es el resultado del trabajo de investigación que ofrece un enfoque innovador y multifacético sobre uno de los fenómenos más complejos y universales de la experiencia humana: el envejecimiento. En éste se redefine la comprensión del envejecimiento, presentando esta etapa de la vida no como un periodo de declive inevitable, sino como una oportunidad para el crecimiento continuo y el mantenimiento del bienestar.

Este libro adopta un enfoque integral, combinando perspectivas de la gerontología, la ciencia del movimiento, la salud pública y la psicología para ofrecer una visión comprensiva y multifacética del envejecimiento. A través de un enfoque basado en la evidencia, los autores subrayan la importancia del movimiento corporal como un componente esencial para la salud y la calidad de vida en la vejez. El movimiento no solo se presenta como una herramienta para mantener la función física, sino también como un medio para promover la salud mental, la vitalidad emocional y el compromiso social. En este contexto, la obra aborda las necesidades particulares de las personas mayores, enfatizando la importancia de programas de actividad física adaptados que consideran las capacidades y limitaciones individuales.

En un mundo donde la población envejece rápidamente y las implicaciones del envejecimiento impactan todos los aspectos de la sociedad, este libro ofrece una perspectiva renovadora y positiva. Más allá de los tratamientos médicos convencionales, se enfoca en estrategias preventivas y prácticas que apoyan un envejecimiento saludable. Así, “Envejecimiento y vejez, una perspectiva desde el movimiento corporal humano y la salud” se convierte

en una guía indispensable para profesionales de la salud, estudiantes, docentes, responsables de políticas públicas y todas aquellas personas interesadas en mejorar la experiencia de la vejez en la sociedad contemporánea.

Basado en investigaciones se demuestran los múltiples beneficios del ejercicio físico en las personas mayores, incluyendo la mejora de la fuerza muscular, la flexibilidad, la resistencia cardiovascular y el equilibrio, reduciendo así el riesgo de caídas y otras complicaciones de salud comunes en esta etapa de la vida. Se ofrecen estrategias prácticas para superar estas barreras, incluyendo recomendaciones sobre cómo diseñar programas de ejercicio accesibles y seguros, y cómo motivar a las personas mayores a adoptar un estilo de vida activo y saludable.

Este trabajo proporciona una comprensión profunda de cómo el movimiento puede ser un catalizador para un envejecimiento saludable, y que también inspira a los lectores a reconsiderar sus percepciones sobre la vejez y a adoptar enfoques más proactivos y positivos para envejecer con salud y dignidad.

Rodrigo Correal Cuervo
Vicepresidente de los Consejos de Fundadores y Directivo

Resumen

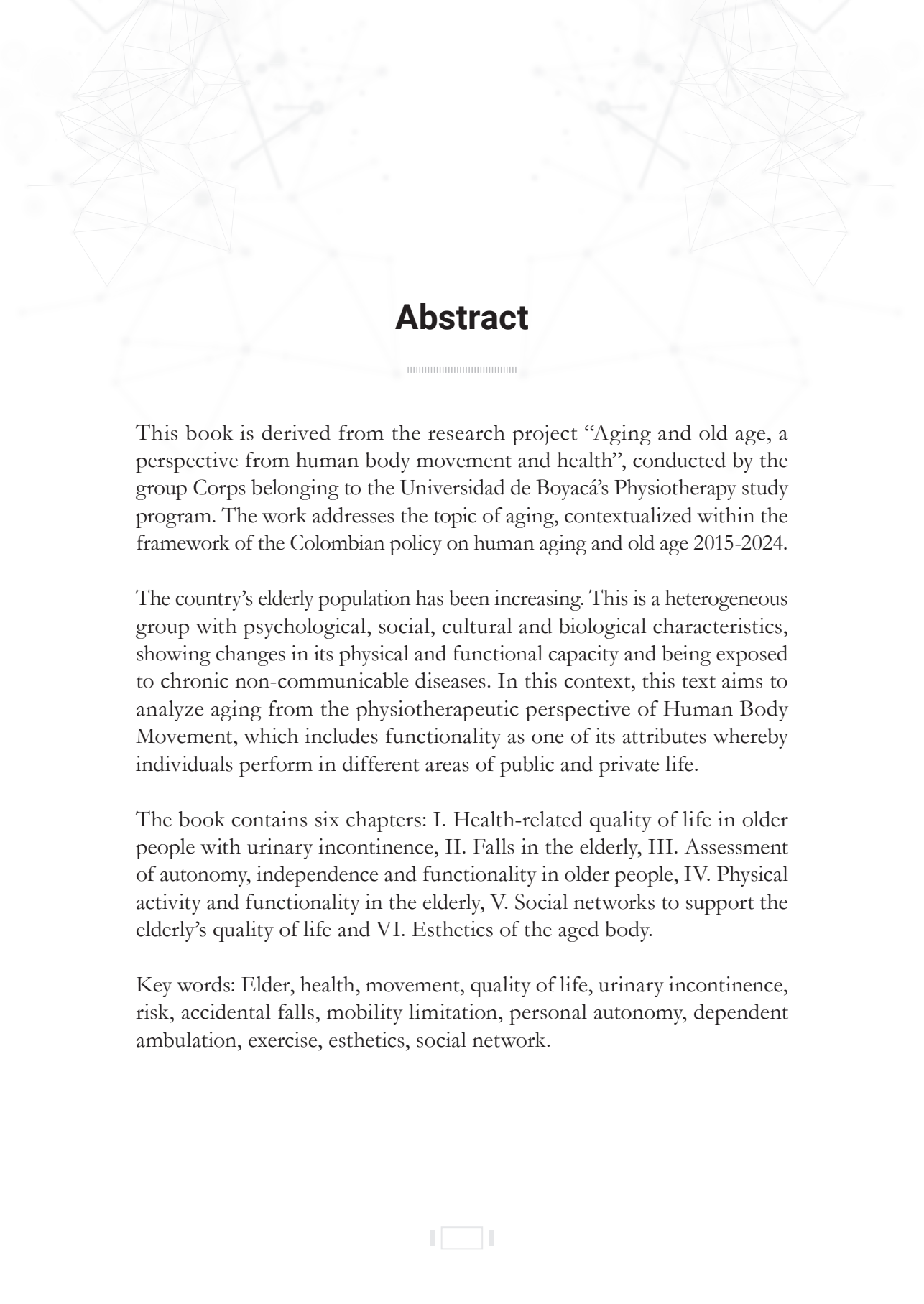


El presente libro es resultado del proyecto de investigación “Envejecimiento y vejez, una perspectiva desde el movimiento corporal humano y la salud”, desarrollado por el grupo Corps, adscrito al programa de Fisioterapia de la Universidad de Boyacá. El trabajo aborda la temática del envejecimiento, contextualizado en el marco de la política de envejecimiento humano y vejez 2015-2024 de Colombia.

La población adulta mayor del país ha venido incrementándose. Caracterizada por ser un grupo heterogéneo con particularidades psicológicas, sociales, culturales y biológicas, presenta también cambios en su capacidad física y funcional y está expuesta a Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). En este contexto, el propósito de este texto es analizar el envejecimiento desde la comprensión fisioterapéutica del Movimiento Corporal Humano (MCH) que entre sus atributos incluye la funcionalidad, por medio de la cual el sujeto se desempeña en distintos escenarios de la vida pública y privada.

Son seis los capítulos desarrollados: I. Calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores con incontinencia urinaria, II. Caídas en personas mayores, III. Evaluación de la autonomía, independencia y funcionalidad en personas mayores, IV. Actividad física y funcionalidad en la persona mayor, V. Redes sociales de apoyo en la calidad de vida de las personas mayores y VI. Estética del cuerpo envejecido.

Palabras clave: Anciano, salud, movimiento, calidad de vida, incontinencia urinaria, riesgo, accidentes por caídas, limitación de la movilidad, autonomía personal, deambulación dependiente, ejercicio físico, estética, red social.



Abstract

This book is derived from the research project “Aging and old age, a perspective from human body movement and health”, conducted by the group Corps belonging to the Universidad de Boyacá’s Physiotherapy study program. The work addresses the topic of aging, contextualized within the framework of the Colombian policy on human aging and old age 2015-2024.

The country’s elderly population has been increasing. This is a heterogeneous group with psychological, social, cultural and biological characteristics, showing changes in its physical and functional capacity and being exposed to chronic non-communicable diseases. In this context, this text aims to analyze aging from the physiotherapeutic perspective of Human Body Movement, which includes functionality as one of its attributes whereby individuals perform in different areas of public and private life.

The book contains six chapters: I. Health-related quality of life in older people with urinary incontinence, II. Falls in the elderly, III. Assessment of autonomy, independence and functionality in older people, IV. Physical activity and functionality in the elderly, V. Social networks to support the elderly’s quality of life and VI. Esthetics of the aged body.

Key words: Elder, health, movement, quality of life, urinary incontinence, risk, accidental falls, mobility limitation, personal autonomy, dependent ambulation, exercise, esthetics, social network.

Contenido

|||||

■ Introducción	13
■ Calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores con incontinencia urinaria	31
■ Caídas en personas mayores	51
■ Evaluación de la autonomía, independencia y funcionalidad en personas mayores	71
■ Actividad física y funcionalidad en la persona mayor.....	91
■ Redes sociales de apoyo en la calidad de vida de las personas mayores	115
■ Estética del cuerpo envejecido.....	139
■ Conclusiones	163

A stylized, high-contrast blue-toned illustration of a human head and neck in profile, facing right. The image has a textured, almost woodcut-like appearance. Overlaid on the right side of the image are several geometric elements: a network of thin lines connecting points, a larger pyramid-like structure, and a rectangular area with a gradient. The overall composition suggests a connection between human anatomy and modern technology or mathematics.

Introducción





El presente libro es resultado del proyecto de investigación “Envejecimiento y vejez, una perspectiva desde el movimiento corporal humano y la salud”, desarrollado por el grupo Corps, adscrito al programa de Fisioterapia de la Universidad de Boyacá. La temática abordada es el envejecimiento, contextualizado en el marco de la política colombiana de envejecimiento humano y vejez 2015-2024 como un proceso multidimensional, intrínseco heterogéneo e irreversible. Con esta orientación, dicha política ha trazado dos ejes: promover el envejecimiento activo, satisfactorio y saludable como derecho de todas las personas colombianas, y afrontar la dependencia funcional, la enfermedad, la discapacidad y la calidad de vida (CV) de los adultos mayores (1).

Estos adultos, según el Ministerio de Salud y Protección Social, son quienes tienen 60 años o más (2), mientras que la vejez se entiende como “una construcción social y biográfica del último momento del curso de vida humano (...) constituye un proceso heterogéneo a lo largo del cual se acumulan necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas” (3, s.p.). De acuerdo con Rodríguez, implica desarrollo y deterioro y puede comprenderse desde lo cronológico, el ciclo vital y la funcionalidad. Es posible medir esta etapa de la vida de diversas formas, por ejemplo, mediante el índice global de envejecimiento *AgeWatch*, para quienes han superado las seis décadas (4).

En 2018 se planteó una reelaboración del concepto de vejez a partir de la edad. Se cuestionó el umbral de los 65 años, al no corresponder con la imagen real del envejecimiento, de acuerdo con un análisis basado en criterios como la velocidad de la marcha y la fuerza de agarre, la cual puede ser igual entre personas con dichos años y quienes superan los 75. Se propuso entonces una clasificación con tres grupos: prevejez, entre los 65 y los 74; vejez, de 75 a 90, y la supervejez, para más de 90 (5).

Es posible considerar que el envejecimiento de la población está ocurriendo en todo el mundo, tanto en términos de cantidad como de proporción (6), debido al aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de fecundidad. Por consiguiente, el número de quienes tienen más de 60 años crece con una rapidez superior a la de cualquier otro grupo en casi todos los países (7), incrementándose de 400 millones en 1950 a 600 millones en 2023, con un pronóstico de 1200 millones para 2025 (8). A su vez, se espera que la cifra de personas mayores en el planeta se multiplique por más del doble y pase de los 901 millones de 2015 a sobrepasar los 2100 millones en 2050 (6). Lo reportado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es similar, al estimar que el porcentaje de los habitantes mayores de 60 años se duplicará del 12 al 22%. Según el organismo, el cambio en la distribución poblacional hacia edades avanzadas se conoce como envejecimiento de la población, fenómeno cuyos inicios se encuentran en países de ingresos altos (9).

Adicionalmente, la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento examinó la transformación demográfica que se espera experimentar, la cual puede causar, en América Latina y el Caribe, un incremento superior a un 10,1% de la población mayor para el 2025 y al 18,7% en el 2050 (10). Esta dinámica, conducente a un elevado número de personas de tal grupo poblacional, se vincula estrechamente con la referida expansión en la esperanza de vida, pues marcha proporcional al mencionado descenso continuo de la fecundidad (11-13). De hecho, la tasa global de esta pasó de 5,04 hijos por mujer en 1950 a 2,49 en 2015 (14).

Un perfil realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), indica que el índice de envejecimiento se duplicará en dos décadas (8). Por ende, se proyecta que la población por encima de 60 años pase del 11% actual al 25% en un lapso de 35 años, con una aceleración más notoria de este viraje a partir del 2030 (15,16). En este orden de ideas, se trata de un fenómeno imposible de ignorar (13, 17-19).

En Colombia, las tasas de crecimiento de dicho grupo son superiores a las de la población total (20-22). Asimismo, la esperanza de vida es de 70,95 años para hombres y 77,10 en mujeres, con un promedio nacional de 73,95.

Específicamente en Boyacá, para el periodo 2015-2020, se calculó en 73,69 para los primeros y 78,81 en las segundas, con una media de 76,18 (23). Esto resulta coherente con el porcentaje de personas con más de 65 años, registrado por el censo 2005 en 6,3% y que en 2018 subió a 9,1% (24).

En este departamento, el mencionado índice en 2005 mostró que 36 entre 100 personas correspondían a tal sector poblacional y para el 2015 el número fue de 51 (25). De 1985 a 2010, si bien la población general aumentó un 11%, la de mayores de 60 años lo hizo en un 69% (26). Cabe destacar que cada vez es más frecuente encontrar adultos con buena salud al llegar a edades avanzadas. En este sentido, el 70% de quienes exceden los 65 años se consideran así o en excelentes condiciones, gracias a sus conductas, los hábitos saludables del diario vivir y el componente ambiental, lo cual determina al menos el 70% de la expectativa de vida. A su vez, un 30% lo atribuye a razones familiares (27).

Con los cambios significativos reportados en Colombia, asociados con la esperanza de vida y la tasa de mortalidad, para el 2020 se esperaba que el porcentaje de estos ciudadanos llegara al 12,64% y en el 2050 se prevé que haya ascendido al 23,12% (28, 29). Tal esperanza se ha prolongado en el último siglo, si bien el envejecimiento no ha dejado de ser un fenómeno universal e inevitable, pues todo ser humano se ve enfrentado a las consecuencias intrínsecas que este genera dentro de su ciclo vital. Ahora bien, en tal prolongación influyen los avances tecnológicos, la ampliación en la cobertura y atención de los servicios de salud y la implementación de políticas públicas. Esta suma de factores conduce a la multiplicación de la población de personas mayores (30).

El ritmo, la velocidad y la intensidad con que se experimenta este proceso vital guardan relación con las características demográficas y los fenómenos actuales que afectan las dinámicas y estructuras de las sociedades. Las transformaciones en las poblaciones se presentan a escala global y el envejecimiento alcanza también esta dimensión, con un enorme impacto económico, social y político (31). Ejemplo de ello son las pensiones, los

gastos médicos, farmacéuticos y de asistencia especializada en el hogar, y los referentes a servicios de protección y cuidado en instituciones de atención, entre otros (32).

El Informe 2019 de la Sala Situacional de la Población Adulta Mayor del Ministerio de Salud y Protección Social colombiano indica que el crecimiento anual de este grupo poblacional es del 3.6%, cifra superior a la registrada para todos los habitantes del territorio nacional, que es del 1.7%. Según esto, el 11% quienes residen en el país son adultos mayores (33).

Es pertinente destacar lo apuntado por la OMS respecto a que se trata de un colectivo heterogéneo con características psicosociales, culturales y biológicas bien marcadas, afectado por una disminución progresiva de la capacidad funcional y la aparición gradual de ECNT. Ante tales condiciones, la organización recomienda el envejecimiento saludable, entendido como “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (34, p. 30). Este tiene por finalidad promover dicha capacidad, la cual es posible lograr de dos formas: facilitando que en quienes se encuentra disminuida hagan cuanto les resulta de importancia, como también mediante el fomento y el mantenimiento de la capacidad intrínseca (34). Esto se articula con lo propuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social desde el denominado envejecimiento activo, definido como “el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (1, s.p).

El modelo de atención prevaleciente en Colombia es el envejecimiento activo y saludable, de tradición europea, sin desconocer el envejecimiento con éxito, de arraigo estadounidense, y los nuevos esquemas con perspectivas holísticas (35). Desde la OMS se habla de la década del envejecimiento saludable (2021-2030) en la cual se espera aunar esfuerzos “para mejorar las vidas de las personas mayores, sus familias y las comunidades en las que viven” (36, s.p.). El organismo subraya que en el mundo hay más de mil millones de personas con 60 años o más, la mayoría de ellas en países de ingresos bajos y medianos. “Muchas de esas personas no tienen siquiera acceso a los

recursos básicos necesarios para una vida plena y digna. Muchas otras se enfrentan a numerosos obstáculos que les impiden participar plenamente en la sociedad” (36, s.p.).

El envejecimiento saludable, cuyo fomento permite a la persona mayor ser y hacer lo que prefiere (37), implica que esta mantenga su capacidad funcional (cualidades mentales y físicas). Con este modelo, la OMS adquiere compromisos con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), primero, porque impulsar dicho envejecimiento es “un prerrequisito para garantizar vidas saludables mediante la promoción del bienestar, el logro de la igualdad de género, la reducción de las desigualdades y la transformación de las ciudades para que sean inclusivas, seguras, resilientes y sostenibles” (38, p. 2). En segundo lugar, al favorecer “la adopción de medidas concertadas para formular políticas basadas en la evidencia en todos los sectores que fortalecen las capacidades de las personas mayores” (38, p. 2). En esta misma dirección, se han identificado como relevantes los siguientes ODS: fin de la pobreza, hambre cero, salud y bienestar, educación de calidad, igualdad de género, trabajo decente y crecimiento económico, industria, innovación e infraestructura, reducción de las desigualdades, ciudades y comunidades sostenibles, paz, justicia e instituciones sólidas y alianzas para lograr los objetivos (37).

Es preciso resaltar que, con la mira puesta en el largo plazo del siglo XXI, la OMS ha sustituido el concepto de envejecimiento saludable por uno general de envejecimiento activo, el cual incluye indicadores económicos, psicológicos, de salud y sociales en una comunidad, según el contexto y las diferencias de género. Tal esquema se fundamenta en tres pilares, como son la participación, la salud y la seguridad (35).

Tales miradas constituyen la base conceptual de la investigación expuesta en este libro. A partir de ellas, el grupo Corps ha desarrollado su interés por analizar el envejecimiento desde la comprensión fisioterapéutica del Movimiento Corporal Humano (MCH), que incluye la funcionalidad como uno de sus atributos y se orienta a facilitar el desempeño en distintos campos de la vida pública y privada del individuo.

El MCH, como objeto de estudio de la fisioterapia, ha sido abordado por distintos autores mediante enfoques biomecánicos y sociales. Una de las primeras teorías es la propuesta por Helen Hislop (39), quien desde la patokinesiología y la aplicación del ejercicio terapéutico se refiere a los desórdenes del movimiento humano. Este, además, se da entre niveles como un circuito cibernético de doble vía (células, tejidos, órganos, persona, familia, sistema). En esta misma línea, la teoría del movimiento continuo (*Movement Continuum Theory*) de Cott et al. (40) incluye elementos sociales, psicológicos y culturales para explicarlo a partir de una continuidad multidimensional que va de lo micro a lo macro y es influida por factores internos (estructuras anatómicas, sistemas fisiológicos) y externos (entorno físico y social). Sus niveles son: molecular, subcelular, celular, tejido, órgano-sistema, parte corporal, cuerpo, persona en medio ambiente, persona en sociedad.

Actualmente, el MCH se aborda desde el movimiento como un sistema. La acción del fisioterapeuta se orienta a optimizarlo y evitar la progresión de deficiencias y limitaciones en pro del bienestar y la calidad de vida (41). Este sistema se entiende como una colección de varios (cardiovascular, pulmonar, endocrino, tegumentario, musculoesquelético y nervioso, entre otros) que interactúan para mover el cuerpo o sus partes.

En este sistema el fisioterapeuta realiza varios aportes. Primero, desde el conocimiento de la movilidad y la locomoción, provee una perspectiva del movimiento a lo largo de la vida; segundo, desde la evaluación, el examen, el diagnóstico y el pronóstico, brinda un plan de cuidado; y tercero, maximiza la capacidad del individuo para interactuar en el entorno de manera que se optimice la suficiencia funcional y el rendimiento (41).

Así, los temas abarcados en este libro se relacionan con el movimiento y la funcionalidad (CV, autonomía, actividad física). Igualmente, están asociados con el factor mental (estética corporal) y abordan el factor social (redes de apoyo). A su vez, se consideran aspectos vinculados con la valoración geriátrica integral. Esta comprende la valoración funcional, entendida desde la capacidad del sujeto para cumplir con sus actividades, tales como la movilidad y la continencia, y se complementa con otras valoraciones (social, clínica y mental), las cuales, en general, buscan mejorar la CV y disminuir

la mortalidad (42, 43). También se trata la valoración del desempeño físico, referida a la posibilidad de realizar movimientos o acciones específicas y que permite referirse a la persona como activa, independiente o con limitación. De igual manera, los desarrollos investigativos del grupo Corps han servido como sustento de lo expuesto.

En cuanto a la metodología que guio esta investigación para explorar la temática del envejecimiento y la vejez, se realizó una revisión narrativa, sustentada en la búsqueda y síntesis de información teórica y conceptual que buscó dar respuesta a las siguientes preguntas: ¿cómo es la percepción y la estética del cuerpo en la vejez?, ¿cuáles son los beneficios de la actividad física para la funcionalidad?, ¿cuáles son los factores asociados a las caídas y sus efectos en el adulto mayor?, ¿qué sucede con la CV vinculada con la salud en personas con incontinencia urinaria?, ¿cómo es la autonomía, la funcionalidad y la independencia?, ¿cómo son las redes sociales de apoyo y su incidencia en la CV?

Estos interrogantes se examinan en los seis capítulos para responder a la reflexión general en torno a la vejez y el envejecimiento desde miradas relacionadas con el MCH, las cuales tienen efectos directos sobre el desempeño individual y social del adulto mayor.

Para todos los capítulos se siguieron las mismas estrategias de búsqueda y selección de información, al igual que de análisis. Se emplearon las bases de datos Proquest, Ovid, Cochrane, Medline, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (Lilacs), PubMed, PEDro, ScienceDirect y Scopus, con los siguientes términos de búsqueda y conjugación de booleanos, tanto en español como en inglés: percepción and/or estética and/or cuerpo and/or persona mayor; actividad física and/or funcionalidad and/or persona mayor; caídas and/or factores asociados and/or factores de riesgo and/or persona mayor; calidad de vida relacionada con la salud and/or incontinencia urinaria and/or persona mayor; autonomía and/or independencia and/or funcionalidad and/or persona mayor; redes sociales de apoyo and/or calidad de vida and/or persona mayor. Además, se tuvo presente que los artículos se hubieran publicado en los 20 años más recientes.

La selección se realizó en dos momentos de lectura. El primero fue de tipo exploratorio y comprendió el título y el *abstract*, en tanto que el segundo abarcó el texto completo. Se obtuvieron aproximadamente 300 artículos vinculados con los temas relevantes y se privilegiaron los publicados en revistas indexadas, entre ensayos clínicos controlados, descriptivos de corte transversal o longitudinal, revisiones sistemáticas de literatura, estudios experimentales o cuasi experimentales. Todos se leyeron, luego se procedió con su selección y los datos resultantes se sintetizaron para presentar la revisión teórica.

Como criterio de inclusión en lo atinente al idioma, se definió que los artículos estuvieran escritos en español, inglés o portugués. A su vez, como criterio de exclusión se consideró el hecho de haber sido publicados en portales o blogs que, debido a sus características informales y la carencia de respaldo científico, arrojaran dudas en cuanto a la seriedad de sus conceptos y resultados investigativos reportados. Un filtro más para la inclusión final consistió en contar con la aprobación de un comité de ética, según la pertinencia.

El libro está estructurado en los siguientes capítulos: 1. “Calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores con incontinencia urinaria”; 2. “Caídas en personas mayores”; 3. “Evaluación de autonomía, independencia y funcionalidad en personas mayores”; 4. “Actividad física y funcionalidad en la persona mayor”; 5. “Redes sociales de apoyo en la calidad de vida de las personas mayores”; 6. “Estética del cuerpo envejecido”.

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Política colombiana de envejecimiento humano y vejez 2015-2024 [Internet]. [Consultado 2022 mar 15]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/promocion-social/Paginas/Politica-Colombiana-de-Envejecimiento-Humano-y-Vejez.aspx>

2. Ministerio de Salud y Protección Social. Ciclo de vida [Internet]. [Consultado 2022 mar 15]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx#:~:text=6%20siguiente%20clasificación%20es%20un,\(60%20años%20y%20más\).](https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx#:~:text=6%20siguiente%20clasificación%20es%20un,(60%20años%20y%20más).)
3. Ministerio de Salud Social y Protección Social. Envejecimiento y vejez [Internet]. [Consultado 2022 mar 15]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
4. Rodríguez Ávila N. Envejecimiento: edad, salud y sociedad. Horiz Sanitario [Internet]. 2018 [consultado 2022 mar 15];17(2):87-88. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v17n2/2007-7459-hs-17-02-00087.pdf>
5. Centro Internacional sobre el Envejecimiento. La vejez ya no empieza a los 65 años [Internet]. [Consultado 2022 mar 15]. Disponible en: <https://cenic.eu/es/noticias/la-vejez-ya-no-empieza-los-65-anos>
6. Lyons AC, Grable JE, Joo SH. A cross-country analysis of population aging and financial security. J Econ Ageing [Internet]. 2018 [consultado 2022 mar 15]; 12:96-117. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jeo.2018.03.001>
7. De Jesús Martínez Pérez T, González Aragón MC, León GC, Aguiar BG. El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? Finlay [Internet]. 2018 [consultado 2022 mar 15]; 8:59-65. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n1/rf07108.pdf>
8. Creagh Peña M, García Ones D, Valdés Cruz R. Envejecimiento poblacional como reto de la ciencia, la técnica y la sociedad. Rev Habanera Ciencias Médicas. 2015;14(6):884-92.

9. Envejecimiento y salud [Internet]. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud; 2022. Datos y cifras [consultado 2022 mar 15]; [11 líneas]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
10. Cardona Arango D. Segura Cardona ÁM. Políticas de salud pública aplicadas al adulto mayor en Colombia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46(2):96-9.
11. Vaquero-Cristóbal R, González-Moro I, Ros E, Alacid F. Evolución de la fuerza, flexibilidad, equilibrio, resistencia y agilidad de mujeres mayores activas en relación con la edad. *Motricidad*. *European Journal of Human Movement* [Internet]. 2012 [consultado 2022 mar 15]; 29:29-47. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=274224827003>
12. Bejines Soto M. Velasco-Rodríguez R, García-Ortiz L, Barajas-Martínez A. Aguilar-Núñez L, Rodríguez ML. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. *Rev Enferm Inst Mex Segur Soc*. 2015;23(1):9-15.
13. Peláez E, Monteverde M, Acosta L. Celebrar el envejecimiento poblacional en Argentina. *Desafíos para la formulación de políticas*. Saberes. 1966; 1:81-7.
14. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Indicadores demográficos según Departamento, 1985-2020. Bogotá (Colombia): DANE; 2005.
15. Aranco N. Stampini M. Ibarrarán P, Medellín N. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington, D.C. (Estados Unidos): Banco Iberoamericano de Desarrollo; 2018 [consultado 2022 mar 16]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/8757/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.PDF?sequence=1&isAllowed=y>

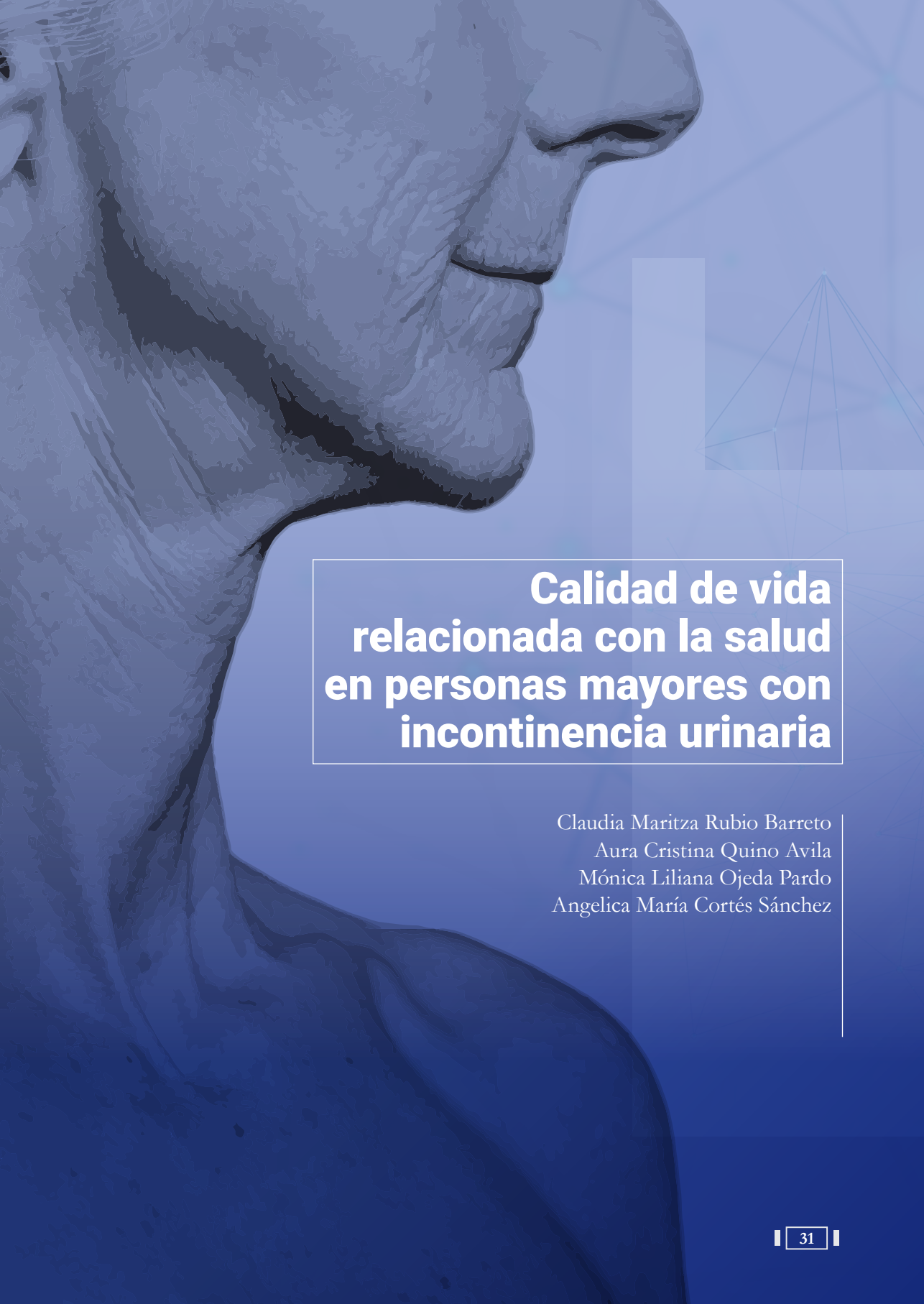
16. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). Envejecimiento en el Siglo XXI: una Celebración y un Desafío. Resumen ejecutivo [Internet]. Nueva York (Estados Unidos): UNFPA; 2012; [consultado 2022 jun 15]. Disponible en: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing Report Executive Summary SPANISH Final_0.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20Report%20Executive%20Summary%20SPANISH%20Final_0.pdf)
17. Clarke P. Smith J. Aging in a cultural context: cross-national differences in disability and the moderating role of personal control among older adults in the United States and England. *Journals Gerontol* [Internet]. 2011 [consultado 2022 jun 15]; 66:457-67. Disponible en: <http://psychogerontology.oxfordjournals.org/content/66B/4/457.short>
18. Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), Secretaría General Iberoamericana. III Informe del Observatorio sobre adultos mayores. Programa iberoamericano de cooperación sobre la situación de los adultos mayores en la región 2012-2014 [Internet]. Madrid (España): Secretaría General de la OISS; 2015 [consultado 2022 jun 15]. 57 p. Disponible en: <https://iberoamericanamayores.org/2021/08/24/iii-informe-del-observatorio-iberoamericano-sobre-personas-adultas-mayores/>
19. García CE. Evaluación y cuidado del adulto mayor frágil. *Rev Med Clin Las Condes* [Internet]. 2012 [consultado 2022 jun 15];23(1):36-41. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70271-7](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70271-7)
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020. Dinámica demográfica y estructuras poblacionales [Internet]. Bogotá (Colombia): Ministerio de Salud y Protección Social; 2013 [consultado 2022 jun 15]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>

21. Gómez F, Corchuelo J, Curcio CL, Calzada MT, Mendez F. SABE Colombia: Survey on Health, Well-Being, and Aging in Colombia - Study Design and Protocol. *Curr Gerontol Geriatr Res* [Internet]. 2016 [consultado 2022 jun 15];2016: Artículo 7910205 [7 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2016/7910205>
22. Quino Ávila AC, Chacón Serna MJ. Capacidad funcional relacionada con actividad física del adulto mayor en Tunja, Colombia. *Horiz Sanitario* [Internet]. 2018 [consultado 2022 jun 15];17(1):59-68. Disponible en: <https://doi.org/10.19136/hs.a17n1.1870>
23. Latorre Castro ML, Barbosa Ardila SD. Avances y retrocesos en la salud de los colombianos en las últimas décadas. En: Bernal Ó, Gutiérrez C. compiladores. *La salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones*. Bogotá (Colombia): Universidad de los Andes; 2012. p. 11-67.
24. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 [Internet]. [Consultado 2021 feb 21]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivienda-2018>
25. Gobernación de Boyacá. Análisis de la situación de salud con el modelo de los Determinantes Sociales de Salud. Tunja (Colombia): Gobernación de Boyacá; 2016.
26. Flórez CE, Villar L, Puerta N, Berrocal LF. El proceso de envejecimiento de la población en Colombia: 1985-2050 [Internet]. Bogotá (Colombia): Fundación Saldarriaga Concha; 2015 [consultado 2022 mar 13]. Disponible en: http://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/1021/Repor_Diciembre_Arbelaez_Ayala_y_Poterba.pdf?sequence=1

27. García CE. Algunas estrategias de prevención para mantener la autonomía y funcionalidad del adulto mayor. *Rev Med Clin Las Condes* [Internet]. 2010 [consultado 2022 jun 15];21(5):831-7. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864010706040>
28. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2019 [Internet]. [Consultado 2022 jun 15]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/POLÍTICA NACIONAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ.pdf>
29. Calero Saa P. Chaves García MA. Cambios fisiológicos de la aptitud física en el envejecimiento. *Rev Investig en Salud Univ Boyacá* [Internet]. 2016 [consultado 2022 jun 15];3(2):176-94. Disponible en: <https://doi.org/10.24267/23897325.178>
30. Figueroa Suárez JA, Bravo Cevallos DM, Guillen Mendoza RV. Salud, esperanza y el coste de vida. *Rev Arbitr Interdiscip Ciencias Salud. Salud y Vida* [Internet]. 2019 [consultado 2022 jun 15];3(6):278-99. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35381/s.v.v3i6.322>
31. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos* [Internet]. 2014 [consultado 2022 jun 15];25(2):57-62. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
32. Lorenzo Carrascosa L. Informe. Consecuencias del envejecimiento de la población: el futuro de las pensiones [Internet]. Madrid (España): Instituto Nacional de Estadística (INE); 2009 [consultado 2022 jun 15]. 20 p. Disponible en: https://www.ine.es/daco/daco42/sociales/infosoc_envej.pdf
33. Ministerio de Salud y Protección Social. Sala Situacional de la Población Adulta Mayor [Internet]. Bogotá (Colombia): Ministerio de Salud y Protección Social; 2018. [consultado 2022 jun 15]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/sala-situacion-envejecimiento-2018.pdf>

34. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Washington D.C. (Estados Unidos): OMS; 2015 [consultado 2022 jun. 15]. 268 p. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
35. Petretto DR, Pili R, Gaviano L, Matos López C, Zuddas C. Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* [Internet]. 2016 [consultado 2022 jun 15];51(4):229-41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>
36. Organización Mundial de la Salud (OMS). Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030 [Internet]. [Consultado 2022 jun 15]. Disponible en: <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
37. Organización Mundial de la Salud (OMS). Decade of healthy ageing 2020-2030 [Internet]. [Consultado 2022 jun 15]. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action?sfvrsn=b4b75ebc_25
38. Organización Mundial de la Salud (OMS). Primer informe de progreso. Década del envejecimiento saludable 2020-2030 [Internet]. Ginebra (Suiza): OMS; 2019. [consultado 2022 jun 15]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-healthy-ageing-update1-es.pdf?sfvrsn=d9c40733_0
39. Hislop HJ. Tenth Mary McMillan Lecture: The - Not - Impossible Deam. *Physical Therapy.* 1977;55(10):1069-1080.
40. Cott Ch, Finch E, Gasner D, Yoshida K, Thomas S, Verrier M. The movement continuum theory of Physical Therapy. *Physiotherapy Canada.* 1995;47(2):87-95.

41. Saladin L, Voigth M. Introduction to the movement system as the foundation for physical therapist practice education and research. *The International Journal of Sports Physical Therapy* [Internet]. 2017 [consultado 2022 jun 15];12(6):858-61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.16603/ijsp20170858>
42. D'Hyver de las Deses C. Valoración geriátrica integral. *Revista de la Facultad de Medicina* [Internet]. 2017 [consultado 2022 jun 15];60(3):38-54. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000300038
43. Wanden-Berghe C. Valoración geriátrica integral. *Hospital a Domicilio* [Internet]. 2021 [consultado 2022 jun 15];5(2):115-24. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.22585/hospdomic.v5i2.136>



Calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores con incontinencia urinaria

Claudia Maritza Rubio Barreto
Aura Cristina Quino Avila
Mónica Liliana Ojeda Pardo
Angelica María Cortés Sánchez





De acuerdo con la OMS, el envejecimiento activo es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental a lo largo de la existencia, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la CV en la vejez (1,2). En los últimos años y especialmente en los países en desarrollo, se ha registrado un aumento de la longevidad, pero esto no garantiza que a la par se haya tenido CV, pues las cifras de morbilidad en relación con las ECNT han aumentado y se ha evidenciado tanto discapacidad como disminución de los años productivos (3).

En este contexto, la CV es un constructo multidimensional que se ve afectado por factores físicos, psicológicos y sociales. Igualmente, es posible denominarla Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRs), si bien únicamente se le llama así cuando se refiere a componentes propios de la salud, ya sean físicos o clínicos. Ciertamente, la vejez no es la mejor etapa para disfrutar de la salud en su más amplia expresión, ya que, debido al envejecimiento, se incrementa la probabilidad de presentar enfermedades crónicas y síndromes asociados (4,5). Uno de estos, sumamente común, es la Incontinencia Urinaria (IU), definida como la incapacidad para controlar la micción, ya sea desde una fuga ocasional hasta la imposibilidad total de retener cualquier cantidad de orina. Aunque no es un resultado inevitable de la edad, suele ser frecuente entre las personas mayores y origina un problema social o higiénico, lo cual es objetivamente demostrable (6). A menudo se debe a cambios específicos en la función del cuerpo, como consecuencia de enfermedades, el inicio de alguna de estas o la toma de medicamentos (4,7).

En esta medida, como constructo multidimensional, la CV también se caracteriza por la subjetividad y se orienta a promover una vida digna, con la plena realización personal de los individuos y un óptimo estado de salud, aspectos que se logran mediante el empoderamiento y la participación de

la persona mayor en la sociedad (8,9). Por ende, sus características en dicha persona son: buena salud física y psíquica, estatus laboral y socioeconómico, posibilidad efectiva de acceso a fuentes de cultura, servicios y bienes sociales, reconocimiento de condiciones, derechos y valores que brinden un buen nivel de autoestima, un entorno saludable y un sentido de pertenencia a una sociedad justa (10,11).

La IU es entonces una enfermedad que altera la CV en sus dimensiones física, social, psicológica, laboral, familiar, sexual y económica y, particularmente, la salud (12). Aunque su aparición no se relaciona de forma directa con problemas sociales, es importante recordar que provoca gran malestar, por lo tanto, quienes la padecen evitan el contacto con los demás y se aíslan social y profesionalmente. Esto conlleva a modificaciones en el estilo de vida en cuanto al contacto sexual, la salud mental y la economía personal, por los gastos en medicamentos. Asimismo, impacta el bienestar, como resultado, por ejemplo, de la pérdida de sueño (13-15) y no solo atañe al afectado, sino también a sus familiares y cuidadores (16). Desde una mirada psicológica, implica ansiedad, pérdida de autoestima y depresión, entre otras consecuencias, así se trate de un hombre o una mujer (17-19). Además, al ser una condición crónica, es una de las patologías geriátricas más comunes, multifactoriales y complejas, lo cual significa, en la mayoría de casos, una persistente reducción de la CVRS que se ve reflejada directamente en las actividades diarias (14,20).

En este capítulo se aborda conceptualmente la CVRS en personas mayores con IU, como también la relevancia de los efectos de la enfermedad, con el ánimo de que quienes la experimentan tengan mayor probabilidad de buscar tratamientos y adherirse a ellos (21).

■ Incontinencia urinaria en la persona mayor

La IU, definida por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) como una queja de cualquier tipo, objetivamente demostrable, debida a la pérdida involuntaria de orina o la imposibilidad de retenerla, es una situación subdiagnosticada, asociada con problemas urogenitales, de alta incidencia y prevalencia (4), común en varias enfermedades, que afecta a hombres y

mujeres de distintos grupos etarios y es considerada un síndrome geriátrico en las personas mayores (22,23). Según sus síntomas, son tres los tipos más frecuentes en la mujer: incontinencia de esfuerzo, de urgencia y mixta.

La denominada “de esfuerzo” es la pérdida involuntaria de orina, vinculada con el esfuerzo físico, lo cual provoca aumento de la presión intrabdominal y suele darse en mujeres con 40-50% (24,25). La de urgencia, cuya prevalencia se incrementa a partir de los 40 años, se asocia con un fuerte deseo de orinar, denominado “urgencia” o “micción imperiosa”, y se debe a una contractilidad aumentada de la vejiga urinaria, que en condiciones normales solo se contrae si se decide orinar voluntariamente. Por último, la incontinencia mixta se presenta por la combinación de las dos anteriores, cuando la de urgencia es el resultado de modificaciones, tanto a nivel de la musculatura del piso pélvico ocasionada por la debilidad de esta como por la alteración de información procedente del sistema nervioso, a causa de una contracción involuntaria realizada por el músculo detrusor de la vejiga urinaria para contener los escapes de orina, como ocurre en la de esfuerzo (8,26).

En la persona mayor, los cambios concomitantes con la edad en el tracto urinario inferior son determinados por las condiciones médicas, el deterioro funcional y cognitivo y la obesidad (27). En términos fisiológicos, la micción es un proceso dinámico que requiere la coordinación de varios mecanismos. En primer lugar, es controlado por un reflejo ubicado a nivel de las raíces nerviosas sacras. Los conductos autonómicos y somáticos conducen por vía medular información sobre el volumen vesical a medida que la vejiga se llena, frente a lo cual se genera una respuesta motora. De esta forma, cuando se da ese llenado, el estímulo simpático cierra el cuello vesical, relaja la parte superior de dicho órgano e inhibe el tono parasimpático. A su vez, la inervación somática mantiene el tono en el piso de la musculatura pélvica, incluyendo el músculo estriado alrededor de la uretra. Al presentarse la micción, el tono simpático y el somático disminuyen y el impulso parasimpático causa contracción vesical, en un proceso orientado por los centros nerviosos mayores, como son el cerebelo, la corteza y el tallo cerebral, que cumplen un papel inhibitorio predominante. Justamente, la alteración de estos complejos mecanismos puede generar incontinencia. En situaciones

normales, mientras la vejiga se va llenando la presión se mantiene baja, hasta llegar a 250-300 ml (su capacidad es de 400 a 600 ml). Al iniciar la micción habitual, la presión del músculo vesical aumenta, excede la resistencia de la uretra y la orina sale (28).

Los cambios traídos por el envejecimiento sobre la vejiga y las estructuras pélvicas pueden causar IU en las mujeres, mientras que en los hombres, se asocian con la obstrucción de la vía de salida de ese órgano, lo cual produce inestabilidad del detrusor (29). Así, aunque la aparición de la enfermedad en tal etapa de la vida no es una constante, sí es propiciada por las alteraciones que surgen. Dentro de estas se cuentan la disminución de la capacidad vesical, el incremento de la orina residual, las contracciones vesicales involuntarias —posibles causantes de frecuencia y urgencia— y a esto se suma la eventual falta de movilidad. A su vez, la reducción de la presión uretral máxima, en especial en las mujeres, se vincula con la disminución de los estrógenos y la pérdida de elasticidad en las estructuras pélvicas, condiciones generadoras de una predisposición a la incontinencia de estrés. En los hombres, el agrandamiento prostático puede conllevar a la de urgencia o sobreflujo (28). Estudios recientes han mostrado, mediante resonancia magnética nuclear cerebral, alteraciones en la materia blanca (con aspecto de áreas de hiperintensidad), vinculables con síndromes geriátricos como la pérdida en la cognición, movilidad y continencia (8,30,31).

Dentro de los factores de riesgo comunes para la IU en mujeres de edad avanzada se encuentran: antecedentes familiares de la enfermedad, enuresis en la edad infantil, infecciones del tracto urinario, deterioro cognitivo y funcional, enfermedades neurológicas, embarazo, parto vaginal, instrumental o de fetos macrosómicos, tratamiento hormonal sustitutivo, prolapso de órganos pélvicos, obesidad y diabetes mellitus. En los hombres, guarda relación con síntomas del tracto urinario inferior, como la prostatectomía (4,11,32)

En cierto modo, existe consenso en la literatura en cuanto a los cambios psicológicos derivados de la IU, reflejados en los lazos personales, sexuales y sociales, así como aquellos de tipo físico y económico que impactan negativamente la CV (33). Ahora bien, la enfermedad tiende a verse como una variación propia del envejecimiento, aunque no es así. En tal sentido,

en aras de lograr apoyo terapéutico adecuado y oportuno (28,34), es preciso clarificar sus particularidades, teniendo presente que sí se trata de un problema de salud pública, dada su alta prevalencia y su carga relativa en términos de CV (35).

Debe tenerse presente que quienes la padecen no acuden habitualmente al médico ni facilitan de manera voluntaria la información relevante, debido a la vergüenza derivada del hecho de que su condición se considere una consecuencia inevitable de la edad avanzada (7,36). La pertinencia de su detección radica entonces en que facilita identificar y hacer frente a sus repercusiones clínicas, psicológicas, económicas y sociales.

Su impacto varía mundialmente, desde el 3 hasta el 40% en términos de la edad y el sexo (37). En España, por ejemplo, su prevalencia global en el género femenino se estima en 24% y alcanza el 50% en edad geriátrica; mientras que en el masculino se calcula en un 7%, llega a situarse entre el 14 y el 29% en mayores 65 años y hasta el 50% en quienes superan los 85 y en institucionalizados (22,32,38). Se presenta de dos a cinco veces más en mujeres que en hombres, si bien sus tasas aumentan linealmente con la edad en ambos sexos (38,39). Igualmente, entre el 25 y el 35% de los adultos la experimenta durante su vida (39) y sus efectos o sintomatología afectan a cerca de 200 millones de personas en el planeta (7,38).

■ Calidad de vida relacionada con la salud y el envejecimiento

Como señala la OMS, la CV es determinada por los contextos cultural, ambiental y social, que al conjugarse con el campo de la salud, brindan información complementaria y distinta a la proporcionada por los indicadores clínicos tradicionales. A partir de esta concepción, la CVRS se abarca como una evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud, los cuidados, la promoción y el mantenimiento de la funcionalidad sobre las actividades que afectan el estado de bienestar y las dimensiones esenciales de la vida (4,8,24,40).

Asimismo, la CV se establece a partir de parámetros subjetivos y objetivos (9). Los primeros se refieren a las condiciones de tipo personal, tales como el bienestar, la felicidad y la realización respecto al proyecto de vida, entre otras, en tanto que los segundos comprenden el cuidado de la familia y la participación en actividades de ocio y laborales —desde la mirada de la estructura social—, al igual que la satisfacción de las necesidades básicas, como son la nutrición y la atención médica (9,41). En conexión con estos elementos, la CVRS se mide a partir de la percepción del bienestar físico, mental y social, y para las personas mayores resulta de relevancia, en vista de las enfermedades crónicas que pueden sufrir, como la diabetes mellitus, la hipertensión, la dislipidemia y la demencia derivada de los cambios fisiológicos, a los cuales se suman los tratamientos requeridos para controlarlos y las transformaciones en el estilo de vida, cuyo fin es evitar complicaciones conexas.

Adicionalmente, las características sociodemográficas, la multimorbilidad, las alteraciones en la actividad física, el deterioro cognitivo y la funcionalidad, afectan el bienestar (42,43). Por tal razón, la medición adecuada del impacto de las enfermedades en la CVRS sirve como un valioso indicador de salud global entre las personas mayores y otorga bases para la creación de políticas públicas en salud, nacionales e internacionales (24,28,30,42).

Calidad de vida relacionada con la salud - incontinencia urinaria y envejecimiento

Entre las realidades que acompañan el envejecimiento se encuentran el aumento de peso, la composición corporal, la redistribución de la masa grasa (particularmente en las mujeres) y la pérdida de masa muscular y fuerza (27). La IU no suele diagnosticarse, pues pocas personas buscan atención médica, mientras que otras incorporan cambios en su cotidianidad para sobrellevarla, a pesar de que puede llevar a la aparición de escaras, infecciones urinarias, alteraciones del sueño y problemas dermatológicos (37).

El temor de los adultos a consultar por esta patología es reforzado por la considerable afectación que acarrea en la CV. Por tal motivo, resulta necesario diagnosticarla de forma temprana, en aras de mejorar significativamente

la capacidad para afrontarla y evitar complicaciones conexas (4,37,44). En efecto, es un factor de peso para la CVRS e incrementa el riesgo de desarrollar trastornos emocionales como depresión, ansiedad y baja autoestima (22), si bien estos dependen también de otros factores de riesgo, adyacentes al envejecimiento o al ciclo de vida de la vejez.

Aunque no representa una amenaza para la vida, interfiere en todos los escenarios y en las dimensiones de la persona (3,35) y llega a generar un profundo impacto psicológico, físico, mental, higiénico y económico para la sociedad. Más aún, motiva altos costos en materia de sanidad, que en los países desarrollados representan al menos el 2% del presupuesto sanitario. De esta cantidad, el 90% corresponde a accesorios como sondas, absorbentes y pañales; el 8% a estancias hospitalarias y cuidados básicos, y el 2% a diagnóstico y tratamiento (32). Los datos relativos a este último y a los gastos, así como el registro de sujetos afectados, difieren en cada país. Un punto sensible para subrayar es el atinente a la ayuda brindada, pues en ocasiones es inconsecuente (45), con un déficit de medidas preventivas para quienes están en riesgo y una atención insuficiente (29).

Cuando la enfermedad se conjuga con variables psicosociales y asuntos financieros, la salud física y la CV de los adultos mayores se tornan aún más deficientes y esto trae implicaciones en la salud pública. Sobre este particular, es oportuno destacar que también existen modificadores fisiológicos enlazados con el sexo y la edad, patológicos y funcionales, cuya presencia puede generar pérdida de continencia (7,37,38,44). Se hace entonces evidente el carácter prioritario de adoptar medidas preventivas, a través de un diagnóstico precoz y preciso en el tipo de IU, con el objetivo de lograr un juicio clínico y de preferencia del paciente que guíe el tratamiento adecuado y minimice los efectos negativos (33,46).

Otra razón por la que este síndrome geriátrico perturba la percepción del individuo en cuanto a su bienestar y CVRS radica en ser un factor de riesgo para el incremento de la mortalidad, la institucionalización, la disminución funcional, las hospitalizaciones y caídas (47,48). De hecho, se le vincula con el aumento de estas dos últimas, como también con la alteración de los cuidados habituales en el hogar. Distintas investigaciones han reportado

que la institucionalización obedece a la presencia de IU de urgencia y a un desequilibrio de los estados emocionales como resultado adyacente a tal condición (49). Esta se vincula, igualmente, con la hospitalización y las caídas, debido al deseo inesperado de miccionar, más aún durante las horas de la noche, lo que lleva a variar la posición con rapidez y a efectuar movimientos bajo efectos del sueño y con poca iluminación, desencadenándose así el accidente y, por consiguiente, el ingreso a un centro asistencial. De nuevo, aflora la relevancia de la evaluación para implementar una intervención sobre la sintomatología (50).

En las mujeres, el impacto negativo se manifiesta en varios entornos: social (abandono de aficiones, menos relaciones, mayor aislamiento); psicológico (ausencia de autoestima, apatía, depresión, sentimientos de culpa); físico (limitaciones para la práctica deportiva); sexual (pérdida de esta actividad, evitación de la pareja); laboral (menor interacción, absentismo); y doméstico (precauciones especiales con la ropa, protección de la cama) (7).

Como se ve, a pesar de no ser un problema “serio” para la supervivencia, la IU es una condición crónica y un problema significativo en términos de sufrimiento humano y costo económico (36), que golpea la funcionalidad y la emocionalidad de la persona (51,52). No obstante, precisamente por no incidir en la mortalidad y debido a su estigmatización, resulta relativamente invisible para el sistema de salud (36,53).

En consecuencia, varios estudios refieren que la mejora en la CVRS debe ser el principal indicador de los resultados de cualquier estrategia terapéutica con énfasis en elementos anímicos, sociales, psicológicos, físicos, sexuales y domésticos. A su vez, existen para el tratamiento opciones quirúrgicas y no quirúrgicas. Las primeras dependen del examen detallado del profesional y de la clase de IU. A manera de ejemplo, en la de tipo mixto se utilizan cirugías de cabestrillo mediouretral retropúbico o transobturador, recurso que ha ganado relevancia en la clínica; para la de esfuerzo se destacan la colposuspensión de Burch y los agentes espesantes (bulking) (54). Entre las segundas se reconocen la terapia conductual perioperatoria y el

entrenamiento del piso pélvico para mitigar la irrupción de nuevos eventos (55). De igual modo, se cuenta con estudios que demuestran los beneficios a largo plazo de la acupuntura sobre la incontinencia de esfuerzo (56,57).

Otro método de intervención es el acompañamiento permanente de uroterapeutas a través de internet. Esta es una herramienta prometedora para el seguimiento continuo de quienes sufren IU de esfuerzo (58,59) y posee conexión con el uso de aplicaciones móviles que facilitan la autogestión de los usuarios en el manejo de su condición, en aras de mitigar las implicaciones sobre la salud (60). Como un complemento a los métodos quirúrgicos se encuentran los programas de entrenamiento para la musculatura de piso pélvico, aplicables a cualquier forma de IU, aunque su mayor impacto se da sobre la de esfuerzo (61). Respecto a la de urgencia, cabe destacar que el tratamiento con estimulación percutánea del nervio tibial o sacro aporta beneficios a la CV de los afectados (62,63).

■ Conclusiones

La IU es un síndrome que se presenta con mayor prevalencia en personas mayores. Su diagnóstico debe verificarse de manera oportuna para mitigar la elevación de los costos económicos y los problemas de salud pública derivados. Es indispensable, por parte del cuerpo sanitario interdisciplinario, tomar medidas preventivas a través de estrategias de educación, de forma coordinada con la promoción de hábitos de vida saludable para reducir las ECNT asociadas a esta enfermedad. Ahora bien, todo abordaje debe ser integral, con una mirada no solo definida desde el componente biológico sino también desde la dimensión psicosocial, pues este enfoque favorece la CVRS.

■ Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024 [Internet]. [Consultado 2021 marzo 23]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/promocion-social/Paginas/Politica-Colombiana-de-Envejecimiento-Humano-y-Vejez.aspx>

2. Quino Ávila AC. Factores de riesgo asociados al nivel de autonomía e independencia en personas mayores. *Rev Investig en Salud Univ Boyacá* [Internet]. 2018 [consultado 2021 marzo 20]; 5(2):259-76. Disponible en: <https://doi.org/10.24267/23897325.322>
3. Acosta Gómez Y, Rodríguez Acosta G, Rodríguez Fabrega O, Espín Falcón JC, Valdés Mora M. Envejecimiento cardiovascular saludable. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2015;31(2):232-40.
4. Carreño LM, Angarita-Fonseca AA, Pinto AL, Delgado AN, García LM. Calidad de vida relacionada con la salud e incontinencia urinaria en mujeres con exceso de peso de Bucaramanga, Colombia. *Ciencias de la Salud*. 2015; 13(1):63-76.
5. Buitrago LM, Sáenz AM, Cardona AM, Ruiz LY, Vargas DM, Cobo Mejía EA, et al. Cualidades físicas del adulto mayor activo de la ciudad de Tunja. *Rev Investig en Salud Univ Boyacá* [Internet]. 2016 [consultado 2021 abril 8];3(1):33-49. Disponible en: <https://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/view/140>
6. Arañó P, Rebollo P, González-Segura D. Assessment of the health-related quality of life impact in female with mixed urinary incontinence. *Actas Urol Esp* [Internet]. 2009 [consultado 2021 abril 8];33(4):410-5. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0210-4806\(09\)74167-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0210-4806(09)74167-1)
7. Chiang H, Susaeta R. Incontinencia urinaria. *Rev Med Clin Las Condes*. 2013;24(2):219-27.
8. Shaw C, Wagg A. Urinary incontinence in older adults. *Medicine (Baltimore)*. [Internet]. 2017 [consultado 2022 abril 8];45(1):23-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpmed.2016.10.001>
9. Vitorino LM, Paskulin LM, Vianna LA. Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: Estudo comparativo. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(SPL):3-11.

10. Cardona-Arias J, Álvarez-Mendieta M. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, 2012. *Rev Cienc Salud*. 2014;12(2):139-55.
11. Suárez Serrano CM, Medrano Sánchez E. Díaz Mohedo E. de la Casa Almeida M, Chillón Martínez R. Chamorro Moriana G. Afectación de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. *Fisioterapia*. 2013;35(1):18-23.
12. Evelia M. Bastidas A. Percepción del nivel de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con incontinencia urinaria que asisten a tratamiento de reeducación de piso pélvico. *Rev Urol Colomb*. 2013;22(2):17-24.
13. Silva MM, Duarte MF, Magalhães AG, Correia GN. Impact of the SARS-CoV-2 pandemic on urinary incontinence and quality of life of nulliparous women. *Rev Gaúcha Enferm*. 2022;43:1-11.
14. Chiu MY, Wong HT, Yang X. Distress due to urinary problems and psychosocial correlates among retired men in Hong Kong. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7):2533.
15. Grape HH, Dederling A. Jonasson AF. Retest reliability of surface electromyography on the pelvic floor muscles. *Neurourol Urodyn*. 2009;28(5):395-9.
16. Kopańska M, Torices S, Czech J, Koziara W, Toborek M, Dobrek Ł. Urinary incontinence in women: biofeedback as an innovative treatment method. *Ther Adv Urol*. 2020;12:1-12.
17. Verdejo Bravo C. Incontinencia y retención urinaria. En: Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG), editor. *Tratado de geriatría para residentes*. Madrid (España): SEGG; 2006, pp. 151-60.

18. Cheng S, Lin D, Hu T, Cao L, Liao H, Mou X, et al. Association of urinary incontinence and depression or anxiety: a meta-analysis. *J Int Med Res* [Internet]. 2020 [consultado 2022 abril 20];48(6). Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0300060520931348>
19. Martínez Agulló E, Ruíz Cerdá JL, Gómez Pérez L, Rebollo P, Pérez M, Chaves J. Impacto de la incontinencia urinaria y del síndrome de vejiga hiperactiva en la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes de mediana edad laboralmente activos y mayores de 65 años institucionalizados. *Actas Urol Esp*. 2010;34(3):242-50.
20. Pretell O. Percepción de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria en una unidad básica de atención primaria. *UCV Sci Biomédica*. 2021;4(1):31-40.
21. Frick AC, Huang AJ, Van Den Eeden SK, Knight SK, Creasman JM, Yang J, et al. Mixed Urinary Incontinence: Greater Impact on Quality of Life. *J Urol*. 2009;182(2):596-600.
22. Khatutsky G, Walsh EG, Brown DW. Urinary Incontinence, Functional Status and Health-Related Quality of Life among Medicare Beneficiaries Enrolled in the Program for All-Inclusive Care for the Elderly and Dual Eligible Demonstration Special Needs Plans. *J Ambul Care Manage*. 2013;36(1):35-49.
23. Damián J, Pastor-Barriuso R, García López FJ, de Pedro-Cuesta J. Urinary incontinence and mortality among older adults residing in care homes. *J Adv Nurs*. 2017;73(3):688-99.
24. Seshan V, Muliira JK. Self-reported urinary incontinence and factors associated with symptom severity in community dwelling adult women: Implications for women's health promotion. *BMC Womens Health* [Internet]. 2013 [consultado 2021 mayo 15];13(1). Disponible en: [doi:10.1186/1472-6874-13-16](https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-16)

25. Wu JM, Vaughan CP, Goode PS, Redden DT, Burgio KL, Richter HE, et al. Prevalence and Trends of Symptomatic Pelvic Floor Disorders in U.S. Women. *Obstet Gynecol.* 2014;123(1):141-8.
26. Lomanto Moran A. Incontinencia urinaria femenina. *Rev Colomb Obs Ginecol.* 1989;40(3):185-90.
27. Moreno Vecino B, Arija Blázquez A, Pedrero Chamizo R, Alcázar J, Gómez Cabello A, Pérez López FR, et al. Associations between obesity, physical fitness, and urinary incontinence in non-institutionalized postmenopausal women: The elderly EXERNET multi-center study. *Maturitas* [Internet]. 2015 [consultado 2021 mayo 16];82(2):208-14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.07.008>
28. Sánchez Herrera B, Carrillo GM, Barrera Ortiz L. Incontinencia y enfermedad crónica. *Aquichan.* 2013;13(3):421-32.
29. Aniulien R, Aniulis P, Steibliene V. Risk Factors and Types of Urinary Incontinence among Middle-Aged and Older Male and Female Primary Care Patients in Kaunas Region of Lithuania: Cross Sectional Study. *Urol J.* November 2016;13:2551-61.
30. Gibson W, Wagg A. New horizons: Urinary incontinence in older people. *Age Ageing.* 2014;43(2):157-63.
31. Gavira Pavón A, Walker Chao C, Rodríguez Rodríguez N, Gavira Iglesias FJ. Prevalencia y factores de riesgo de incontinencia urinaria en mujeres que consultan por dolor lumbopélvico: estudio multicéntrico. *Aten Primaria* [Internet]. 2014 [consultado 2021 mayo 20];46(2):100-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.07.004>

32. Brenes Bermúdez FJ, Cozar Olmo JM, Esteban Fuertes M, Fernández-Pro Ledesma A, Molero García JM. Criterios de derivación en incontinencia urinaria para atención primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2013 [consultado 2021 mayo 22];45(5):263-73. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.01.017>
33. Carvalho MP, Andrade FP, Peres W, Martinelli T, Simch F, Orcy RB, et al. O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em idosos. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2014;17(4):721-30.
34. Bayona Prieto J, Saa PA, García MA. Neurobiology, neurorehabilitation and restorative neurology in the elderly: Recent concepts. *Invest Clin*. 2018;59(1):52-66.
35. Rincón Ardila O. Prevalence and risk factors for urinary incontinence among women consulting in primary care. *Rev Med Chile*. 2015;143(2):203-12.
36. León Fernández M. Datos y desafíos del envejecimiento poblacional: una reflexión sobre políticas públicas. *Rev Nuevo Humanismo*. 2016;4(1):11-24.
37. Cortés Gálvez JM, Martínez Monje F, Reynoso C, Jiménez Garzón VA, Alfonso Cano C, Leal Hernández M. Incontinencia urinaria “oculta” ¿afecta a la calidad de vida de nuestros pacientes? *Rev Mex Urol*. 2014;74(2):123-5.
38. Amaral MO, Coutinho EC, Nelas PA, Chaves CM, Duarte JC. Risk factors associated with urinary incontinence in Portugal and the quality of life of affected women. *Int J Gynaecol Obs*. 2015;131(1):82-6.
39. Sahin-Onat S, Unsal-Delialio-lu S, Güzel O, Uçar D. Relationship between urinary incontinence and quality of life/depression in elderly patients. *J Clin Gerontol Geriatr*. 2014;5(3):86-90.

40. Lin YH, McLain AC, Probst JC, Bennett KJ, Qureshi ZP, Eberth JM. Health-related quality of life among adults 65 years and older in the United States, 2011-2012: a multilevel small area estimation approach. *Ann Epidemiol*. 2016;27:52-8.
41. Burastero B. Calidad de vida y condición física en adultos mayores del Club Atlético Olimpia [trabajo final de grado de licenciatura]. [Montevideo (Uruguay)]: Instituto Universitario Asociación Cristiana de Jóvenes; 2019, 40 p.
42. Cano Gutiérrez C, Arciniegas Rubio A, Germán Borda M, Samper Ternent R, Gil Laverde F, Londoño Trujillo D. Perception of health-related quality of life using the EURO-QOL in older adults in Bogotá, Colombia. *Eur Geriatr Med*. 2016;7(4):340-5.
43. Chaves García M, Sandoval Cuéllar C, Calero Saa P. Association between aerobic capacity and quality of life in older adults in Colombia. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(4):672-6.
44. Karbage SA, Santos ZM, Frota MA, De Moura HJ, Vasconcelos CT, Neto JAV, et al. Quality of life of Brazilian women with urinary incontinence and the impact on their sexual function. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016;201:56-60.
45. Ramos Monteagudo AM, Yordi García M, Miranda Ramos, M. El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2016;20(3):330-37.
46. Irwin GM. Urinary Incontinence. *Prim Care: Clin Off Pract* [Internet]. 2019 [consultado 2021 mayo 31];46(2):233-42. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pop.2019.02.004>
47. Aguilar Navarro S, Navarrete Reyes AP, Grados Chavarría BH, García Lara JM, Amieva H, Ávila Funes JA, et al. The severity of urinary incontinence decreases health-related quality of life among community-dwelling elderly. *Journals Gerontol - Ser A*. 2012;67(11):1266-71.

48. Froelich MA, Braz MM, Weschenfelder AJ, Strelow CS, Tavares G, Foletto HM. Prevalência de incontinência urinária e seu impacto sobre a qualidade de vida de idosos: estudo comparativo entre meio urbano e meio rural. *Rev Kairós*. 2016;19(3):67-77.
49. Nuotio M, Tammela TL, Luukkaala T, Jylha M. Predictors of Institutionalization in an Older Population During a 13-Year Period: The Effect of Urge Incontinence. *Journals Gerontol Ser A*. 2003;58(8):M756-62.
50. Chiarelli PE, Mackenzie LA, Osmotherly PG. Urinary incontinence is associated with an increase in falls: a systematic review. *Aust J Physiother* [Internet]. 2009 [consultado 2022 junio 2];55(2):89-95. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0004-9514\(09\)70038-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0004-9514(09)70038-8)
51. Holroyd-Leduc JM, Mehta KM, Covinsky KE. Urinary Incontinence and Its Association with Death, Nursing Home Admission, and Functional Decline. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(5):712-8.
52. Ouslander JG, Uman GC, Urman HN, Rubenstein LZ. Incontinence among Nursing Home Patients: Clinical and Functional Correlates. *J Am Geriatr Soc*. 1987;35(4):324-30.
53. Villoro R, Merino M, Hidalgo-Vega A, Jiménez M, Martínez L, Aracil J. Women with urinary incontinence in Spain: Health-related quality of life and the use of healthcare resources. *Maturitas*. 2016;94:52-7.
54. Sung VW, Borello-France D, Newman DK, Richter HE, Lukacz ES, Moalli P, et al. Effect of behavioral and pelvic floor muscle therapy combined with surgery vs surgery alone on incontinence symptoms among women with mixed urinary incontinence: The esteem randomized clinical trial. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2019;322(11):1066-76.

55. Barber MD, Brubaker L, Burgio KL, Richter HE, Nygaard I, Weidner AC, et al. Comparison of 2 transvaginal surgical approaches and perioperative behavioral therapy for apical vaginal prolapse: The OPTIMAL randomized trial. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2014;311(10):1023-34.
56. Liu Z, Liu Y, Xu H, He L, Chen Y, Fu L, et al. Effect of electroacupuncture on urinary leakage among women with stress urinary incontinence: A randomized clinical trial. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2017;317(24):2493-501.
57. Martin-Garcia M, Crampton J. A single-blind, randomized controlled trial to evaluate the effectiveness of Transcutaneous Tibial Nerve Stimulation (TTNS) in Overactive Bladder symptoms in women responders to Percutaneous Tibial Nerve Stimulation (PTNS). *Physiother (UK)* [Internet]. 2019 [consultado 2021 junio 8];105(4):469-75. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.physio.2018.12.002>
58. Sjöström M, Umefjord G, Stenlund H, Carlbring P, Andersson G, Samuelsson E. Internet-based treatment of stress urinary incontinence: A randomised controlled study with focus on pelvic floor muscle training. *BJU Int.* 2013;112(3):362-72.
59. Fîret L, Teunissen D, Verhoeks C, Lagro-Janssen A. Expectations regarding eHealth among women with stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J.* 2019;30(11):1955-63.
60. Asklund I, Nyström E, Sjöström M, Umefjord G, Stenlund H, Samuelsson E. Mobile app for treatment of stress urinary incontinence: A randomized controlled trial. *Neurourol Urodyn.* 2017;36(5):1369-76.

61. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJ. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women: a cochrane systematic review abridged republication. *Braz J Phys Ther* [Internet]. 2019 [consultado 2021 junio 11];23(2):93-107. Disponible en: doi: 10.1016/j.bjpt.2019.01.002.
62. Scaldazza CV, Morosetti C, Giampieretti R, Lorenzetti R, Baroni M. Percutaneous tibial nerve stimulation versus electrical stimulation with pelvic floor muscle training for overactive bladder syndrome in women: Results of a randomized controlled study. *Int Braz J Urol*. 2017;43(1):121-6.
63. Barroso Martín JM, García Bernal MI, Domínguez Morales MR, Mikhailenok E, Voronina O. Recuperación funcional total en paciente hemiparético izquierdo post-traumatismo craneal mediante programa computarizado de bio-feed-back neuromuscular Remioco-2. *Rev Española Neuropsicol*. 1999;1(2,3):69-88.



Caídas en personas mayores

Aura Cristina QuinoAvila
Florencio Arias Coronel
Magda Juliette Chacón Serna
Elisa Andrea Cobo Mejía





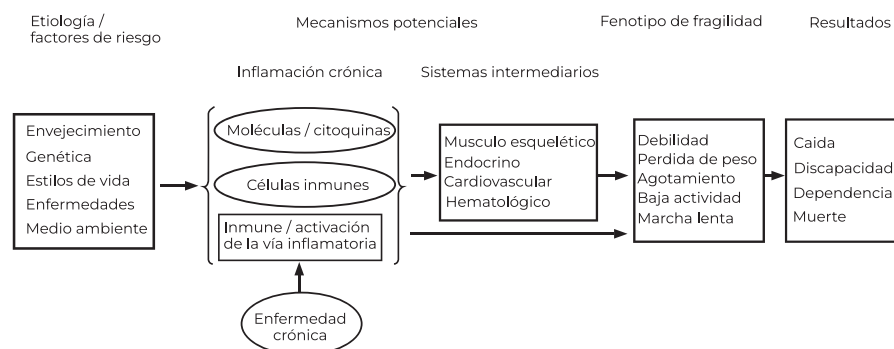
La frecuencia de caídas en personas con más de 65 años oscila entre dos y cuatro anualmente, lo que equivale a un 32-42%. A los 70 años se incrementa de cinco a siete casos y son los residentes en hogares de ancianos quienes sufren estos accidentes con más frecuencia, en relación con los habitantes en comunidad. En el mundo, su tasa es del 38,1%, si bien la incidencia cambia entre países (1). Por ejemplo, Chile reporta un 35,3% (2) y México, 33,9% (3). Se trata de la principal causa de mortalidad accidental entre quienes superan los 65 años y la quinta de muerte por cualquier etiología en mayores (4). Asimismo, un evento de este tipo se convierte en una causa para sufrir uno nuevo en los siguientes seis meses (5), tras lo cual quedan lesiones en el tejido blando, dependencia (debido al traumatismo limitante de la movilidad) y fracturas (2). Se les suele asociar con múltiples riesgos, como son la edad, la historia de haberlos experimentado, la movilidad reducida, los problemas de equilibrio, la marcha, la polifarmacia (antidepresivos y diuréticos), los factores sensoriales, las alteraciones de la visión, la afectación en los receptores auditivos, el sobrepeso, la diabetes, los problemas articulares y ambientales, así como el mismo temor de caer, pues este aumenta el peligro de que así ocurra (6-9).

En Colombia, de acuerdo con el proyecto SABE-2014-2015 (salud, bienestar y envejecimiento) (10), se identificó una prevalencia de fragilidad del 17,9%, con varios factores asociados: edad avanzada, ser mujer, bajo nivel educativo, vivir en zonas rurales, alto número de condiciones médicas, bajos ingresos económicos y economía en la infancia. En cuanto a la fragilidad, esta se entiende como un síndrome clínico-biológico de disminución de la reserva funcional y de resistencia a estresores, con una patofisiología de base que afecta múltiples sistemas corporales interrelacionados. Se trata de un predictor de discapacidad que conlleva a vulnerabilidad y en cuya evaluación se pueden emplear, primero, los criterios de Fried (cinco componentes del fenotipo: pérdida de peso de al menos 5% en el último año, baja energía y

resistencia, fuerza prensora, bajo nivel de actividad física y lenta velocidad de la marcha); y segundo, la escala Frail, la cual incluye: fatiga, resistencia, deambulaci3n, enfermedades y p3rdida de peso (10,11).

Con relaci3n a la fragilidad f3sica, esta se caracteriza por la disminuci3n de cualidades como la fuerza, la resistencia y las funciones fisiol3gicas, producto de la sarcopenia o p3rdida de masa muscular asociada con el envejecimiento, lo que puede conducir a una dependencia funcional (12). Igualmente, el 3ndice de fragilidad determina los niveles de esta que son dados por la movilidad ambulatoria, la menor resistencia del cuerpo, la fuerza de presi3n no dominante y los trastornos de equilibrio y movilidad (13).

Figura 1. Patog3nesis del s3ndrome de fragilidad



Adaptado de: Chen X, Mao G, Leng SX. Frailty syndrome: an overview Clin Interv Aging. 2014;9:433-41. doi: 102147/CIAS45300.

Fuente: adaptado de Chen (12)

Con el aumento de la edad y la fragilidad, los adultos mayores tienden a permanecer en el hospital despu3s de sufrir una lesi3n vinculada con una ca3da. Por lo tanto, estos accidentes pueden generar un s3ndrome luego de que ocurren, el cual llega a extenderse por el resto de la vida de la persona afectada (14) e incluye dependencia, p3rdida de autonom3a, confusi3n, inmovilizaci3n y depresi3n, realidades conducentes a una creciente restricci3n en las actividades diarias (15). Cabe destacar que las tasas de ca3das mortales se elevan exponencialmente con los a3os (la m3s alta se registra al llegar a los 85 y superarlos). Aunque son similares para ambos sexos,

las presentadas entre los hombres sobrepasan a las de las mujeres en todos los grupos etarios, a pesar de la menor incidencia de eventos en el sexo masculino. Esto se atribuye al hecho de que en este se dan condiciones comórbidas como obesidad, enfermedades cardíacas, exceso de alcohol y consumo de tabaco (16), en mayor proporción que en el sexo femenino con edades iguales (17).

Es posible corregir estas delicadas situaciones relacionadas con las caídas por medio de acciones entre distintos sectores, tanto internacionales como nacionales y locales. Ahora bien, cuando se trabaja para subsanar las desigualdades sanitarias registradas durante todo el ciclo vital básico y especialmente en la vejez, se evidencia el impacto negativo de las inequidades en los servicios de salud. Ante esto, la OMS se ha comprometido a colaborar con otras organizaciones intergubernamentales e intersectoriales para desarrollar y ejecutar un marco global de investigación sobre el envejecimiento, el cual refleje las prioridades para fomentarlo de manera activa (18). Desde este enfoque, el propio organismo entiende que debe tratarse de un proceso cuyo propósito es optimizar las oportunidades de bienestar físico, social y mental a lo largo de la vida, en aras de ampliar la esperanza de que esta sea saludable y con calidad para las personas mayores (19). En este orden de ideas, es pertinente conceptualizar las caídas en dicha población, como también sus factores asociados, pues esto puede servir de puente para implementar buenas prácticas de atención en salud preventiva. A continuación, se realiza tal análisis.

■ Caídas y factores de riesgo en la persona mayor

Las caídas son frecuentes en las personas mayores, de hecho, revisten un protagonismo alto en el estado de salud, generan daños sobre esta, tiene un notorio impacto y ocasionan una elevada morbilidad y mortalidad, tanto por las secuelas psicosociales que producen como por el traumatismo (1,20,21). En el contexto de la relevancia que en América Latina y el resto del mundo está cobrando la obtención de información en torno al bienestar de tales adultos, se ha observado que factores externos como dichos episodios y otros accidentes, junto a la prevalencia de las ECNT, son las causas principales identificadas de morbilidad y mortalidad, las cuales se engloban

bajo el nombre de “síndrome geriátrico de caídas” (22,23). De acuerdo con la OMS, este se define como la presencia de dos o más de estos eventos en un año. A su vez, se considera que un paciente los presenta de manera recurrente cuando se registran en número de tres o más durante un mes (5). Para la misma OMS, los accidentes son un acontecimiento fortuito generalmente lamentable, dañino e independiente de la voluntad humana, provocado por una fuerza exterior, que actúa de forma rápida y conlleva a la aparición de lesiones orgánicas o trastornos mentales (14,24).

No obstante, la incidencia real de las caídas no se conoce, pues varía por países y, en ocasiones, el lesionado oculta el suceso para evitar una limitación de su autonomía ante el mayor cuidado por parte de la familia. Aun así, es evidente que son una causa importante de muerte y afectan hasta el 32% de los adultos de 65 a 74 años y el 51% de quienes se encuentran en los 85 años (22). Su tasa anual promedio entre los primeros, en condiciones sanas, varía del 15 al 28%, cifra que se eleva al 35% en los de 75 años. En la población angloamericana se han referido valores de frecuencia que van del 28% en mayores de 65 años al 42% en aquellos que han superado los 75 (5). En Brasil, el 30% de personas del primer grupo, residentes en comunidades, tiene un evento de este tipo cada año y medio e incluso los experimenta de forma múltiple, al punto que las lesiones resultantes representan la sexta causa de fallecimientos (25). Los casos aumentan de dos a cuatro cada año, lo que equivale del 32 al 42%, si bien el incremento para la población que sobrepasa los 70 años es de cinco a siete episodios. En cuanto a los habitantes institucionalizados, entre el 30 y el 50% padece caídas más recurrentes, en comparación con quienes viven con sus familias (26).

La prevalencia de las caídas varía en función de la edad de la persona, de su fragilidad y entorno. Aunque en numerosas ocasiones son el resultado de un factor precipitante conocido, la mayoría se motivan por la asociación de distintos factores (1,4,27): biológicos (edad, sexo, enfermedades crónicas); comportamentales (medicamentos, sedentarismo), y entorno físico (mala arquitectura del lugar, superficies y escaleras irregulares) (28). Por consiguiente, se han identificado causas intrínsecas, determinadas por la realidad patológica del paciente, y otras extrínsecas, debidas a las condiciones medioambientales, tales como suelos irregulares, iluminación insuficiente,

bajo nivel de los accesos, dormitorio estrecho y mascotas. Este conjunto puede derivar en accidentes cuya predicción resulta imposible, pero es factible reducir los riesgos si se trabaja en ellos (4,14,24,29,30).

Ciertamente, el envejecimiento y los cambios fisiológicos en el organismo hacen que la población mayor sea más propensa a las caídas. Estas pueden ocasionar la pérdida de la funcionalidad, como también alteraciones psicológicas y familiares (23,31). Haber experimentado una caída, incrementa el peligro de sufrir otra, lo cual se convierte en un factor emocional que se manifiesta en un estado de negación y miedo a realizar actividades con algún proceso elaborado y un riesgo de por medio (7,14,22,30,32-35). Este temor limita la vida diaria, cuando un accidente previo se ve como una posible predicción de otros posteriores (34). Por tal razón, tras verse expuesta a este evento, la persona se vuelve dependiente y demanda una atención más acuciosa de sus familiares (36).

Está claro que las caídas son un problema clínico en la población envejecida, dada su alta frecuencia y sus efectos: lesión de tejidos blandos, síndrome posterior, hospitalización, hematoma subdural, dependencia, institucionalización, fracturas y muerte (37). El tema de su síndrome asociado, al ser frecuente, debe estar presente entre el personal de la salud.

Las estructuras anatómicas que se lesionan con más asiduidad son la cabeza y la cara, la mano, el hombro, el tobillo y la cadera. Además, entre el 25 y el 30% de las personas mayores con fractura de esta última fallece en los siguientes seis meses (38) y tal daño se considera una razón habitual de ingreso hospitalario a los servicios de cirugía ortopédica y traumatología, que afecta a más de 200 millones de personas en todo el mundo (39). Igualmente, el 5% de esta población con fracturas secundarias por caídas requiere algún tipo de hospitalización. En cuanto a la clase de lesión, la contusión es la más frecuente, seguida de la equimosis y la fractura no expuesta. Por su parte, los pacientes con accidente cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, demencia (60%) o epilepsia (57%) registran una proporción particularmente alta de eventos (40).

Los casos, en su mayoría, ocurren en casa, principalmente en la recámara, la escalera, el patio, el baño y la cocina, motivados por mecanismos comunes como pérdida del equilibrio, resbalón y tropiezo. El resto de las situaciones se da en la vía pública, con la particularidad de que las ocurridas en la calle posiblemente son más habituales en los países en desarrollo, ante la falta de equipamientos y de cultura alrededor del envejecimiento. El mantenimiento inapropiado de los espacios para transitar, las deficiencias en el transporte público y el déficit en el manejo de los problemas por parte del personal especializado en la salud de las personas mayores (5,14,41) contribuyen a que se presenten los episodios.

En medio de estas dificultades, existe una conciencia del riesgo que entrañan las caídas, lo cual ha llevado a pensar en su prevención. Para tal propósito se contemplan diversas opciones: suplementos de calcio, vitamina D, proteínas o magnesio, terapia de ejercicio físico, entrenamiento, programa de fuerza, promoción de estilos de vida saludables, uso de tecnologías, atención a enfermedades, control de riesgos ambientales y educación, entre otras (42). Dos componentes sobresalen en la gestión de dicho riesgo: el primero es la atención médica de los factores clínicos asociados, y el segundo, la realizada desde la rehabilitación para los problemas de movilidad, enfocada en distintos frentes, como son el manejo de la fuerza de los miembros inferiores, los rangos de movimiento, la resistencia de los músculos extensores del tronco y la velocidad (21). Al personal de salud le corresponde identificar los elementos relacionados para evitar los peligros y daños causantes de pérdida de autonomía y dependencia funcional. Además, la educación y comunicación continua con la persona mayor y su familia ayudan a detectar problemas potenciales y reales (23).

En vista de la complejidad inherente a los factores de riesgo, pues involucran diversos aspectos, desde biológicos hasta arquitectónicos, se han establecido programas “de componentes múltiples”, denominados así ya que no solo se enfocan en los primeros y se estructuran a partir de evaluaciones con instrumentos validados para abarcar varios elementos (43). Sin embargo, el acceso a esta estrategia preventiva es limitado por diversos motivos: costos, inconvenientes para el transporte hasta los lugares donde se ofrece atención a los pacientes, desagrado de estos hacia la actividad grupal y preferencia

por alternativas personalizadas de minimización de caídas, basadas en el hogar (34,44). Respecto a este último punto, resulta pertinente indicar que la creación de planes de cuidado individualizados, al favorecer la atención domiciliaria, no solo brinda posibilidades para evitar los eventos adversos, sino también para preservar la independencia funcional, autonomía y perspectiva de vida específica de quien recibe la asistencia (23,45).

En cualquier propuesta de asistencia y prevención es preciso considerar la caída como un indicador de fragilidad en la vejez. Se estima que todos los años, cerca del 40% de los adultos que han superado las siete décadas de vida sufre por lo menos uno de estos accidentes y el temor a reiteraciones puede provocar tanta o incluso más incapacidad que los propios eventos. Las implicaciones son especialmente graves cuando este miedo desencadena restricciones innecesarias en las actividades de la vida diaria (AVD) y acrecienta la dependencia y la necesidad de cuidados (46,47). Así, la pérdida de autonomía y capacidad de acción se convierte en una preocupación principal para la persona (44,48) y sus repercusiones se reflejan en diferentes dimensiones vitales: la fragilidad en la social, la reducción de AVD en la funcional, la alteración cognitiva en la psicológica, la disminución del recurso monetario y la sujeción a los hijos u otros familiares en la económica (49). Por tal razón, si se identifican los factores vinculados con estos sucesos es más factible contribuir a elucidar sus fenómenos causales y posibilitar el desarrollo de medidas preventivas de carácter individual y colectivo (46,50).

■ Escalas de valoración del riesgo de caída

Como se ha recalcado, prevenir las caídas resulta esencial si se considera su prevalencia y sus efectos sobre el MCH y la funcionalidad de la persona mayor. Para este fin, es necesario empezar por identificar el riesgo de que se presenten, para lo cual se cuenta con distintas escalas. Estas, adicionalmente, incluyen una evaluación de la movilidad, la capacidad física y funcional, como, por ejemplo, el Timed Get Up and Go Test, y las hay mono y multifactoriales. Asimismo, se encuentran las que miden el miedo a caer (47).

Tabla 1. Instrumentos de evaluación del riesgo y miedo de caídas

ESCALA	PROPÓSITO
MULTIFACTORIALES CONTEXTO	
Activities Specific Balance Confidence (ABC)	Riesgo de caída
Fall Risk Screening Tool (FRST)	Riesgo de caída
Fall Risk Index (FRI)	Riesgo de caída asociado al deterioro funcional
Home Falls and Accidents Screening Tool (HFAST)	Riesgo de caída en el hogar
Home Safety Self-Assessment Tool (HSSAT)	Riesgo de caída en el hogar
Falls Screening and Referral Algorithm (FSRA)	Riesgo de caída
Recurrent Fall Risk Scale (ReFR)	Riesgo de caídas recurrentes
MONOFACTORIALES CONTEXTO (predictores del riesgo de caída)	
Test levantar y andar (Timed Up and Go - TUGT)	Movilidad
Test del reloj y test de memoria con cinco palabras	Función ejecutiva
Test de agudeza visual dinámica (AVD) computarizado	Disminución de agudeza visual
Geriatric Depression Scales (GDS)	Depresión
Escala de equilibrio de Berg (BBS)	Equilibrio
Escala de Tinetti	Balance
Ultrasonido cuantitativo	Calidad y densidad ósea
Brief Pain Inventory (BPI) interference subscale	Dolor
HOSPITALARIAS	
Escala de caídas de Morse (MFS)	Riesgo de caída
Escala Downton	Riesgo de caída
IEDO A CAER	
Falls Efficacy Scale International (FES-I)	Miedo a caer
Survey of Activities and Fear of Falling in the elderly (MSAFFE)	Miedo a caer
Iconographical Falls Efficacy Scale (Icon-FES)	Miedo a caer
7-item short FES-I	Miedo a caer

Fuente: los autores, con base en 47,51-54

■ Conclusiones

Las caídas representan uno de los principales marcadores de lesiones y de mortalidad en la población mayor y traen consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas, en particular cuando se requiere hospitalización o ingreso a un instituto. Su causalidad está ligada a múltiples factores de riesgo, entre ellos el deterioro funcional, los procesos patológicos y las alteraciones en la marcha. No todos los individuos están expuestos a los mismos riesgos de sufrirlas ni estos actúan de igual manera en cada persona. No obstante, sí existe una alta prevalencia, en el sentido de que luego de experimentar un primer evento, este llegue a repetirse. Por lo tanto, es importante evaluar y monitorizar a quien lo haya sufrido con el fin de construir medidas que se adapten a cada caso específico y permitan minimizar los peligros identificados, sin limitar la movilidad y la independencia funcional. Adicionalmente, la prevención es esencial y representa un indicador de calidad de salud.

■ Referencias

1. Lavedán Santamaría A, Jürschik Giménez P, Botigué Satorra T, Nuin Orrio C, Viladrosa Montoy M. Prevalencia y factores asociados a caídas en adultos mayores que viven en la comunidad. *Atención Primaria* [Internet]. 2015 [consultado 2022 oct 26];47(6):367-75. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.07.012>
2. Calero MJ, López Cala G, Ortega A, Cruz Lendínez A. Prevention of falls in the elderly: a review of new concepts based on the evidence. *Eur J Investig Heal Psychol Educ*. [Internet] 2016 [consultado 2022 oct 26];6(2):71-82. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ejihpe6020007>
3. Secretaría de Salud. Modelo para la prevención de lesiones por caídas en personas adultas mayores en México [Internet]. [Consultado 2022 oct 26]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/207103/ModeloCaidas2.pdf>

4. Parodi López N, Villán Villán YF, Granados Menéndez MI, Royuela A. Prescripción potencialmente inapropiada en mayores de 65 años en un centro de salud de atención primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2014 [consultado 2022 oct 26];46(6):290-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.12.007>
5. Cruz E, González M, López M, Godoy ID, Pérez MU. Caídas: revisión de nuevos conceptos. *Rev HUP* [Internet]. 2014 [consultado 2022 oct 26];13(2):86-95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12957/rhupe.2014.11522>
6. Quintar E, Giber F. Las caídas en el adulto mayor: factores de riesgo y consecuencias. *Actual osteol* [Internet]. 2014 [consultado 2022 oct 26];10(3):278-86. Disponible en <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=100683821&lang=es&site=ehost-live>
7. Morales Rodríguez MC. Resumen de factores que contribuyen a las caídas en adultos mayores e implicaciones para enfermería. *Enferm Clin* [Internet]. 2016 [consultado 2022 oct 26];26(4):258-60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.03.004>
8. Cabrera Valenzuela O, Roy García I, Toriz Saldaña A. Factores de riesgo para síndrome de caídas en adultos mayores con polifarmacia. *Aten Fam* [Internet]. 2020 [consultado 2022 oct 26];27(1):27-31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2020.1.72280>
9. Lima dos Santos J, Trennepohl C, Böettge Rosa C, Billig Garces SB, de Carvalho Myskiw J, Hansen Costa D. Impact of sarcopenia, sedentarism and risk of falls in older people's health self-perception. *Fisioter Mov* [Internet]. 2019 [consultado 2022 oct 26]; 32:1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-5918.032.AO17>

10. Ocampo Chaparro JM, Reyes Ortiz CA, Castro Flórez X, Gómez F. Fragilidad en personas adultas mayores y su asociación con determinantes sociales de la salud. Estudio SABE Colombia. Colombia Médica [Internet]. 2019 [consultado 2022 oct 26];50(2):89-101. Disponible en: <https://doi.org/10.25100/cm.v50i2.4121>
11. Chavarro Carvajal DA, Heredia Ramírez RA, Venegas Sanabria LC, Caicedo Correa SM, Gómez Arteaga RC, Pardo Amaya AM, Cano Gutiérrez CA. Escalas de uso frecuente en Geriatria. Bogotá (Colombia): Pontifica Universidad Javeriana; 2020.
12. Tello Rodríguez T, Varela Pinedo L. Fragilidad en el adulto mayor: detección, intervención en la comunidad y toma de decisiones en el manejo de enfermedades crónicas. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2016 [consultado 2022 oct 26];33(2):328-34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmpesp.2016.332.2207>
13. Iriarte E, Araya AX. Criterios de fragilidad en personas mayores que viven en la comunidad: una actualización de la literatura. Rev Med Chile [Internet]. 2016 [consultado 2022 nov 16];144(11):1440-1447. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016001100010>
14. Tamanini de Almeida S, Chaves Soldera CL, Attilio de Carli G, Gomes I, de Lima Resende T. Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predisõem a quedas em idosos. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2012 [consultado 2022 nov 16];58(4):427-33. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000400012>
15. Milos V, Bondesson Å, Magnusson M, Jakobsson U, Westerlund T, Midlöv P. Fall risk-increasing drugs and falls: a cross-sectional study among elderly patients in primary care. BMC Geriatr [Internet]. 2014 [consultado 2022 nov 16];14:14-40. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-40>

16. Conrado Peranovich A. Enfermedades crónicas y factores de riesgo en adultos mayores de Argentina: años 2001 - 2009. *Saúde em Debate* [Internet]. 2016 [consultado 2022 nov 16];40(109):125-35. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610910>
17. Gschwind YJ, Kressig RW, Lacroix A, Muehlbauer T, Pfenninger B, Granacher U. A best practice fall prevention exercise program to improve balance, strength / power, and psychosocial health in older adults: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Geriatr* [Internet]. 2013 [consultado 2022 nov 16];13: Artículo 105 [alrededor de 40 párrafos]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-105>
18. Cuenca-Amigo M, San Salvador del Valle Doistua R. La importancia del ocio como base para un envejecimiento activo y satisfactorio. *Rev Psicol del Deport* [Internet]. 2016 [consultado 2022 nov 16];25(4):79-84. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235149102013>
19. Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2002 [consultado 2022 nov 16];37(s2):74-105. Disponible en: https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf
20. Zecevic AA, Salmoni AW, Speechley M, Vandervoort AA. Defining a fall and reasons for falling: comparisons among the views of seniors, health care providers, and the research literature. *Gerontologist* [Internet]. 2006 [consultado 2022 nov 16];46(3):367-76. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/geront/46.3.367>
21. Ward RE, Quach L, Welch SA, Leveille SG, Leritz E, Bean JF. Interrelated Neuromuscular and Clinical Risk Factors that Contribute to Falls. *Journal Gerontol Med Sci* [Internet]. 2019 [consultado 2022 nov 16];74(9):1526-32. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/gerona/glz030>

22. De Azevedo Smith A, Oliveira Silva A, Partezani Rodrigues RA, Silva Paredes Moreira MA, De Almeida Nogueira J, Rangel Tura LF. Assessment of risk of falls in elderly living at home. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [consultado 2022 nov 16];25: Artículo e2754 [alrededor de 46 párrafos]. Disponible en: doi: 10.1590/1518-8345.0671.2754.
23. Silva Fhon JR, Partezani Rodrigues R, Miyamura K, Fuentes Neira W. Causas y factores asociados a las caídas del adulto mayor. *Enferm Univ* [Internet]. 2019 [consultado 2022 nov 16];16(1):31-40. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.1.576>
24. Thaweewannakij T, Suwannarat P, Mato L, Amatachaya S. Functional ability and health status of community-dwelling late age elderly people with and without a history of falls. *Hong Kong Physiother J* [Internet]. 2016 [consultado 2022 nov 16];8(34):1-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hkpj.2015.08.001>
25. Vareschi Lopes ML, Manfre dos Santos JP, Parron Fernandes KB, Pinto Guedes Rogério FR, Queiroz de Freitas R, De Almeida Pires-Oliveira DA. Relação da pressão plantar e amplitude de movimento de membros inferiores com o risco de quedas em idosos. *Fisioter e Pesqui* [Internet]. 2016 [consultado 2022 nov 16];23(2):172-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/14871123022016>
26. Tinetti ME. Factors associated with serious injury during falls by ambulatory nursing home residents. *Am Geriatr Soc* [Internet]. 1987 [consultado 2022 nov 16];35(7):644-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1987.tb04341.x>
27. Vakili V, Taghipour A, Mosa Farkhani E, Reza Bahrami H, Beygi B, Pirizadeh E. Risk factors for falls among older people: a population-based case-control study. *Elder Heal J* [Internet]. 2019 [consultado 2022 nov 16];5(2):84-91. Disponible en: <https://doi.org/10.18502/ehj.v5i2.2154>

28. Sen Tarrafeta LM. Prevención ante el riesgo de caídas [Internet]. [Consultado 2022 nov 16]. Disponible en: <https://www.geriaticarea.com/2018/02/21/prevencion-ante-riesgo-caidas/>
29. Cruz PD, Pérez A, Piloto A, Díaz D, Morales A, Reyes Y. Algunas causales relacionadas con caídas en el hogar del adulto mayor. *Rev Cuba Med Gen Integr* [Internet]. 2014 [consultado 2022 mayo 18];31(1):35-41. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2015/cmi151f.pdf>
30. Yoshida S. A global report on falls prevention. *Epidemiology of falls* [Internet]. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud; 2007 [consultado 2022 mayo 18]. 40 p. Disponible en: <http://promenaid.ca/sites/default/files/download/WHO%20Study%20%20Epidemiology%20of%20falls%20in%20older%20age.pdf>
31. Wettasinghea AH, Dissanayake DW, Alletc L, Katulanda P, Lordf SR. Falls in older people with diabetes: Identification of simple screening measures and explanatory risk factors. *Prim Care Diabetes* [Internet]. 2020 [consultado 2022 mayo 18];14(6):723-728. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2020.05.006>
32. Gómez LP, Aragón Chicharro S, Calvo Morcuende B. Caídas en ancianos institucionalizados: valoración del riesgo, factores relacionados y descripción. *Gerokromos* [Internet]. 2017 [consultado 2022 mayo 18];28(1):2-8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000100002
33. Demura S, Kasuga K, Sato S, Sato T, Shin S. Determination of persons at a high risk of falling in a population of healthy community-dwelling elderly Japanese. *Int J Gerontol* [Internet]. 2013 [consultado 2022 mayo 18];7(1):13-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijge.2012.05.007>

34. Granbom M, Clemson L, Roberts L, Hladek MD, Okoye SM, Liu M, et al. Preventing falls among older fallers: study protocol for a two-phase pilot study of the multicomponent LIVE LiFE program. *BMC Geriatr* [Internet]. 2019 [consultado 2022 mayo 18];20(2):1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13063-018-3114-5>
35. Fernandes dos Santos PH, Morato Stival M, Ramos de Lima L, Silva Santos W, Grou Volpe CR, Santa Barbara Rehem TC, Schwerz Funghetto S. Diagnóstico de enfermagem de Risco de Quedas em idosos da atenção primária. *Rev Bras Enfermagem* [Internet]. 2020 [consultado 2022 mayo 18];73(Supl 3):1-9. Disponible en: [doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0826](http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0826)
36. Guerrero Ceh JG, Sarabia Alcocer B, Can Valle AR. Incidencia del síndrome de caídas en el hogar, estudio realizado en personas mayores en el rango de edad de 60 a 80 años. *RIDE Rev Iberoam Investig Desarr Educ* [Internet]. 2016 [consultado 2022 mayo 18];6(12):466-75. Disponible en: <http://www.ride.org.mx/index.php/RIDE/article/view/215/959>
37. López R, Mancilla E, Villalobos A, Herrera P. Manual de prevención de caídas en el adulto mayor [Internet]. Santiago (Chile): Gobierno de Chile, Ministerio de Salud; 2010 [consultado 2022 mayo 18]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/ab1f8c5957eb-9d59e04001011e016ad7.pdf>
38. Thorell K, Ranstad K, Midlöv P, Borgquist L, Halling A. Is use of fall risk-increasing drugs in an elderly population associated with an increased risk of hip fracture, after adjustment for multimorbidity level: a cohort study. *BMC Geriatr* [Internet]. 2014 [consultado 2022 mayo 18];14: Artículo 131 [alrededor de 28 párrafos]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-14-131>
39. Peraza Delgado A, Sánchez Gómez MB, Gómez Salgado J, Romero Martín M, Novo Muñoz M, Duarte Clíments G. Non-Pharmacological Interventions towards Preventing the Triad Osteoporosis-Falls

- Risk-Hip Fracture, in Population Older than 65. Scoping Review. *J Clin Med* [Internet]. 2020 [consultado 2022 mayo 18];9(8): Artículo 2329 [alrededor de 65 párrafos]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm9082329>
40. Homann B, Plaschg A, Grundner M, Haubenhofer A, Griedl T, Ivanic G, et al. The impact of neurological disorders on the risk for falls in the community dwelling elderly: A case-controlled study. *BMJ Open* [Internet]. 2013 [consultado 2022 mayo 18];3(11):1-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003367>
 41. Lobo Rodríguez C, García Pozo AM, Gadea Cedenilla C, Moro Tejedor MN, Pedraz Marcos A, Tejedor Jorge A. Prevalence of hyponaatraemia in patients over the age of 65 who have an in-hospital fall. *Nefrología* [Internet]. 2016 [consultado 2022 mayo 18];36(3):292-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2016.03.014>
 42. Martínez Pizarro, S. Actualización sobre la prevención de caídas en ancianos. *Gerokomos* [Internet]. 2022 [consultado 2022 mayo 18];33(1):27-31. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000100007
 43. Kim J, Lee W, Lee SH. A systematic review of the guidelines and Delphi study for the multifactorial fall risk assessment of community-dwelling elderly. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [consultado 2022 mayo 18];17(17): Artículo 6097 [alrededor de 40 párrafos]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17176097>
 44. Tricco AC, Thomas SM, Veroniki AA, Hamid JS, Cogo E, Striffler L, et al. Quality improvement strategies to prevent falls in older adults: a systematic review and network. *Age Ageing* [Internet]. 2019 [consultado 2022 mayo 18];48(3):337-46. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afy219>

45. Saravanan M, Vishwajeet S, Prashun S, Nand S, Aparajit D, Dey B. Prevalence and predictors of falls in a health-seeking older population: An outpatient-based study. *Aging Med* [Internet]. 2020 [consultado 2022 mayo 18];3(1):25-31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/agm2.12096>
46. Martín J, Ribeiro Ó, Almeida R, Santos Â. Caídas y temor a caer en los mayores de 75 años. *Gerokomos* [Internet]. 2013 [consultado 2022 mayo 18];24(4):158-63. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000400003>
47. Sousa LM, Marques Vieira CM, Caldevilla MN, Henriques CM, Severino SS, Caldeira S. Instrumentos para evaluación del riesgo de caídas en los ancianos residentes en la comunidad. *Enfermería Global* [Internet]. 2016 [consultado 2022 mayo 18];15(42):490-505. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200017#:~:text=La%20puntuaci%C3%B3n%20total%20de%20la,%E2%89%A518\)\(19\)](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200017#:~:text=La%20puntuaci%C3%B3n%20total%20de%20la,%E2%89%A518)(19)).
48. Silva JR, Coelho SC, Pereira TR, Stackfleh R, Marques S, Partezani RA. Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2012 [consultado 2022 mayo 18];20(5):1-9. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/hzZhBvYJyigmR4knSGXFbKn/?format=pdf&lang=es>
49. Gutiérrez Robledo LM, García Peña MC, Jiménez Bolón JE. Envejecimiento y dependencia. Realidades y prevención para los próximos años [Internet]. México D.F. (México): Academia Nacional de Medicina; 2014 [consultado 2022 mayo 18]. Disponible en: <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L11-Envejecimiento-y-dependencia.pdf>

50. Leiva Caro JA, Salazar González BC, Gallegos Cabriaes EC, Gómez Meza MV, Hunter KF. Connection between competence, usability, environment and risk of falls in elderly adults. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [consultado 2022 mayo 18];23(6):1139-48. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0331.2659>
51. Lohse KR, Dummer DR, Hayes HA, Carson RJ, Marcus RL. Combining the AM-PAC “6-Clicks” and the Morse Fall Scale to Predict Individuals at Risk for Falls in an Inpatient Rehabilitation Hospital. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* [Internet]. 2021 [consultado 2022 mayo 18];102(12):2309-15. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.07.800>
52. Guimarães M, Monteiro M, Matos RT, Furtado C, Fraga Maia H, Almeida L, Filho JO, Pinto EB. External validation of the recurrent falls risk scale in community-dwelling stroke individuals. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* [Internet]. 2020 [consultado 2022 mayo 18]; 29 (9): Artículo 104985. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.104985>
53. Silva de Souza Moreira AC, Zarpellon Mazo G, Poerschke Vieira M, Borges Machado D, Cardoso FL, Vieira Costa de Carvalho R, Moraes Cruz R. Evaluating the psychometric properties of the iconographical falls efficacy scale (ICON-FES). *Clinics* [Internet]. 2020 [consultado 2022 mayo 18];75: Artículo e1427 [alrededor de 43 párrafos]. Disponible en: <https://doi.org/10.6061/clinics/2020/e1427>
54. Chun-Tung K, Duan-Rung C, Ya-Mei C, Peng-Yu C. Validation of the short falls efficacy scale-international for Taiwanese community-dwelling older adults: Associations with fall history, physical frailty, and quality of life. *Geriatric Nursing* [Internet]. 2021 [consultado 2022 mayo 18];42(5):1012-18. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.06.006>



Evaluación de la autonomía, independencia y funcionalidad en personas mayores

Aura Cristina Quino Avila
Claudia Maritza Rubio Barreto





La vejez es una etapa más del ciclo vital y el envejecimiento no es un estado patológico. Es importante tener en claro que se trata de un concepto nacido del constructo social de cada entorno cultural (1,2). Ahora bien, representa un fenómeno demográfico principal, debido al incremento de personas mayores en quienes se prolongan los años de vida (3). Por lo tanto, supone nuevos retos para la definición de políticas públicas. En relación con este particular, es preciso tener en cuenta la desarticulación y segmentación existentes entre los programas preventivos de la salud, razón por la cual se aplican de manera tardía y se enfocan en la prevención secundaria o terciaria. Esto impacta de forma significativa la capacidad de vivir autónomamente, ya de por sí afectada por hábitos poco saludables que pueden adquirirse durante la adolescencia y la edad adulta temprana (4).

Aun así, una meta actual del sistema de salud es mantener la autonomía y la funcionalidad de los adultos mayores (4). Tal propósito plantea, para los responsables de elaborar políticas, retos sin precedentes en el sentido de mantener los niveles de seguridad social y económica, así como la oferta de servicios dirigidos a la población que se encuentra en desventaja, con el fin de afrontar las exigencias sociales de la contemporaneidad (5,6).

En este contexto, a continuación se describen las escalas y los instrumentos de evaluación que determinan el nivel de autonomía, independencia y funcionalidad de la persona mayor.

■ **Autonomía, independencia y funcionalidad en las personas mayores**

Las condiciones demográficas determinan la realización de las actividades de tipo funcional, al presentar exigencias y requerimientos particulares que favorecen o afectan la autonomía y la independencia (7). Al respecto, es pertinente precisar que la funcionalidad del adulto mayor se define de distintos modos. Por una parte, es la capacidad de enfrentar el proceso de

cambio con un nivel adecuado de adaptabilidad y satisfacción propia (8). Además, al entenderse como independencia funcional o suficiencia para llevar a cabo las AVD (1,9,10), se convierte en un factor indispensable para valorar a esta población, al medir su estado de salud y los efectos del deterioro normal (11). Asimismo, se le caracteriza como la posibilidad de satisfacer las necesidades de forma satisfactoria, independiente y autónoma (12) y depende de varios factores: estilo de vida, nivel de condición física, estado de salud y especificidades sociales (1,13,14). En su clasificación se usan tres grados que identifican a las personas: a) funcionalmente sanas, b) funcionalmente en riesgo y c) dependientes (8).

Este último integra los conceptos de autonomía e independencia. Para la OMS, el primero es la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones propias acerca del diario vivir, según las normas y preferencias personales (9). El segundo, como se ha visto, es un indicador de la suficiencia para desempeñar las AVD y sirve de marcador de la capacidad funcional (9,15). Tiene su condición opuesta en la dependencia o necesidad de recurrir a la ayuda de otras personas para cumplir con los actos cotidianos (9,16).

En el mundo, se estima que al menos un 1% de la población con edades superiores a los 65 años es dependiente, un 6% presenta limitaciones severas en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y hasta un 10% experimenta incapacidad moderada. Dichos porcentajes se elevan considerablemente al analizar a quienes se encuentran por encima de los 80 años (17). Específicamente en Colombia, el envejecimiento demográfico ha registrado un incremento notorio en cuanto al nivel de dependencia en los mayores de 65. El 12,52% padece dificultades para moverse o caminar, el 2,53% para hablar y el 3,35% tiene comprometido su autocuidado. Esto implica cambios significativos en el estilo de vida, al igual que en la interacción social y familiar, los cuales influyen directamente sobre la capacidad funcional, principal determinante del estado de salud, al tratarse de la competencia de estas personas para efectuar las AVD sin requerir supervisión o auxilio (18).

En consecuencia, las AVD representan el componente básico de una vida independiente, autónoma y funcional. Se clasifican, además de las ABVD, en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD) (10,15,19). Las ABVD son imprescindibles para sobrevivir y proporcionan un indicio de la autonomía. Tan solo superadas por las funciones vegetativas, incluyen la alimentación, la movilidad, la higiene personal, la continencia esfinteriana y el uso del baño. Su pérdida reduce a la mitad la expectativa vital con respecto a alguien de la misma edad que las conserve y su alteración se da de forma ordenada e inversa a como se adquirieron en la infancia (1,10,15,19,20).

En la misma línea, las AIVD valoran niveles de funcionamiento más elevados y complejos. Permiten detectar grados iniciales de deterioro y miden la suficiencia para acometer tareas domésticas como preparar alimentos, usar el teléfono, comprar, manejar medicamentos y dinero y emplear medios de transporte. Son producto de la interacción de factores físicos, cognoscitivos y emocionales, de habilidades de comunicación, perceptivo-motrices y de procesamiento o elaboración (10,15,20,21). Su valoración es un método potencial para identificar a los mayores frágiles, dada la relación entre fragilidad y daño funcional (21-23).

Por último, las AAVD exigen un amplio rango de funcionamiento y su alteración es el primer signo de disfunción ocupacional (1,16,24). Influenciadas por hábitos, elementos culturales y niveles económicos (25), se vinculan con el estilo de vida, los gustos, las aficiones y las necesidades. En este sentido, las sociedades que ofrecen amplias oportunidades de participación en actividades por fuera del hogar para la población mayor poseen una capacidad superior de garantizar la autonomía y la independencia, como también de estimular la creación de nuevos contactos sociales (25,26,27). De hecho, varias investigaciones han demostrado que numerosas AVD, junto con la educación, la infraestructura y el comercio, se asocian con el estado del funcionamiento físico, la aptitud cardiorrespiratoria, el equilibrio, las habilidades y la fuerza muscular (19,27,28).

■ Instrumentos de evaluación

La evaluación geriátrica integral (EGI), valoración geriátrica integral (VGI) o evaluación multidimensional, es el proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinar en que se aplica el método clínico (20,29,30) para identificar AVD, recursos, estados de salud, capacidades funcionales, médicas y psicosociales de las personas mayores, de modo que permite establecer planes de tratamiento y seguimiento a corto, mediano y largo plazo (17, 20,31). Es necesario aplicar escalas validadas y confiables en la práctica clínica y en la investigación que, junto con el examen, permitan evaluar integralmente cada dominio: funcional, estado mental y afectivo, situación nutricional, fragilidad, historia farmacológica, análisis de la situación socioeconómica y diagnóstico de los distintos síndromes geriátricos (clínico, médico, funcional, mental y social) de la persona mayor (10,29,30,32).

Debe usarse un registro de lo que el paciente hace realmente, no de lo que, en teoría, podría hacer (22). También se requiere entender los mecanismos causantes del compromiso de las dimensiones indicadas, el tiempo de evolución y el grado de reversibilidad, determinado a partir de la aplicación y el uso de herramientas objetivas, específicas y validadas (30,32).

Respecto al examen de la funcionalidad, la cual se establece a través de la independencia y la autonomía, existen instrumentos, test, índices y escalas que abordan la realización de las AVD y recogen respuestas subjetivas, al tiempo que intentan cuantificar el grado de dificultad para efectuar determinadas tareas, con o sin ayuda de alguien más (10,15,22,25,33). En general, las escalas empleadas presentan ciertas limitaciones: sesgo de género, insuficiente validación transcultural y rangos de puntuación de cada ítem poco discriminados. A continuación, se describen algunos de los instrumentos aplicados.

En relación con los test, el índice Katz de actividades de la vida examina la dependencia hacia otros, categoriza esta condición en niveles y describe qué tan funcionales son los pacientes y las poblaciones. Se aplica para evaluar la evolución y la respuesta a un tratamiento y estima en qué medida una persona debe recibir ayuda de otras, para lo cual contempla seis tareas: baño,

vestido, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación. Cada una se clasifica en tres grados (independencia, dependencia parcial y dependencia total), aunque en la actualidad se maneja básicamente como dependencia o independencia. Se considera independiente a quien no requiere colaboración de alguien más ni una asistencia mecánica, mientras que se es dependiente cuando se precisa ayuda, incluso si solo se trata de una supervisión de lo efectuado. También se da esta valoración en caso de no querer realizar una acción, aunque pueda hacerse. Así, este índice se basa en el estado actual del individuo y no en su capacidad real para cumplir las funciones (34).

Existe, además, una versión modificada del índice de Katz. En esta, la evaluación de las AVD incluye bañarse, arreglarse, vestirse, comer, pasar de una cama a una silla, usar el baño y caminar por una habitación pequeña. Esta última actividad y el aseo personal fueron agregadas y se eliminó la continencia. La confiabilidad es alta, tanto la de test-retest a corto plazo (95 a 98%) como la interna para la escala de siete acciones (alfa 0.90) (35).

Un proceso de validación de la escala desde una perspectiva del modelo de Rasch evidenció una fiabilidad para los ítems de 0,98, con una separación de 7,8, y la consistencia interna de las puntuaciones brutas fue de 0,78. La jerarquía de los ítems mostró que la limitación para comer implica la medida de dependencia más alta, mientras que la más baja se da en las dificultades con transferencias y continencia, según el índice de Katz (36).

Otro índice, el de Barthel, incluye diez áreas y ha sido ampliamente utilizado en unidades de rehabilitación y atención primaria. A diferencia del de Katz, el contenido esencial se enfoca en tareas dependientes de las extremidades inferiores, lo cual parece acercarse más al proceso de la discapacidad. Consiste en una escala ordinal que incluye 10 ABVD: vestido, baño, aseo personal, uso del retrete, continencia urinaria y fecal, alimentación, uso de escaleras, deambulación y traslado. Cada ítem puntúa de acuerdo con su relevancia, en un puntaje de 0 a 100 en el que esta última cifra indica la mayor independencia. Los valores de dependencia se categorizan así: más de 60, leve o independencia; 40-55, moderada, y 20-35, severa (37). La reproductibilidad inter e intraobservador se han confirmado en trabajos posteriores, con coeficientes de correlación de 0.88 y 0.98, respectivamente

(34). Los datos de fiabilidad, validez y capacidad de respuesta de la versión española han mostrado coeficientes alfa de Cronbach superiores a 0,70 y el análisis factorial confirmatorio ha proporcionado índices de ajuste y cargas factoriales de forma satisfactoria (38). Este instrumento es el más usado en estudios para evaluar las ABVD en personas mayores (39).

Igualmente, se emplea la escala de incapacidad física de la Cruz Roja de España (10,25,13,24), que al identificar tempranamente la dependencia factible de ser desarrollada, busca diseñar planes de cuidado adaptados a las condiciones individuales (40). También evalúa la incapacidad física según una escala de seis grados que oscilan entre 0 (independencia) y 5 (incapacidad funcional total). La fiabilidad interobservador es un poco inferior y los grados de concordancia en la clasificación de los pacientes varían entre médicos y personal de enfermería, con valores desde el 66 hasta el 71% y coeficientes de correlación de 0.51 a 0.62. Este instrumento se ha criticado por la inexacta definición de sus grados, lo cual disminuye dicha fiabilidad, como también la precisión y la sensibilidad (34).

Un índice más que suele manejarse es el de Lawton y Brody, diseñado para medir los primeros grados de dependencia funcional. Si arroja una puntuación de 8, la persona mayor se califica como independiente, de 4 a 7 es dependiente parcial, y de 0 a 3, dependiente máxima. Su fiabilidad es de 0.85 y reporta una validez de 0.94 (33). Los ocho ítems que lo componen son: utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, tener responsabilidad respecto a la medicación, lavar la ropa, usar medios de transporte y administrar la economía propia. A cada uno se le asigna un valor numérico, ya sea 0 (dependiente) o 1 (independiente) y el consolidado final, obtenido de sumar todas las respuestas, oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total) (34).

En España, el cuestionario VIDA (Vida diaria del anciano) examina 10 tareas, escogidas a través de un panel de expertos multidisciplinares (33). Cada una se puntúa mediante una escala de Likert de 3 o 4 puntos, para llegar a un puntaje total mínimo de 10 y máximo de 38 unidades. Este recurso presenta buena validez concurrente, en comparación con la prueba “levántate y anda” (*Timed Up and Go Test*). Su consistencia interna global,

al ser modificado para las 10 preguntas a través del coeficiente alfa de Cronbach, fue de 0.91 para la modalidad presencial y 0.92 para la telefónica (33). En cuanto a la evaluación de las AAVD, ya que estas poco se miden, es difícil elaborar cuestionarios válidos y fiables en la práctica (20). Aun así, Kuriansky ha conseguido evaluar las actividades de socialización y productivas, políticas, de ocio y tiempo libre, religiosas y espirituales, físicas y deportivas, así como las relaciones interpersonales, el cuidado de otros, el transporte y los viajes (25)

Por su parte, la escala de independencia funcional (EIF) consta de cuatro subescalas, correspondientes a tres capítulos o dominios fundamentales del componente de actividades y participación en la discapacidad, estructurado según la clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud de la OMS. Estas son: cuidado personal, tareas domésticas y movilidad exterior, cada una con seis ítems, y movilidad dentro de la casa, con cinco. La suma de los aspectos de las subcategorías otorga a estas sus respectivas puntuaciones y al totalizarlas se consigue el puntaje definitivo de la EIF. Se maneja un rango de 23 a 69 puntos y de 17 a 51 si nunca se han hecho tareas domésticas.

Entre la comunidad, este instrumento mostró efecto techo (60,65%) sin efecto suelo (0,22%), mientras que ninguno de estos se evidenció (ambos con 2,1%) en las consultas de hospital. La asimetría fue de 2,2 para el medio comunitario y de 0,75 para el hospitalario, en tanto que las correlaciones totales de los ítems oscilaron entre 0,57 y 0,91. El índice alfa de Cronbach indicó valores de 0,90 en el primer medio y de 0,94 en el segundo. Además, para el cuidado personal, se obtuvo 0,87; en las tareas domésticas, 0,95; en la movilidad dentro de la casa, 0,83; y en la exterior, 0,95. En la escala multirrasgo, 83 correlaciones (90,2%) mostraron adecuada validez convergente de las diferentes acciones con sus propias subescalas (72,8% absoluta, 17,4% probable), al tiempo que nueve (9,8%) resultaron más altas, con dimensiones distintas a la propia. El coeficiente de homogeneidad de los ítems registró 0,89, 0,74, 0,53 y 0,76 en las respectivas subcategorías. Finalmente, tres factores identificados por el análisis factorial explicaron el 74,3% de la varianza (41).

En lo referente a la *List of Advanced Activities of the Daily Living* (lista de actividades avanzadas de la vida diaria), su escala posee 13 ítems sin dominios que es posible responder mediante tres opciones: “nunca terminado”, “dejó de hacer” y “sigue haciendo”, y se cuantifican entre 1 y 3 puntos, con un puntaje mínimo de 13 y máximo de 39. Esta escala mostró una aceptación de propiedades psicométricas que demuestran una medida válida y confiable para analizar dichas actividades en las personas mayores (42).

La escala de autoeficacia para envejecer (EAE) forma parte del *European Survey on Aging Protocol* (ESAP) y sirve de medida adicional para determinar los niveles de competencia en la vejez y el envejecimiento exitoso. Su objetivo es medir estas condiciones en varias dimensiones: salud, cognición, habilidades físicas, socioemocionales y funcionales. Está conformada por 10 ítems con cuatro alternativas de respuesta (casi nada, algo, bastante y mucho) entre las cuales se elige la mejor para expresar lo que puede pasar en el futuro. Ofrece una confiabilidad para variables latentes ($\omega = .88$ [IC95%: .84 - .91]) y las puntuaciones observadas ($\alpha = .88$ [IC95%: .84 - .91]) presentan los mismos valores. Al mismo tiempo, ha demostrado tener buena confiabilidad y evidencias empíricas para ser aceptada, con base en su estructura interna, validez convergente y discriminante (43).

Respecto al *Health Assessment Questionnaire* (HAQ), es un cuestionario adaptado y validado en francés, con una escala de 0 a 3 para puntuar el estado funcional de los pacientes. Estos se clasifican con discapacidad en diferentes grados: leve (puntaje 0-1), moderada (puntaje 1-2) y severa (puntaje superior a 2) (44). A su vez, el *Health Assessment Questionnaire–Disability Index* (HAQ-D1), reporta una fiabilidad aceptable test-retest del HAQ total y de cada ítem, con estimaciones que varían de 0.71 a 0.95. La consistencia interna entre las respuestas para los ítems es satisfactoria, con un alfa de Cronbach de 0.927, mientras que la eliminación de cada dominio del análisis no ha producido cambios significativos en el valor, con el alfa más bajo de 0.919 (45).

Finalmente, el cuestionario de estado funcional (FSQ), desarrollado originalmente para facilitar la evaluación integral y eficiente del funcionamiento físico, psicosocial, social y de roles en pacientes ambulatorios, incluye preguntas adaptadas de instrumentos anteriores, como la evaluación del

estado funcional, la encuesta experimental del seguro de salud y el *Sickness Impact Profile*. Se ha traducido al sueco, francés y alemán, y luego se adoptó como parte del SF-36 (46). Posee dos escalas que examinan igual número de aspectos de la función física: una cuenta con tres ítems de ABVD, y la otra, con seis de actividades intermedias de la vida diaria (IADL). Una más contiene cinco elementos para la salud mental. Esta incorpora, a su vez, tres escalas de medición de las funciones sociales o de roles que permiten obtener una medida del desempeño laboral por medio de seis ítems referentes a acciones verificadas durante el mes previo, como también de la función social (tres ítems), y de la interacción (cinco). Las respuestas a estos se promedian dentro de una serie de valores y se transforman a un puntaje con un rango potencial de 0 ± 100 .

Cabe señalar que las respuestas a las ABVD y AIVD no suscitan grandes sesgos culturales, sociales o de género. De hecho, las acciones de bañarse, vestirse o alimentarse no cambian mucho (15). Las medidas basadas en el rendimiento de estas son comparables entre sí, aunque generalmente miden distintos aspectos de funcionamiento (13,47). Más aún, se encuentran test validados internacionalmente que valoran realidades de las AVD (48).

■ Conclusiones

La capacidad de realizar las AVD de manera funcional favorece la independencia y la autonomía en las personas mayores, es decir, la posibilidad de que por sí mismas cumplan acciones indispensables para satisfacer sus necesidades en las esferas económica, social, cultural y política. Estas dimensiones de la vida son medibles con instrumentos validados que permiten obtener datos confiables y reflejan la realidad en un contexto particular. A partir de los resultados y de su análisis es posible desarrollar estrategias de intervención en la cuales se involucren entes gubernamentales, en aras del bienestar y la CV de tal población.

Referencias

1. Flórez CE, Villar L, Puerta N, Berrocal L. El proceso de envejecimiento de la población en Colombia: 1985-2050 [Internet]. Bogotá (Colombia): Fundación Saldarriaga Concha; 2015 [consultado 2018 mar 12]. Disponible en: http://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/1021/Repor_Diciembre_Arbelaez_Ayala_y_Poterba.pdf?sequence=1
2. Palacio D, Cajigas B, Rodríguez J, Helfer S, Valdes S. Política nacional de envejecimiento y vejez. Bogotá (Colombia): Ministerio de Protección Social; 2007.
3. Peláez E, Monteverde M, Acosta L. Celebrar el envejecimiento poblacional en Argentina: desafíos para la formulación de políticas. *Saberes*. 1966;1:81-7.
4. García B. Algunas estrategias de prevención para mantener la autonomía y funcionalidad del adulto mayor. *Rev Med Clin Las Condes* [Internet]. 2010 [consultado 2022 mayo 18];21(5):831-7. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864010706040>. doi.org/10.1016/S0716-8640(10)70604-0
5. Soto M, Velasco Rodríguez R, García Ortiz L, Barajas Martínez A, Aguilar Núñez L, Rodríguez ML. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. *Rev Enfermería Instituto Mexicano Seguridad Social*. 2015;23(1):9-15.
6. Creagh M, García D, Valdés R. Envejecimiento poblacional como reto de la ciencia, la técnica y la sociedad. *Rev Habanera Ciencias Médicas*. 2015;14(6):884-92.
7. Castellanos J, Día DE, Gómez DE, Guerrero CM. Condición física funcional de adultos mayores de centros día, vida, promoción y protección integral, Manizales. *Hacia Promoc Salud*. 2017;22(2):84-98.

8. Monroy Rojas A, Contreras Garfias ME, García Jiménez MA, García Hernández ML, Cárdenas Becerril L, Rivero Rodríguez LF. Estatus funcional de adultos mayores de Tláhuac, Ciudad de México. *Rev Enferm Universit*. 2016;13(1):25-30.
9. Ministerio de Salud y Protección Social - Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias). Encuesta SABE: vejez y calidad de vida en Colombia. Bogotá (Colombia): Ministerio de Salud y Protección Social; 2016.
10. Arik G, Varan HD, Yavuz BB, Karabulut E, Kara O, Kilic MK, et al. Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish older adults. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2015 [consultado 2022 ago 3];61(3):344-50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2015.08.019>
11. Velasco Hernández BX, Salamanca Ramos E, Velasco Páez ZJ. Funcionalidad de los adultos mayores de los centros Vida de Villavicencio - Colombia. *Rev Ciencia y Cuidado* [Internet]. 2019 [consultado 2022 mar 16];16(3):72-81. Disponible en: <https://doi.org/10.22463/17949831.1556>
12. Cano Gutiérrez C, Borda MG, Reyes Ortiz C, Arciniegas AJ, Samper Ternent R. Evaluación de factores asociados al estado funcional en ancianos de 60 años o más en Bogotá, Colombia. *Biomédica* [Internet]. 2017 [consultado 2022 abr 25];37:57-65. Disponible en: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v37i1.3197>
13. Jaimes EL, Camargo Hernández K, Torregroza EC, Martín Carbonell M. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos*. 2017;28(3):135-41.

14. García Pinillos F, Cozar Barba M, Muñoz Jiménez M, Soto Hermoso V, Latorre Roman P. Gait speed in older people: An easy test for detecting cognitive impairment, functional independence, and health state. *Psychogeriatrics* [Internet]. 2016 [consultado 2022 feb 15];16(3):165-71. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/psyg.12133>.
15. Ramos LR, Andreoni S, Coelho-Filho JM, Lima-Costa MF, Matos DL, Rebouças M, et al. Screening for dependence in activities of daily living in the elderly: Minimum set of questions. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2013 [consultado 2022 jul 15]; 47(3):506-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004325>
16. Megret A, Naranjo M, Fong Y. Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. *Rev Cub Enferm*. 2002;18(1):43-9.
17. Esmeraldas Vélez EE, Falcones Centeno MR, Vásquez Zevallos MG, Solórzano Vélez JA. El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento* [Internet]. 2019 [consultado 2022 mar 12];3(1):58-74. Disponible en: <http://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/357>
18. Paredes YV, Yarce E, Aguirre DC. Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad Sn. Juan de Pasto, Colombia. *Rev Cienc Sal*. 2018;16(1):114-28.
19. Candela F, Zucchetti G, Ortega E, Rabaglietti E, Magistro D. Preventing loss of basic activities of daily living and instrumental activities of daily living in elderly: Identification of individual risk factors in a holistic perspective. *Holist Nurs Pract* [Internet]. 2015 [consultado 2022 mayo 15];29(5):313-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/HNP.000000000000106>.
20. Tabares VZ. Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. *Panorama Cuba y Salud*. 2014;9(1):35-41.

21. Da Silva Alexandre T, Pires Corona L, Pires Nunes D, Ferreira Santos JL, De Oliveira Duarte YA, Lebrão ML. Disability in instrumental activities of daily living among older adults: gender differences. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014 [consultado 2022 jun 14];48(3):379-89. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004754>.
22. Da Silva Alvaro, Da Silva G. La fragilidad. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology* [Internet]. 2017 [consultado 2022 ene 25];1(2):13-32. Disponible en: doi: 10.17060/ijodaep.2017.n2.v1.1130
23. Fieo RA, Austin EJ, Starr JM, Deary IJ. Calibrating ADL-IADL scales to improve measurement accuracy and to extend the disability construct into the preclinical range: A systematic review. *BMC Geriatr* [Internet]. 2011 [consultado 2022 jul 05];11:1-15. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/11/42>
24. Herrera MS, Saldías P, Testa N. Validación de un test breve para evaluar capacidad funcional en adultos mayores en Chile. *Rev Med Chile* [Internet]. 2014 [consultado 2022 sep 24];142(9):1128-35. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000900006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
25. Rodríguez J, Zas V, Silva E, Sanchoyerto R, Cervantes M. Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. *Panorama Cuba y Salud*. 2014;9(1):35-41.
26. Morsch P, Nunes G, Navarro JH, Diprat Trevisan M, Gomes D, Gonçalves AJ. Características clínicas e sociais determinantes para o idoso sair de casa. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2015 [consultado 2022 mar 18];31(5):1025-34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/01021-311X00053014>
27. Nelson ME, Layne JE, Bernstein MJ, Nuernberger A, Castaneda C, Kaliton D, et al. The Effects of Multidimensional Home-Based Exercise on Functional Performance in Elderly People. *J Gerontol*

- Series A [Internet]. 2004 [consultado 2022 sep 23];59(2):M154-60. Disponible en: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/59/2/M154/610284>
28. Rodríguez Quintana T, Fabelo Roche JR, Iglesias Moré S. Barreras percibidas en los servicios comunitarios y de salud por los adultos mayores. *Rev Cub Salud Pública* [Internet]. 2017 [consultado 2022 oct 12];43(1):16-26. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2017.v43n1/16-26/#>
 29. Casado Verdejo I, Postigo Mota S, Vallejo Villalobos JR, Muñoz Bermejo L, Arrabal León N, Barcena Calvo C. Valoración geriátrica integral. *Rev Enferm*. 2015;38(9):55-60.
 30. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Consens d'un sistema de valoració multidimensional/geriàtrica ràpida a Catalunya [Internet]. Barcelona (España): Direcció General de Planificació en Salut, Departament de Salut; 2022 [consultado 2022 nov 12]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11351/7538>
 31. Jiménez B, Baillet-Esquivel LE, Ávalos F, Campos L. Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. *Atención Familiar* [Internet]. 2016 [consultado 2022 nov 12];23(4):129-33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.af.2016.08.002>
 32. Sánchez García E, Montero Errasquin B, Cruz Jentoft A. Actualización en valoración geriátrica integral. *Anales Ranm* [Internet]. 2020 [consultado 2022 dic 1];(137):77-82. Disponible en: https://analesranm.es/revista/2020/137_01/13701doc01
 33. Soler König GF, Sáenz VP, Caruso D, Reyes-Toso ML, Elizondo CM, Lesende IM. Validación transcultural y confiabilidad telefónica del cuestionario “Vida diaria del anciano” modificado. *Medicina*. 2016;76(3):153-8.

34. Trigás Ferrín M, Ferreira González L, Meijide Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clínica [Internet]. 2011 [consultado 2022 ago 1];72(1):11-6. Disponible en: <http://www.galiciaclinica.info/PDF/11/225.pdf>
35. Snih S, Markides KS, Ottenbacher KJ, Raji MA. Hand grip strength and incident ADL disability in elderly Mexican Americans over a seven-year period. *Aging Clin Exp Res*. 2004;16(6):481-6.
36. Rojas Gualdrón DF, Ayala Hernández JM, Cardona Arango D, Segura Cardona AM, Garzón Duque MO. Análisis de Rasch del índice de independencia de Katz en actividades de la vida diaria en adultos mayores de Antioquia, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2019 [consultado 2022 jun 15];37(2):89-95. Disponible en: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v37n2a10>.
37. Loredó Figueroa MT, Gallegos Torres RM, Xequé Morales AS, Palomé Vega G, Juárez Lira A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2016 [consultado 2022 mar 18];13(3):159-65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>
38. González N, Bilbao A, Forjaz MJ, Ayala A, Orive M, García Gutiérrez S, et al. Psychometric characteristics of the Spanish version of the Barthel index. *Aging Clin Exp Res*. 2018;30(5):489-97.
39. Casanova Muñoz V, Hernández Ruiz Á, Durantez Fernández C, López-Mongil R, Niño-Martín V. Description and clinical application of comprehensive geriatric assessment scales: A rapid systematic review of reviews. *Revista Clínica Española* [Internet]. 2022 [consultado 2022 mar 17];222(7):417-31. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rceng.2022.01.002>

40. Sheikh K, Smith DS, Meade TW, Goldenberg E, Brennan PJ, Kinsella G. Repeatability and validity of a modified activities of daily living (ADL) index in studies of chronic disability. *Disabil Rehabil* [Internet]. 1979 [consultado 2022 nov 05];1(2):51-8. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/03790797909164024>
41. Martínez Martín P, Fernández Mayoralas G, Frades Payo B, Rojo Pérez F, Petidier R, Rodríguez Rodríguez V, et al. Validación de la escala de independencia funcional. *Medicina*. 2009;23(1):49-54.
42. Dias EN, Da Silva JV, Pais Ribeiro JL, Martins T. Validation of the advanced activities of daily living scale. *Geriatric Nursing* [Internet]. 2019 [consultado 2022 oct 15];40(1):7-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.05.008>
43. Caycho Rodríguez T, Ventura León J, Azabache Alvarado K, Barboza Palomino M, Fergusson Cárdenas I, Rojas Jara C. Evidencias psicométricas iniciales de la escala de autoeficacia para envejecer (EAEE) en adultos mayores peruanos. *Psychologia* [Internet]. 2018 [consultado 2022 mayo 04];12(2):47-60. Disponible en: <https://doi.org/10.21500/19002386.3421>
44. Combe B, Cantagrel A, Goupille P, Bozonnat MC, Sibilia J, Eliaou JF, et al. Predictive Factors of 5-Year Health Assessment Questionnaire Disability in Early Rheumatoid Arthritis. *Journal of Rheumatology*. 2003;30(11):2344-9.
45. Vaidya B, Joshi R, Lama LD, Nakarmi S. Translation, cross-cultural adaptation and validation of Nepali version of Health Assessment Questionnaire-Disability Index in rheumatoid arthritis patients from Nepal. *Int J Rheum Dis* [Internet]. 2019 [consultado 2022 abr 15];22(10):1871-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1756-185X.13670>
46. Cleary PD, Jette AM. Reliability and validity of the functional status questionnaire. *Quality of Life Research*. 2000;9(1):747-53.

47. De Los Santos PV, Carmona Valdés SE. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. Población y Salud en Mesoamérica [Internet]. 2017 [consultado 2022 abr 12];15(2):Artículo 5 [alrededor de 58 párrafos]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15517/psm.v15i2.29255>
48. Paterson DH, Warburton DE. Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. Int J Behav Nutr Phys Act [Internet]. 2010 [consultado 2022 mar 14];7:Artículo 38. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2882898&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>



Actividad física y funcionalidad en la persona mayor

Rocío del Pilar Castellanos Vega
Angelica María Cortés Sánchez
Leydy Karina Soche Monsalve





Desde hace un siglo, los países desarrollados han abordado de forma paulatina y gradual el envejecimiento poblacional, al ser un proceso que representa uno de los mayores retos mundiales en términos intersectoriales. En efecto, si bien la esperanza de vida ha crecido, llegar a esa etapa del ciclo vital con CV se ha convertido, de por sí, en un desafío (1). Aunque las patologías factibles de presentarse y su impacto en la funcionalidad han sido atendidas, la OMS sostiene que será ineludible afrontar nuevas exigencias de salud global, como las ECNT y la propia vejez. Para tal fin, se precisan planes y políticas a nivel internacional, nacional y local, en aras de posibilitar un “envejecimiento activo” orientado a mejorar la salud, el empoderamiento, la seguridad y la CV de las personas mayores (2).

Por consiguiente, los programas bajo este marco tienen como principal objetivo en el mundo mantener y recuperar la funcionalidad y la independencia de dicha población. Bajo esta orientación, se ha buscado incentivar la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, lo cual se relaciona directamente con el aumento del bienestar biológico y psicológico de los individuos, en especial si se verifica mediante la realización regular de actividad física (3). En la medida que esta trae notables beneficios en la funcionalidad del adulto mayor, el propósito de este capítulo es presentar tal impacto favorable.

■ Envejecimiento activo

El envejecimiento se comprende como un proceso irreversible, natural y progresivo que presentan todos los seres vivos y ocasiona dificultades en su interacción con el entorno. Asimismo, causa el deterioro de sistemas que posibilitan una dinámica independiente y funcional del ser humano, como son el osteomuscular, el neuromuscular y el cardiovascular. Al afectar las habilidades, el desenvolvimiento en los variados roles de la vida diaria se ve limitado (4) y la persona, con el paso del tiempo, va perdiendo sus funciones,

realidad reflejada en el aislamiento social, la restricción en el desarrollo de actividades y en la participación activa en quehaceres usualmente desempeñados. Por tal motivo, es preciso abarcarlo desde una mirada no solo atinente a la edad fisiológica, sino también desde las dinámicas degenerativas corporales y la conexión con la pérdida de las capacidades (5).

Cabe destacar el impacto directo ejercido sobre tales procesos por los determinantes sociales de la salud. Estos se definen como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida” (6, s.p.). Un informe de la OMS de 2009 entrega una visión global de estos y evidencia el inadecuado estado sanitario de distintas poblaciones en el planeta a causa de las desigualdades sociales, problemática que afecta las condiciones de vida (acceso a la atención sanitaria, escolarización, vivienda, educación, alternativas de trabajo y tiempo libre) y la posibilidad de una existencia próspera (7).

Los determinantes sociales de la salud están constituidos por aquellos de tipo estructural y las condiciones de vida en su conjunto y son causantes de la mayoría de disparidades sanitarias entre los países y dentro de ellos (7). Esto no es un fenómeno natural, sino el resultado de la combinación de políticas y programas sociales deficientes y la mala gestión.

En consecuencia y en consonancia con estimaciones sobre el incremento de la esperanza de vida de la población, es necesario que este sea directamente proporcional con una mejora de la CV. Para tal fin, conjuntamente con una continua revisión y una intervención ecuaníme, tanto de las políticas públicas de salud como de los determinantes sociales, es relevante fomentar el autocuidado y equilibrarlo con la solidaridad intergeneracional y los entornos adecuados para las personas de edad avanzada (8). De tal modo, resulta más viable que el envejecimiento activo corresponda con la dirección trazada por la OMS, al entenderlo como un “proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez” (7, p. 42).

Para responder a tales pautas planteadas por la OMS, en Colombia se implementó la Política Nacional de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024 (9). Esta resalta la importancia de crear acciones a corto, mediano y largo plazo que atiendan las necesidades de los adultos mayores y sigan las recomendaciones de diferentes asambleas mundiales.

En este contexto, el envejecimiento activo se basa ampliamente en impulsar la realización regular de actividad física, pues investigaciones recientes demuestran el beneficio de dicha práctica en la población mayor y aseguran que la respuesta de esta al ejercicio moderado o leve es cualitativa y cuantitativamente similar a la registrada en adultos jóvenes (7). Tal actividad se considera una de las principales estrategias de prevención de enfermedades y promoción de la salud, de ahí la pertinencia de implementarla desde temprana edad con la intención de impedir la aparición de males crónicos en la adultez. Se apunta así a evitar un acelerado deterioro de las funciones y capacidades y prevenir la morbilidad y mortalidad de quienes han llegado a la vejez (10,11), al mejorar su funcionalidad y CV (4,5,7-12).

■ Actividad física en la persona mayor

La actividad física es un concepto tanto del deporte como del ejercicio corporal. Desde una dimensión biológica, se entiende como toda práctica que, para garantizar su ejecución, requiere un gasto energético, involucra la acción conjunta de múltiples sistemas, desarrolla potencialidades del cuerpo con base en elementos fisiológicos y físicos y aumenta la tasa metabólica, producto del movimiento ejercido con los músculos esqueléticos. Al abordarse a partir de una perspectiva social, corresponde a una serie de faenas que es mediada por los entornos donde el individuo se desenvuelve, imprime unas condiciones, es fuente de conocimiento, comunicación, emoción, esparcimiento y salud (13). Desde una mirada integral, es determinada por factores sociales, culturales, políticos y del desarrollo humano.

Es necesario tener en cuenta que las alteraciones físicas y funcionales enfrentadas por los adultos mayores suelen asociarse con la pérdida de fuerza muscular, flexibilidad, equilibrio, visión, memoria y audición, y con problemas psicosociales, entre ellos los desequilibrios en la salud emocional

y la discriminación familiar, todo lo cual trae un impacto sobre las capacidades de las personas. Debido a los cambios morfofisiológicos, la mayoría presenta patologías propias de la etapa, como sarcopenia y disminución de la potencia muscular (14).

Ahora bien, al relacionarse directamente con la adopción de hábitos y estilos saludables, la actividad física facilita un empoderamiento orientado hacia la salud, tanto para el individuo como de forma colectiva en una comunidad. Por tal razón, se insiste en la importancia de promocionarla en todas las fases de la vida y esta indicación ha sido documentada (15,16). Un ejemplo es el informe “Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud” (17), publicado por la OMS y que recuerda el reto actual representado por el envejecimiento poblacional, al tiempo que destaca cómo la práctica de dicha actividad a través de los años es una estrategia sustancial en la prevención de las ECNT, pues garantiza la autonomía y funcionalidad de las personas mayores, factores esenciales en el mantenimiento de su CV.

Claro está que al elaborar un programa de actividad física destinado a tal población, debe identificarse el estado de salud de los destinatarios, pues existen contraindicaciones como las enfermedades, entre ellas hernias, cataratas, lesiones en las articulaciones, hemorragia retiniana y dolor torácico inestable, como también diagnósticos de las de tipo crónico: asma, diabetes, hipertensión, insuficiencia cardíaca congestiva y dolor musculoesquelético (18).

En consecuencia, se recomienda planificar ejercicios variados, como los de movilizaciones articulares, la marcha, los orientados a optimar el equilibrio y el desempeño de los distintos grupos musculares, el fortalecimiento respiratorio y los estiramientos musculares, con estrategias de enfoque variado para aplicarlos, entre estas las caminatas, la gimnasia y las dinámicas recreativas (18). Igualmente, hay opciones que contribuyen a mantener o mejorar la capacidad aeróbica y favorecen directamente la conservación de la capacidad funcional (19-21), al evitar la disminución del gasto cardíaco y la reducción en la diferencia de oxígeno arteriovenoso (22). Pueden incorporarse otras de tipo moderado dirigidas a la rehabilitación cardiorrespiratoria, más aún en quienes padecen patologías cardiovasculares recurrentes.

En definitiva, se ha destacado el valor de la actividad física regular en el prolongamiento de la vida, dado su efecto protector ante enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer, diabetes, obesidad y síndrome metabólico (16), e igualmente su impacto en la disminución de la mortalidad prematura (23). Asimismo, se ha demostrado que los niveles de funcionalidad en las personas mayores físicamente activas son más elevados en comparación con las sedentarias (24). A la par con su efecto positivo sobre las patologías y condiciones nombradas, Prieto, Sandoval y Cobo (25) concluyeron que es favorable para quienes padecen osteopenia y osteoporosis, en particular si se efectúan ejercicios de fortalecimiento muscular y soporte de peso, trabajo de fuerza y postura, lo cual trae beneficios en la CVRS y mejoras en las condiciones asociadas con el estado de salud.

Además de la fuerza, otros ejercicios recomendados son los destinados a la flexibilidad, el equilibrio y la reeducación de la marcha (26,27), también de provecho para la funcionalidad y, por lo tanto, con un impacto directo sobre la CV. Es oportuno recalcar que esta se puede describir como la imagen creada por un individuo respecto a su propia vida dentro de contextos culturales, normas de convivencia y valores, a lo que se suma la percepción de su salud física, estado psicológico, nivel de independencia, entorno social y económico (11).

■ Dimensiones

Los beneficios de la actividad física en la CV de los adultos mayores han sido puestos de manifiesto en distintas investigaciones. Clifford, Rahardjo, Bandelow y Hogervorst (28) llevaron a cabo un estudio de tipo transversal de cohorte con un grupo de esta población en Indonesia, empleando el SF-36 y la escala de Lawton y Brody como instrumentos de medición, los cuales se aplicaron con posterioridad a los ejercicios para constatar el vínculo entre la realización regular de estos y la eficiencia en el desempeño de las AIVD y la CVRS.

Correa, Gámez, Ibáñez y Rodríguez (29), en un estudio transversal que buscó determinar la aptitud física de mujeres mayores vinculadas a un programa de envejecimiento activo, midieron este proceso por medio

de perímetros, índice de masa corporal, resistencia aeróbica y fuerza. Encontraron que una ejercitación frecuente resulta favorable en el nivel de aptitud física en lo concerniente a la fuerza de los miembros inferiores y la capacidad aeróbica, por lo tanto, permite un mejor desempeño en la ejecución de las ABVD y AIVD.

El ensayo clínico aleatorizado conducido por Beauchamp et al. (30) no solo ratificó las virtudes de los ejercicios debidamente planeados sino que expuso cómo los determinantes estructurales de la salud influyen sobre la permanencia en su aplicación regular. A su vez, identificó tasas mayores de adherencia de las personas mayores cuando se efectúan en grupos mixtos con edades próximas entre sí y actividades similares en frecuencia y tiempo.

Otro ensayo de este tipo, a cargo de Bonnefoy et al. (31), cuyos participantes pertenecían a un programa basado en la caminata para promover la actividad física en el hogar, reveló diferencias positivas significativas respecto al grupo control en el desempeño de las ABVD y las AIVD, así como en la CV percibida. Esto concuerda con los trabajos de Singh et al. (32) y Kerse, Elley, Robinson y Arroll (33). En general, los estudios resaltan la relevancia de diseñar y ejecutar iniciativas destinadas a promover la salud y sustentadas en realizar constantemente dinámicas físicas, con el fin de optimizar la funcionalidad y la CVRS.

Bhamani, Khan, Karim y Mir (34) demostraron que la depresión es un factor determinante de la CVRS y la funcionalidad. El efecto positivo sobre esta última de la actividad corporal y el vínculo entre dicho estado emocional y el desenvolvimiento en las AIVD entre la población adulta mayor que, para prevenirlo, recurre al ejercicio como mecanismo, fueron constatados mediante los resultados de un estudio descriptivo transversal en Pakistán.

Un común denominador en los trabajos mencionados es que el estilo de vida sedentario se asocia con la disminución de la funcionalidad y la autonomía al desempeñar las ABVD. Esto lo corrobora el estudio descriptivo de Araujo, Pereira y Martín (35), enfocado en estas dos condiciones y el nivel de actividad física en un grupo de mujeres mayores. El cumplimiento

de las ABVD en las físicamente activas arrojó diferencias considerables en comparación con las inactivas, resultados semejantes a los obtenidos por Atay, Toraman y Yaman (36).

Es posible concluir, tras revisar los estudios citados, que la realización regular de actividad física en la persona mayor garantiza la funcionalidad y la CV. Por lo tanto, se pone de relieve la importancia de gestionar políticas y programas intersectoriales que garanticen la implementación de planes para promover esa práctica dentro de las comunidades, en aras de mejorar la salud y la CV, ya sea a nivel local, regional, nacional o internacional (37).

■ **Funcionalidad en la persona mayor**

El estado de salud en la vejez varía entre un individuo y otro, según sean las características de cada organismo, el grado de deterioro de este y los hábitos adoptados a lo largo del ciclo vital, condiciones que acrecientan o reducen las posibilidades de sufrir enfermedades al llegar a tal etapa. Aunque esta no debe ser sinónimo de dolor y alteración (38), es posible identificar a lo largo de sus años un impacto de las patologías crónicas sobre distintos sistemas, lo cual ocasiona problemas para controlar los movimientos y las funciones del cuerpo, con la consecuente reducción de la capacidad para ser funcional. Esto, a su vez, limita la ejecución de las ABVD (5) e incrementa la probabilidad de dependencia.

Debe considerarse que una enfermedad puede acarrear varios efectos: afectar de forma notoria la independencia funcional; dificultar el movimiento coordinado, selectivo y eficaz; limitar la marcha y la locomoción, entre otras funciones, al igual que ABVD como el aseo autónomo, el autocuidado y la alimentación; restringir la participación en actividades propias de cada rol desempeñado en la sociedad, entre ellas las de ocio y tiempo libre, la práctica de ejercicio físico en comunidad y el cumplimiento de las labores inherentes a un empleo. Todo esto se refleja en la CV, de ahí la pertinencia de mantener las capacidades funcionales para garantizar una vida “mejor y con mayor independencia” (39, s.p.).

Ante un panorama tan complejo, la valoración de la persona mayor no solo debe centrarse en lo biológico, sino que, necesariamente, ha de ser geriátrica y multidimensional, con el fin de abordar, además de ese aspecto, el psicológico, el económico y su contexto. Tal enfoque reconoce que la confluencia de lo físico, mental y social constituye la funcionalidad (40,41).

La tabla 1 expone instrumentos sugeridos para cada criterio que es preciso contemplar en una valoración de ese tipo (42), en la cual se consideren todos los aspectos referidos.

Tabla 1. Criterios e instrumentos para la valoración geriátrica multidimensional

CRITERIO	INSTRUMENTOS
Clínico	Anamnesis
	Exploración física
	Exploraciones complementarias
Funcional	Índice de actividades de la vida diaria (KATZ)
	Índice de Barthel
	Escala Plutchik
	Índice de Lawton y Brody
	Escala de incapacidad física de la Cruz Roja de España
	Cuestionario VIDA (Vida Diaria del Anciano) de España
	Escala de Independencia Funcional (EIF)
	List of Advanced Activities of the Daily Living
	Escala de Autoeficacia para Envejecer (EAEE)
	Functional Disability Assessment (HAQ)
	Health Assessment Questionnaire–Disability Index (HAQ-D1)
	Cuestionario de estado funcional (FSQ)
	Evaluación del estado funcional, Sickness Impact Prole y Encuesta experimental del seguro de salud

Mental	Valoración cognitiva
	Cuestionario de Pfeiffer (Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ)
	Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE)
	Minixamen Cognoscitivo de Lobo (MEC)
	Test del reloj
	Set-tests
	Test de los siete minutos
	Valoración afectiva
	Escala de depresión geriátrica Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS)
	Inventario de depresión de Hamilton
	Inventario de depresión de Beck
	Escala de Zung
	Escala de Cornell de depresión en la demencia
	Escala de depresión y ansiedad de Goldberg
Social	Escala OARS de recursos sociales
	Escala de valoración sociofamiliar de Gijón
	Escala de Filadelfia (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale)

Fuente los autores, con base en García-Arilla Calvo, Mesa Lampré, Sanjoaquín Romero y Fernández Arín (42)

Distintas investigaciones que evalúan la funcionalidad y estudian su relevancia en la CV de las personas mayores, han incorporado uno o más criterios de la valoración geriátrica multidimensional. Así, Villareal y Month (43) tratan la condición sociofamiliar, asistencial y funcional de estos adultos en dos comunas de Sincelejo y emplean la encuesta para establecer las características sociodemográficas, los hábitos higiénicos y los problemas de salud. Con la escala de Lawton y Brody y el índice de Katz realizan la mencionada evaluación y mediante el Mini-Mental, la cognitiva. Encontraron que los examinados están “en vulnerabilidad y riesgo social, presentan buena capacidad funcional, la cual se deteriora con el incremento de la edad y presentan una elevada comorbilidad” (43, s.p.).

Giraldo y Franco se enfocan en quienes han perdido la funcionalidad en el autocuidado y en los elementos para la atención familiar y de enfermería en casa. En la valoración, usan los mismos instrumentos de Villareal y Month y entre sus resultados, identificaron entre el 47.5% y el 27.5% de

los sistemas cardiovascular, osteomuscular y neurológico afectados por ECNT; las actividades básicas comprometidas entre el 67.5% y el 55% y para las instrumentales, entre el 95% y el 75% requería ayuda y estaba en total dependencia (44).

Al evaluar el estado funcional de 743 adultos de edad avanzada en el área rural, Singh et al. evidenciaron que, para las ABVD, el 97.3% era totalmente independiente, el 2.7%, dependiente en una o más actividades y el 0.5%, dependiente total. En cuanto a las AIVD, el 3.5% presentaba dependencia, el 84.6% independencia completa y el 11.9% dependencia para una o más, especialmente cocinar. En conclusión, la mayoría podía ejecutar con plena autonomía sus ABVD, en comparación con las AIVD (33).

Dorantes, Ávila, Mejía y Gutiérrez (45) reconocen en el diseño de programas de salud un factor asociado con la funcionalidad para las ABVD, ya que estos permiten detectar el riesgo de perder la autonomía y pueden favorecer la implementación de estrategias orientadas a revertir este proceso y procurar la conservación de la independencia funcional.

Zavala y Domínguez (46) también utilizan el índice de Katz y la escala de Lawton y Brody. De los individuos evaluados, el 26% no mostró incapacidad, el 33% una muy leve, el 17% leve, el 23% moderada y el 1% severa. En lo referente a las ABVD, el 8% es independiente, el 71% moderadamente independiente y el 21% dependiente absoluto, de manera que la mayoría reporta algún grado de dependencia, tanto en estas actividades como en las AIVD. Para esta condición también se constató una asociación estadísticamente significativa respecto a la edad: su grado se eleva entre más años se han alcanzado.

Lara y Mardones (47) se valen del índice de Barthel, la escala de depresión Yesavage y el cuestionario portátil breve del estado mental de Pfeiffer, centrado en el aspecto cognitivo. El 65% de quienes tomaron parte en su estudio no participaba en grupos comunitarios y el 82% siempre tenía apoyo en emergencias. La percepción de la salud fue buena o regular entre el 37% y el 38%; el 91% padecía enfermedades crónicas, principalmente hipertensión arterial (con el 75%), si bien se observó además sobrepeso y

obesidad en el 41% y el 18%, respectivamente, en tanto que el 52% estaba libre de depresión. Funcionalmente, en el 61% prevaleció la independencia y el 39% reportó dependencia leve. Las principales ABVD con alteraciones fueron: deambular, con el 44%; subir y bajar escalones, 86%; trasladarse entre la silla y la cama, 33%, e incontinencia urinaria, 24%.

El cuestionario con la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF) fue aplicado por Torres et al. (48) junto con el índice de Katz y la escala de Lawton y Brody. La EGEF incluye componentes afines a los de la valoración geriátrica multifuncional: continencia, audición, visión, movilidad, equilibrio, uso de medicamentos, sueño, estado emocional y funcional global, memoria, situación familiar, social y económica (40). No obstante, al hacerlo como una encuesta de autopercepción, la objetividad disminuye cuando se abordan los elementos contemplados en la valoración. En este trabajo (48) se detectó el empleo de medicinas en el 70%, dificultades para la movilidad en el 60.91% y del equilibrio en el 56.36%, mientras que la memoria fue el elemento psicológico más afectado en el 56.64%. Las mujeres superaron a los hombres al reportar complicaciones en un amplio número de esferas, con un predominio de los inconvenientes de los estados funcional e integral. El sexo masculino manifestó mayor satisfacción con su vida, al ser activa e independiente, realidad que difiere de lo expuesto por Quino (49), para quien la funcionalidad es influida por el género y el grado de independencia es más elevado en las mujeres respecto a los varones de la misma edad.

Seidel et al. (50) observaron las limitaciones en posturas corporales (bípedo, flexión de tronco y cadera), acciones (ascenso y descenso al usar medios de transporte), y funciones manuales implicadas en las AIVD. Concuerdan con otras investigaciones en cuanto a la importancia de conservar la suficiencia para ejecutar las actividades, en aras de promover la independencia en la vejez. Asimismo, confirmaron que para cumplirlas es clave mantener las capacidades motoras básicas. Deben entonces aplicarse estrategias para entender los requerimientos asociados con su realización y optimizar su desempeño en el hogar.

En relación con esto último, para Quino (49) es una necesidad de los gobiernos y la sociedad en general, establecer acciones que incluyan la actividad física como un recurso central e incentiven el envejecimiento activo, con la meta de mejorar la funcionalidad en las personas mayores y procurar la permanencia de esta, pues contribuye a su independencia (24).

Al diseñar planes en tal dirección, es relevante hacer hincapié en un objetivo a considerar, como es reeducar el patrón de la marcha. Este, de acuerdo con la revisión sistemática de literatura desarrollada por Salazar, Ramírez, Chaparo y León (51), ha de orientarse hacia las características propias de locomoción de dicha población y tener presente, entre otros factores asociados, el equilibrio (dinámico y estático) y la fuerza (52). Así lo reiteran Escobar y Chalapud (53), quienes también ratifican que el ejercicio favorece ambas cualidades, ayuda a conservar la funcionalidad y la autonomía y aminora la dependencia (54,55).

■ Conclusiones

La actividad física trae efectos positivos para la funcionalidad y la CV de la persona mayor. Como lo han destacado Aparicio, Carbonell y Delgado (56), disminuye la incidencia de las enfermedades cardiovasculares, la obesidad, la osteoartritis y la diabetes tipo II; reduce la pérdida de mineral óseo, lo que minimiza las posibilidades de fracturas y de osteoporosis, al igual que el dolor musculoesquelético y el riesgo del síndrome metabólico; favorece el fortalecimiento muscular y del sistema inmune, y ayuda a prevenir caídas. Sus beneficios psicológicos se manifiestan en la mejora de la función cognitiva, la reducción de la ansiedad, la depresión y la irritabilidad, y también propicia la autoestima y la inclusión social. Se considera, igualmente, un factor protector frente a males como Alzheimer o demencia.

Su práctica regular es significativamente benéfica para la salud. Así, es además un soporte para el bienestar psicosocial, el tratamiento de patologías instauradas, la prevención y el control de factores de riesgo desencadenantes de ECNT. El sedentarismo, por el contrario, incide en el incremento de la morbilidad vinculada con el desarrollo de estas últimas. A su vez,

mientras que diversas evidencias demuestran la relación inversa entre actividad física y morbilidad, el vínculo entre la primera, funcionalidad y CVRS es directo.

Incorporar esta actividad con regularidad resulta de gran valor para la autonomía y la ejecución de las ABVD y las AIVD, lo cual se traduce en empoderamiento e integración del adulto mayor en la sociedad, CV, autoestima y bienestar psicosocial. Por tal razón, puede ser calificada como la principal estrategia para promover la salud, adoptar estilos de vida y ambientes saludables, en los que el ser humano de edad avanzada sea el principal actor.

Referencias

1. Fernández R, Caprara M, Iñiguez J, García L. Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa “vivir con vitalidad.” *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2005 [consultado 2022 mar. 10];40(2):92-102. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0211-139X\(05\)74834-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0211-139X(05)74834-4)
2. Regalado P. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2002 [consultado 2022 feb. 15];37(S2):74-105. Disponible en: https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Washington, D.C. (Estados Unidos): OMS; 2015 [consultado 2022 mar. 26]. 282 p. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
4. Pérez V, Sierra F. Biología del envejecimiento. *Rev Méd Chile* [Internet]. 2009 [consultado 2022 abr. 5]; 137:296-302. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000200017>

5. Chacón M, Quino A, Vallejo L. Capacidad funcional del anciano relacionada con la actividad física. *Rev Investig Salud Univ Boyacá* [Internet]. 2017 [consultado 2022 mar. 18];4(1):86-103. Disponible en: doi: 10.24267/23897325.199
6. De la Guardia M, Ruvalcaba J. Health and its determinants, health promotion and health education. *Jonnpr* [Internet]. 2020 [consultado 2022 jun. 18];5(1):81-90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Subsanan las desigualdades en una nación sobre determinantes de la salud [Internet]. [Consultado 2022 abr. 27]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
8. Sanchis E, Igual C, Sánchez J, Blasco M. Estrategias de envejecimiento activo: revisión bibliográfica. *Fisioterapia* [Internet]. 2014 [consultado 2022 feb. 27];36(4):177-86. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ft.2013.04.007>
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Política colombiana de envejecimiento humano y vejez 2015-2024 [Internet]. [consultado 2022 mar. 18]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/Politica-Colombiana-de-Envejecimiento-Humano-y-Vejez.aspx>
10. Durón H. La actividad física y el adulto mayor: un factor de salud y calidad de vida. *Rev Fac Cienc Med* [Internet]. 2011 [consultado 2022 mar. 26];8(1):61-5. Disponible en: <http://cidbimena.desastres.hn/RFCM/pdf/2011/pdf/RFCMVol8-1-2011-8.pdf>
11. Aranda RM. Physical activity and quality of life in the elderly. A narrative review. *Rev Haban Cienc Med* [Internet]. 2018 [consultado 2022 jun. 18];17(5):813-25. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgibin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=86279>

12. Campos A, Cordeiro E, Rezende G, Vargas A, Ferreira E. Quality of life of elderly practitioners of physical activity in the context of the family health strategy. *Texto Context - Enferm* [Internet]. 2014 [consultado 2022 jun. 18];23(4):889-97. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014002060013>
13. García L, Ospina J, Aguinaga L, Russy L. Aproximación conceptual a la actividad física adaptada (AFA) [Internet]. Bogotá (Colombia): Universidad del Rosario; 2009 [consultado 2022 feb. 24]. 30 p. (Documentos de investigación; 41). Disponible en: https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3762/Documento%2041_Artes%20Finales.pdf?sequence=4&isAllowed=y
14. Martínez O, Velásquez J. Niveles de actividad física y calidad de vida en adultos mayores aparentemente sanos pertenecientes a centros de vida de Bucaramanga, 2019 - I [Internet]. Bucaramanga (Colombia): Universidad Santo Tomás; 2020 [consultado 2022 abr. 5]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11634/21157>
15. Reloba S, Chiroso LJ, Reigal RE. Relation of physical activity, cognitive and academic performance in children: Review of current literature. *Rev Andaluza Med Deport* [Internet]. 2016 [consultado 2022 mar. 15];9(4):166-72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramd.2015.05.008>
16. Froment F, García AJ. Beneficios de la actividad física sobre la autoestima y la calidad de vida de personas mayores. Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación [Internet]. 2018 [consultado 2022 abr. 19];(33):3-9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6367715>
17. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud [Internet]. Ginebra (Suiza): OMS; 2010 [consultado 2022 abr. 19]. 56 p. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/9789243599977_spa.pdf

18. Meléndez IC, Camero YB, Álvarez AR, Casillas LJ. La actividad física como estrategia para la promoción de la salud en el adulto mayor. *Enferm Investig* [Internet]. 2018 [consultado 2022 abr. 27];3(1):32-7. Disponible en: <http://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/411>
19. Hayashi D, Gonçalves CG, Parreira RB, Fernandes KB, Teixeira DC, Silva RA, et al. Postural balance and physical activity in daily life (PADL) in physically independent older adults with different levels of aerobic exercise capacity. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2012 [consultado 2022 abr. 18];55(2):480-5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2012.04.009>
20. Chaves M, Sandoval C, Calero P. Association between aerobic capacity and quality of life in older adults in Colombia. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2017 [consultado 2022 feb. 16];34(4):672-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.0.69.179/rpmesp.2017.344.2522>
21. Calero P, Chaves M. Cambios fisiológicos de la aptitud física en el envejecimiento. *Rev Investig Salud Univ Boyacá* [Internet]. 2016 [consultado 2022 abr. 18];3(2):176-94. Disponible en: <https://doi.org/10.24267/23897325.178>
22. Milanović Z, Pantelić S, Trajković N, Sporiš G, Kostić R, James N. Age-related decrease in physical activity and functional fitness among elderly men and women. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2013 [consultado 2022 mar. 25];8:549-56. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S44112>
23. Mahecha S. Recomendaciones de actividad física: un mensaje para el profesional de la salud. *Rev Nutr Clín y Metab* [Internet]. 2019 [consultado 2022 mar. 25];2(2):44-54. Disponible en: <https://doi.org/10.35454/rncm.v2n2.006%0AResumen>

24. Poblete F, Bravo F, Villegas C, Cruzat E. Nivel de actividad física y funcionalidad en adultos mayores. *Rev Cienc Activ Física* [Internet]. 2016 [consultado 2022 jun. 08];17(1):59-65. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5256/525664802006/html/>
25. Prieto M, Sandoval C, Cobo E. Efectos de la actividad física en la calidad de vida relacionada con la salud en adultos con osteopenia y osteoporosis: revisión sistemática y metanálisis. *Fisioterapia* [Internet]. 2017 [consultado 2022 jun. 08];39(2):83-92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ft.2016.08.002>
26. Araya S, Padial P, Feriche B, Gálvez A, Pereira J, Mariscal-Arcas M. Incidencia de un programa de actividad física sobre los parámetros antropométricos y la condición física en mujeres mayores de 60 años. *Nutr Hosp* [Internet]. 2012 [consultado 2022 abr. 27];27(5):1472-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.5.5899>
27. Font C, Mur E, Bort J, Gomes M, Milàl R. Effects of mild intensity physical activity on the physical condition of older adults: A systematic review. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2020 [consultado 2022 mar. 03];55(2):98-106. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2019.10.007>
28. Clifford A, Rahardjo TB, Bandelow S, Hogervorst E. A cross-sectional study of physical activity and health-related quality of life in an elderly Indonesian cohort. *Br J Occup Ther* [Internet]. 2014 [consultado 2022 may. 21];77(9):451-6. Disponible en: <https://doi.org/10.4276/030802214X14098207541036>
29. Correa JE, Gámez ER, Ibáñez M, Rodríguez KD. Aptitud física en mujeres adultas mayores vinculadas a un programa de envejecimiento activo. *Rev Salud Uis* [Internet]. 2011 [consultado 2022 may. 14];43(3):263-70. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3961193&info=resumen&idioma=SPA>

30. Beauchamp MR, Ruissen GR, Dunlop WL, Estabrooks PA, Harden SM, Wolf SA, et al. Group-based physical activity for older adults (GOAL) randomized controlled trial: Exercise adherence outcomes. *Health Psychol [Internet]*. 2018 [consultado 2022 jul. 15];37(5):451-61. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/hea0000615>
31. Bonnefoy M, Mercier C, Carre C, Guetemme G, Laville M, Cornu C, et al. Efficacy of a home-based intervention programme on the physical activity level and functional ability of older people using domestic services: A randomised study. *J Nutr Health Aging [Internet]*. 2012 [consultado 2022 jun. 25];16:370-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s12603-011-0352-6>
32. Singh N, Kumar S, Muzammil K, Raghav SK, Singh JV. Assessment of functional status in the elderly persons in the rural area of Punjab. *Indian J Community Heal [Internet]*. 2014 [consultado 2022 may. 22];26(1):25-9. Disponible en: <https://www.iapsmupuk.org/journal/index.php/IJCH/article/view/368/368>
33. Kerse N, Elley CR, Robinson E, Arroll B. Is physical activity counseling effective for older people? A cluster randomized, controlled trial in primary care. *J Am Geriatr Soc [Internet]*. 2005 [consultado 2022 abr. 25];53(11):1951-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.00466.x>
34. Bhamani MA, Khan MM, Karim MS, Mir MU. Depression and its association with functional status and physical activity in the elderly in Karachi, Pakistan. *Asian J Psychiatr [Internet]*. 2015 [consultado 2022 mar. 28];14:46-51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2014.12.004>
35. De Araujo N, Pereira J, Martín E. Evaluation of the levels of physical activity, functional autonomy and quality of life of elderly women members of the family health program. *Fit Perf J [Internet]*. 2009 [consultado 2022 jun. 13];8(5):315-21. Disponible en: <https://www.academia.edu/3144959/>

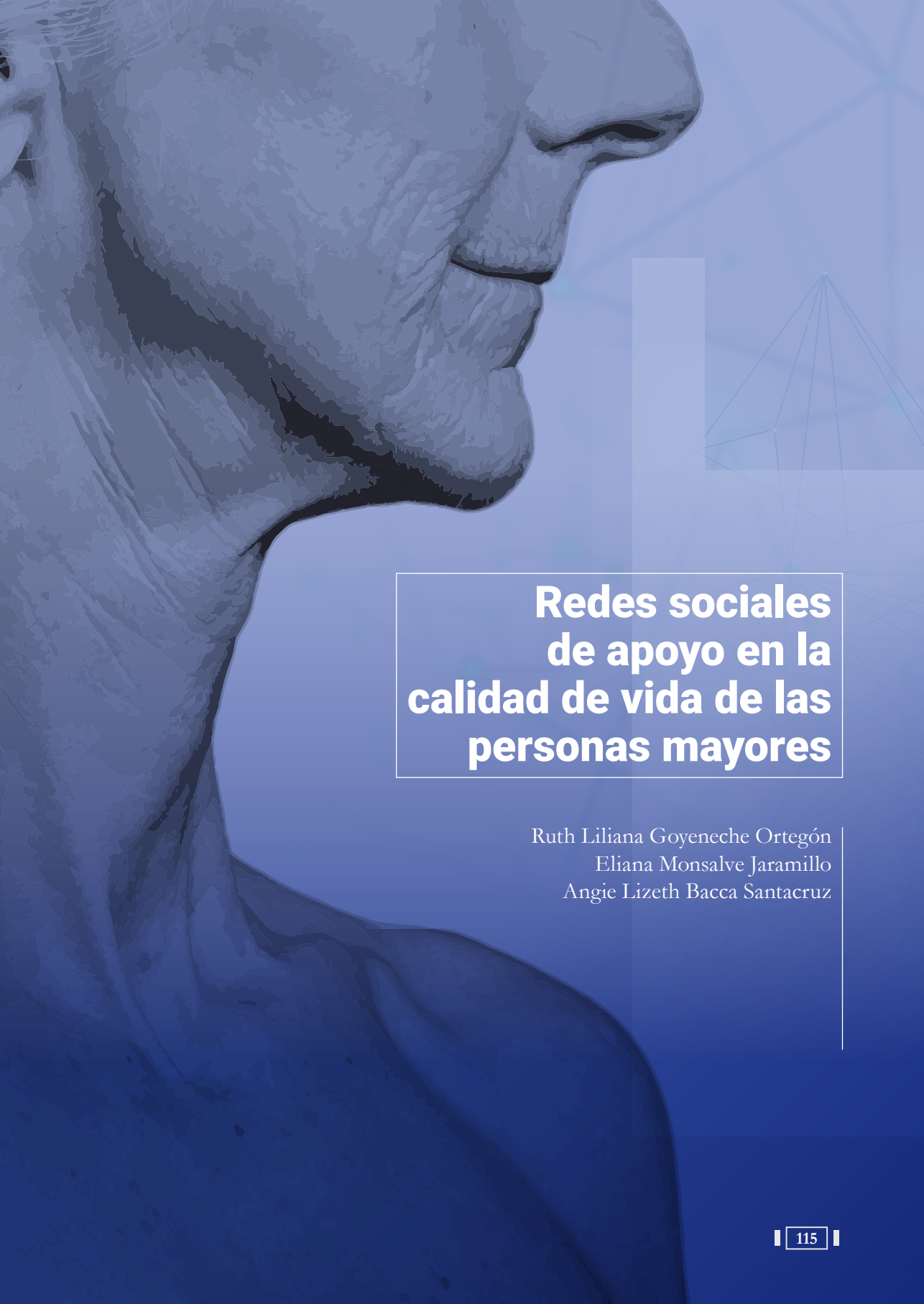
Evaluation_of_the_levels_of_physical_activity_functional_autonomy_and_quality_of_life_of_elderly_women_members_of_the_family_health_program

36. Atay E, Toraman NF, Yaman H. Exercise prescription by primary care doctors: Effect on physical activity level and functional abilities in elderly. *Turkish J Geriatr* [Internet]. 2014 [consultado 2022 may. 28];17(1):77-85. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/EXERCISE-PRESCRIPTION-BY-PRIMARY-CARE-DOCTORS%3A-ON-Atay-Toraman/7f08d3229780ce42bf2c73162473a06f10db37ca>
37. Figueira HA, Cader SA, De Oliveira RJ, Figueira JA, Figueira OA, Dantas EH, et al. Effects of a physical activity governmental health programme on the quality of life of elderly people. *Scand J Public Health* [Internet]. 2012 [consultado 2022 abr. 18];40(5):418-22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1403494812453885>
38. Gómez J, Curcio C. Salud del anciano. Manizales (Colombia): Universidad de Caldas; 2021.
39. Menéndez MC, Brochier RB. La actividad física y la psicomotricidad en las personas mayores: sus contribuciones para el envejecimiento activo, saludable y satisfactorio. *Textos y Contextos* (Porto Alegre) [Internet]. 2011 [consultado 2022 may. 09]; 10(1):179-92. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321527168014>
40. Ocampo JM. Evaluación geriátrica multidimensional del anciano en cuidados paliativos. *Pers y bioética* [Internet]. 2005 [consultado 2022 mar. 03];9(25):46-58. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2053409&info=resumen&idioma=SPA>
41. Muñoz Silva CA, Rojas Orellana PA, Marzuca-Nassr GN. Functional geriatric assessment in primary health care. *Rev Med Chil* [Internet]. 2015 [consultado 2022 mar. 03];143(5):612-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000500009>

42. García-Arilla E, Mesa MP, Sanjoaquín AC, Fernández E. Valoración geriátrica integral. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), editor. Tratado de geriatría para residentes. Madrid (España): SEGG; 2006. p. 59-68.
43. Villarreal G, Month E. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). Salud Uninorte [Internet]. 2012 [consultado 2022 abr. 12];28(1):75-87. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n1/v28n1a08.pdf>
44. Giraldo CI, Franco GM. Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. Avanc Enferm [Internet]. 2008 [consultado 2022 may. 16];26(1):43-58. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v26n1/v26n1a05.pdf>
45. Dorantes G, Ávila J, Mejía S, Gutiérrez L. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. Rev Pan Salud Publ [Internet]. 2007 [consultado 2022 abr. 18];22(1):1-11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892007000600001>
46. Zavala M, Domínguez G. Daily living functionality in elderly adults. Rev Med Inst Mex Seg Soc [Internet]. 2011 [consultado 2022 jun. 08];49(6):585-90. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im116b.pdf>
47. Lara RA, Mardones MA. Perfil sociodemográfico de salud y funcionalidad en adultos mayores de la comuna Chillán. Theoria [Internet]. 2009 [consultado 2022 jul. 01];18 (2):81-9. Disponible en: <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/194/v/v18-2/07.pdf>

48. Torres JC, Torres JB, Díaz M, Crespo D, Regal I. Evaluación Funcional del Adulto Mayor: Consultorio Médico 262, Policlínico “Turcios Lima.” *Rev Ciencias Médicas Pinar del Río* [Internet]. 2009 [consultado 2022 abr. 18];13(4):106-16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000400012&nrm=iso
49. Quino AC. Factores de riesgo asociados al nivel de autonomía e independencia en personas mayores, Tunja 2015. *Rev Investig Salud Univ Boyacá* [Internet]. 2018 [consultado 2022 feb 17];5(2):259-76. Disponible en: <https://doi.org/10.24267/23897325.322>
50. Seidel D, Richardson K, Crilly N, Matthews F, Clarkson P, Brayne C. Design for independent living: Activity demands and capabilities of older people. *Ageing Soc* [Internet]. 2010 [consultado 2022 mar. 28];30(7):1239-55. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S0144686X10000310>
51. Salazar J, Ramírez J, Chaparo D, León H. Revisión sistemática sobre el impacto de la actividad física en los trastornos de la marcha en el adulto mayor. *Apunt Educ Fis Deport* [Internet]. 2014 [consultado 2022 may. 19];(118):30-9. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.5672/apunts.2014-0983.es.\(2014/4\).118.03](http://dx.doi.org/10.5672/apunts.2014-0983.es.(2014/4).118.03)
52. Álvarez E, Alud A. La actividad física y sus beneficios físicos como estrategia de inclusión social. *Inclus Desarr* [Internet]. 2017 [consultado 2022 jun. 08];5(1):23-36. Disponible en: https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf
53. Escobar A, Chalapud LM. Actividad física para mejorar fuerza y equilibrio en el adulto mayor. *Univ Salud* [Internet]. 2017 [consultado 2022 feb. 18];19(1):94-101. Disponible en: <https://doi.org/10.22267/rus.171901.73>

54. Saavedra Y, Acero LP. La autonomía funcional del adulto mayor “el caso del adulto mayor en Tunja.” Act Fís Desarr Hum [Internet]. 2015 [consultado 2022 may. 22];7(1):[12 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.24054/16927427.v1.n1.2015.2269>
55. Bayona J, Saa P, García M. Neurobiology, neurorehabilitation and restorative neurology in the elderly: Recent concepts. Invest Clin [Internet]. 2018 [consultado 2022 jun. 08];59(1):52-66. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/325370753_Neurobiology_neurorehabilitation_and_restorative_neurology_in_the_elderly_Recent_concepts
56. Aparicio V, Carbonell A, Delgado M. Beneficios de la actividad física en personas mayores. Rev Int Medic Cienc Activ Fís Deport [Internet]. 2010 [consultado 2022 abr. 18];10(40):556-76. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/37360>



Redes sociales de apoyo en la calidad de vida de las personas mayores

Ruth Liliana Goyeneche Ortégón
Eliana Monsalve Jaramillo
Angie Lizeth Bacca Santacruz





El envejecimiento, como eje de estudio, abarca a las personas mayores desde su componente biopsicosocial, reconoce que son sujetos de derecho socialmente activos y comprende un proceso multidimensional. Evidentemente relacionada con este, la vejez se considera una etapa en que se experimentan diversos cambios, cuyo impacto se refleja en el estilo de vida llevado a lo largo de los años y está mediada por factores contextuales, como las relaciones sociales y el sistema familiar, determinantes de la CV de cada individuo (1).

Según el estereotipo del mundo occidental, la vejez es sinónimo de pérdida de capacidades, especialmente en la suficiencia física, los procesos cognitivos, la rapidez y la agilidad. A esto se suma los efectos de las enfermedades crónicas, que llevan al aislamiento y la exclusión en los ámbitos económico y social, e incluso en el contexto familiar de quienes han llegado a tal periodo del ciclo vital (2). A pesar de esto y de ser una unidad de la sociedad sujeta a las presiones y condiciones del entorno cultural, financiero y político de un determinado momento, la familia brinda el principal sistema de apoyo (3).

Si bien es cierto que envejecer implica un deterioro, manifestado particularmente en el aspecto biológico, son las realidades sociales de carencia de servicios y las ideas inmersas en el modelo médico tradicional las que restan oportunidades al “viejo” para mantenerse activo y autovalente. La inexistencia de una definición sociocultural para el conjunto de actividades específicas y propias de las personas mayores las hace sentirse inútiles y sin reconocimiento (3). En este orden de ideas, es común usar la edad cronológica para definir si alguien está o no en la vejez. No obstante, el envejecimiento es un proceso permanente, ya que las capacidades naturales presentes desde el nacimiento declinan poco a poco (4).

Claro está que no se trata tan solo de un producto del devenir biológico de la naturaleza humana, sino también de un hecho construido socialmente (5). Por tal motivo, ha sido conceptualizado de diversas formas y se comprende que en su complejidad inciden factores genéticos y medioambientales (6). Ahora bien, es más correcto hablar de múltiples formas de vejez y no de una sola, pues los contextos físicos, geográficos, culturales y políticos, así como los estilos de vida individuales, familiares y sociales, ejercen una influencia (7).

Aunque la esperanza de vida se ha elevado, esto no indica, necesariamente, una mejoría en su calidad durante los años de esta etapa. En consecuencia, es necesario buscar estrategias orientadas a mejorar la CV, pues es claro que esta ocupa la mayor importancia en la percepción del bienestar de las personas mayores. Al mismo tiempo, en su evaluación deben incluirse variables sociales, económicas y personales, en vez de centrar la atención únicamente en la salud (8), ya que en esta última área suele recaer el interés principal.

Hasta el presente, ninguna teoría explica con suficiencia todos los cambios aparecidos en el envejecimiento. Estos suelen describirse como un resultado acumulativo de la interacción de varios factores a lo largo de la vida: lo genético, el ambiente, la dieta, las influencias culturales, el ejercicio, la diversión y las enfermedades, entre otros. Resulta entonces impredecible determinar cómo y cuándo se da este complejo proceso en cada persona (4). Bajo tal directriz, con la intención de incorporar un enfoque más positivo hacia el término, en décadas recientes se han propuesto modelos explicativos, tales como envejecimiento exitoso, saludable y activo (9). Este último, planteado por la OMS en 2002, busca optimizar las oportunidades de bienestar en las dimensiones psicológica, física y social.

Indudablemente, como un desarrollo fisiológico normal, el envejecimiento implica el aminoramiento progresivo de la capacidad funcional, experiencia que no solo es individual, sino social (10). Por lo tanto, es necesario actuar en varios frentes, en aras de asegurar que las personas mayores sigan siendo un recurso invaluable para sus familias, comunidades y economías (11). Esto invita a crear una nueva mentalidad sobre la vejez, en la cual quien se

encuentra en esta etapa sea visto y tratado como un participante activo en la sociedad, con la suficiencia para contribuir a su entorno y beneficiarse activamente de este.

Ante tal inquietud, resulta clave avanzar en la promoción del envejecimiento activo. Bajo dicho esquema se tienen en cuenta las necesidades de la población mayor y el hecho de ser en especial vulnerable, de manera conjunta con una visión de participación comunitaria que le brinde oportunidades de actuar en cuanto le es propio, no solo lo circunscrito a su ocio y a servicios o entidades que se le destinan, sino a todos sus ámbitos conexos (2).

Es pertinente resaltar que las redes sociales de apoyo facilitan la integración de las personas mayores y su valoración como ciudadanos activos. El respaldo que otorgan les puede ayudar a tomar el control de las situaciones y disminuir así los riesgos de morbilidad, mortalidad e internamiento, lo cual favorece la salud y CV (1). Al ser un factor influyente en esta última y dada su relevancia, a continuación se analizan tales redes y su valor.

Redes sociales de apoyo: factores protectores de la salud en la persona mayor

Las transformaciones sociales y demográficas muestran una curva ascendente de la población mayor. Este panorama se ha convertido en un reto para la sostenibilidad del sector salud (12), lo que ha impulsado el desarrollo de nuevas corrientes teóricas y modelos de construcción social para reconocer a quienes han llegado a la vejez como sujetos socialmente dinámicos, quienes construyen su bienestar de una manera colectiva y solidaria que involucra responsabilidades sobre sí mismos, la familia y la sociedad (13,14).

No solo los reportes sobre cambios demográficos conducen a realizar esfuerzos en el área de la salud. Ciertas dinámicas políticas señalan un significativo punto de partida al subrayar la relevancia de incorporar realidades complejas y multidimensionales al abordar la vejez, entre ellas la relación con la vida, la participación social y la salud como derecho (15).

Conviene comprender este periodo del ciclo vital más allá de su asociación con las nociones de enfermedad y deterioro físico e integrar las dimensiones psicológica y social de los individuos (13). Sobre el particular, resulta pertinente acentuar lo ya mencionado y también reafirmado por Muñoz (16) en el sentido de que las limitaciones sobre la funcionalidad y la autonomía, causadas por el detrimento biológico, son de igual forma determinadas por otros componentes, como la estabilidad emocional y los vínculos con el entorno. Tal mirada destaca el soporte social como un elemento fundamental para la salud integral (16).

Este respaldo es clave. La reflexión acerca de su relevancia en la vejez despierta gran interés en vista de las realidades inherentes a esta etapa, como son la muerte de familiares, la soledad, la dependencia, los apuros económicos y el traslado a hogares de cuidado, entre otras (17). Tal conjunto, sumado a la circunscripción de las redes de interacción al ámbito familiar y la pérdida de roles en la sociedad, afectan notoriamente el bienestar (18).

Se configura así un panorama adverso en términos de la salud. De hecho, se ha notado un nexo entre personas mayores aisladas y consecuencias negativas emocionales y físicas, entre ellas la aparición de enfermedades crónicas. Cuando no se recibe un apoyo se dificulta la adopción de hábitos saludables y de autocuidado (19), de manera que tal carencia se considera un riesgo de mortalidad ante la falta de orientación para afrontar las dolencias y modificaciones surgidas con la edad avanzada (20).

En este punto es relevante revisar el concepto de apoyo social y su significado. En los años sesenta se dieron los primeros acercamientos y desde entonces se ha avanzado en su comprensión. Tras la definición de Cobb como un “amortiguador de los procesos vitales estresantes” (21, p. 234), varios autores han postulado sus aportes. En 1983, Heller y Swindle sugirieron: “debe ser visto como un proceso complejo que implica una interacción entre las estructuras sociales, las relaciones sociales y los atributos personales” (22, p. 143). Para Sarason et al., es un factor enlazado “con la CV e incluye el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales (percibidas o recibidas) proporcionadas por la comunidad, las personas de confianza y las redes sociales, que se pueden producir tanto en situaciones cotidianas

como de crisis” (21, p. 235). En 2009, Ponce et al. retomaron una idea clave del planteamiento de Cobb: “es un proceso interactivo en donde se obtiene ayuda afectiva, instrumental, emocional y de la red social que nos rodea, teniendo un efecto protector sobre la salud y amortiguador del estrés que supone una enfermedad” (21, p. 238). Conceptualizaciones como estas sirvieron para estructurar la denominación “redes de apoyo social”, en la cual se incorpora el término objeto de reflexión.

En algunos textos existe un discurso heterogéneo entre lo uno y lo otro, razón por la cual cabe realizar una aclaración. Desde una perspectiva conceptual, el apoyo social abarca la función y los beneficios de tal ayuda, en tanto que las redes sociales de apoyo representan las formas como esta se transmite, a través de lazos interpersonales (20). En consonancia con esta distinción y de acuerdo con lo contemplado por Hobfoll y Stoke en 1988, en tales redes se ven “interacciones o relaciones sociales que ofrecen a los individuos asistencia real o un sentimiento de conexión hacia una persona o un grupo que se percibe como querido o amado” (21, p. 236). Esta aproximación se complementa con la de Lemos y Fernández, para quienes son “una serie de círculos, internos y externos, concéntricos, en donde la familia nuclear constituye el círculo más pequeño, los familiares y los amigos los más, y tal vez los compañeros de trabajo y otras personas el círculo exterior” (21).

Según se ha visto, el apoyo social ha sido valorado como un moderador del estrés y un factor de incidencia en los procesos de las enfermedades y la salud (21). Efectivamente, hay una conexión visible y los estudios científicos señalan sus efectos directos e indirectos sobre esta última. Respecto a los primeros, actúa en el componente biológico a través del sistema inmunológico e influye directamente en los patrones de reactividad neuroendocrina (23). En cuanto a los segundos, produce modificaciones en las actitudes y conductas, como los estilos de vida, la dieta, el hábito de fumar o el ejercicio físico de un individuo (24).

Matud et al. (23) destacan además dos componentes que caracterizan el apoyo social. Uno, el estructural, se asocia con el tamaño de la red, y el otro, el funcional, se refiere a la utilidad de esta y puede ser emocional o

informativo. Cabe señalar que las redes de apoyo proceden de distintas fuentes, entre ellas amigos, vecinos, compañeros de trabajo, grupos recreativos y sociales (25). A estas se suma la familia, responsable primaria de tal soporte (26).

También es relevante mencionar el efecto protector sobre la salud de la reciprocidad del apoyo social, es decir, que este sea tanto proporcionado como recibido por una persona mayor, pues puede ayudarlo a mitigar la dependencia hacia otros, afianzar sus sentimientos de aceptación y, por lo tanto, la percepción frente a la vida (27). Curcio, en un estudio sobre funcionalidad, soporte social y salud en el anciano, muestra en efecto una relación entre estos dos últimos elementos e indica acerca de la ayuda que se brinda: “parece tener efectos benéficos sobre el bienestar y la salud física y psicológica de la persona; las redes sociales y el soporte social se asocian a ciertos indicadores de salud, especialmente la presencia de enfermedades cardiovasculares, problemas psicológicos y tasas de mortalidad” (25, p. 52).

Potencialmente, ese impacto positivo se manifiesta en enfrentar las enfermedades y recuperarse de estas con mayor facilidad al contar con acompañantes y disponer de su colaboración. Así se evidencia en la percepción de los adultos mayores al identificar que un respaldo valioso en situaciones como el dolor crónico es la asistencia de la familia (21). En general, la proveniente de otras personas y de estrategias de afrontamiento, entre estas las medidas protectoras de la discapacidad (28), incrementa el nivel de funcionalidad.

Otro aspecto favorable de las redes de apoyo radica en el fortalecimiento de la salud mental, lo cual puede beneficiar las acciones de autocuidado y los hábitos saludables. De tal modo es posible, a su vez, contrarrestar la carga del envejecimiento biológico, reducir el riesgo de las dolencias crónicas y contribuir a la conservación de un estado de salud óptimo que enriquezca la CV. Se evidencia entonces que el estudio de estas complejidades desde el campo de la sanidad pública, orientado a generar un aporte científico de valor para la comunidad académica y las personas mayores, posee una alta relevancia (26,29–31).

Varias investigaciones han resaltado el papel crucial de las relaciones interpersonales en el bienestar de esta población y la manera como, para mantenerlas, contribuyen las redes de soporte. La hipótesis respecto a la influencia benéfica de tales redes, que trasciende el nivel personal, queda de tal manera ratificada. Como señala Maldonado: “al mismo tiempo sostienen y alimentan la dinámica social, la dinámica de una comunidad, de una sociedad, de una región determinada” (32, p. 13). Su utilidad en la promoción de la salud (12), en su cuidado y prevención (16), son temas de atención y análisis para el sector.

El manejo dado a las redes de apoyo social y el uso que de estas se haga repercute en el manejo de enfermedades, como los dolores osteomusculares y crónicos, al igual que en múltiples condiciones, estados y actitudes: adherencia a tratamientos, hábitos saludables, actividad social, autocuidado, inteligencia emocional, funcionalidad, bienestar psicológico y satisfacción personal. Respecto a esto último, la percepción propia de la imagen corporal se expresa sobre la salud y la CV, pues si es positiva, refuerza un estado saludable.

■ Calidad de vida desde la mirada de la persona mayor

Envejecer es un fenómeno irreversible y extremadamente complejo que ha intrigado por milenios a la humanidad, pues existe la idea de vencerlo y lograr la apasionada inmortalidad. Como se ha examinado, en sus dimensiones biológica, psicológica y social, implica la aparición de cambios morfológicos, bioquímicos, fisiológicos, psíquicos y emocionales, asociados con el paso del tiempo, los cuales tornan al individuo más vulnerable al medio y disminuyen su capacidad de adaptación a los retos cotidianos. Asimismo, es una realidad transcendental en el plano social, objeto de interés para distintos actores desde lo político, económico, sociológico, sanitario e investigativo, en vista de sus consecuencias sobre la existencia de las personas, cuyo impacto puede trasladarse igualmente a su comunidad más próxima. Por ende, es universal, si bien varía entre una persona mayor y otra, como quiera que cada proceso presenta particularidades reflejadas en el modo de vida (33) y, según sea la adaptación a las transformaciones, es posible adoptar conductas saludables (34).

Aunque es una realidad natural y biológica, el envejecimiento también está conectado con complejidades asociadas a la urbanización. El desarrollo y el crecimiento experimentado por numerosas ciudades durante el siglo XX ha propiciado modificaciones en estas que, en el siglo XXI, se plasman en múltiples dimensiones, como la política, ecológica, económica y demográfica, esta última particularmente visible en el incremento de la proporción de habitantes con edades superiores a los 60 años en los centros urbanos. En la mayoría de los países en desarrollo se requiere un renovado esfuerzo analítico para entender los desafíos planteados por estos escenarios y afrontar los problemas conexos, dada la escasa preparación para manejarlos, las inequidades en la sociedad, el inadecuado desarrollo institucional y un sistema de seguridad social insuficiente y deficiente. Ante este panorama, responder a las necesidades de la población vulnerable, entre las que se incluyen las personas mayores, es una tarea de escaso éxito en su cumplimiento (35).

También determinante es el entorno social en que se desenvuelve la persona. Ese contexto primario estructurado por su familia, la economía doméstica, la casa donde reside junto a otros y el estado de esta, impacta en su cuerpo y puede trascender hasta el círculo de amigos y quienes le rodean. La CV se ve afectada por los roles que varían, el desgaste emocional, la depresión y la jubilación, entre otros factores de incidencia sobre la capacidad productiva y los lazos sentimentales, causantes de un sentimiento de soledad (36).

Ante estas circunstancias, se hace necesario tener en cuenta las relaciones sociales que la persona mayor aún conserva o puede forjar en distintos contextos. En la medida que estas se verifican y se establecen identidades en el desempeño como sujeto o ser social, se realza el sentido valioso de la vida y quizá también ocurre así en aquellos con quienes se crean vínculos. La existencia misma se convierte en parte integral del bienestar psicológico (30).

Tales relaciones tienen un efecto positivo en la salud, brindan respaldo y pueden resultar favorables ante nuevas realidades, como son pensionarse del trabajo, asumir proyectos personales vinculados con conocer lugares que no se han visitado, inscribirse en programas educativos, emprender iniciativas empresariales, de innovación y finca raíz, integrar un grupo deportivo, ser

consejero económico, en fin, varios frentes que abren caminos y continúan el desarrollo humano, si bien adentrarse en estos depende también de lo experimentado a lo largo de la vida en lo profesional, sentimental, laboral y educativo (37).

El mérito de vivir numerosos años no es la cantidad de estos (lo cuantitativo), sino, de manera especial, las condiciones existentes al llegar a la vejez (lo cualitativo), expresadas en la funcionalidad física y mental que traen consigo CV e independencia y revisten de valor la prolongación de la existencia. Ciertamente, los miedos más agudos ante esta etapa del ciclo vital son la muerte y la pérdida de poder, independencia y suficiencia para tomar decisiones, pues estas cualidades mantienen la salud mental y tal vez física. Para reforzar la capacidad de enfrentar dichos virajes, como también los duelos debidos a fallecimientos de seres queridos y el cambio de roles en la familia nuclear o en la extensa, se precisan redes de apoyo que hagan más manejable comprender, asumir y sobrellevar tales eventos. De esta forma, es factible generar conductas favorables para el estatus familiar, de modo que la presencia del anciano sea relevante entre sus allegados inmediatos y quienes le circundan, al ser ponderada como forjadora de comportamientos, conductas y valores (37).

Que los vínculos forjados se mantengan y valoren depende en gran medida del respeto profesado hacia los adultos de edad avanzada. En sociedades tradicionales, se les suele dignificar como “nuestros mayores”, pero en otras, poco se les aprecia. Cuando esto último sucede, puede darse una marginación estructural, por ejemplo, al imponerse edades obligatorias de jubilación, o informal, al considerar estas personas de menor vigorosidad y utilidad ante los ojos de un empleador (37). En medio de los contrastes, en la actualidad se estudia la “nueva cultura de la longevidad”, enmarcada en la noción de vivir más y en mejores condiciones sociales, físicas y mentales frente a los cambios asociados con el proceso de envejecer. Para este se busca un modelo en que, desde la visión genérica de la salud, se permee el carácter útil y productivo del ser humano y se fortalezca la CV (38).

No debe pasarse por alto que las relaciones humanas registran una metamorfosis en su desarrollo hoy en día, en particular por la abrupta expansión de las plataformas tecnológicas. Incluso sin así quererlo, buena parte de la población mundial se ha adentrado en ese mundo, en el que todo se mueve y actúa con rapidez. Las Tecnologías de la Información y la Comunicación han penetrado en la cotidianidad hasta ocupar un espacio central en esta y aunque innegablemente contribuyen a la CV, al mismo tiempo potencian un aislamiento social, con alteraciones emocionales y conductuales. Al distorsionar los lazos directos y presenciales y sustituirlos por encuentros a través de dispositivos, equipos y redes, favorecen la despersonalización y la descorporalización de la interacción entre las personas. Bajo esta inercia se resumen sentires y pensares en imágenes, pero poco se les describe con la palabra escrita ni se les anima con el intercambio cara a cara.

Ahora bien, estas redes digitales no son usadas exclusivamente por los jóvenes, sino que también se han hecho parte de la comunicación de los adultos mayores con sus familias. Por tal motivo, se presenta igualmente un distanciamiento respecto a la corporalidad y la corporeidad propias del contacto directo, en este caso entre las personas de edad avanzada y el entorno primario de su red social de apoyo. En cierto modo, se desdibuja y atenúa que sean vistas, escuchadas, sentidas y vividas en la cercanía con el otro (39).

Tal fenómeno invita a un análisis sobre los comportamientos relacionales del ser humano dentro de colectivos definidos y la sociedad en general. Específicamente en lo concerniente a las redes sociales de apoyo, es objeto de atención su naturaleza como grupos de actores que se conectan entre sí al establecer nexos y vinculaciones con el fin de posibilitar intercambios e interacciones recíprocas en los planos emocional, afectivo e instrumental.

La investigación social aplicada proporciona evidencias incontrovertibles acerca de la relevancia de estas redes en materia de bienestar, salud y CV de los individuos y del todo social. Al explorar su conexión con estas tres últimas dimensiones de la existencia y su función como soporte en entornos de pobreza, Ávila-Toscano (30) señala que deben ser sensibles, estables, funcionales y activas, en aras de generar satisfacción y una positiva

repercusión en la persona. Cuando alguien se integra apropiadamente a una de ellas, incrementa sus posibilidades de mejorar sus niveles de adaptación y de hacer frente a las contrariedades, gracias a los intercambios, la asistencia y los favores que puede recibir. Esta dinamización ayuda a proteger contra el aislamiento y confiere un soporte vital en la superación de las fatalidades y de peso para manejar los diversos episodios del diario vivir.

Garay et al. (40), refieren estudios dedicados a examinar las transformaciones en la composición y dinámica de las familias durante el transcurso de la vida. Al detenerse en la vejez, destacan que los hogares latinoamericanos llegan a experimentar variaciones singulares en su tamaño y estructura cuando se adopta una táctica consistente en agrupar varias generaciones bajo un mismo espacio de vivienda, con el propósito de apoyar a los integrantes mayores. Esto se debe a que un gran porcentaje de la población en edad avanzada depende absolutamente del auxilio otorgado por sus familiares, lo cual sucede en países como México, donde la seguridad social es limitada y no cubre los requerimientos de toda la ciudadanía. De hecho, desde las propias familias han surgido redes informales de apoyo para cubrir diversas necesidades y ofrecer respaldo material (dinero, remesas, comida, ropa, pago de servicios), instrumental (transporte, acompañamiento, asistencia en oficios caseros), emocional (relaciones afectivas) y cognitivo (consejos y experiencias) (41).

Para Estrada et al. (42), cuando existen limitaciones funcionales causantes de dependencia y, por ende, de una reducción de las redes y vínculos, tal disminución de la interacción social propicia la aparición de sentimientos de infelicidad y, en definitiva, afecta y empeora la CV. Se perfila así un panorama negativo para esta última, el cual contrasta con otro positivo que los autores describen en virtud de unas sólidas relaciones familiares y con el entorno, buena salud y estabilidad en el orden material, tanto monetario como no monetario.

Resulta pues procedente recalcar el carácter determinante de la independencia funcional en la persona mayor, con más razón en vista de la veloz multiplicación de esta población en años recientes. El nivel de autonomía está ligado a factores personales y contextuales que median de forma

provechosa o adversa para conducir a una vejez funcional y activa o carente de estos atributos (43). No en todos los casos se depende de un cuidador o de alguien que está atento a cada momento, y esto acrecienta la CV y su valoración (44).

Si bien desde tiempos inmemoriales ha habido un interés por la CV desde esta óptica del bienestar, recientemente se le ha reconocido como objetivo central de la asistencia sanitaria y referente para analizar los lazos del ser humano consigo mismo y con el contexto donde se desenvuelve. Al identificarla como una meta prioritaria para la existencia, es necesario tener presente que no corresponde a una manifestación puramente ecológica del individuo hacia su ambiente total (físico, mental y social), pues a la par con las relaciones observables y medibles que determinan los estados corporal, cognitivo y emocional, se encuentran las percepciones subjetivas, enlazadas con las sensaciones percibidas por cada quien en estas dimensiones primordiales. En consecuencia, para disciplinas como la medicina no basta tener en cuenta variables biológicas al examinar la salud y la enfermedad, pues el enfoque ha de ser afín al planteado por una ciencia social y su objetivo final recae en el hombre.

La CV se articula con las condiciones económicas, políticas y ecológicas de las personas, en las cuales se incluye el trabajo, el tiempo libre, el descanso, el ocio, la educación, la salud, el contacto con el medio ambiente y distintas necesidades cotidianas. Todo propósito de mejorarla debe abarcar tales frentes. Intercambiar impresiones sobre estos es posible a través de los círculos sociales a que pertenezca el adulto mayor y tal comunicación llega a favorecer el bienestar psíquico y biológico, hecho que reitera el valor de estas agrupaciones.

Queda clara la naturaleza de la CV como un concepto multidimensional que encierra una variedad de elementos sociales, ambientales y personales ligados a la satisfacción frente a la vida y la suficiencia para cumplir con las tareas básicas diarias. La CVRS, a su vez, es “la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo” (45, p. 252). Estas deben apuntar a favorecer a la persona mayor al permitirle, por ejemplo, generar

ingresos económicos propios y mantener un papel trascendente, más allá del contexto laboral, con un posicionamiento dentro del núcleo familiar, donde sea un mediador cuyas vivencias aporten al desarrollo de su descendencia y sus conocimientos sean transmitidos para reforzar las habilidades requeridas por sus hijos y nietos en sus profesiones u oficios.

No obstante, para alcanzar ese estado se precisa una disposición lo más generalizada posible, orientada a cambiar la concepción errada del anciano como alguien cuyo ciclo ya se ha cumplido y nada más tiene para aportar en su propia vida ni en la construcción de la de otros. Se trata de resignificar qué es ser viejo en la sociedad actual y visualizar esta etapa como una más de la vida, en la cual se puede seguir contribuyendo, desplegando un potencial y ejerciendo unos derechos, entre estos el de decidir sobre la existencia propia. No ver más a esta población como frágil y vulnerable para reconocer en quienes la integran a ciudadanos activos que aportan con su ciudadanía al crecimiento de una comunidad (46).

Hacia tal apreciación corresponde inducir a la sociedad en general y para los profesionales de la salud se torna imprescindible: la vejez no implica pasividad ni falta de participación. Cuando a las personas mayores se les permita expresar sus intereses, tomar parte en asuntos para los que sus ideas son pertinentes y no se les trate más como niños ni se les aparte del mundo del que son ciudadanos, se obtendrán cambios asombrosos en sus conductas y formas de actuar, al tiempo que sus vivencias servirán como ejemplos relevantes al interior de las familias (37). Si este paradigma gana terreno, la manera de abordar y vivir el envejecimiento se convertirá en un indicativo de la salud en su conjunto, particularmente en los países desarrollados y en desarrollo, donde cabría entonces esperar una percepción favorable de los abuelos acerca de sus condiciones generales de CV y una mejoría de esta.

Como bien apuntan Torres et al. (46), es un principio aceptado entre investigadores y estudiosos del área de la salud que el envejecimiento se inicia desde el comienzo mismo de la vida. Es un proceso progresivo y está determinado, además de la edad cronológica, por acontecimientos éticos e históricos y los ya mencionados factores (psicológico, social, emocional y biológico). Ahora bien, aunque es indetenible, su impacto sobre la CV

puede ser menos traumático mediante una adecuada, oportuna y necesaria educación. Con el concurso de esta acción transversal es factible estructurar y ejecutar estrategias, basadas en fundamentos conceptuales y un acervo empírico, encaminadas a potenciar la adquisición de conocimientos en todas las etapas del ciclo vital, de manera conjunta con hábitos saludables y habilidades que minimicen los cambios de conducta negativos ante la vejez, fomenten estilos de vida favorables y proyecten relaciones interpersonales enmarcadas en redes sociales cuya brújula apunte a reconocer al adulto mayor por encima de todo. Por consiguiente, es una tarea primordial inculcar en la población, entre todos los rangos de edad, una conciencia en torno a la experiencia traída consigo por la edad avanzada, un reconocimiento de las inequidades experimentadas por quienes han llegado a esta etapa y una orientación para hacer del apoyo social que se les brinde un pilar de la sociedad.

■ Conclusiones

El envejecimiento empieza en el nacimiento y solo finaliza hasta la muerte. Es un proceso inherente al ser humano que se ha incrementado en décadas recientes, ante las variaciones registradas en la expectativa de vida de los adultos mayores y el consecuente aumento de esta población. Aun así, la CV no siempre es óptima, pues cada persona se desenvuelve en contextos que marcan hitos en su historia particular e influyen positiva o negativamente.

La CV, al ser un concepto multidimensional, se relaciona con la valoración del ser humano en edad avanzada, quien continuamente percibe y evalúa, desde su subjetividad y en sus círculos sociales, primarios y secundarios, los roles desempeñados. Sus sensaciones particulares, el bienestar experimentado y sus experiencias, constituyen una suma que le permiten establecer la manera como se da la vejez, tanto en lo benéfico como en lo adverso.

La salud de las personas mayores está determinada por factores complejos, más allá de los estrictamente biológicos. Entre estos se encuentran las redes sociales de apoyo, pues de estas depende en gran medida la forma como

se afronta la vejez. Son un elemento fundamental para la protección de enfermedades y el fortalecimiento de las capacidades y la funcionalidad. Además, favorecen la dinámica de participación en la sociedad.

Referencias

1. Santos ZC. Adulto mayor, redes sociales e integración. Trab Soc [Internet]. 2009 [consultado 2019 septiembre 20];2:159-74. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/19341/1/15310-46505-1-PB.pdf>
2. Limón Mendizabal M. R. Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. Aula Abierta. 2018;47(1):45-54.
3. Zavala GM, Vidal GD, Castro SM, Quiroga P, Klassen PG. Funcionamiento social del adulto mayor. Cienc y Enferm. 2006;12(2):53–62.
4. González J, Fuente R. Desarrollo humano en la vejez: un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. Int J Dev Educ Psychol [Internet]. 2014 [consultado 2019 septiembre 20];7(1):121-9. Disponible en: <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/783/723>
5. Kehl S, Fernández M. La construcción social de la vejez. Cuad Trab Soc [Internet] 2001 [consultado 2019 septiembre 23]; 14:125-61. Disponible en: doi: 10.2307/3466656
6. Tosar MA, Eloísa M, Sánchez ME, García RE, González DM. Envejecimiento poblacional: su pertinencia en el currículo de las ciencias médicas Populatio. Edumecentro. 2018;10(2):160-70.
7. Santos Pérez ML, Valencia Olivero NY. Envejecer en Colombia. Am Lat Hoy. 2015;71:61-81.

8. Aponte Daza VC. Calidad de Vida en la Tercera Edad. Ajayu [Internet]. 2015 [consultado 2018 marzo 20];13(2):152-82. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v13n2/v13n2a03.pdf>
9. Alvarado García AM, Salazar Maya AM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet]. 2014 [consultado 2019 agosto 26];25(2):52-62. Disponible en: doi: 10.4321/S1134-928X2014000200002
10. Quino-Ávila AC, Chacón-Serna MJ, Vallejo-Castillo LF. Capacidad funcional del anciano relacionada con la actividad física. Revisión de tema. Rev Investig en Salud Univ Boyacá [Internet]. 2017 [consultado 2020 marzo 18]; 4(1):86-103. Disponible en: doi: 10.24267/23897325.199
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. [Internet]. Washington, D.C. (Estados Unidos): OMS; 2015; [consultado 2020 mayo 20]. 282 p. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
12. Sánchez PM, Peña RF, León AC, Doyague MF, Cañameras JL, Ramos NA. Health system sustainability from a network perspective: A proposal to optimize healthy habits and social support. Rev Esp Salud Pública. 2013;87(4):307-15.
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez. Bogotá (Colombia): Ministerio de Salud y Protección Social; 2015. p. 54.
14. Alvarez Salazar GJ, García Gallego M, Londoño Usme M. Crisis de la salud en Colombia: limitantes del acceso al derecho fundamental a la salud de los adultos mayores. Rev CES Derecho. 2016;7(2):106-25.

15. Dabove MI. Derechos humanos de las personas mayores en la nueva Convención americana y sus implicancias bioéticas. *Rev Latinoam Bioética* [Internet]. 2016 [consultado 2019 septiembre 20];1(1657-4702):38–59. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v16n1/v16n1a03.pdf>
16. Muñoz Muñoz C. Bienestar subjetivo y actividad social con sentido histórico en adultos mayores. *Hacia la Promoción la Salud* [Internet]. 2013 [consultado 2019 septiembre 20];18(2):13-26. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v18n2/v18n2a02.pdf>
17. Poblete-Troncoso M, Piña-Morán M. Enfermería gerontológica: desafíos para la promoción de los roles sociales en las personas mayores. *Gerokomos* [Internet]. 2019 [consultado 2019 septiembre 20];30(3):130-2. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000300130&lng=es&nrm=iso&tlng=es
18. Peralta LP, Gálvez JL. Validation of the community support questionnaire among elderly Chilean people. *Rev Iberoam Diagnostico y Eval Psicol.* 2018;4(49):47-57.
19. Arteaga A, Cogollo R, Muñoz D. Apoyo social y control metabólico en la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Rev Cuid* [Internet]. 2017 [consultado 2019 septiembre 20];8(2):1668-76. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359550872011.pdf>
20. Nebot M, Lafuente JM, Tomás Z, Borrell C, Ferrando J. Efecto protector del apoyo social en la mortalidad en población anciana: un estudio longitudinal. *Rev Esp Salud Pública.* 2002;76(6):673-82.
21. Aranda B. C, Pando MM. Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Rev Investig en Psicol.* 2013;16(1):233-45.

22. Londoño Arredondo NH, Rogers HL, Tang JF, Posada Gómez SL, Ochoa Arizal NL, JAramillo Pérez MA, Oliveros Torres M, Palacio Sañudo JE, Aguirre- Acevedo DC. Validation of the Colombian MOS social support survey. *International Journal of Psychological Research* [Internet] 2012 [consultado 2021 septiembre 20];5(1):142-150. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023539016>
23. Matud P, Carballeira M, López M, Marrero R, Ibáñez I. Apoyo social y salud: Un análisis de género. *Salud Ment.* 2002;25(2):32–7.
24. Alarcón-Mora C, Hernández-Barrera L, Argüelles-Nava V, Campos-Uscanga Y. Social support and its association with diet self-care in patients with diabetes. *Acta Investig Psicológica - Psychol Res Rec.* 2017;23(1):111-21.
25. Curcio Borrero CL. Soporte Social Informal, Salud y Funcionalidad en el Anciano. *Hacia la Promoción la Salud.* 2008;13(1):42-58.
26. García-Torres M, García-Méndez M, Rivera-Aragón S. Apoyo social en adultos mexicanos: validación de una escala. *Acta Investig Psicológica.* 2017;7(1):2561-7.
27. Peralta LP, De Roda AB, Moreno ES, Astray AA. Dimensiones estructurales y funcionales del apoyo social y salud en personas mayores en Chile. *Rev Mex Psicol.* 2014;31(2):187-97.
28. Vivaldi F, Barra E. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Ter psicológica.* 2012;30(2):23-9.
29. Viteri EA, Briones EO, Bajaña VG, Aroni EV. Funcionalidad familiar y apoyo social percibido. Abordaje desde la intervención comunitaria en Ecuador. *Rev Venez Gerenc.* 2019;24(88):1249-61.

30. Avila-Toscano J. Redes sociales, generación de apoyo social ante la pobreza y calidad de vida. *Rev Iberoam Psicol Cienc y Tecnol*. 2009;2(2):65-74.
31. Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento y ciclo de vida [Internet]. [Consultado 2019 marzo 30]. 2022. p. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
32. Maldonado CE. El dilema de la cohesión social: Redes Sociales e institucionales. *Rev Latinoam Bioética*. 2008;8(2):10-9.
33. Gómez Lomelí, ZM. El adulto mayor y la salud pública. En: Malagón Londoño, G. y Moncayo Medina, A, editores. *Salud pública: Perspectivas*. 2ª edición. Editorial Internacional. Bogotá (Colombia); 2011, pp. 403-417.
34. Sarabia Cobo CM. La imagen corporal en los ancianos: Estudio descriptivo. *Gerokomos*. 2012;23(1):15-8.
35. Olivi A, Fadda-Cori G, Pizzi-Kirschbaum M. Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Valparaíso. *Papeles de población* [Internet]. 2015 [consultado 2020 noviembre 14];21(84):227-49. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252015000200009
36. González- Celis Rangel AL, Lima Ortiz L. Autoeficacia, percepción de salud y soledad, sobre la calidad de vida en adultos mayores. *Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del conocimiento*. 2017;5(15):3-18.
37. Fernández Peña R. Redes sociales, apoyo social y salud. *Periféria*. 2005;3(2):1-16.

38. Mora M, Villalobos D, Araya G, Ozols A. Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico-recreativa. *MHSalud*. 2004;1(1):1-12.
39. Gómez MT, Landero R, Díaz CL. Propiedades Psicométricas de una Escala para Evaluar el Apoyo Social a través de las Redes Sociales. *Acta Investig Psicológica* [Internet]. 2013 [consultado 2019 septiembre 20];3(3):1238-1247. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/aip/v3n3/v3n3a4.pdf>
40. Garay S, Montes de Oca V. Redes de apoyo en los hogares con personas adultas mayores en México. *RELAP- Rev Latinoam Población*. 2019;14(26):70-88.
41. Miangolarra JC, Álvarez A. Calidad de vida en personas con discapacidad. En: Miangolarra JC, Alguacil IM, Águila AM, directores. *Rehabilitación Clínica Integral Funcionamiento y Discapacidad*. Barcelona (España): Masson; 2003, pp. 186-204.
42. Estrada A, Cardona D, Segura AM, Chavarriaga LM, Ordóñez J, Osorio JJ. Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*. 2011;31(4):492-502.
43. Quino Ávila AC. Factores de riesgo asociados al nivel de autonomía e independencia en personas mayores, Tunja, 2015. *Rev Investig en Salud Univ Boyacá*. 2018;5(2):259-76.
44. Calero-saa PA, Chaves- Garcia MA. Cambios fisiológicos de la aptitud física en el envejecimiento. *Rev Investig en salud Univ Boyacá*. 2016;3(2):176-94.
45. Herrera EM, López AA, Pérez BC. Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*. 2012;28(2):251-63.

46. Torres Marín J de la C, Torres Ruiz JB, Díaz Calzada M, Crespo Fernández D, Regal Lourido I. Evaluación Funcional del Adulto Mayor: Consultorio Médico 262, Policlínico “Turcios Lima”, Julio - Diciembre del 2006. Rev Ciencias Médicas Pinar del Río [Internet]. 2009 [consultado 2020 marzo 18];13(4):106–16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000400012&nrm=iso



Estética del cuerpo envejecido

Eliana Monsalve Jaramillo
Elisa Andrea Cobo Mejía
Aura Cristina Quino Avila





El presente capítulo busca comprender la percepción del cuerpo en la vejez y su estética. Este último concepto se relaciona con lo bello desde el arte, o para las materias tratadas aquí, con el cuerpo. En la antigüedad, este fue ignorado en beneficio del alma, para ser luego estudiado y explicado en la modernidad a partir de una perspectiva mecánica, aún hoy imperante. Además, desde mediados del siglo XX se sumaron las miradas sociales y culturales que, potenciadas por el capitalismo y el consumismo, lo han convertido en un eje central de la sociedad, de modo que refleje ideales de belleza centrados en la juventud, la lozanía, la esbeltez y la vigencia, atributos contrapuestos a los cambios del envejecimiento.

Se envejece durante toda la vida, desde el nacimiento hasta la muerte. La vejez se refiere al final de este proceso, al hecho de haber vivido más tiempo que otros individuos de la misma especie (1). Es un desarrollo biológico, complejo y multifactorial, que se da en los últimos años del ciclo vital (2). Asimismo, es selectivo y diferencial desde el punto de vista social y psicológico y presenta una evolución individualizada y no generalizable (3). Igualmente, es personal e involucra varias edades de la persona que se conjugan en esta etapa, si bien se diferencian entre sí (cronológica, biológica, psicológica, social y funcional).

A través de la historia, el ser humano se ha preocupado por su envejecimiento. En tiempos antiguos, llegar a la ancianidad era un honor entre los chinos, de hecho, Confucio establecía una correlación positiva entre la edad y el grado de respeto profesado hacia alguien. Por el contrario, para los egipcios era algo odiado y elaboraron pociones para evitarlo. En la Grecia clásica, existían opiniones divididas, pues Platón promocionaba a los ancianos al ver en ellos mejores líderes, Aristóteles los negaba y los dioses olímpicos no los amaban. En el siglo XX, la vejez como fenómeno evolucionó impetuosamente, se consideró mayor a la persona a partir de los 60 años y se convirtió en figura notable de la estructura social (4).

El cuerpo ha sido objeto de reflexión desde variados enfoques y los cambios físicos y funcionales que refleja con el paso de los años han motivado distintas conceptualizaciones. Porter (5) presenta una historia de este que lo contempla primero a partir de su dualismo con la mente y el desprecio al cual es conducido, transcurre por el monismo —con predominancia de alguna sustancia— y abarca concepciones mediadas por el capitalismo, la revolución sexual, el consumo y el feminismo, entre otras que se derivan de virajes culturales. Así, identifica configuraciones biológicas y desde la cultura asociadas al cuerpo.

A su vez, Trejo (6) y Manrique (7) proveen elementos para sintetizar un recorrido en torno a lo corporal y el envejecimiento a lo largo de varios momentos históricos. En la antigüedad, los cambios físicos y funcionales eran calificados en términos de disminución y alteración. Los egipcios se referían a la vejez como la pérdida de facultades en el componente material del ser; para los griegos —adoradores de la belleza— significaba ausencia de vitalidad y deterioro debido a limitaciones; los romanos la despreciaban y veían las capacidades de quien llega a esta etapa casi comparables con las de los niños, en tanto que un rechazo se da en el Renacimiento en medio del individualismo predominante. Una inversión aparece en la modernidad, dado el impacto económico y social del creciente número de personas mayores, aunque el cuerpo viejo es indeseado y sus transformaciones se intentan postergar como parte de un deseo acentuado de juventud y belleza. Todas estas visiones se centran en lo físico, si bien a través del tiempo el anciano ha sido reconocido desde otras miradas.

Justamente, al analizar el envejecimiento como un “término occidental que marca la progresiva reducción del cuerpo”, Le Breton (8, p. 143), se refiere a la corporeidad del adulto mayor desde la óptica de ser un estigma relacionado con la clase social y el entorno familiar, que percibe un organismo relegado, olvidado y deshecho, en el cual debe combatirse la edad para permitir la permanencia del sujeto. Se le representa como enfermo, inmóvil e inútil, entre otros adjetivos vinculados especialmente con la disminución de las funciones y la capacidad, realidad reflejada en el MCH y sus atributos, cuando los sistemas reducen sus condiciones anatómicas y fisiológicas y el desempeño general es afectado. Además, la vejez se presenta

de manera diferenciada entre hombres y mujeres, al ser más benevolente para los primeros por su nivel educativo y de ingresos, e incluso por las representaciones aceptadas de forma masiva en lo concerniente al atractivo y la sensualidad.

■ El cuerpo envejecido de las personas mayores

Las personas mayores, sanas e independientes, aportan al bienestar de sus comunidades y familias. Por lo tanto, es un mito mostrarlas como receptoras pasivas de salud y servicios sociales. No obstante, su número crece exponencialmente en la actualidad, en medio de coyunturas socioeconómicas complejas e inciertas, y solo las intervenciones oportunas pueden potenciar su contribución al desarrollo y prevenir que se conviertan en un factor de crisis para la estructura sanitaria y de seguridad social, en especial en las Américas (9).

Es preciso subrayar que no hay una persona mayor “típica”. Las facultades psíquicas y físicas de algunos octogenarios poco o nada tienen que envidiar a las de varios veinteañeros. En cambio, otros adultos de edad avanzada sufren un deterioro considerable mucho más temprano en sus vidas. A esto último contribuyen factores de riesgo, como los asociados al desempeño físico, particularmente las limitantes en la autonomía y la independencia, o bien pertenecer a estratos socioeconómicos bajos, los escasos niveles de escolaridad y las alteraciones del balance y el sistema musculoesquelético (10).

La práctica de actividad física es un mecanismo para contrarrestar ese deterioro, ya que favorece la funcionalidad en la velocidad de la marcha y el equilibrio estático y dinámico (11). Asimismo, genera efectos positivos en indicadores como el colesterol, la CVRS en pacientes con hipertensión arterial (12) y el índice de masa corporal (IMC). Al regular este último, también incide directamente en la imagen corporal. En quienes padecen osteopenia y osteoporosis, sirve de estrategia no farmacológica segura, con resultados benéficos (13).

Al no existir un tipo único de persona mayor o “tardío”, la respuesta desde la salud pública, orientada a atender las enormes diferencias en vivencias y necesidades de las personas denominadas hoy con estos términos y antes llamadas “viejas” o “ancianas”, pertenecientes a un grupo etario específico, debe ser integral (14), pues en su figura se condensan múltiples reflexiones y dilemas enlazados con su imagen y los cambios que experimentan (15).

Al explorar esos discursos, se descubre que conforman una particular trama de significados referidos al cuerpo y a su estética durante el envejecimiento. Se articulan en una red semántica, ligada a este proceso, que le asigna un “sentido concreto” y un “valor social” al organismo envejecido y a sus representaciones (16). Los hay “cotidianos”, científicos, fabricados por la prensa o por las mismas personas mayores.

Evidentemente, la vejez supone la reelaboración y reconfiguración de la identidad, en un proceso que tiene como uno de sus núcleos el reconocimiento de las transformaciones corporales y, consecuentemente, el ajuste de la propia imagen. El cambio es un factor que incide de distintas formas en las situaciones críticas vinculadas con el hecho de llegar a esta etapa de la existencia (17). Esas crisis pueden clasificarse en: de identidad, ante el deterioro de la propia autoestima; de autonomía, por la reducción de las posibilidades de desenvolvimiento en las AVD; y de pertenencia, resultante de la pérdida de roles (18). Resolverlas demanda un trabajo psíquico que, si bien se sustenta en las características individuales y biográficas del sujeto, está enmarcada, producida y construida desde los significados culturales y valores sociales proyectados sobre el cuerpo de la persona mayor (17).

La invisibilización social que parece producirse por la posesión de un cuerpo envejecido lleva a tomar conciencia del alejamiento de la deseabilidad y ocasiona una crisis conectada con la evocación del que se tenía en la juventud y la adultez y el desvanecimiento gradual del que se posee (17). En cierta medida, esto expresa cómo el envejecimiento, a pesar de ser un fenómeno natural, extendido desde la concepción hasta el fallecimiento y conocido por todos los seres humanos, es difícil de aceptar como una realidad innata a estos (19).

■ Representaciones sociales de la vejez

Discursos como los mencionados portan representaciones sociales (RS) que se vehiculizan a través de prácticas, imágenes y significaciones, las cuales operan a manera de fuentes de identificación y subjetivación para quienes transitan por el camino de envejecer (16). A través de estos vehículos discursivos se proyectan y reflejan los cambios inherentes a dicho proceso, lo cual puede afectar la autoimagen individual y posibilita la formación de estereotipos alrededor de la estética y la funcionalidad. Por ejemplo, se relaciona la vejez con arrugas, modificaciones en la forma corporal y alteración de la funcionalidad física (20).

Como señalan Andrés et al. (21), para Jodelet, las RS son formas de pensamiento compartido y de carácter práctico, que permiten interpretar acontecimientos de la vida diaria, información y características del medio ambiente, así como los actores de la sociedad comprometidos en estas elaboraciones (21). Por tal razón, las RS condensan historia, relaciones sociales, prácticas políticas y prejuicios, lo cual las hace necesariamente cambiantes y dependientes del contexto. Los factores que influyen en su conformación se vinculan con las diversas fuentes de información disponibles en las narrativas presentes en ellas (21). Son parte del conocimiento del sentido común, construcciones con estatus de teoría ingenua que sirven para entender la realidad y orientar la acción. Se forjan en la interacción y el contacto con los discursos circulantes en el espacio (16).

Tal vez los mayores agentes para su circulación son los medios masivos de comunicación, pues estos generan, proponen, construyen, difunden y reproducen discursos que llevan a elaborar distintas representaciones de la realidad. En el ejercicio de estas funciones, pueden operar como portavoces de los poderes hegemónicos (políticos, económicos, morales), que llegan a legitimar su rol persuasivo e informativo. Por este motivo, al usar el lenguaje no están libres de intereses, pues suelen manejarlo de manera intencional y arbitraria en su búsqueda de persuadir, modificándolo a través de técnicas concebidas para ligar las necesidades personales o colectivas a un objeto de consumo que condensa en sí mismo la satisfacción de anhelos y la oferta de un ideal social deseable. Este último funciona como un mecanismo a través

del cual los sectores poseedores de hegemonía “imponen” sus categorías culturales y remiten al sujeto a la condición de “consumidor”, colonizando sus requerimientos básicos y, por ende, su vida cotidiana (16).

Entre esa multiplicidad de RS que son difundidas, las afines al envejecimiento encierran disímiles significaciones y connotaciones culturales —algunas propias del orden posmoderno y otras correspondientes a la cultura tradicional— que ejercen un efecto performativo sobre la constitución de identidades y subjetividades de las personas envejecientes (16).

Así, la vejez, categoría resultante de una interacción discursiva y semántica, muta su significado en distintos momentos de la vida, según sean los roles por desempeñar y la edad cronológica. En este punto cabe diferenciar: “las nociones de vejez y anciano se relacionan con realidades más evidentes e identificables en el presente, el concepto de envejecimiento se refiere más a un proceso, a una diacronía mucho menos manifiesta y precisa” (22, p. 5).

Las percepciones de la vejez como una experiencia basada también en imaginarios y estereotipos definen límites para cada perspectiva que se contemple. Han emergido entonces adaptaciones y nuevas formas de apreciación encaminadas a considerar esta etapa no como una limitante en términos de la productividad, sino, por el contrario, como una posibilidad para la participación activa: “el envejecimiento de la población no es solo cuestión demográfica; es también resultado de un modo concreto de interactuar económica, política y culturalmente con todos los grupos por edad” (18, p. 133).

Justamente, el final de la edad productiva y la jubilación marcan momentos determinantes que alimentan representaciones sobre la transición a la vejez. Otras más son alimentadas por demandas económicas y sociales en cuanto al aspecto físico y las edades de aquellos con quienes se guarda alguna relación. En este contexto, es posible encontrar dos construcciones de sentido que hoy señalan, por una parte, el envejecimiento exitoso, caracterizado por los cambios funcionales propios de la edad, y por otra, el usual, cuando estos son producto de la enfermedad, el estilo de vida y el paso mismo de los años (17).

Aunque se haya expandido el uso de expresiones, como la referida “vejez exitosa” o “tercera edad”, no es fácil vivir con edad avanzada en el mundo contemporáneo. En el fondo, estos son eufemismos dispuestos para desmentir el temor causado por la decadencia corporal y la cercanía de la muerte, y no tanto para poner de relieve los elementos positivos de esta etapa. El cuerpo envejecido proyecta un reflejo anticipado de lo que está por experimentar quien lo mira, al punto de personificar fantasmas cuya reproducción social se verifica a través de los medios masivos y variados actores sociales (19). De este modo, se concreta un distanciamiento con el significado otorgado al adjetivo ‘viejo’ en ciertas culturas, donde remitía a conocimiento y sabiduría y promovía actitudes de respeto, elogio y cuidado. Más aun, no resulta improcedente acotar que quizás ser una mujer “vieja” sea incluso peor, aunque tal aseveración suene paradójica en un momento histórico, facilitador como nunca antes de la expansión cuantitativa y cualitativa de la vida en lo referente al género femenino.

Claro está que algunas RS siguen destacando a las personas mayores como portadores de cualidades. Así ocurre con las elaboradas por los adolescentes, quienes refieren que al haber vivido bastante, las personas de edad avanzada poseen una experiencia de vida y, por ende, merecen respeto, además de contar con sabiduría y tener mucho para ofrecer, pues con los años se ganan conocimientos valiosos para compartir mediante la interacción grupal. En la misma línea de respetar, se considera que cuando este verbo no se practica se refleja en la fragilidad del anciano y en la consecuente necesidad de cuidarlo. A su vez, la salida del mundo laboral lleva al aislamiento y al alejamiento de las actividades sociales, hasta derivar en soledad y tristeza. Por su parte, en los niños y púberes, la RS se remite a la experiencia personal y la imagen, acorde con un pensamiento lógico concreto (19).

En definitiva, la sociedad trata de “vender” una imagen idealizada del cuerpo envejecido, distante de la percepción que la persona mayor tiene de sí misma (23). Tales imaginarios se corresponden con los expuestos por la OMS, relativos a los estereotipos obsoletos y discriminatorios que suponen a esta población como frágil o dependiente, convirtiéndola así en una carga social y llevándola a una exclusión por la edad (24,25). Ante esto, es necesario recalcar el carácter único del concepto de envejecimiento y

que cada quien pueda llegar a decidir si vive estos años desde la perspectiva de la enfermedad o de la salud, en lo cual influye directamente el contexto donde esté inmerso y otros factores (26).

Los desafíos y las inquietudes que se plantean respecto a las RS concebidas en torno a la población adulta mayor ofrecen relevancia, si se piensa en el desequilibrio demográfico inminente (18). Para 2025 crecerá el número de quienes superan los 60 años, como resultado del envejecimiento de la generación de los *baby boomers* (nacidos tras el final de la Segunda Guerra Mundial) y la aparición del posterior fenómeno conocido como *baby bust*, caracterizado por la caída persistente de los nacimientos desde finales de los años sesenta.

Desde una mirada de conjunto, las cuestiones examinadas concernientes a la imagen social del cuerpo en la vejez, en particular en la cultura contemporánea, con las diversas lecturas que se cruzan entre sí y los cambios sobre el particular, tanto esperados como ya ocurridos, revisten interés para distintas disciplinas, entre ellas las ciencias sociales. Lo corporal es motivo de atención, como objeto de consumo y signo a la vez, mientras que su mismo lenguaje plantea inquietudes sobre su futuro, más aún ante el papel de las concepciones nuevas de la ciencia y la tecnología, pues en estas incluso la vida y la muerte varían (27).

■ Estética en la vejez

A través de los sentidos es posible conocer fenómenos relacionados con la estética. Entre estos figura el de la belleza, cuya interpretación depende de variables como el grupo social, la clase, la época, el sexo y la edad. Según menciona Han, “la estética de lo bello es un fenómeno genuinamente moderno. No será hasta la estética de la modernidad cuando lo bello y lo sublime se disgreguen lo uno de lo otro” (28, p. 29). Esta mirada sirve de punto de partida para identificar una génesis de lo bello en lo terso, cualidad que no opone resistencia, es un deleite para los sentidos y a la cual se suman la ternura y la finura para formar una triada opuesta a lo áspero, lo robusto y lo fuerte, ya que estos, al connotarse como aspectos negativos,

se han relacionado con arrugas, manchas, estrías, várices y obesidad (28), expresiones de los cambios resultantes del envejecimiento, exteriorizados por el cuerpo.

Este, en la moderna sociedad de consumo, en medio de esa oposición entre la belleza y sus contrarios, se ha convertido en un objeto para la producción y distribución de servicios y bienes, una “forma de capital y como fetiche (...) se exhibe como una forma de inversión y signo social a la vez” (27, p. 139). Al pretenderse que la juventud impere como ideal de lo bello, se imponen preceptos que rezagan los cuerpos viejos y sus imágenes: “ante esta creciente tiranía de las apariencias juveniles, se censura a la vejez como si fuese algo obsceno, vergonzoso, que debería permanecer oculto, fuera de la escena, sin ambicionar la tan cotizada visibilidad, un estado corporal a ser combatido —o, como mínimo, sagazmente disimulado— por ser moralmente sospechoso y, por tanto, humillante” (29, p. 97).

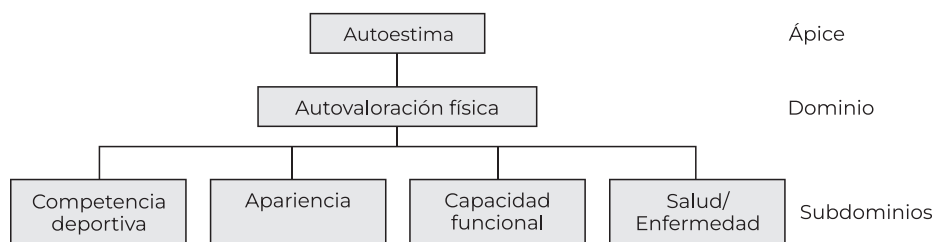
En tal contexto, se ha creado desde la publicidad y el consumo un ideal que promueve el empleo de prácticas de embellecimiento, ya sea la dieta, el ejercicio, la cirugía plástica, los cosméticos o la moda, elevadas al nivel de requisito para mantener la estética aceptada (27,30). Esta visión se emparenta con los atributos de lo terso, fino y tierno, y busca responder a un cuerpo juvenil, con singular exaltación del femenino. Adicionalmente, cabe preguntar cómo se transforma la estética en la persona mayor, al no ser solo prescrita por factores físicos, sino también sociales, económicos —ante los efectos derivados de entrar en la vida posjubilación— y de salud, por las enfermedades, teniendo igualmente en cuenta que ciertos imaginarios y el contexto determinan funciones, representaciones y actuaciones (31).

La importancia de la apariencia externa en las sociedades actuales ha llevado a ese culto del cuerpo joven, terso y en óptimo funcionamiento. Esto se ha llamado “cuerpo cultivado”: “una modulación cultural en forma de idolatría (...) que provoca el rechazo de nuestro cuerpo real y de nuestra realidad vivida corporalmente de otras maneras. Este ídolo es una nueva irrealidad estética, el cuerpo bello y perfecto, y esto es lo que hay que pensar: el cuerpo como objeto estético tal como se da en las artes y hoy día en la publicidad” (32, p. 2).

En el cuerpo se materializan y exteriorizan ideales sociales caracterizados por perspectivas juveniles, lo cual lleva a rechazar aquel considerado como viejo para tener uno “bueno”, realidad que “implica responder a un cierto patrón estético, a una imagen saludable y mostrar un tono juvenil” (16, p. 47). Además, desde la modernidad, el cuerpo es visible con roles complementarios manifestados en distintas metáforas, ya sea receptáculo del alma (metáfora religiosa), sistema (mecánica), portador de enemigos a vencer, entre ellos la vejez y la enfermedad (militar), estructura o máquina con unas funciones definidas a partir de los órganos (16). Tales perspectivas continúan en la actualidad como imaginarios y es preciso complementarlas con el enfoque social y cultural propuesto a mediados del siglo XX.

Respecto a estas miradas, un modelo para comprender las autopercepciones físicas de los adultos entre 30 y 85 años es el propuesto por Chase, que se presenta en la figura 1.

Figura 1. Comprensión de las autopercepciones físicas



Las autopercepciones físicas de las personas adultas (Chase, 1991)

Fuente: Moreno Delgado (33). Las autopercepciones.

Al dirigir la atención hacia la belleza en la vejez surge la dificultad de que el concepto connota dos valores opuestos, debido a las representaciones actuales. En uno de ellos, esta etapa es cercana a la fealdad, por lo tanto, contempla la pérdida de atributos como delgadez, tersura y firmeza. Frente a este “problema” surgen prácticas de embellecimiento y tecnologías, una “tecnologización” del envejecimiento destinada a esconder, desaparecer o minimizar sus rastros para hacerlo parecer joven y aceptado socialmente

(16). Es un mecanismo pensado para transformar el cuerpo, rejuvenecerlo, ocultar todo cuanto refleja con rapidez el paso de los años y se evidencia principalmente en rostro, cuello y manos.

Esa búsqueda por una autoimagen remozada, por “cómo nos vemos a nosotros mismos, sufre cambios a lo largo del ciclo vital, así, la IC [imagen corporal] sufre modificaciones con el paso de los años que requieren una adaptación y acomodación psicológica ante los mismos” (34, p. 15). Dicha imagen, “debe ser definida como un constructo multidimensional en el que intervienen desde aspectos perceptivos, cognitivos, emocionales y conductuales, así como factores históricos, culturales e individuales, que influyen en determinadas alteraciones psicológicas como la distorsión, la insatisfacción, la presión corporal e incluso la ejecución de determinadas actuaciones perjudiciales para la salud” (35, p. 10).

Es pertinente tener presente, como señalan Sinovas y Marugán (36), la serie de elementos que constituyen el esquema corporal e interactúan para conformar la imagen del cuerpo: conocimiento de este (posibilidades y limitaciones); tonicidad, control postural o sentido kinestésico (propiocepción, equilibrio, sentido de movimiento); lateralidad y estructuración espacial (uso del cuerpo y referencia del propio yo); coordinación psicomotriz o motora (sentido posicional y de movimiento y gestos); equilibrio (estabilidad del centro de gravedad); relajación (conciencia de reposo); y respiración (control).

El envejecimiento afecta directamente estos elementos, lo cual puede favorecer o perjudicar la impresión de la persona mayor sobre sí misma, sobre todo por el nexo que tienen con la funcionalidad, una cualidad cuya importancia es superior a la de la estética. De tal modo, con el paso de los años esa apreciación varía, de forma conexas con las modificaciones físicas inherentes al proceso de envejecer. Estas marchan a la par de las de tipo psicológico, cuya aparición deriva incluso en baja autoestima y falta de motivación, estados propicios para asignar un carácter negativo a una IC que también se ve influida por factores sociales y culturales, entre estos el sexo y el ejercicio físico, dada su naturaleza subjetiva. De hecho, se observa que la práctica de dicho ejercicio mejora el concepto propio (34). Sobre el particular, los hombres están más abiertos a experiencias

de orden sensorial, sensual y estético, y su autopercepción suele resultar favorable, algo contrario a lo ocurrido en las mujeres, en quienes tiende a ser desfavorable. Las personas solteras son una particularidad, pues por lo general son más activas y poseen una valoración corporal mejor que la expuesta por aquellas en condición de matrimonio, viudez o divorcio (37).

En definitiva, la imagen real puede terminar chocando con la deseada. Cuando así sucede, quizá afloren la depresión y la ansiedad, afectando la IC y acrecentando la insatisfacción con el aspecto proyectado, situación más frecuente, igualmente, en el género femenino. Este es objeto de numerosas influencias en términos de estética y de exigencias gestadas a partir del culto a la belleza, socialmente impuesto por la publicidad, el cual fomenta el ideal de un cuerpo perfecto, grácil y lozano. El deseo de encajar entre estos cánones, aceptados masivamente, sirve de motor para hábitos actuales de consumo que responden a la oferta de múltiples mecanismos, pensados para mantener la ilusión de la eterna juventud (38-40).

Disímiles inquietudes y percepciones de la población mayor en lo relativo a los tres componentes de la IC, como son la imagen perceptual, la cognoscitiva y la emocional (34), han sido recogidas en distintos estudios. Según han revelado estos, la satisfacción corporal (SC), la imagen corporal social (ICS) y la imagen corporal actual (ICA), son moderadamente positivas, en tanto la imagen corporal ideal (ICI) apunta a proyectar una figura delgada y tonificada en medida superior que la ICA. En los hombres, todas estas miradas son de manera significativa más favorables respecto a las mujeres. Los adultos mayores exponen una ICA notoriamente mejor y una ICI más exigente que aquellas de los más jóvenes, además, en la discrepancia entre estas dos se evidencia una interacción entre la edad y el sexo. En general, hay satisfacción con la imagen, a pesar de un deseo de tonificación y delgadez (41), aunque no desaparece cierta percepción negativa ante la presencia de arrugas, la lentitud en el movimiento y la falta de energía, realidades contrarias a los principios de juventud publicitados (20). Entre personas de mediana edad, la inconformidad con la forma y el peso corporal es más manifiesta en comparación con los jóvenes (42).

En general, la población mayor reporta satisfacción con el cuerpo, aunque no es extraño observar un descontento con la IC, asociado a las enfermedades y al empeoramiento de la función física (43). También es común la sobrevaloración de la imagen, forma de proceder expresada, por ejemplo, en el gusto o desagrado hacia la percepción propia, al correlacionar el IMC, ya sea negativamente con la sensación de poseer una talla superior a la deseada, o positivamente, cuando se estima que el contorno es más delgado que el ofrecido por la ICA.

Resulta claro que, en la sociedad actual, una serie de ideales hipervalorizados llega a ser determinante en la forma como se enfrenta el envejecimiento, al hacer hincapié en la “cultura de la imagen, del *lifting*, de lo aeróbico, el cuerpo es omnipresente y los sujetos están preocupados por su apariencia hasta el punto de que esta ocupa el centro de su interés, restando posibilidades para el desarrollo de potencialidades de otros órdenes” (19, p. 11).

En el género femenino puede requerirse una comprensión más consecuente del significado del envejecimiento y superar los estándares estéticos que afectan la CV, limitan la autonomía y determinan el proceso. Esto conlleva a repensarlo, como también la salud reproductiva y sexual, el cuerpo mismo, la estética, el autocuidado, la educación sexual, las reacciones ante la menarquia y la menopausia —una señal de que se envejece—, las concepciones sobre la sexualidad y la feminidad (44). Cabe indicar que las mujeres destacan, como elementos significativos en la vejez, el bienestar, el cuidado de la salud, las buenas relaciones en grupo y la libertad (45), mientras que los discursos a favor de la delgadez para alcanzar el éxito afectan su IC a lo largo de todas las edades de la vida (46).

En los hombres, con el paso de los años y al llegar la vejez, surge una preocupación por la apariencia y la imagen, al tiempo que la pérdida de vigor, fuerza física y potencia es otro motivo de inquietud, al ser estos atributos de la masculinidad (47). Les resulta importante mantener una sexualidad activa, ser productivos mental, física y socialmente (45), al igual que la musculatura y la grasa corporal, pues forman un ideal mesomórfico (48).

La IC se correlaciona positivamente con la CV y negativamente con la depresión, tanto en hombres como mujeres (49). Además, desde una mirada cualitativa, es influida por los divorcios, los comentarios vinculados con el cuerpo y la preocupación por el peso corporal.

Por último, es pertinente mencionar pruebas y medidas válidas y confiables empleadas en los estudios interesados en el cuerpo en la vejez y su estética, en los que la IC es referente principal: *Body Appreciation Scale* (BAS) (50), *Aging Perception Questionnaire* (APQ) (51), *Multidimensional Body Self Relations Questionnaire* (MBSRQ), *Body Shape Questionnaire* (BSQ), *Body Image Avoidance Questionnaire* (BIAQ), *Body Appreciation Scale-2* (BAS-2) (52), Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC) (29), Escala de Apreciación Corporal (EAC) (53), *Body Image States Scale* (BISS) (54), *Male Fit Body Scale* (MFBS, en figuras demacradas a musculosas) (55), *Male Body Scale* (MBS, en figuras demacradas a obesas), *Body Dissatisfaction Scale* (BDS) (56), siluetas de Stunkard (57).

■ Conclusiones

El envejecimiento se inicia con el nacimiento. Es un proceso complejo y variado que depende de factores individuales como el sexo, y extrínsecos, como el contexto y el ambiente. Al ser normal, es preciso verlo así y los adultos mayores deben tenerse en cuenta en los distintos ámbitos de la vida, sin excluirlos por haber llegado a esa edad. Es evidente el incremento de esta población en todo el mundo. Las interpretaciones que de quienes se encuentran en esta etapa se realizan en las sociedades actuales son dadas por las influencias sociales y culturales, las condiciones de cada lugar y la propia subjetividad de aquellos con quienes interactúan las personas de edad avanzada.

Puede concluirse que la vejez es una categoría social, elaborada a través de las creencias de cada persona. Su estética es, a su vez, una construcción cultural en la que actualmente prima el desconocimiento y rechazo del cuerpo viejo, como también de las transformaciones propias de esta etapa, si se tiene en cuenta lo aceptado socialmente, asociado con la belleza y la

juventud. Es así como se rechazan las canas, la piel arrugada y, en general, las realidades inherentes al paso de los años, hasta relegar la funcionalidad por la apariencia.

Referencias

1. Santos ML, Valencia NY. Envejecer en Colombia. *Am Lat Hoy*. 2015; 71:61-81.
2. Montero López MP, López Giménez MR, Acevedo Cantero P, Mora Urda AI. Envejecimiento saludable: perspectiva de género y de ciclo vital. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 2015;5(1):55-63.
3. González J, Fuente R. Desarrollo humano en la vejez: un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. *Int J Dev Educ Psychol*. 2014;7(1):121-30.
4. Tosar MA, Sánchez ME, González S, García RE, Miranda D. Edumecentro. Envejecimiento poblacional: su pertinencia en el currículo de las ciencias médicas. 2018;10(2):160-70.
5. Porter R. Historia del cuerpo. En: Burke P, editor. *Formas de hacer historia*. 2 ed. Madrid (España): Alianza Universidad; 1996. p. 255-286.
6. Trejo C. El viejo en la historia. *Acta Bioethica* [Internet]. 2001[consultado 2022 abr. 21];1(1):107-119. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55470108>
7. Manrique P. Consideraciones sobre la vejez desde la prehistoria hasta la peste negra. *Gerokomos*. 1999;10(4):156-160.
8. Le Breton D. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires (Argentina): Nueva Visión; 2002.

9. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2019 [Internet]. [Consultado 2022 abr. 21]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/POLÍTICA NACIONAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ.pdf>
10. Quino Ávila AC. Factores de riesgo asociados al nivel de autonomía e independencia en personas mayores, Tunja 2015. Rev Investig en Salud Univ Boyacá [Internet]. 2018 [consultado 2022 abr. 21];5(2):259-76. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24267/23897325.322>
11. Chacón-Serna MJ, Quino-Ávila AC, Vallejo-Castillo LF. Capacidad funcional del anciano relacionada con la actividad física. Rev Investig en Salud Univ Boyacá [Internet]. 2017 [consultado 2022 abr. 21];4(1):86-103. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24267/23897325.199>
12. Cobo Mejía EA, Prieto Peralta M, Sandoval Cuéllar C. Efectos de la actividad física en la calidad de vida relacionada con la salud en adultos con hipertensión arterial sistémica: revisión sistemática y metaanálisis. Rehabilitación [Internet]. 2016 [consultado 2022 abr. 21];50(3):139-49. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rh.2015.12.004>
13. Prieto Peralta M, Sandoval Cuéllar C, Cobo Mejía EA. Efectos de la actividad física en la calidad de vida relacionada con la salud en adultos con osteopenia y osteoporosis: revisión sistemática y metaanálisis. Fisioterapia [Internet]. 2017 [consultado 2022 abr. 21];39(2):83-92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ft.2016.08.002>
14. Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento y ciclo de vida [Internet]. [Consultado 2022 abr. 21]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
15. Klein A. Cambios en las peculiaridades sociales del adulto mayor y su impacto en el lazo social. Desde el Jardín de Freud [Internet]. 2015 [consultado 2022 ago. 21];(15):177-90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/dfj.n15.50499>

16. Yuni JA, Urbano CA, Arce MC. Discursos sociales sobre el cuerpo, la estética y el envejecimiento. Córdoba (Argentina): Brujas; 2003.
17. Petretto DR, Pili R, Gaviano L, Matos López C, Zuddas C. Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016 [consultado 2022 ago. 21];51(4):229-41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>
18. Kehl S, Fernández M. La construcción social de la vejez. *Cuad Trab Soc* [Internet]. 2001 [consultado 2022 ago. 21]; 14:125-61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2307/3466656>
19. Sánchez LM, Monchietti A. Envejecer y parecer joven: obstáculos y consecuencias. *Rev Kairós Gerontol* [Internet]. 2013 [consultado 2022 ago. 21];16(2):9-19. Disponible en: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/19777>
20. Vega VY, Ramos MD, Barrios LM, Quintero MV. Imagen del cuerpo en adultos mayores. *Salud y Mov.* 2015;7(1):4-10.
21. Andrés H, Gaston L, Oddone J, Vujosevich J. Género, representaciones sociales de la vejez y derechos humanos. Ponencia presentada en: Simposio viejos y viejas. Participación ciudadana e inclusión social, 51º Congreso Internacional de Americanistas; 2003 jul 14-18. Disponible en: https://www.academia.edu/34562256/G%C3%89NERO_REPRESENTACIONES_SOCIALES_DE_LA_VEJEZ_Y_DERECHOS_HUMANOS
22. Parales CJ, Dulcey Ruíz E. La construcción social del envejecimiento y de la vejez. Un análisis discursivo en prensa escrita. *Revista Latinoamericana de Psicología*. [Internet]. 2002. [consultado 2022 ago. 21]; 34(6): 107-121. Disponible en: https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Parales_%20y_Dulcey-Ruiz.pdf

23. Vega VY, Ramos MD, Barrios LM, Quintero MV. Imagen del cuerpo en adultos mayores. *Salud y Mov.* 2015;7(1):4-10.
24. Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento y salud. Datos y cifras 2018 [Internet]. [Consultado 2020 febrero 21]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
25. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Washington, D.C. (Estados Unidos): OMS; 2015. [consultado 2022 ago 21]. 268 pp. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
26. Alvarado García AM, Salazar Maya AM. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos* [Internet]. 2014 [consultado 2022 ago 21]; 25(2):57-62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
27. Martínez Barreiro A. La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. *Pap Rev Sociol* [Internet]. 2004 [consultado 2022 ago. 21]; 73:127-52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5565/rev/papers/v73n0.1111>
28. Han BC. *La salvación de lo bello*. Barcelona (España): Herder; 2015.
29. Sibilia P. El cuerpo viejo como una imagen con fallas: la moral de la piel lisa y la censura mediática de la vejez. *Comunic Midia e Consum.* 2012;9(26):83-114.
30. Raich RM. Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana.* 2004;22(1):15-27.

31. Becerril González R. Cuerpo, cultura y envejecimiento. Análisis de la imagen corporal en la publicación “60 y más.” Ágora para la educación física y el deporte [Internet]. 2011 [consultado 2022 ago. 21];13(2):139-64. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3696589>
32. Ruiz Calvente M. El cuerpo humano como objeto estético. *A Parte Rei*. 2010;72:1-7.
33. Moreno Delgado A. Estructura interna y medida del autoconcepto físico de personas mayores. *Contextos* [Internet]. 2016 [consultado 2022 ago. 21]; 35:49-67. Disponible en: <http://revistas.umce.cl/index.php/contextos/article/view/930>
34. Sarabia Cobo CM. La imagen corporal en los ancianos. Estudio descriptivo. *Gerokomos* [Internet]. 2012 [consultado 2022 ago. 21];23(1):15-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000100003>
35. Castro-Lemus N. Re-conceptualización del constructo de imagen corporal desde una perspectiva multidisciplinar. *Arbor* [Internet]. 2016 [consultado 2022 ago. 21];192(781): Artículo 353 [13 p.]. Disponible en: <https://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/2158/2895>
36. Sinovas R, Marugán M. Esquema corporal y autoestima en la tercera edad. Elementos claves para un programa en gerontopsicomotricidad. *International Journal of Developmental and Educational Psychology* [Internet]. 2010 [consultado 2022 ago. 21];2(1):867-72. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832325090.pdf>
37. Vaquero-Cristóbal R, Alacid F, Muyor JM, López-Miñarro PA. Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutr Hosp* [Internet]. 2013 [consultado 2022 oct. 18];28(1):27-35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2013.28.1.6016>

38. Kowalski M, Da Paixao JA, Tucher G. Estética, cuerpo y medios de comunicación masiva: discursos que van más allá de la salud de la mujer en Brasil. *Rev Investig Divulg sobre Estud Gén* [Internet]. 2011 [consultado 2022 oct. 18];2(9):145-65. Disponible en: http://bvvirtual.ucol.mx/descargables/6_estetica_cuerpo_medios.pdf
39. Vargas Pérez MA. El cuerpo humano y este su mundo. *Daimon Rev Int Filos* [Internet]. 2016 [consultado 2022 oct. 18]; S5:563-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/daimon/270141>
40. Mendes Rosa C, Vilhena J. O Silenciamento da Velhice: Apagamento Social e Processos de Subjetivação. *Rev Subjetividades* [Internet]. 2016 [consultado 2022 oct. 18];16(2):9-19. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5020/23590777.16.2.9-19>
41. Ramírez M, Godoy D, Vázquez M, Lara R, Navarrón E, Vélez M, et al. Imagen corporal y satisfacción corporal en adultos: diferencias por sexo y edad. *Rev Iberoam Psicol del Ejerc y el Deport*. 2015;10(1):63-8.
42. Bibiloni DM, Coll JL, Pich J, Pons A, Tur JA. Body image satisfaction and weight concerns among a Mediterranean adult population. *BMC Public Health* [Internet]. 2017 [consultado 2022 oct. 18];17(1):1-11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3919-7>
43. Pinto E, Carção D, Tomé D, Faustino J, Campaniço L, Braz N, et al. Body mass index and body image perception in older adults. *Geriatr Med Care* [Internet]. 2017 [consultado 2022 oct. 18];1(2):[3 p.]. Disponible en: doi: 10.15761/GMC.1000109
44. Candido A, Bortolozzi AC, Piazzentin OM. Aging and feminine body: conceptions of women after menopause. *MOJ Gerontol Geriatr* [Internet]. 2018 [consultado 2022 oct. 18];3(1):26-31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15406/mojgg.2018.03.00077>

45. Fernandes MG, Gomes L. O corpo envelhecido na percepção de homens idosos. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011 [consultado 2022 oct. 18];64(3):472-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000300010>
46. Tylka TL. Refinement of the tripartite influence model for men: Dual body image pathways to body change behaviors. *Body Image* [Internet]. 2011 [consultado 2022 oct. 18];8(3):199-207. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.04.008>
47. Coutinho RX, Venturini Tomazeti R, De Figueredo Acosta MA. Representação de corpo na velhice: o corpo real versus o corpo social. *Rev Kairós Gerontol* [Internet]. 2013 [consultado 2022 oct. 18];16(4):215-36. Disponible en: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/19665>
48. Kim JS, Kang S. A Study on Body Image, Sexual Quality of Life, Depression, and Quality of Life in Middle-aged Adults. *Asian Nurs Res* [Internet]. 2015 [consultado 2022 oct. 18];9(2):96-103. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2014.12.001>
49. Valdez-Hernández V, Bojorquez I, Eguiluz Romo LL, Unikel C. “¡Tienes que estar delgada!” Epifanías: Construcción de la imagen corporal en mujeres de mediana edad. *Rev Mex Trastorn Aliment* [Internet]. 2017 [consultado 2022 oct. 18];8(1):63-71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2017.01.003>
50. Avalos L, Tylka TL, Wood-Barcalow N. The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image* [Internet]. 2005 [consultado 2022 oct. 18];2(3):285-97. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.06.002>
51. Ferreira L, Neves AN. Validity of body image scales for Brazilian older adults. *Motriz Rev Educ Fis* [Internet]. 2014 [consultado 2022 oct. 18];20(4):359-73. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-65742014000400002>

52. Tylka TL, Wood-Barcalow NL. The Body Appreciation Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. *Body Image* [Internet]. 2015 [consultado 2022 oct. 18];12(1):53-67. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.09.006>
53. Tylca T. Escala de Apreciación Corporal [Internet]. 2006 [consultado 2022 oct. 18]. Disponible en: <https://benourished.org/wp-content/uploads/2017/09/BAS-Spanish.pdf>
54. Cash TF, Fleming EC, Alindogan J, Steadman L, Whitehead A. Beyond body image as a trait: The development and validation of the body image states scale. *Eat Disord* [Internet]. 2002 [consultado 2022 oct. 18];10(2):103-13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/10640260290081678>
55. Ralph-Nearman C, Filik R. New body scales reveal body dissatisfaction, thin-ideal, and muscularity-ideal in males. *Am J Men's Health* [Internet]. 2018 [consultado 2022 oct. 18];12(4):740-50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1557988318763516>
56. Mutale G, Dunn A, Stiller J, Larkin R. Development of a Body Dissatisfaction Scale Assessment Tool. *New School Psychol Bullet* [Internet]. 2016 [consultado 2022 oct. 18];13(2):47-57. Disponible en: <http://www.nspb.net/index.php/nspb/article/view/249/165>
57. Stunkard A. Old and new scales for the assessment of body image. *Perceptual Motor Skills* [Internet]. 2000 [consultado 2022 oct. 18];90(3):930. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2466/pms.2000.90.3.930>



Conclusiones





El análisis realizado en este libro ha discurrido en torno a las características de la vejez y el envejecimiento desde la perspectiva del MCH, en relación con la salud y en el contexto de la profesión de fisioterapia. Cada capítulo se ha construido y presentado de modo que cumpla con la finalidad de reflexionar acerca de tales particularidades, cuyo impacto directo se manifiesta en el desenvolvimiento individual, emocional y social de la persona mayor.

Al examinar las caídas en esta población, se puntualizó en las implicaciones de tales accidentes en los individuos, como también sus efectos en lo familiar, biológico, psicológico y social. Evidentemente, como toda situación de salud generadora de cambios en las AVD, estos eventos traen consigo traumatismos sobre el desarrollo humano y los roles cumplidos por los adultos, en especial si son mayores, y terminan afectando el desempeño de las tareas hacia las que existen responsabilidades. Por consiguiente, es relevante conocer los factores, las causas y patologías de los casos, como también su incidencia en la funcionalidad, teniendo presente que luego de presentarse y más aún si ocurren con cierta recurrencia, pueden ser causa de discapacidad y llevar a quien los padece a volverse dependiente, al punto de requerir mayor atención por parte de sus familiares o cuidadores.

Es fundamental partir de la triada envejecimiento activo, actividad física y persona mayor al formular programas encaminados al mejoramiento de la funcionalidad. Entre los objetivos centrales de estos se encuentran disminuir los factores cuya presencia afecta en gran proporción la independencia, como por ejemplo las patologías del sistema genitourinario y las caídas. Las acciones propuestas deben tener en cuenta la salud mental y los lazos del adulto de edad avanzada con sus pares, pues al experimentarse una identificación entre estos en las dimensiones social, biológica, psicológica y funcional, es factible lograr valiosos resultados en el desempeño de las ABVD y las AIVD. De este modo, se busca promover estilos de vida

saludable y ambientes adecuados que consideren los cambios en el curso de la vida propios de la vejez, los cuales repercuten sobre la CV y en especial sobre la salud.

Comprender el envejecimiento como parte del ciclo vital significa también reconocer que se trata de un proceso biológico complejo y multifactorial, en el cual la construcción social de la persona continúa de manera diferenciada, a veces atípica, pues no en todos los casos esta etapa transcurre o se asume de igual manera. En algunas ocasiones se mantiene un estado corporal rozagante y vigoroso, mientras que en otras la salud se deteriora en uno o varios sistemas y la vitalidad termina por verse diezmada. Para hacer frente a esta última posibilidad, la actividad física aparece como un medio de intervención destinado a disminuir las complicaciones que inciden en la independencia, la autonomía y el desempeño.

Para las personas del común, en general, e incluso entre los profesionales especialistas, las transformaciones en la estética corporal que suelen atribuirse al simple hecho de ser “viejo” pueden llevar a desconocer el cuerpo envejecido. Sin embargo, con tal forma de actuar se niegan también los sueños y deseos que este busca alcanzar y le rodean.

Contar con redes sociales de apoyo en la vejez permite cimentar espacios emancipatorios y participativos, basados en grupos sociales como la familia, los vecinos, los profesionales de la salud y los compañeros de trabajo, cuyas actividades en función del desarrollo humano se orienten a potenciar capacidades, habilidades, experiencias y aprendizajes favorables para la CVRS del adulto mayor. Adicionalmente, las tareas y dinámicas planeadas y ejecutadas pueden contribuir a preservar su autonomía y un estado saludable de sus esferas mentales superiores, lo cual ofrece un panorama propicio para la recuperación de su valor como ciudadano que sigue aportando a la sociedad donde está inmerso. Sus saberes llegan entonces a ser destacados al establecer relaciones, ya sea cuando comparte con sus coetáneos o interactúa con otras generaciones en la formulación de respuestas a necesidades, al asumir responsabilidades y buscar los intereses comunes de comunidades que requieran sus conocimientos, incluso para transformar determinados patrones.



Este libro se terminó de imprimir
en el mes de enero de 2025, en
Búhos Editores Ltda.
Tunja - Boyacá - Colombia