

Autopercepción de Salud y Envejecimiento

Self-perception of Health and Aging

Floralinda García Puello¹

Universidad Simón Bolívar

RESUMEN

El aumento de la esperanza de vida ha producido en las últimas décadas un importante crecimiento de la población adulta mayor, estimándose que en el año 2050 casi un tercio de la población mundial estará compuesta por personas mayores de 65 años. Se pretende revisar desde diferentes puntos de vista los múltiples factores que influyen en la autopercepción de salud de los adultos mayores. Se seleccionaron y revisaron artículos científicos publicados en las bases de datos LILACS, SCIELO, OVID, EBSCO, REDALYC, HINARI y SCIENCE DIRECT, sobre la autopercepción de salud y envejecimiento. En la estrategia de búsqueda, se incluyeron las palabras clave “envejecimiento y salud”, “autopercepción de salud”, “redes sociales y envejecimiento”, entre otros. El proceso de envejecimiento se plantea como un proceso dinámico, no sólo a nivel individual sino también a nivel histórico-social. Se trata de un proceso que determina grandes cambios en la sociedad y frente a los cuales es necesario intervenir, a través de una política integral que ampare los derechos del adulto mayor y promueva una actitud social positiva, así como una autocepción activa, autónoma, responsable e independiente.

Palabras Clave: envejecimiento, autopercepción, salud, apoyo social (Fuente: DeCS).

ABSTRACT

The increase in life expectancy has occurred in recent decades a significant increase in the older population, it is estimated that in 2050 nearly one third of the global population will consist of people over 65 years. Intends to review the multiple factors that influences the self-perception of health of older adults from different starting points. Were selected and reviewed scientific articles published in LILACS, SCIELO, OVID, EBSCO, REDALYC, HINARI y SCIENCE DIRECT databases on the subject of self-perception of health and aging. The search strategy included keywords "aging and health", "self-perception of health", "social networks and aging", among others. The aging process is a dynamic process, not only individually but also in a historical-social sense, a process that determines large changes in society and against which it will be necessary to intervene through the creation of a comprehensive policy that covers the rights of older persons and promote positive social attitudes and active, autonomous, responsible and independent self-perceptions.

Keywords: aging, self-concept, health, social support (Source: MeSH, NLM).

¹ Fisioterapeuta. Estudios en medicina tradicional china. Especialista en fisioterapia en ortopedia. Maestrante en Salud Pública. Correo electrónico: fgarcia@unisimonbolivar.edu.co

Introducción

El envejecimiento es una parte del proceso natural de la vida. La forma en que se experimenta éste, en cuanto a la salud y capacidad funcional, depende tanto de la estructura genética como de las circunstancias en que se ha vivido. Asimismo, envejecer, bien o mal, depende de situaciones propias del contexto social de los mismos individuos que envejecen (1).

El envejecimiento es un hecho que se estudia en forma multidisciplinaria. Desde el punto de vista biológico, significa simplemente deterioro. No obstante, en la actualidad la mayoría de los especialistas consideran que el envejecimiento equivale a desarrollo, es decir, que implica un cambio del comportamiento relacionado con la edad cronológica, sin que ello conlleve crecimiento ni deterioro (1).

La tasa de personas viejas se ha incrementado a nivel mundial, pero ello no ha ocurrido de manera homogénea. En concreto, la población mayor de 60 años alcanza el 9.1% en el Caribe; en América Latina, el 6,9 %; en Asia, 7,6 %; y en África, solo el 5,9 %. Sin embargo, otras regiones desarrolladas del mundo están por encima del 16 %, como Europa (16,8 %) y América del Norte (19,1%). Para algunos investigadores, Cuba ya se encuentra en una etapa pos transicional, dado que desde 1970 ha transitado de un 9,0 % de personas mayores de 60 años a un 16,2% en 2007. Y esta población seguirá incrementándose ininterrumpidamente, mientras que la población joven tiende al decrecimiento (2). En el caso de Colombia, en 1982 poseía una población cercana a los 28.500.000 habitantes y la prevalencia de adultos mayores llegaba a 1.700.000 (aproximadamente 6% de su población total). Al comenzar el tercer milenio (2002), Colombia contaba con una población que sobrepasaba los 42.000.000 de personas, de las cuales el 7% (alrededor de 3 millones) era mayor de 60 años. Esto nos muestra un aumento considerable de la población de adultos mayores en el orden nacional. En este sentido, las estadísticas evidencian que si la cantidad de mayores de 60 años se incrementa anualmente en cerca de 80.000 personas, hacia el año 2030 el incremento anual de las mismas será cuatro veces mayor; y si esta tendencia continúa, para 2050, los mayores de 60 años habrán sobrepasado a los menores de 15 años en cerca de un millón de personas (3).

Como se ha visto, en los países industrializados, el número de adultos mayores ha crecido sustancialmente, y esto ha generado un gran impacto social y sanitario, tanto para el propio individuo como para la comunidad en la que éste se encuentra inmerso. Por tal razón, es de vital importancia conocer la percepción que este colectivo tiene de su propia realidad, y en particular sus carencias y necesidades, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y evitar, en lo posible, factores de riesgo que pongan en juego su integridad física y mental (4).

La calidad de vida y la buena autopercepción de salud durante la vejez están influidas por diversos factores. Uno de los principales es el estado de salud, el cual resulta ser en realidad un constructo complejo. En este sentido, estudios científicos evidencian que algunos de los principales factores asociados constantemente con la detección de problemas de la calidad de vida o del estado de autopercepción de salud en esta población son: los trastornos de ansiedad y depresión, la falta de ejercicio y la dependencia funcional en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Se entiende entonces que la calidad de vida de una persona resulta de la interacción de múltiples aspectos: socioeconómicos, de salud mental, salud física, función social (5). De hecho, en su informe de salud global 2010, la OMS ratificó la existencia de una gran brecha en términos de equidad socioeconómica entre los países del mundo y la relación entre ésta y el desarrollo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). Estas constituyen hoy la principal causa de muerte en el mundo, y casi el 80% de las muertes por ECNT ocurren en los países de más bajos ingresos (6).

También se plantea que las condiciones de vida durante los primeros años del individuo son determinantes para su estado de salud en edades avanzadas. Por ejemplo, una persona que haya tenido una situación económica favorable, así como un excelente estado de salud en sus primeros 15 años de vida, tendrá más probabilidades de contar con buen estado de salud en la etapa de adulto mayor (7).

Por otro lado, algunos autores plantean que si bien es cierto que el envejecimiento implica un deterioro biológico; las condiciones sociales, la carencia de servicios y las ideas del modelo médico tradicional son las que restan oportunidades para que el anciano se

mantenga activo y autónomo. Al respecto, la carencia de una definición sociocultural del conjunto de actividades que serían propias de los ancianos, los hace sentirse inútiles y sin reconocimiento social. La falta de tareas específicas conlleva entonces a la dificultad para saber en qué concentrar sus esfuerzos y en qué desarrollarse, de modo que puedan proyectar sus propias potencialidades (8). El alto índice de discapacidad funcional que presentan los adultos mayores, sobre todo en los aspectos relacionados con las actividades de la vida diaria (AVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), está fuertemente influenciado por diferencias sociales, culturales y de calidad en la prestación de servicios de salud (9). Por lo anterior, realizar evaluaciones y programas de seguimiento sobre la autopercepción de salud de los adultos mayores, permitiría predecir y prevenir futuros eventos mórbidos, así como identificar los factores asociados con la pérdida de una buena autopercepción de salud en esta población (10).

El presente artículo de revisión pretende: mostrar, desde diferentes perspectivas, los múltiples factores que influyen en la autopercepción de salud de los adultos mayores en distintos contextos socioculturales; destacar la importancia del análisis multidimensional del envejecimiento; e identificar los aspectos relacionados con la buena autopercepción de salud y la calidad de vida durante esta etapa. De esta forma, desde el ámbito de la salud pública, se puede propiciar un ambiente social adecuado, esto es, un ambiente que incluya apoyo social percibido, apoyo en información, apoyo emocional y existencia de redes, entre otros, como factores propulsores para un envejecimiento exitoso (11). Este último concepto ha de considerarse en forma multidimensional, lo que abarca, trasciende y supera la concepción de la buena salud y está compuesto por un amplio abanico de factores bio-psicosociales, como la baja probabilidad de enfermedad y de la discapacidad asociada, alto funcionamiento físico y mental, y una importante participación social (12).

La búsqueda bibliográfica se realizó a partir de las bases de datos disponibles en la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla: LILACS, SCIELO, OVID, EBSCO, REDALYC, HINARI y SCIENCE DIRECT. Como principal motor de búsqueda, se utilizó PUBMED. En la estrategia de búsqueda, se incluyeron los términos “envejecimiento y salud”, “autopercepción de salud”, “redes sociales y

envejecimiento”, entre otros. Estos descriptores hacen referencia a los aspectos socioculturales, médicos y psicológicos relacionados con el tema de revisión. La búsqueda se realizó entre enero y mayo de 2012 y se seleccionaron artículos e informes científicos en español, inglés y portugués.

Desarrollo

El envejecimiento es un proceso multi-factorial, que se caracteriza por muchos cambios físicos y mentales, llevando consigo la aparición de diversas patologías y limitaciones funcionales que contribuyen a la disminución de la salud y la calidad de vida de los adultos mayores que las padecen. Pero, si es claro que estos cambios son fruto de un proceso multifactorial que se producen de forma natural, también lo es que el estilo de vida desempeña un papel fundamental en su desarrollo y evolución. Por lo tanto, las intervenciones dirigidas a optimizar estos aspectos podrían ser de vital importancia para lograr y mantener una vejez saludable (13). La pérdida de independencia, la capacidad funcional y el surgimiento de la discapacidad adquieren una posición importante durante esta etapa, pues afectan considerablemente la calidad de vida de estas personas. Sin embargo, aunque la calidad de vida de una persona mayor está determinada en gran medida por su capacidad para mantener autonomía e independencia como resultado de la interacción de elementos biológicos, psicológicos y sociales (14), se debe reconocer que el envejecimiento, más allá de ser una etapa de la vida es un proceso que se construye social y culturalmente: un proceso multidimensional en el que las diferentes creencias, valores y percepciones pueden afectar las experiencias cotidianas de los viejos (15) y su calidad de vida.

En este marco, es importante mencionar algunas conclusiones a las que han llegado los investigadores de este tema. Un estudio de corte prospectivo, realizado por investigadores del Departamento de Servicios Médicos de Epidemiología del Instituto Karolinska de Suecia y el Departamento de Psicología de la Universidad del Sur de California (EE.UU) buscaba identificar la influencia de algunos predictores sociales, factores del estilo de vida y de comportamientos de salud en la edad adulta joven sobre la autopercepción de salud después de los 45 años. Los resultados evidenciaron que más allá de la

relación existente entre enfermedad y mala autopercepción de salud, ésta se vio influenciada por factores relacionados con variables sociodemográficas como el sexo, el nivel de educación y la familia (16), la cual, entre otros aspectos, juega un papel importante al disminuir el riesgo de institucionalización o de morbilidad. Asimismo, el estrés originado en problemas económicos o la dependencia económica de la familia pueden sobrepasar la capacidad de amortiguamiento de éste y afectar la salud del adulto mayor (17). De igual forma, dicho estudio establece la importante relación entre salud mental y buena autopercepción de salud en el adulto mayor (16).

Otro estudio demostró que el riesgo de sufrir depresión aumenta con la edad, especialmente en la edad adulta y adulta mayor, y que la probabilidad de permanecer en estado de depresión es alta tanto en adultos mayores sanos como en enfermos (18). En cambio, las personas de edad avanzada que reportan una buena autopercepción de salud también poseen mejores relaciones sociales, emocionales y espirituales. En general, una autopercepción de salud negativa puede conllevar a trastornos como depresión o ansiedad, y estos a su vez pueden dar lugar a percepciones de salud negativas (19).

Es importante resaltar que el envejecimiento de una población impone cada vez más retos, especialmente en los países en desarrollo, donde se requieren respuestas más contundentes, relacionadas con la prestación de servicios sanitarios y sociales de mayor calidad. Mientras la gran mayoría de adultos mayores de países desarrollados tienen acceso a fondos de jubilación o pensión, viven en familias nucleares, reciben el apoyo del gobierno y el apoyo social de la comunidad; aproximadamente el 60% de los adultos mayores de países en vía de desarrollo carecen de ingresos de los fondos de jubilación, viven en grupos de familias extensas incompletas y reciben poco apoyo de programas gubernamentales (20). Inevitablemente, estos aspectos influyen en el estado de salud autopercebido de esta población.

El desarrollo de políticas públicas y de intervenciones sanitarias, con el objetivo de promover la participación social de los adultos mayores, representa un área fundamental y prometedora para el mantenimiento de la buena salud de esta población, y en especial de la salud mental (21). Determinar los indicadores básicos de salud para esta población, que contemplen los aspectos biológicos, psicológicos y

socio ambientales, permitirá reflejar mejor su estado de salud y detectar de una forma eficiente, económica y oportuna la problemática que gira a su alrededor. Con base en todo ello, se han de establecer los objetivos para una intervención eficaz tanto en lo asistencial como en la promoción de la salud (22).

Cultura y autopercepción de salud en el adulto mayor

En nuestra cultura occidental, el concepto de vejez ha sido construido socialmente de manera unilateral y reduccionista, tomando como referentes el deterioro y la declinación generalizada, que conllevan inevitablemente a una vejez dependiente e inactiva. Ello incide, por supuesto, en las prácticas de intervención socio-sanitarias, que son predominantemente asistencialistas y constituyen hoy la base de la mayoría de los modelos de salud existentes. Sin embargo, desde el punto de vista de una representación sociocultural, se observan claramente diferencias entre las apreciaciones de las sociedades orientales y occidentales en torno a la vejez. Mientras en Oriente la vejez es sinónimo de venerabilidad y sabiduría; en Occidente, ésta es sinónimo de vulnerabilidad y decrepitud (23). Es evidente, entonces, que las connotaciones y estereotipos sociales que se asignan a cada etapa de la vida varían según los contextos socio-históricos y culturales, marcando las actuaciones e intervenciones destinadas a cada grupo de edad. La cultura occidental vive inmersa en una visión que tiende cada vez más a la homogeneización de los cuerpos y que, en última instancia, persigue es el ideal de la eterna juventud. Este hecho ha sido posible mediante la transmisión cultural de distintos agentes sociales, que imponen un modo de ser “viejo” en el momento social actual y que, inevitablemente, propician percepciones de éxito o fracaso social, afectando, por ende, la configuración de la propia identidad y la autoestima de esta población específica (24).

Un estudio realizado por el Departamento de Enfermería de la Universidad de Kaya (Corea, 2012) evidenció una puntuación por encima de la mediana (62%), en la autopercepción de envejecimiento exitoso en un grupo de 305 coreanos mayores de 60 años. Además, encontró una asociación significativa entre pertenecer a una religión, reuniones sociales, meditación en grupo y la autopercepción de

envejecimiento exitoso. En este sentido, la religión o cualquier otra actividad que refuerce el pensamiento positivo, puede ser visto como un medio para promover un estilo de vida activo y positivo durante la vejez (25).

El concepto de autopercepción de salud es de por sí complejo. Éste se ha abordado desde diferentes áreas del saber, razón por la cual se han desarrollado diversas interpretaciones y significados alrededor del mismo. Sin embargo, son dos los componentes básicos presentes en todos estos conceptos: los aspectos cognitivos y descriptivos de sí mismos, y la autoestima. Uno de los términos más utilizados es el de autoconcepto, el cual se define como un conjunto de elementos internamente consistentes y jerárquicamente organizados que representan una realidad compleja, integrada por diversos autoconceptos más concretos, como el físico, social y emocional. Se trata de una realidad dinámica que se modifica con la experiencia, integrando nuevos datos e informaciones, y se desarrolla de acuerdo con las experiencias sociales, pero es claro que la organización de un concepto de sí mismo es esencial para el funcionamiento del individuo, pues le proporciona un sentimiento de seguridad e integridad (26).

La medición de la autopercepción de salud en la población de adultos mayores ha sido ampliamente utilizada en la investigación epidemiológica de diferentes culturas y contextos para describir el estado de salud de una población. Un gran número de estudios ha demostrado una fuerte correlación entre la autopercepción de salud y las medidas objetivas de la salud, tales como la morbilidad y mortalidad para la población de adultos mayores, tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo. Por otra parte, la investigación en torno a la relación de los factores contextuales y su influencia sobre la autopercepción de salud del adulto mayor resulta fundamental para la creación de nuevas propuestas de intervención integral para esta población (27).

Autopercepción de salud y apoyo social percibido en el adulto mayor

El apoyo o soporte social hacia el adulto mayor se refiere a la percepción subjetiva y personal del propio sujeto, a partir de su interrelación en redes, de sentir que es amado y cuidado, valorado y estimado.

Asimismo, tal apoyo es considerado como una posibilidad de dar respuesta eficaz a la gran variedad de nuevas demandas que plantea el envejecimiento de la población (28). La vejez, como etapa vital, y el concepto de vejez, como representación de una sociedad, son el producto de una serie de factores interrelacionados, que adquieren valor diferencial de acuerdo con el contexto cultural en el que los adultos mayores se desenvuelven y con los valores establecidos en él para hombres y mujeres (29).

Diversos autores coinciden en que existen diferentes formas de envejecer. El nivel de capacidad funcional, la propia personalidad y las oportunidades que le brinda el medio social determinan la calidad del estilo de vida y, en consecuencia, la autopercepción de salud del adulto mayor. Los estudios científicos han revelado que los adultos mayores que se sienten satisfechos y apoyados por sus redes sociales tienen mejor autopercepción de salud que quienes se encuentran insatisfechos y sin apoyo social (30). El incremento de la dependencia, la vulnerabilidad a situaciones estresantes y la disminución de recursos sociales con el consecuente aislamiento social, pueden incrementar en el adulto mayor el riesgo de aparición de diversos desórdenes físicos y psicológicos, tales como: sentimientos de dependencia física o psicológica, aislamiento social, sentimientos de soledad, reducción en la autoestima y autoconfianza, sentimientos de depresión, indefensión e inutilidad; todos los cuales se traducen en una autopercepción de salud negativa (31).

La aparición de nuevas teorías socioculturales y las transformaciones contemporáneas en torno al proceso del envejecimiento han posibilitado la emergencia de nuevos enfoques en la construcción teórica del mismo. Estos enfoques llevan al reconocimiento de la diversidad, la heterogeneidad y la dimensión ecológica, que obliga en última instancia al reconocimiento de las diferencias, de las desigualdades y de la diversidad de representaciones existentes en torno a la vejez (32). A su vez, esto debe conducir a un cambio en las actitudes y conductas sociales asociadas a los adultos mayores relacionadas con la superación, a fin de que los dones y cualidades se potencien con la suma de los años. En este sentido, el saber y la vasta experiencia deben ser recuperados y valorados por las generaciones jóvenes, ya que representan la fuente y fortaleza de su identidad cultural y sirven de fundamento y guía para la construcción de proyectos

de vida (29). De este modo, los ancianos adquieren cada vez más un rol protagónico, contrariando el alcance y sentido de la vejez en nuestra sociedad. Esta concepción busca lograr que el hecho de ser adulto mayor no sea un estigma, sino que, por el contrario, sea la posibilidad de ocupar un espacio privilegiado en el entramado social al que se pertenece (29, 32).

Conclusiones

El incremento de la tasa de adultos mayores de la población se ha convertido en un fenómeno único en la historia de la humanidad. Ello ha posibilitado nuevas situaciones que se deben afrontar con celeridad y creatividad, potenciando la organización de los servicios sociales y de salud mediante nuevas estrategias, como el trabajo en redes dinámicas y participativas, y la prestación de servicios de salud integrales de alta calidad (33).

Es necesario construir un horizonte con mayores posibilidades y expectativas de desarrollo para esta población, posibilidades que se reflejen en el avance de las ciencias médicas y de la tecnología, así como en la creación de una política universal que garantice la protección mínima del estado, el establecimiento de alianzas entre el sector público y la sociedad civil, y el desarrollo de nuevas estructuras sociales que evidencien el compromiso de nuestra sociedad para con este grupo poblacional (34).

En abril de 2002, se llevó a cabo en España la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, cuyos objetivos giraron en torno al papel de los factores socioeconómicos, políticos, medioambientales y del sector público y privado en el logro de condiciones de vida dignas para los adultos mayores de todo el mundo (35). Esta asamblea hizo un llamado a todos los países del mundo para la implementación de nuevas políticas que garanticen el bienestar de los ancianos. La formulación de políticas sobre el particular resulta prioritaria, sobre todo en materia de acceso a los servicios de salud y seguridad social, dadas las necesidades particulares de esta población (36). De igual forma, resulta fundamental que los profesionales de la salud se integren de forma interdisciplinaria y asuman un compromiso moral para abordar los problemas prioritarios de las personas que se hallan en esta etapa del ciclo vital (37,38). Las intervenciones en el campo de la geriatría deberán, por

lo tanto, explorar múltiples dimensiones de la salud en adultos mayores (39).

En el marco de todas las consideraciones expuestas, queda clara la necesidad de crear una política integral que ampare los derechos del adulto mayor y promueva al mismo tiempo una actitud social positiva, así como una autopercepción activa, autónoma, responsable e independiente (40). Es necesario, en última instancia, diseñar políticas que generen nuevas actitudes sociales, nuevas percepciones y nuevos abordajes para esta población; abordajes que renueven el interés por los estudios socioculturales del envejecimiento y la noción de envejecimiento diferencial: que pongan de manifiesto los modos diferenciados de envejecer, de concebir el envejecimiento, de afrontarlo y de significarlo (32).

Por otro lado, se debe resaltar que el cuidado del adulto mayor exige la coordinación de múltiples factores, que debe dejar de ser una tarea fragmentaria y, en cambio, concebirse de manera holística. Así se conseguiría un envejecimiento exitoso, en que la calidad de vida sea el resultado de la potencialización de la autoestima y los valores humanos (41). Para ello, es necesario ampliar las líneas de investigación en torno al tema del envejecimiento en la academia, generar nuevos conocimientos y propuestas a favor de la visión significativa de la vejez, y establecer programas de intervención más eficaces. Programas que le garanticen al adulto mayor el control sobre su propia vida, la independencia funcional y el fortalecimiento de la autoestima y valoración personal (42).

También se debe reconocer que la creciente longevidad está asociada a bajos niveles de calidad de vida, fundamentalmente, en el caso de los países en desarrollo, por la mayor incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles, el padecimiento de discapacidades y la pertenencia a la clase social más desfavorecida (43). Estas condiciones exigen dirigir las intervenciones actuales hacia cambios drásticos en los estilos de vida de los ancianos (44). Pero, para ello, se debe tomar en cuenta que la calidad de vida está asociada con la personalidad de cada ser, con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva, lo cual está intrínsecamente relacionado con su propia experiencia, su salud y su grado de interacción social y ambiental (45). Por eso mismo, no existe una teoría única que defina y explique el concepto de calidad de

vida: esta no tiene sentido si no es en relación con un sistema de valores integrado (46).

De igual forma, las intervenciones destinadas a estas personas deberían fortalecer la capacidad de las amistades, vecinos y otras posibles fuentes de apoyo en la comunidad, sin perder de vista las limitaciones de estas medidas (47) y considerando la necesidad de fortalecer la imagen social multidimensional de las personas mayores. Una imagen positiva asociada al mantenimiento de sus capacidades físicas, mentales y sociales, reconociendo las habilidades y experiencias enriquecedoras que estos poseen y que sirven de apoyo para el desarrollo de nuestra sociedad (48). El concepto de vejez deberá, pues, ser redefinido y comprendido desde una mirada más humanitaria e integradora, y todos los sectores que propenden por el desarrollo social deben propiciar la participación e inclusión de esta población en la dinámica evolutiva de la sociedad. Las personas mayores son un recurso humano activo para el desarrollo de los países, son ciudadanos que ejercen derechos y que deben participar en la toma de decisiones (49).

Por último, se resalta que las perspectivas actuales de promoción de la salud en el campo de la gerontología deben orientarse hacia un envejecimiento activo, el cual debe integrar aspectos de salud, sí como derechos de las personas mayores y la seguridad de las mismas (50).

Referencias

- Peña PB, Terán TM, Moreno AF, Bazán CM. Auto percepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. *Rev Esp Med Quir.* 2009; 14(2):53-61.
- Rodríguez CA, Álvarez VL, Kenia QF. Necesidades percibidas de atención de salud al adulto mayor desde una perspectiva de género. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2009; 25(4): 65-76.
- Gallegos CK, García PC, Duran MC, Reyes H, Durán AL. Autopercepción del estado de salud: Una aproximación a los ancianos en México. *Rev. Saude Pública.* 2006; 40(5): 792-801.
- Pino M, Rocoy MC, Portela J. Evaluación sobre las características del proceso de envejecimiento a través de relatos de vida. *Interface. Comunicacao Saude Educacao.* 2009; 13 (31): 368-382.
- Garrido A, Cruz JA, Villagrasa FJ, Abanades HJ, García MN, Alvear VF. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública.* 2002; 76 (6): 683-699.
- World Health Organization. Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva. 2011.
- Jewell R, Todd R, Triunfo P. El estado de salud del adulto mayor en América Latina. *Cuadernos de Economía.* 2007; 26 (46): 147-167.
- Zavala M, Vidal D, Castro M, Quiroga P, Klasse G. Funcionamiento social del adulto mayor. *Cienc. enferm.* 2006; 12 (2): 53-62.
- Iwarsson S, Horstmann V, Oswald F, Werner WH. Impact of socio-cultural care and service context on instrumental activities of daily living dependence among very old european women. *Topics in Geriatric Rehabilitation.* 2009; 25 (3): 251-264.
- Diehr P, Williamson J, Patrick DL, Bild DE, Burke GL. Patterns of self-rated health in older adults before and after sentinel health events. *JAGS.* 2001; 49:36-44.
- Mella R, González L, D'Appolonia J, Maldonado I, Fuenzalida A, Díaz A. Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *PSYKHE.* 2004; 13 (1): 79-89.
- Fernández BR, García MD, Zamarrón C, López BM, Molina MA, Diez NM, et al. Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema.* 2010; 22 (4): 641-647.
- Gómez CA, Rodríguez GV, Maldonado V, Casajus JA, Ara I. Envejecimiento y composición corporal: la obesidad sarcopénica en España. *Nutr Hosp.* 2012; 27(1): 22-30.
- Alpass FM, Neville S. Loneliness, health and depression in older males. *Aging & Mental Health.* 2003; 7(3): 212-216.
- Wachelke J, Contarello A. Social representations on aging: Structural differences concerning age group and cultural context. *Revista*

- Latinoamericana de Psicología. 2010; 42 (3): 367-380.
16. Svedberg P, Bardage C, Sandin S, Pedersen NL. A prospective study of health, life-style and psychosocial predictors of self-rated health. *Eur J Epidemiol.* 2006; 21:767-776.
 17. Reyes OC, Camacho ME, Eschbach K, Markides KS. El contexto de la familia y el vecindario en la salud de los ancianos del estudio EPESE hispano. *Colomb Med.* 2006; 37 (2): 45-49.
 18. Stephen M, Thielke A, Diehr P, Jurgen U. Prevalence, incidence, and persistence of major depressive symptoms in the Cardiovascular Health Study. *Aging Ment Health.* 2010; 14 (2): 168-176.
 19. Cappeliez PH, Sèvre-Rousseau S, Landreville PH, Préville M. Study Physical health, subjective health, and psychological distress in older adults: reciprocal relationships concurrently and over time. *Ageing International.* 2004; 29 (3): 247-266.
 20. Vladislavovna S, Doubova D, Pérez CR, Espinosa AP, Flores HS. Social network types and functional dependency in older adults in Mexico. *BMC Public Health.* 2010; 10 (104): 1-10.
 21. Chiao CH, Weng LJ, Botticello AL. Social participation reduces depressive symptoms among older adults: An 18-year longitudinal analysis in Taiwan. *BMC Public Health.* 2011; 11 (292): 1-9.
 22. Kuei MC, Hsuan MH, Huey SL, Hsin TH, Yung MY. Development of the model of health for older adults. *J Adv Nurs.* 2011; 67 (9): 2015-2025.
 23. Liliana TN. La perspectiva de la longevidad: un tema para re-pensar y actuar. *Rev. argent. sociol.* 2008; 6 (10): 91-110.
 24. Becerril GR. Cuerpo, cultura y envejecimiento. Análisis de la imagen corporal en la publicación "60 y más" (IMSERSO). *Ágora para la EF y el Deporte.* 2011; (13): 139-164.
 25. Cha NH, Seo EJ, Sok S. Factors influencing the successful aging of older Korean adults. *Contemp Nurse.* 2012; 41(1): 78-87.
 26. Jewell R, Máximo TR, Triunfo P. El estado de salud del adulto mayor en América Latina. *Cuadernos de Economía.* 2007; 26 (46): 147-167.
 27. Van MH, Byass P, Wall S. Multilevel analysis of effects of individual characteristics and household factors on self-rated health among older adults in rural Vietnam. *Geriatr Gerontol Int.* 2010; 10 (2): 209-215.
 28. Arias CJ. El apoyo social en la vejez: Alternativas de acción frente a los desafíos del envejecimiento poblacional. *Perspectivas en Psicología.* 2008; 5 (2): 54-61.
 29. Martínez MR, Morgante MG, Remorini C. ¿Por qué los viejos? Reflexiones desde una etnografía de la vejez. *Rev. argent. sociol.* 2008; 6 (10): 69-90.
 30. Clemente A, Tartaglini MF, Stefani D. Apoyo social, bienestar psicológico y salud percibida en personas de edad. *Perspectivas en Psicología.* 2008; 5 (2): 47-53.
 31. Herrero J, Gracia E. Redes sociales de apoyo y ajuste biopsicosocial en la vejez: un análisis comparativo en los contextos comunitario y residencial. *Intervención Psicosocial.* 2005; 14 (1): 41-50.
 32. Yuni JA, Urbano CA. Envejecimiento y género: perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino. *Rev. argent. sociol.* 2008; 6 (10): 151-169.
 33. Tabuena LC. Los malos tratos y vejez: un enfoque psicosocial. *Intervención Psicosocial.* 2006; 15 (39): 275-292.
 34. Viveros MA. Acerca del envejecimiento y la vejez: notas para dimensionar la acción de la sociedad sobre el tema. *Rev. Ciencias Sociales.* 2007; 018: 125-141.
 35. De Oca MV. El envejecimiento en el debate mundial: Reflexión académica y política. *Papeles de población.* 2003; 35: 79-104.
 36. Puig A, Pagán J, Soldo B. Envejecimiento, Salud y Economía. *El trimestre económico.* 2006; 58 (2): 407-418.
 37. Espinosa BA, Romero CA, Espinosa R. La geriatrización de los servicios y de los

- profesionales de la salud. *Rev. cubana med.* 2009; 48 (4): 135-138.
38. Morfi SR. La salud del adulto mayor en el siglo XXI. *Rev Cubana Enfermer.* 2005; 21 (3):
39. Wong R, Espinoza M, Palloni A. Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. *Salud pública de México.* 2007; 49 (Sup 4): 436-447.
40. Orte SC, March CM. Envejecimiento, educación y calidad de vida: la construcción de una gerontología educativa. *Revista española de pedagogía.* 2007; 64 (237): 257-274.
41. Salas IP. Teoría y Método, la ciencia de los cuidados, marco investigativo para alcanzar el éxito de la calidad de vida en el envejecimiento. *Cultura de los cuidados.* 2006; 19: 73-78.
42. Robles SL. La vejez: nuevos actores, relaciones sociales y demandas políticas. *Relaciones.* 2005; 27 (105): 140-175.
43. Rojas OM, Toronjo GA, Rodríguez PC, Rodríguez RJ. Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. *Gerokomos.* 2006; 17 (1): 8-23.
44. Mendoza PS, Muñoz M, Merino JM, Barriga O. Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. *Rev. Méd Chile.* 2006; 134: 65-71.
45. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *An Fac Med.* 2007; 68(3): 284-290.
46. Cardona D, Estrada A, Agudelo HB. Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Biomédica.* 2006; 26:206-215.
47. Arrubla SD. Política social para el envejecimiento: el (sin) sentido de los argumentos. *Rev. Gerenc. Polit. Salud.* 2010; 9 (19): 229-242.
48. Aristizábal VN. Imagen social de los mayores en estudiantes jóvenes universitarios. *Pensamiento Psicológico.* 2005; 1 (4): 27-32.
49. Osorio P. La longevidad: más allá de la biología. Aspectos socioculturales. *Papeles del CEIC.* 2006; (22): 1-28.
50. Varela PL. Envejecimiento y Salud XLIV Foro “Salud y Desarrollo”. Organización Academia Peruana de Salud. Lima. 2009.