

***SALUD OBJETIVA Y SALUD PSÍQUICA EN ADULTOS MAYORES COLOMBIANOS***

ANA FERNANDA URIBE RODRÍGUEZ\*, LAURA JULIANA VALDERRAMA ORBEGOZO\*\*,  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA (CALI - COLOMBIA)

JUAN MAXIMO MOLINA LINDE\*\*\*  
UNIVERSIDAD DE GRANADA, ESPAÑA

*Recibido, enero 15/2007*

*Concepto evaluación, mayo 22/2007*

*Aceptado, junio 4/2007*

**Resumen**

La presente investigación tuvo como objetivo describir la salud objetiva y psíquica del adulto mayor en función del género, la edad y el estado civil, en una muestra de 500 personas entre 65 y 81, años con una desviación estándar de 8.857 y una media de 65.59. Los resultados muestran diferencias significativas en la salud objetiva y la salud psíquica en función del género, siendo mayor en los hombres, comparado con las mujeres; no se encontraron diferencias significativas en función de la edad y el estado civil. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, es importante diseñar e implementar intervenciones que incluyan los cambios específicos de hombres y mujeres de forma integral, llevando a cabo continuos seguimientos que garanticen el mejoramiento de la condiciones biopsicosociales del adulto mayor.

*Palabras claves:* salud psíquica, salud objetiva, adulto mayor

***OBJECTIVE HEALTH AND MENTAL HEALTH IN COLOMBIAN OLDER ADULTS*****Abstract**

The aim of this research project was to describe the objective and psychic health of older adults in relation to gender, age and marital status. A sample of 500 people between the ages of 65 and 81 with an average of 65.59 and a standard deviation of 8.857 was selected for this study. Results showed significant differences both in objective and mental health based on gender, being greater for men as compared to women. No significant differences were found in terms of age and marital status. These results led to the conclusion that it is important to design and implement intervention programs that take into account, in an integrated manner, the specific changes found both for men and women and also to carry out systematic follow-up procedures that guarantee the improvement of the bio-psycho-social conditions of older adults.

*Key words:* psychic health, objective health, adult greater

**INTRODUCCIÓN**

La población adulta mayor representa un porcentaje importante dentro de la población de cada país. En América Latina, el promedio de edad en el 2005 era de 72,4 años y se esperaba que para el 2025 el porcentaje de población mayor de 60 años fuera del 14,25% (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2004). En Colombia, las esta-

dísticas del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2005) revelan que el 6 % de la población en el año 2005 era adulta mayor, es decir personas mayores de 65 años (Organización Mundial de la salud, 2002). Esta distribución en la pirámide poblacional implica cambios en la estructura social, económica y cultural, así como también cambios a nivel individual, en la familia, en la economía, en la salud y en el contexto social. (Popolo, 2001).

\* Ana Fernanda Uribe Rodríguez. PhD. Profesora de Psicología. Grupo de Investigación Medición y Evaluación Psicológica. Calle 18 No 118-250 Oficina 3-55 Edificio Samán. Cali (Colombia) Pontificia Universidad Javeriana Cali – Colombia. auribe@puj.edu.co

\*\* lvalderrama@puj.edu.co.

\*\*\* Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología. Universidad de Granada (España). jmaxml@hotmail.com

El envejecimiento, definido como un proceso natural de los seres que implica la disminución de la capacidad funcional del ser humano, en donde el deterioro biológico se manifiesta generalmente en enfermedades tanto biológicas como mentales (Aristizabal, 2000 citado por Uribe y Buena-Casal, 2006), provoca cambios en las personas, y genera la importancia de profundizar en algunos conceptos como la salud física psíquica del adulto mayor, influenciada por cambios físicos, y por la interacción de factores sociales, genéticos, culturales y estilos de vida (Leiton y Ordóñez, 2003).

La salud, definida como el bienestar social, psicológico y físico de un individuo (Organización Mundial de la Salud, 1945), y como “el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en ese medio” p.3 (Dubos, 1975 citado por Labino 2004), es una de las variables que más ha sido estudiada en el adulto mayor. Las dos anteriores definiciones amplían la visión biológica de la salud al integrar variables psicológicas determinantes en el bienestar de las personas. Diferentes autores han derivado del significado de salud conceptos relacionados con la misma, como son los de salud física, la salud positiva, salud social (Bowling, 1994) y salud psíquica. Para estudiar la salud en el adulto mayor es fundamental, no sólo incluir la salud física, sino también las alteraciones funcionales físicas, psíquicas y sociales (Martínez y Lozano, 1998). Para fines de este estudio se enfatiza en la salud física y la salud psíquica.

La salud objetiva se entiende como la frecuencia de aparición de síntomas o dolores (dolor de huesos, mareos, tos, boca seca, sofocos etc.); es decir, enfatiza en aspectos reales y observables (Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 1996). De este modo se ha observado que los cambios físicos por los que atraviesa el adulto mayor lo predisponen a desarrollar diversas enfermedades, entre las cuales las más comunes son la hipertensión, la diabetes y las enfermedades cerebrovasculares (Durán, Uribe-Rodríguez y Molina, 2006). Estas enfermedades afectan la capacidad funcional, ocasionada por la disminución de la fuerza muscular, pérdida de la flexibilidad y equilibrio y el debilitamiento del sistema sensorial, lo cual condiciona en gran medida la calidad de vida de los adultos mayores (Cáceres, 2004).

En la actualidad, los avances biomédicos han contribuido al tratamiento oportuno y/o rehabilitación de cierto tipo de patologías, mejorando así el bienestar biopsicosocial, y aumentado la posibilidad de que las personas lleguen en mejores condiciones a la etapa de la adultez mayor. Esto se relaciona con lo planteado por Leiton y Ordóñez (2003) cuya propuesta se encamina a que la persona

adulto mayor envejezca de forma saludable, adaptándose a los cambios de sí mismo y del medio, y conservando la funcionalidad y la satisfacción personal.

Por su parte, la salud psíquica abraza factores relacionados con el desarrollo, la depresión, la demencia senil y la disminución de la capacidad de almacenamiento de la información (Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 1996), ya que como menciona la Organización Mundial de la Salud (2001), son los que más se presentan en la adultez mayor. Aunque se ha mencionado que dicha etapa se relaciona con la disminución del funcionamiento cognitivo, también se ha encontrado que el adulto mayor, pese a esta disminución de su capacidad cognitiva, tiene toda la capacidad de aprendizaje aunque ello requiera de más tiempo en comparación a cuando era joven (Monroy, 2005).

Las investigaciones realizadas, específicamente en depresión, plantean que ésta se relaciona con la continua hospitalización y la permanencia en centros geriátricos, que lleva al aumento de la morbilidad y mortalidad, afectando finalmente la percepción de salud y los cuidados que se tengan (Ávila, Garant y Aguilar, 2006). Por tanto, el estado de salud influye en las actividades en las que se pueda involucrar el adulto mayor, en donde la presencia o ausencia de buena salud afecta su independencia y autonomía personal (Bazo, s.f.).

En definitiva, el concepto de salud que tenga el adulto mayor se relacionará de manera determinante con una valoración subjetiva; es decir, que además de los cambios físicos visibles, éste percibe su salud de acuerdo con sus habilidades funcionales, el bienestar psicológico y el soporte social con el que cuente (Gallegos-Carrillo, García-Peña, Reyes y Duran, 2006); (Mora, Villalobos, Araya y Ozols, 2004).

De este modo, disciplinas como la psicología y la medicina se han preocupado por la situación actual del adulto mayor, guiando la mayoría de sus inquietudes a los síntomas físicos, de salud mental, tratamientos farmacológicos y a la presencia de enfermedades. Este hecho ha llevado a que los profesionales de la salud y las instituciones desarrollen conocimientos y actitudes que permitan prestar asistencia a lo largo de la vida, contribuyendo a las necesidades específicas de cada población y abordando al adulto mayor desde su integralidad (Peláez, 2005); (Uribe y Buena-Casal, 2003). Todo lo anterior busca que dicha población continúe participando del sistema social, familiar, económico, cultural y cívico que permita el desarrollo del bienestar físico, social y mental del adulto, que le permita involucrarse conforme a sus necesidades, deseos y capacidades (Colegio Oficial de Psicólogos, 2002).

## MÉTODO

*Tipo de estudio*

La investigación es de tipo cuasiexperimental con diseño exposfacto según los criterios de Montero y León (2002, 2005).

*Muestra*

Se seleccionó una muestra no probabilística compuesta por un total de 500 adultos mayores colombianos. Se contactó a los sujetos cuando acudían espontáneamente a varios centros de día y/o pertenecían a grupos de la tercera edad. Se excluyó a los pacientes institucionalizados y aquéllos con un deterioro cognitivo severo, según el Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ). Las edades oscilaron entre 65 y 81 años, con una desviación estándar de 8.857 y una media de 65.59. De la muestra, el 83.2% pertenecía al sexo femenino y el 16.8% al sexo masculino.

*Instrumentos*

*Breve cuestionario de calidad de vida (CUBRECAVI)* Fernández-Ballesteros y Zamarrón (1996). En este instrumento la variable principal es la *calidad de vida*, la cual es medida a través del Breve Cuestionario de Calidad de Vida (CUBRECAVI), el cual evalúa en 18 preguntas, nueve áreas de la calidad de vida en personas mayores como son la salud, la integración social, las habilidades funcionales, la actividad y ocio, la calidad ambiental, la satisfacción con la vida, la educación, los ingresos, los servicios sociales y sanitarios y la calidad de vida en general. Cada una de estas áreas se mide de manera objetiva y subjetiva, y a su vez, tiene una puntuación directa (la media por área) y una puntuación estándar. Para esta investigación se describen los datos correspondientes a la puntuación estándar en cada una de las áreas. De igual forma, posterior a la pun-

tuación estándar, se agrupan los datos en cuartiles. Su nivel de consistencia fiabilidad oscila entre 0,92 y 0,70 para las diferentes áreas, excepto para la de integración social, y su validez criterial a partir de una correlación múltiple es de 0,66 (Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 1996).

*Procedimiento*

Se realizó un estudio transversal a partir de un muestreo aleatorio simple de adultos mayores de 60 años, asistentes a centros de día de la ciudad de Santiago de Cali (Colombia). Los cuestionarios eran administrados por un equipo de psicólogos de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, Para poder administrar los instrumentos de medida, los profesionales recibieron una capacitación que incluía sesiones con casos piloto para homogeneizar los criterios de aplicación. Además, se recopiló información sobre la edad, el máximo nivel de estudios alcanzado, el estado civil y el estatus socioeconómico. Se realizaron dos tipos diferenciados de análisis estadísticos: uno descriptivo, con el objeto de determinar las características esenciales de la muestra y en el que se incluyó la media como medida de tendencia central y la desviación típica como medida de dispersión de la distribución de las variables sociodemográficas, y otro relacionado con la comparación de grupos Anova de un Factor. Los análisis estadísticos se realizaron mediante el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS 14.0 en entorno Windows.

## RESULTADOS

Los resultados obtenidos se presentan en función de cada una de las variables: sexo, edad y estado civil, en relación a las escalas evaluadas del cuestionario (salud total, salud psíquica y salud objetiva).

Tabla 1

Medias, desviaciones típicas y nivel de significancia de salud objetiva, salud psíquica y total del área de salud en función de la edad.

Escalas	Edad								Significancia
	60 a 65 años		66 a 70 años		71 a 80 años		Mayores de 81 años		
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	
Salud Objetiva	3,35	0,40	3,31	0,45	3,36	0,34	3,17	0,47	0,22
Salud Psíquica	2,78	0,67	2,80	0,70	2,69	0,68	2,45	0,77	0,12
Total Área Salud	3,04	0,54	3,02	0,49	2,96	0,44	2,79	0,54	0,13

El análisis realizado muestra diferencias significativas en función del sexo (Véase tabla 2), pero no en relación al estado civil y la edad (Véase tabla 1 y 3).

En relación a la edad, se puede observar que la salud psíquica, objetiva y total, no varía según avance la edad dentro del grupo de adultos mayores estudiados.

Las diferencias fueron significativas en función del sexo en el área de la salud total  $F_{(1,437)}=8.227$ ;  $MSE=2.124$ ;  $p<0.004$ ; en la salud objetiva  $F_{(1,443)}=12,18$ ;  $MSE=2.016$ ;  $p<0.001$ ; y salud psíquica  $F_{(1,494)}=21.42$   $MSE=9.801$ ;  $p<0.000$ . Los hombres adultos mayores presentan mayor salud total, salud objetiva y salud psíquica en comparación con las mujeres adultas mayores. Los resultados evidencian que los hombres presentan mayores puntuaciones en todas las escalas en comparación con las mujeres, es decir, que la frecuencia de sintomatología o dolores es superior (salud objetiva) y hay mayor presencia de síntomas depresivos, de memoria y orientación (salud psíquica).

Se observa, en relación con cada una de las escalas evaluadas, que el estado civil (soltero, casado, viudo, se-

parado, unión libre) de los adultos mayores de esta investigación, no repercute en la salud objetiva, psíquica y total.

## DISCUSIÓN

La salud del adulto mayor ha sido objeto de estudio en numerosas investigaciones en las cuales se ha encontrado que la aparición de ciertas patologías se relaciona con los diferentes cambios físicos, y aunque si bien la llegada de la adultez mayor anuncia la disminución de algunas capacidades, existen variables con mayor influencia que afectan el estado de salud, entre ellas la percepción que se tenga de la misma, el acceso a los servicios sociosanitarios, el apoyo familiar y social.

Por tanto, en diferentes investigaciones relacionadas con el tema, no se han encontrado diferencias significativas en la variable salud, principalmente influenciadas por los controles mensuales que actualmente se están gestionando en los diferentes centros de atención en salud

**Tabla 2**

Medias, desviaciones típicas y nivel de significancia de la salud objetiva, salud psíquica y Área de Salud total en adultos mayores en función del sexo

	Sexo				Significancia
	Femenino		Masculino		
Escalas	M	D.T.	M	D.T.	
Salud Objetiva	3,31	0,42	3,49	0,31	0,001
Salud Psíquica	2,69	0,67	3,0	0,67	0,000
Salud total	2,98	0,51	3,17	0,48	0,004

**Tabla 3**

Medias, desviaciones típicas y nivel de significancia de salud objetiva, salud psíquica y total del área de salud en función del estado civil.

Escalas	Estado civil										Significancia
	Soltero		Casado		Viudo		Separado		Unión Libre		
	M	D.T	M	D.T	M	D.T	M	D.T	M	D.T	
Salud Objetiva	3,28	0,43	3,37	0,41	3,32	0,40	3,40	0,34	3,17	0,41	0,18
Salud Psíquica	2,76	0,64	2,77	0,71	2,68	0,70	2,87	0,55	2,80	0,67	0,53
Total Área Salud	2,99	0,51	3,07	0,54	2,95	0,46	3,07	0,45	2,91	0,62	0,31

y por el incremento de los grupos de la tercera edad que se convierten en un regulador social de la salud (Uribe y Buela-Casal, 2006). A pesar de la incidencia de enfermedades crónicas se están realizando programas específicos del manejo de la hipertensión, la diabetes y otras enfermedades con alta incidencia en los adultos mayores.

A lo anterior, Cáceres (2000) plantea que el nivel de salud que tenga una persona se determina por factores ambientales, genéticos y el estilo de vida que haya tenido durante su ciclo vital, y a su vez Vellas (1996) citado por Valdez, Román y Cubillas (2005), considera que los adultos mayores, con la llegada a la tercera edad y el cambio en su estilo de vida, se ven enfrentados a un impacto psicológico que modifica sus comportamientos e ideas, y ven disminuida la práctica de actividad física e intelectual, lo cual lleva a un menor contacto con otros que puede predisponer a la depresión y repercutir en la percepción del estado de salud.

En general, la salud es una de las variables más estudiadas en los adultos mayores, encontrándose diferencias en función del sexo, el tipo de institución en la cual se encuentran vinculados, entre otras. En la presente investigación se estudiaron específicamente la salud objetiva, salud psíquica y salud total, encontrándose diferencias en función del sexo, pero no en la edad ni el estado civil. El no encontrar diferencias en la salud objetiva en función de la edad y el estado civil se ve soportado por los planteamientos de Fernández-Ballesteros (1997), donde las principales causas están justificadas en la similitud en las enfermedades por el ciclo de vida en el que se encuentran y por la influencia de las variables individuales más que por el estado civil.

De esta manera, teniendo en cuenta los resultados, se puede decir que la salud del adulto mayor debe entenderse desde su integralidad, abarcando los cambios físicos de esta etapa e, igualmente, la percepción que el adulto mayor tenga de su estado de salud, ya que esto puede repercutir en el mejoramiento de sus patologías y del estilo de vida que lleve. Lo anterior se relaciona con lo mencionado por Gallegos-Carrillo, García-Peña, Reyes y Duran (2006), quienes plantean que el constructo que tenga el adulto mayor de su salud se ve afectado por factores de tipo educativo, socioeconómico y cultural, así como de los niveles de calidad de vida que existen en las diversas poblaciones. Por tanto, una percepción negativa del estado de salud puede llevar a la aparición de enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes, enfermedades de vías urinarias, insuficiencia renal); agudas (problemas de salud en el último mes) y de funcionamiento (incapacidad, discapacidad o limitación física o mental).

Por tanto, se puede decir en lo relacionado al sexo, que el proceso de envejecimiento difiere de hombre a mu-

jer, por que cada uno, desde su individualidad, afronta de manera diferente los cambios que trae consigo esta etapa. Según la Organización Mundial de la Salud (2001), esto se debe a los roles que desempeñan los hombres y mujeres dentro de la sociedad, en donde el papel del hombre se caracteriza por el constante trabajo, su papel activo y su imagen ante los demás de masculinidad, y la mujer con actividades que requieren de menor esfuerzo y asumiendo un papel más pasivo frente a los demás. No obstante, dicho planteamiento abarca a personas cuya juventud se remonta a los años 30 y 40, en donde el papel de la mujer era mucho más sumiso y sus labores se limitaban a las del hogar, mientras que el hombre era el responsable de actividades laborales. Sin embargo, no se puede obviar la mayor prevalencia de las enfermedades en mujeres en comparación con los hombres (Uribe y Molina, 2005) causada por estilos de vida más polifuncionales en las mujeres que en los hombres, porque no sólo deben trabajar, sino también realizar las labores del hogar. Así mismo, otra de las variables se relaciona con la escolaridad, el apoyo social y el acceso a los servicios sociosanitarios (Organización Panamericana de la Salud, s.f.), aunque de la misma manera como menciona Organización Mundial de la Salud (2001), el hecho de que las mujeres adultas cuentan con una mayor habilidad para las interacciones sociales, permite que ellas se sientan miembros de la sociedad, que juegan un papel más activo y, que por ende, reciban mayor apoyo de los demás y tengan así mejores condiciones de salud. Esto difiere de los hombres que debido al cambio de roles en esta etapa, tienden a ser más irascibles ante los cambios que permitan una adaptación más positiva en algunos casos.

La salud psíquica implica no sólo la presencia de trastornos psicopatológicos, sino también una serie de síntomas evaluados por los adultos mayores como frecuentes o no y que afectan su vida. Es importante establecer que la presencia de trastornos es más frecuente en personas institucionalizadas (Villaverde, Fernández, Gracia, Morera y Cejas, 2000). A su vez, según los estudios realizados por Sanz de la Garza, Bartolomé, Ríos, Gutiérrez, Busto y Galán (2000) no se encontraron diferencias significativas con relación al estado civil y el nivel de instrucción. Sólo se encontraron diferencias en función del sexo, planteamiento que concuerda con los resultados encontrados en la investigación. A su vez, estudios realizados por Fernández-Ballesteros (1997) no encontraron diferencias significativas en la salud psíquica.

Gómez, Pérez y Vila (2001) establecen que el apoyo social se relaciona tanto con la salud física como psicológica, y puede generar tanto consecuencias positivas como negativas. Entre los principales aspectos encontrados se

establece que los trastornos psicológicos no se presentan de forma intensa o continua, sino esporádica, y que sus vidas se ven afectadas temporalmente ya se a por una problema de salud temporal o por una pérdida de un ser querido (Uribe y Buela-Casal, 2006). A su vez Galvanovskis y Villar (2000) plantean que los adultos mayores desearían modificar hechos de sus vidas por su afección en el estado de ánimo. Por tanto, es fundamental realizar un acompañamiento a las personas mayores con el fin de intervenir en esos momentos importantes de su vida, que aunque pueden ser temporales, pueden llegarse a cronificar si no se cuenta con una red sólida de apoyo.

Complementando el planteamiento anterior, Prieto, Romero y Álvarez (2002) plantean que los varones casados tienen mejor salud aunque no se presentan diferencias significativas con las mujeres. De igual forma, Donnet (2000) plantea que el estado civil marca diferencias importantes entre la situación de los ancianos solteros o viudos, y los que viven en pareja. De igual forma, las condiciones económicas y la posición y convivencia en la familia también influyen en la situación de los mayores.

Por otro lado, una de las variables que más afecta la salud es el estado de ánimo, en el que las mujeres se ven más afectadas que los hombres, ya que la soledad, la dependencia de familiares, el estar expuestas a violencia de género, al trabajo no remunerado y a la discriminación, se convierten en factores de riesgo, y si no son tratados, pueden llevar a patologías como la depresión mayor, la cual es más frecuente en mujeres que en hombres (Organización Panamericana de la Salud). Igualmente, lo encontrado por Yaffe, Blacwuell, Gore, Snads, Reus y Browner, 1999 citados por Uribe y Buela-Casal, 2006, plantea que los trastornos psicogeríatricos suelen ser más frecuentes en las mujeres, y en particular, los cuadros depresivos en la ancianidad..

Similarmente, como plantea la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (2002), las mujeres deben ser un foco de atención principal ya que ellas se ven afectadas por múltiples pérdidas, tales como la disminución de ingresos, mayor discapacidad, vulnerabilidad a la soledad, menor acceso a la educación, a la cultura, al ocio y a la toma de decisiones.

Se puede decir que aunque se ha observado que ambos sexos cuentan con diferentes estrategias de afrontamiento para superar los cambios en este periodo, en muchos casos la disminución de las capacidades puede convertirse, sin importar el género, en la presencia de diversas enfermedades, llevando a que hombres y mujeres sufran una pérdida de capacidades y, por tanto, de independencia y de autonomía (Valdez, Román y Cubillas, 2005).

Todo lo anterior lleva a que el adulto mayor oriente la mayoría de sus preocupaciones a su estado de salud. El deterioro físico se traduce en muchos casos en hospitalizaciones, y en el miedo marcado hacia la muerte, en el cuestionamiento de lo vivido y en la satisfacción personal, repercutiendo así en su bienestar emocional y, por ende, físico.

Por lo tanto, se puede decir que las variables de tipo psicológico son determinantes a la hora de hablar de salud en el adulto mayor, ya que las estrategias utilizadas para afrontar los cambios, la satisfacción con la vida, la autoestima, las habilidades funcionales, la realización de actividades y el funcionamiento intelectual, son los que llevan a que el concepto de salud sea más positivo y, que por ende, conlleve a tener comportamientos y pensamientos orientados a contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y la postura que se asuma ante la misma (Mella, 2004).

Finalmente, es importante mencionar que la razón que puede explicar la inexistencia de diferencias en la salud total, psíquica y subjetiva en función de la edad es la vinculación de la muestra escogida con grupos de la tercera edad, a quienes se brindaba continuos controles de salud.

De esta manera, se recomienda que las intervenciones deban dirigirse a hombres y mujeres en particular, teniendo en cuenta las diferencias de tipo mental, emocional y social que presentan en esta etapa.

## REFERENCIAS

- Aristizábal, N. (2000). La psicogerontología un desafío para el siglo XXI. *Cuadernos Hispanos de Psicología*, 1, 97-102.
- Ávila, J., Garant, M y Aguilar, S. (2006). Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. *Revista Panamericana Salud Pública*, 19, 321-330.
- Bazo, M.T. (s.f.). Personas ancianas: salud y soledad. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 47/89, 193-223.
- Bowling, A. (1994). *La medida de la salud. Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida*. Barcelona: Masson, S. A.
- Cáceres, R. (2004). Estado de salud, físico y mental de los adultos mayores del área rural de Costa rica, 2000. *Población y Salud en Mesoamérica*, 1, 1-28.
- Colegio Oficial de Psicólogos. (2002). Psicología, psicólogos y envejecimiento: contribución de la psicología y los psicólogos al estudio y la intervención sobre el envejecimiento. *Revista Especializada en Gerontología*, 37(5), 268-275.
- Consejo Nacional de Política Económica Social (CONPES), (2004). Lineamientos para la operación del programa nacional de alimentación para el adulto mayor "Juan Luís Londoño de la Cuesta" y la selección y priorización de sus benefi-

- ciarios. *Documento Conpes Social*, 86. Recuperado agosto 8, 2006, de <http://www.icbf.gov.co/ESPANOL/086>.
- Donet, S. (2000). Algunas reflexiones en torno a la vejez. *Familia*, 21, 23-41.
- Durán, A., Uribe-Rodríguez, A. F., Molina, M., Barco, M. y González, G. (2006). Incidencia de la enfermedad crónica en personas de la tercera edad en Colombia. *Geriatría* (En prensa).
- Fernández-Ballesteros, R. y Zamarrón, M. D. (1996). Breve cuestionario de calidad de vida (CUBRECAVI). En R. Fernández-Ballesteros, M. D. Zamarrón y A. Maciá (Eds.), *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: Condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología*, 73, 89-104.
- Galvanovskis, A. y Villar, E. (2000). Revisión de vida y su relación con el autoconcepto y la depresión en el periodo de jubilación. *Geriatría*, 16, 380-387.
- Gallegos-Carrillo, K., García-Peña, C., Reyes, H., Duran, L. (2006). Autopercepción del estado de salud: Una aproximación a los ancianos en México. *Revista de Salud Pública*, 40, 792-801.
- Gómez, L., Pérez, M. y Vila, J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud: Una revisión. *Psicología Conductual*, 9, 5-38.
- Labino, M. (2004). Introducción a la psicología de la salud. En L. A. Oblitas (Ed.). *Psicología de la Salud y calidad de vida* (pp. 3-21). México, D. F.: Thomson.
- Leiton, Z y Ordóñez, Y. (2003). *Autocuidado de la salud para el adulto mayor: Manual de la información para profesionales*. Recuperado noviembre 3, 2006, de <http://www.per.ops-oms.org/bvs-pwr/psal/e/fulltex/autocuidado.pdf>
- Martínez, V. y Lozano, A. (1998). *Calidad de vida en ancianos*. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Mella, R., González, L., D'Appolonia J., Maldonado, I., Fuenzalida, A y Díaz, A. (2004). Factores asociados al Bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psyke*, 13, 79-89.
- Monroy, A. (2005). *Aspectos psicológicos y psiquiátricos del adulto mayor*. Recuperado Noviembre 15, 2006, de [http://Documents and Settings\Compaq\\_Propietario\Escritorio\AMAPSI\\_Asoiación Mexicana de Alternativas en Psicología](http://Documents and Settings\Compaq_Propietario\Escritorio\AMAPSI_Asoiación Mexicana de Alternativas en Psicología).
- Montero, I. y León, O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Mora, M., Villalobos, D., Araya, G., Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la practica de la actividad físico recreativa. *Revista MHSalud*, 1.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Hombres, envejecimiento y salud*. Recuperado noviembre 30, 2006, de <http://www.imsersomayores.csic.es>
- Organización Panamericana de la salud (s.f). *Género y el envejecimiento*. Recuperado noviembre 5, 2006, de <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE>
- Peláez, M. (2005). La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 17(5/6), 299-302.
- Popolo, F. (2001). Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina. *Serie población y desarrollo*, 19, 5-57.
- Prieto, J., Romero, D. y Álvarez, S. (2002). Estado de la salud y participación laboral de las personas mayores. *Cuadernos Aragoneses Economía*, 12, 271-291.
- Sanz de la Garza, C., Bartolomé, S., Ríos, M., Gutiérrez, J. R., Busto, J. y Galán, F. (2000). Derivaciones geriátricas a una unidad de salud mental desde atención primaria. *Geriatría*, 16, 35-41.
- Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. (2002). *Genero y envejecimiento*. Recuperado noviembre 15, 2006, de [http://Documentsand Settings\Compaq\\_Propietario\Escritorio\Isis Mujeres Hoy Conferencias Internacionales.htm](http://Documentsand Settings\Compaq_Propietario\Escritorio\Isis Mujeres Hoy Conferencias Internacionales.htm).
- Uribe, A.F y Buela-Casal, G. (2006). Influencia del tipo de residencia sobre la depresión, el deterioro cognitivo y la calidad de vida en personas mayores. Granada: Universidad de Granada.
- Uribe, A. F., y Molina, M. (2005). Calidad de vida y enfermedad crónica en la tercera edad. En Rubio, R., Molina, J.M y Del Pino, M (Eds.). *Avances y nuevas investigaciones en gerontología* (pp.113-124). Granada: Editorial Universitario.
- Valdez, E., Román, R., y Cubillas, M. (2005). Análisis de la oferta de servicios para adultos mayores y sus necesidades manifiestas. *Psicología y Salud*, 15, 127-133.
- Villaverde, M. L., Fernández, L., Gracia, R., Morera, A. y Cejas, R. (2000). Salud mental en población institucionalizada mayor de 65 años en la isla de Tenerife. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 35, 277-282.
- Yaffe, K., Blackwell, T., Gore, R., Sands, L., Reus, V. y Browner, W. (1999). Depressive symptoms and cognitive decline in nondemented elderly women: A prospective Study. *Archives of General Psychiatry*, 56, 425-430.