

Factores multidimensionales de los **adultos mayores indígenas** del departamento de Nariño



Yenny Vicky Paredes Arturo
Eunice Yarce Pinzón
Daniel Camilo Aguirre Acevedo
Vidy Yohana Paredes Arturo



Factores multidimensionales de los adultos mayores indígenas del departamento de Nariño

Factores multidimensionales de los adultos mayores indígenas del departamento de Nariño

Yenny Vicky Paredes Arturo
Eunice Yarce Pinzón
Daniel Camilo Aguirre Acevedo
Vidy Yohana Paredes Arturo

2020

Factores multidimensionales de los adultos mayores indígenas del departamento de Nariño

Yenny Vicky Paredes Arturo

Eunice Yarce Pinzón

Daniel Camilo Aguirre Acevedo

Vidy Yohana Paredes Arturo

Editora: Luz Elida Vera Hernández, Editorial UNIMAR

Fecha de publicación: 2020

Páginas: 109

ISBN: 978-958-8579-73-3

Existencias

1 Libro Biblioteca Nacional – Libros

Factores multidimensionales de los adultos mayores indígenas del departamento de Nariño

Yenny Vicky Paredes Arturo

Eunice Yarce Pinzón

Daniel Camilo Aguirre Acevedo

Vidy Yohana Paredes Arturo

Entidad editora: Editorial UNIMAR, Universidad Mariana

Fecha de publicación: 2020

Páginas: 109

ISBN: 978-958-8579-73-3

Edición: Primera

Formato:

Colección: Resultado de Investigación

Materia: Psicología de adultos

Materia tópico:

Palabras clave: factores multidimensionales

País/Ciudad: Colombia / San Juan de Pasto

Idioma: Español

Menciones: Ninguna

Visibilidad: Página web Editorial UNIMAR, Universidad Mariana

Tipo de contenido: Factores multidimensionales de los adultos mayores indígenas del departamento de Nariño

© Editorial UNIMAR, Universidad Mariana

© Yenny Vicky Paredes Arturo

© Eunice Yarce Pinzón

© Daniel Camilo Aguirre Acevedo

© Vidy Yohana Paredes Arturo

Universidad Mariana

Hna. **María Teresa González Silva** f.m.i.

Rectora

Nancy Andrea Belalcázar Benavides

Vicerrectora Académica

Ángela María Cárdenas Ortega

Directora de Investigaciones

Luz Elida Vera Hernández

Directora Editorial UNIMAR

Editorial UNIMAR

Luz Elida Vera Hernández
Directora Editorial UNIMAR

Leidy Stella Rivera Buesaquillo
Corrección de Estilo

David Armando Santacruz Perafán
Diseño y Diagramación

Correspondencia:

Editorial UNIMAR, Universidad Mariana
San Juan de Pasto, Nariño, Colombia, Calle 18 No. 34 – 104
Tel: 7244460 Ext. 185
E-mail: editorialunimar@umariana.edu.co

Depósito Legal

Biblioteca Nacional de Colombia, Grupo Procesos Técnicos, Calle 24, No. 5-60 Bogotá D.C., Colombia.

Biblioteca Luis Carlos Galán Sarmiento, Congreso de la República de Colombia, Dirección General Administrativa, Carrera 6 No. 8-94 Bogotá D.C., Colombia.

Biblioteca Central Gabriel García Márquez, Universidad Nacional de Colombia, Ciudad Universitaria, Carrera 45 No. 26-85 Bogotá D.C., Colombia.

Centro Cultural Leopoldo López Álvarez – Área Cultural del Banco de la República de Pasto, Calle 19 No. 21-27 San Juan de Pasto, Colombia.

Biblioteca Rivas Sacconi, Instituto Caro y Cuervo, Sede Centro, Calle 10 No. 4-69 Bogotá D.C. y sede Yerbabuena, Kilómetro 24 autopista Norte Bogotá D.C., Colombia.

Centro Cultural y Biblioteca Julio Mario Santo Domingo, Calle 170 No. 67-51 Bogotá D.C., Colombia.

Parque Biblioteca España, Cra. 33B # 107^a – 100, Medellín, Colombia.

Biblioteca Hna. Elisabeth Guerrero N. f.m.i. Calle 18 No. 34-104 Universidad Mariana, San Juan de Pasto, Colombia.

Biblioteca Alberto Quijano Guerrero, Universidad de Nariño, Calle 18 Carrera 50, Ciudad Universitaria Torobajo, San Juan de Pasto, Colombia.

Disponible:

Cítese como: Paredes, Y. V., Yarce, E., Aguirre, D. C. Paredes, V. Y. (2020). *Factores multidimensionales de los adultos mayores indígenas del departamento de Nariño*. San Juan de Pasto: Editorial UNIMAR.

Las opiniones contenidas en el presente libro no comprometen a la Editorial UNIMAR ni a la Universidad Mariana, puesto que son responsabilidad única y exclusiva de los autores, de igual manera, ellos han declarado que en su totalidad es producción intelectual propia, en donde aquella información tomada de otras publicaciones o fuentes, propiedad de otros autores, está debidamente citada y referenciada, tanto en el desarrollo del documento como en las secciones respectivas a la bibliografía.

El material de este libro puede ser reproducido sin autorización para uso personal o en el aula de clase, siempre y cuando se mencione como fuente su título, autoras y editorial. Para la reproducción con cualquier otro fin es necesaria la autorización de la Editorial UNIMAR de la Universidad Mariana.



Contenido

Introducción	15
1. Contextualización del Adulto Mayor Indígena	17
1.1. Breve descripción de la problemática del adulto mayor indígena	19
1.2. Antecedentes sobre envejecimiento y vejez en población indígena	24
1.3. Evaluación geriátrica multidimensional del adulto mayor indígena	26
2. Presentación de Resultados	29
2.1. Procesamiento de información	31
2.2. Análisis de resultados	32
2.2.1. Características Sociodemográficas	32
2.2.2. Dimensión Médica	35
2.2.3. Dimensión Cognitiva	37
2.2.4. Dimensión Funcional	39
2.2.5. Dimensión Social	45
2.2.5.1. <i>Intereses de ocio y tiempo libre</i>	45
2.2.5.2. <i>Utilización de espacios de vida</i>	47
2.2.5.3. <i>Percepción del apoyo social</i>	49

2.3.	Discusión de resultados	53
3.	Conclusiones y Recomendaciones	71
	Referencias Bibliográficas	75
	Apéndices	85

Índice de Tablas

Tabla 1.	Distribución de población adulta mayor evaluada por Cabildo	32
Tabla 2.	Características sociodemográficas	33
Tabla 3.	Percepción de salud, antecedentes médicos y estado nutricional	35
Tabla 4.	Presencia de sintomatología médica	36
Tabla 5.	Tipo de consulta	37
Tabla 6.	Nivel cognitivo	37
Tabla 7.	Queja subjetiva de memoria	38
Tabla 8.	Sintomatología depresiva	39
Tabla 9.	Distribución de la población que se ha caído al piso en el último año	39
Tabla 10.	Distribución de la población según la frecuencia de casi caídas en el último año	40
Tabla 11.	Distribución de la población según el mecanismo de la caída	40
Tabla 12.	Distribución de la población según frecuencia de presentación de miedo a caer	40
Tabla 13.	Descripción porcentual sobre debilidad al desempeño de una actividad	41
Tabla 14.	Disminución de peso no intencional	41
Tabla 15.	Fuerza de agarre (<15 kg/f)	42
Tabla 16.	Clasificación de fragilidad	42

Tabla 17.	Nivel de independencia en actividades de la vida diaria básica	42
Tabla 18.	Calificación global del nivel de independencia en actividades de la vida diaria básicas	43
Tabla 19.	Nivel de independencia en las actividades de la vida diaria instrumentales	44
Tabla 20.	Calificación global del desempeño en las actividades de la vida diaria instrumentales	44
Tabla 21.	Descriptivo porcentual del grado de interés de ocio y tiempo libre	45
Tabla 22.	Descriptivo de la frecuencia de participación en actividades de ocio	46
Tabla 23.	Asistencia a grupos	47
Tabla 24.	Descriptivo sobre el uso de los espacios de vida (N = 577)	47
Tabla 25.	Descriptivo de la frecuencia de uso de los espacios de vida	48
Tabla 26.	Descriptivo de tipo de ayuda para el uso de espacios de vida	49
Tabla 27.	Descripción global de uso de espacios de vida -LSA	49
Tabla 28.	Descripción de la dimensión emocional	50
Tabla 29.	Descripción de la dimensión instrumental	51
Tabla 30.	Descripción de la dimensión de interacción social positiva	52
Tabla 31.	Descripción de la dimensión de apoyo afectivo	52
Tabla 32.	Descripción global de la percepción de apoyo social	53

Lista de Apéndices

Apéndice A. Protocolo de Valoración

85

Introducción

En América Latina la etnicidad es un determinante crítico de la pobreza, desigualdad y exclusión social, situación que no es ajena a Colombia, donde existen alrededor de 87 pueblos indígenas que presentan condiciones sociales y de salud en un nivel inferior a otros grupos poblacionales, a pesar de representar en 3,28 % del total de la población colombiana, con una gran representatividad en el departamento de Nariño, existen pocos estudios que evidencien la situación biopsicosocial de los grupos indígenas, en especial del proceso de envejecimiento y sus implicaciones en su calidad de vida. De tal manera, que conocer el proceso de envejecimiento, visto como un fenómeno demográfico mundial y heterogéneo, con características particulares en grupos poblacionales, resulta importante y necesario, especialmente cuando se relaciona a grupos étnicos, cuyos componentes socioculturales influyen de manera significativa en su componente biológico, mental y social.

Es así que, realizar investigaciones para conocer las condiciones biopsicosociales de los adultos mayores indígenas suministrará información necesaria para establecer las líneas de base necesarias en la construcción de una política pública real, que permita desarrollar acciones de atención y prevención con miras a favorecer su calidad de vida. Por lo anterior, la propuesta planteada en un contexto indígena contempla algunos referentes del modelo de evaluación multidimensional, tal como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud, siendo determinante la valoración de factores biológicos, psicológicos, funcionales y sociales, propios del contexto, bajo un enfoque multidimensional y diferencial.



El estudio, al tener un enfoque multidimensional, describe los aspectos sociodemográficos, médicos, cognitivos, funcional y social, en un grupo de adultos mayores indígenas del departamento de Nariño, a través de la aplicación de escalas e instrumentos validados por la comunidad científica, orientados por un modelo de investigación cuantitativa. Finalmente, con los insumos o resultados se pretende generar y dar directrices para la formulación de lineamientos en pro de un envejecimiento exitoso.





1. Contextualización del Adulto Mayor Indígena

1.1. Breve descripción de la problemática del adulto mayor indígena

El envejecimiento poblacional es uno de los grandes problemas sociales en el siglo XXI, no por las implicaciones del envejecimiento en sí, sino por su rapidez y agresividad, que trae consigo un reto para la sociedad, que incrementa notablemente la demanda ante necesidades de atención médica, familiar y social, en un contexto que carece de políticas, instituciones y profesionales preparados para esto (1). Esta realidad afecta a todos los grupos poblacionales de la misma forma, pero especialmente en los grupos indígenas se presentan otras variables que la hacen más relevante, por ser poblaciones que se encuentran en un contexto rural, sometido a conflictos de violencia, de bajos recursos y alta vulnerabilidad, con condiciones ambientales y genéticas propias de su etnia, que producen mayor predisposición para ciertas patologías, alteraciones en la salud, la mala nutrición y presencia de enfermedades crónicas, sumado a la baja educación, el desempleo, alcoholismo, pérdida o debilitamiento de la identidad cultural y su vinculación a grupos delincuenciales por la necesidad social que presenta (2). Estas comunidades se han adaptado a vivir en ecosistemas cercanos a las cuencas de los ríos y poseen hábitos culturales característicos, como caminar descalzos, lo que favorece la exposición a infecciones parasitarias; en cuanto al componente nutricional, la incidencia de desnutrición crónica y global es mayor en la zona rural, y en personas indígenas la prevalencia es más del doble que en la población no indígena (3). Todos estos factores adversos tienen mayor implicación en el proceso de envejecimiento y vejez, pues no hay un soporte social que cubra las necesidades de salud de los adultos mayores indígenas en Colombia (2).

Para Reyes (4), la vejez, en contextos indígenas, no puede ser explicada solo a través de la cultura nativa, sino que depende de variables como el género, salud,



estatus social, redes de apoyo, factor económico, entre otros, la suma de todo ello define, en buena medida, la forma de envejecer, la cual puede ser exitosa o no. La vejez en estas comunidades, además de lo anteriormente expuesto, se distingue a partir de criterios socioculturales, factores de orden biológico y de la esfera social.

Por lo anterior, el foro de Naciones Unidas para asuntos indígenas establece la salud como un tema prioritario de atención en estas comunidades, ya que, en comparación con otros grupos poblacionales, gran parte de los indígenas sufre inequidades en salud, especialmente en regiones de Sudamérica (5). Según una publicación de El Nuevo Siglo (6), este grupo etario en Colombia es de 1.378.884 indígenas, lo que equivale al 3,36 % de la población total del país. Diversos factores como el conflicto armado, el desplazamiento forzado, la pobreza y la extrema miseria, las malas condiciones de salud y nutrición, la falta de fuentes de ingresos, el saqueo de sus territorios, los homicidios y el despojo de tierras, entre otros factores, configuran un escenario para los indígenas en riesgo de desaparecer.

Sobre las condiciones de salud de la población indígena, varios antecedentes refieren que uno de los factores de mayor riesgo que presentan es el cardiovascular, en tanto se asocia a condiciones ambientales y genéticas que hacen que ese riesgo sea más elevado en grupos indígenas, por tener mayor predisposición genética a la obesidad y a la diabetes mellitus tipo II, aunado a la adopción de estilos de vida occidental que han transformado su cultura y, por ende, sus hábitos alimentarios, que favorecen la aparición temprana de dichas alteraciones en la salud, evidenciando una prevalencia de dislipidemias mayor en un 25 % (7). Por otra parte, existen reportes de una prevalencia de hipertensión arterial del 34 % en este grupo étnico, que supera el 22,8 % de la población colombiana (8).

De igual manera, en estas comunidades persisten las enfermedades diarreicas, pulmonares, de la piel y de transmisión vectorial como leishmaniasis y malaria, lo anterior confluye en una precaria situación de salud, principalmente manifiesta en regulares condiciones sanitarias de las viviendas, una economía de subsistencia y una elevada frecuencia de enfermedades infectocontagiosas; donde la situación de analfabetismo encontrada, junto con el ingreso promedio de las familias que no alcanzaba un salario mínimo, clasificó a estas comunidades bajo la línea de pobreza

y en alta dependencia económica. Por lo anterior, la medicina tradicional indígena surge como una medida de salvación, de donde emergen sus propios agentes de salud, y la comunidad es la que legitima las acciones en salud realizadas (9).

Respecto a las condiciones nutricionales, cabe anotar que la población adulta mayor por su propio proceso de envejecimiento aumenta el riesgo de padecer malnutrición, pues su organismo “aumenta las necesidades de algunos nutrientes y reduce la capacidad de regulación en la ingesta de algunos alimentos” (10), adicional a los cambios psicológicos, ocupacionales, económicos y sociales, que pueden favorecer el incremento de la discapacidad, que para el caso de las poblaciones indígenas, la situación se agrava, teniendo en cuenta que viven en contextos rurales, en donde la accesibilidad es difícil para que profesionales estatales y no gubernamentales realicen seguimiento a las condiciones nutricionales y relacionadas con la salud con programas de atención integral.

En el ámbito social, es significativa la disminución de los contactos sociales, permaneciendo solamente lazos estrechos con los convivientes. Las actividades sociales en las cuales participan se reducen exclusivamente al ámbito familiar o religioso, esto hace que se aumente el aislamiento, el cual tiene efectos deletéreos tanto físicos como mentales. Además, otra situación frecuente es la imagen del envejecimiento que se presenta en la sociedad, la mayoría de las ocasiones negativa y se expresa en el imaginario de que la vejez es sinónimo de pasividad, enfermedad, deterioro, carga o ruptura social, que puede ocasionar una disminución o pérdida en la autonomía e independencia, obligando a su red de apoyo social cercana, familiares y/o amigos, a asumir responsabilidades frente a su cuidado en las actividades de la vida diaria, con graves implicaciones a nivel cognitivo y funcional del adulto mayor (2).

Al hacer referencia de las etnias indígenas, siempre se asocia a la situación de vulnerabilidad a la que están expuestos en los sectores de salud, educativo y social, específicamente en salud, donde el acceso a la seguridad social es limitado o inadecuado, lo que conlleva a tener un nivel de salud inferior respecto a otras poblaciones. Según lo reportado por el Ministerio de Salud y Protección Social (9), en Colombia solo el 25 % aproximadamente de la población adulta mayor indígena reciben atención en salud, básicamente de primer nivel, donde no se contempla



la atención de aquellos cuadros patológicos crónicos degenerativos que son de alto costo y que requieren medicina especializada. Además de esto, se suma la condición de bajo nivel educativo, siendo una población de mayor vulnerabilidad en el contexto nacional.

Por otra parte, también se debe dar atención a problemas generados por limitaciones en actividades como subir escaleras, hacer ejercicio o conciliar el sueño, las cuales si no son identificadas y manejadas a tiempo pueden llevar a ser permanentes y desarrollar discapacidades, sin embargo, el envejecimiento no determina una situación de discapacidad o limitación, pero si están directamente relacionados, ya que existen muchos factores que la explican, entre ellos: aumento de edad y, en general, condiciones sociales y ambientales de base, básicamente, la mayor discapacidad en este grupo poblacional se presenta en función de movilidad y funcionalidad, lo anterior repercute significativamente en la esfera mental de este grupo poblacional (2). Igualmente, la pérdida o disminución de independencia en la movilidad, participación y la alteración de funciones cognitivas, que trae consigo el envejecimiento, pueden ser señales de alarma sobre la existencia de una condición de morbilidad que requiere de un abordaje interdisciplinario para mitigar las consecuencias que en algunos casos progresan en patologías más graves, por ejemplo, la demencia (11).

En este orden de ideas, cuando se menciona el tema de salud se debe abordar de manera integral, es así como el referente de salud mental cada día toma más importancia, sobre todo en función de grupos etarios tan vulnerables como lo es la población adulta mayor indígena, que hacen parte de una comunidad organizada ancestral, con una cultura y costumbres arraigadas, donde la pérdida de capacidad funcional por su condición de vejez puede traer consigo manifestaciones de tristeza y depresión, porque se presentan limitaciones para ejercer actividades o restricción en la participación comunitaria en las “mingas”, impactando en su identidad, autoestima y reconocimiento social, por los cambios de roles en su familia y sociedad, al convertirse en adultos mayores dependientes y carentes de valor (3).

Asimismo, si se tiene en cuenta que durante esta etapa del ciclo vital se presentan gran cantidad de cambios físicos, cognitivos y emocionales, que pueden llegar a

afectar la funcionalidad en todas las esferas de la vida de este gran número de personas, por lo tanto, es prioritario desarrollar proyectos de investigación e intervención interdisciplinar que permitan conocer de manera integral las condiciones de salud de esta población (12), así, se logrará promover estilos de vida saludables y, más aún, una cultura de envejecimiento activo; si bien, estas alteraciones mencionadas pueden hacer parte del envejecimiento fisiológico, es posible que una complicación de las mismas den origen a entidades clínicas patológicas, por ejemplo, la demencia, depresión senil, desnutrición, deterioro cognitivo, entre otras, las cuales determinan una marcada influencia en la esfera médica, mental y funcional (13).

“La pérdida de independencia social, movilidad funcional y habilidades cognitivas frecuentemente acompaña al envejecimiento y puede situar al anciano en una situación de dependencia funcional” (14). Por otro lado, a menudo, las ligeras pérdidas funcionales son el único signo de alarma en un anciano con una enfermedad aguda o que inicia su declinar físico; la importancia de dicha problemática y su abordaje interdisciplinar consiste en que aproximadamente el 12 % de la población adulto mayor puede presentar alguna implicación que comprometa su ámbito funcional, y en algunos casos generen compromisos que progresen a una patología mucho más compleja (15, 16).

En este orden de ideas, en nuestro territorio no existe una política étnica clara, coherente, acorde con el universo de derechos que tiene esta población, no se observa lineamientos ni posturas consistentes para salvaguardar su diversidad cultural y sus derechos en los territorios que habitan. Varios pueblos indígenas están en peligro de desaparecer y el conflicto los ha vulnerado de manera implacable (6). Sumado a lo anterior, en el departamento de Nariño, solo existen estadísticas en relación con el adulto mayor indígena a nivel de rango de edad, no hay un estudio donde se evidencie las condiciones de salud en la que se encuentra esta población desde un enfoque biopsicosocial, se carece de datos que permitan identificar las necesidades sentidas de esta población, a nivel de salud física y mental, su nivel de desempeño funcional y social, siendo uno de los cinco temas fundamentales para el bienestar de estos pueblos a nivel mundial.

La novedad del estudio está dada por ser el primero a nivel departamental y nacional, focalizado en la identificación de factores de riesgo que proporcionará



información relevante para futuras intervenciones que posibiliten un envejecimiento activo; a partir de un modelo de valoración multidimensional (17, 18) el cual no ha sido aplicado en este tipo de población. Lo anterior podría generar la creación de una línea de investigación en torno a esta temática y sobre todo en función a la particularidad contextual y étnica de la comunidad indígena; por lo tanto, la información arrojada por la investigación puede ser utilizada como referente que oriente el cumplimiento de los ejes estratégicos del Plan de Desarrollo Departamental.

1.2. Antecedentes sobre envejecimiento y vejez en población indígena

En función de las propuestas investigativas específicas en este grupo poblacional, se puede mencionar que son escasas y en su mayoría se limitan al análisis de factores aislados, sobre todo a partir del enfoque médico. De acuerdo al último estudio realizado en Colombia por el Ministerio de Cultura, respecto a la variable de educación, se menciona que los establecimientos de enseñanza son pocos y solo atienden el nivel de básica primaria. Por lo anterior, las brechas más importantes en los indicadores educativos se encuentran en la tasa de analfabetismo, la cual es tres veces más en la población indígena, también el promedio de años de estudio es significativamente inferior (19). De igual manera, en el ámbito de salud, el estudio evidencia que para los indígenas las enfermedades transmitidas por vectores son los eventos que presentan el mayor porcentaje de notificación, y se destaca dentro de estos la malaria, el accidente ofídico, otro evento que llama la atención es el carbunco; la intoxicación por plaguicidas es levemente mayor en indígenas (20).

En el estudio SABE se presentan como resultados mayor prevalencia del género femenino niveles de escolaridad deficientes y la totalidad de la muestra evaluada pertenece a un estrato socioeconómico bajo; respecto al componente de salud el estudio menciona la presencia de múltiples enfermedades, consumo de medicamentos cardiovasculares, analgésicos y metabólicos; en función del estado nutricional un porcentaje mayor de la población se encuentra en riesgo de malnutrición (21). En referencia al componente cognitivo y emocional, se evidencia en mayor proporción deterioro cognitivo y depresión. Finalmente, en cuanto a la prevalencia de caídas y la alteración en el desempeño físico funcional, es más evidente en mujeres (22).

En cuanto a la situación social, hay una asociación con el desplazamiento forzado por la dinámica del conflicto interno por grupos armados, el narcotráfico y la explotación ambiental, afectando su arraigo en su territorio ancestral, cambiando su producción agrícola, lo que ha contribuido a una transformación en esta cultura. Este referente concluye que, si bien son muchas las carencias de las políticas públicas para los pueblos indígenas, como se deduce de la situación que afrontan estas comunidades, es más viable proponer acuerdos efectivos y creíbles que permitan un avance en el desarrollo humano (23).

Consecuentemente, en otro referente de estudio, se abordó el análisis del estado nutricional y de la conducta alimentaria en un grupo de indígenas en el departamento de Antioquia. Este proyecto describe la situación de pobreza, marginación, violencia física y social, que presenta esta población; expresada en la escasez de tierra, de cotos de caza y pesca, así como en el asesinato, persecución del que son víctimas. A nivel de enfermedad médica en esta comunidad prevalece patologías como: anemia, tuberculosis y desnutrición. La investigación se enmarcó a partir de un estudio descriptivo de corte trasversal, la selección de la muestra fue por conveniencia dada las dificultades propias del contexto. Respecto a los resultados el estudio, se concluye que los adultos mayores tienen una mayor prevalencia en función de: desnutrición y en algunos casos sobrepeso, además, la investigación señala altos índices de analfabetismo y marginación social que está expuesta esta comunidad. Lo anterior, concluyen los autores, conlleva a incrementar significativamente el factor de riesgo hacia la predisposición de patologías como: demencia, depresión, diabetes, enfermedades cardiovasculares, entre otras (24).

A nivel nacional, en investigaciones realizadas en la comunidad Emberá-Chami (25) y Huitoto del Amazonas (26), se hace referencia a la presencia de parasitismo intestinal y desnutrición, así mismo los resultados confluyen a la prevalencia de características como: analfabetismo, carencia de agua potable, energía y servicio de salud; además de la presencia de grupos armados y colonos que explotan sus recursos naturales. Finalmente, se concluye, respecto al componente funcional, que en esta comunidad se practica ocasionalmente la actividad física, el cuidado del adulto mayor está a cargo de su familia, en caso de enfermedad es tratada con medicina tradicional (26).



De igual forma, la investigación sobre desempeño ocupacional en cuanto a autocuidado y tiempo libre del Adulto Mayor del resguardo Indígena de la comunidad Huitoto en la región Amazónica, demostró que, en relación al nivel de escolaridad, el 33,3 % de la población son analfabetas. En relación al tiempo libre, las actividades que diariamente realizan los ancianos Huitotos son: escuchar radio (música y noticias), pasear por la selva, hacer recorridos dentro o alrededor del resguardo, actividades que son realizadas por el 62,6 %, la danza y música se constituyen en parte de los rituales que se realizan mensualmente. En relación con las actividades productivas, las autoras refieren que la agricultura y la caza son actividades exclusivas de los hombres y son practicadas diariamente por el 39,5 % de los ancianos (25).

1.3. Evaluación geriátrica multidimensional del adulto mayor indígena

La Evaluación Geriátrica Multidimensional “busca cubrir las necesidades de servicios y desarrollar planes de cuidados focalizados en intervenciones para la mejoría funcional, mental, clínica, y social del adulto mayor y su familia” (27). Los principales objetivos en la evaluación multidimensional en múltiples estudios es el descubrimiento de la enfermedad y situaciones que llevan al anciano a asumir parte del envejecimiento normalmente, mediante un equilibrio que se fundamente entre un adecuado diagnóstico, tratamiento y un continuo seguimiento a los ancianos y a su grupo familiar o cuidadores. Este tipo de evaluación se caracteriza por el tiempo necesario para su realización, con la finalidad de emprender acciones correctivas para la población susceptible con predisposición a enfermedades, discapacidades y muerte, buscando actividades preventivas y oportunas, objetivando los problemas en salud, el impacto en pacientes y familiares, generando la planificación de mejoras en la atención, incorporando expectativas familiares y del usuario respecto a la situación actual, posibles repercusiones y soluciones brindadas a través de la intervención, por lo tanto, este tipo de evaluación se enmarca en el concepto de calidad de vida (27).

El Diseño metodológico utilizado en este estudio fue de tipo descriptivo transversal, en el que se describen las características multidimensionales de un grupo de 522 adultos mayores indígenas de la Exprovincia de Obando en el departamento de Nariño, con un abordaje de acuerdo al modelo de evaluación

multidimensional, en el que se pretendió estimar no solo la frecuencia en una característica o variable sino en varias que tienen que ver con dificultades cognitivas, funcionales, psicosociales y médicas en los adultos mayores. Estos trastornos o condiciones de salud de los individuos varían ampliamente, por lo cual se asumió este valor que requiere un mayor tamaño de muestra.

La técnica utilizada fue la encuesta y se diseñó un instrumento (Apéndice A) conformado por diversas pruebas que hacen parte del modelo de evaluación geriátrica multidimensional. Para los factores sociodemográficos se indagó acerca de los datos generales de identificación, además de la historia ocupacional, afiliación al sistema de seguridad social, conformación familiar e ingresos económicos; para la Dimensión Médica se obtuvieron datos relacionados con antecedentes médicos, presencia de síntomas en el último mes, consumo de sustancias psicoactivas, medicación, vacunación, estado nutricional. En la Dimensión Cognitiva, se utilizó el Test Mini mental (MMSE) (28) y *The Rowland Universal Dementia Assessment Scale* (RUDAS) (29), Escala de queja subjetiva de pérdida de memoria (QSPM) (30) y la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage (EGD) (31). Para la evaluar la Dimensión Funcional, se utilizó la Batería corta del desempeño físico (SPPB) (32), el Índice de Barthel o Índice de discapacidad de Maryland (33), y la Escala de Lawton y Brody (34). Por último, en la Dimensión Social, se aplicó el Cuestionario exploración de intereses ocupacionales de ocio para adulto mayor (35), la prueba *Life Space Assessment* (LSA) (36, 37) y el Cuestionario de apoyo social MOS (*Medical Outcomes Study*) (38).





2. Presentación de Resultados

2.1 Procesamiento de información

En correspondencia con el primer objetivo se presentan los factores sociodemográficos de la población evaluada, en función de la particularidad de las variables. Para ello se empleó la frecuencia absoluta y relativa (porcentaje) en aquellas de orden cualitativo como género, lugar de nacimiento (municipio/región), estrato, pertenencia a la red del adulto mayor, subsidio de alcaldía, tipo de afiliación al sistema de salud, EPS, estado civil, cuidador y ocupación. Se aplicó la media aritmética y la desviación estándar en aquellas variables de naturaleza cuantitativa como la edad, escolaridad, núcleo familiar y número de hijos. En caso de no cumplir con el supuesto de normalidad evaluado por la prueba de Shapiro Wilk ($n < 50$) o Kolmogorov Smirnov, las variables cuantitativas se determinaron usando la mediana y el rango intercuartil (Percentil 75-percentil 25).

Para la descripción de los factores médicos alusivos a condición de salud, consumo de medicamentos y estado nutricional, así como el nivel cognitivo, funcional, psicosocial y del estado de salud, se empleó la frecuencia absoluta y relativa (porcentaje) en aquellas variables cualitativas como la incidencia de deterioro cognitivo valorada con el MMSE (puntaje menor a 24), escala de RUDAS (puntaje menor a 21), quejas de memoria (punto de corte > 19), síntomas depresivos valorados por el Yesavage (de 0 a 5 puntos: normal, de 6 a 10: depresión moderada y de 11 a 15: depresión severa).

En función del componente funcional valorado con el índice de Barthel, su puntuación oscila entre 0 (completamente dependiente) y 100 (completamente independiente) y las categorías de respuestas entre 2 y 4 optativas con intervalos de 5 puntos, respecto del tiempo utilizado en la ejecución y el requerir ayuda para hacer



la tarea. En términos similares, la escala de Lawton y Brody, con una valoración que oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). El aspecto nutricional (MNA), donde la incidencia de malnutrición o riesgo de malnutrición, se estableció de la siguiente forma: Malnutrición <17 puntos; riesgo de malnutrición entre 17 y 23,5 y buen estado nutrición ≥ 24 . Asimismo, se presentarán los puntajes en las escalas cognitivas, nivel nutricional (MNA) y funcional con la media aritmética (o la mediana) y la desviación estándar (o rango intercuartil), dependiendo del cumplimiento del supuesto de distribución normal.

El total de la muestra de los adultos mayores evaluados en las tablas de resultados varía dependiendo del cumplimiento de criterio de cada prueba aplicada.

2.2 Análisis de resultados

2.2.1. Características Sociodemográficas. Para responder al primer objetivo sobre Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores de 60 años indígenas de la Exprovincia de Obando, se analizaron las siguientes variables.

Tabla 1. *Distribución de población adulta mayor evaluada por Cabildo*

Cabildo indígena	Evaluados
Ipiales Villa Nueva	34
Ipiales Tuzandala	51
Guachucal	53
Panam Cumbal	150
Chiles Cumbal	60
Aldana	134
Funes	40
San Diego	55
TOTAL	577

Tabla 2. *Características sociodemográficas*

VARIABLES	Fr	%
Género Femenino	231	44,6
Edad en años media (DE)	70,6	6,8
Habla Lengua Nativa	74	14,3
Escolaridad		
No lee/escribe	208	40,2
Puede leer/escribir	249	48,1
Primaria/secundaria	61	11,7
Área Rural	475	91,7
Estado de afiliación Salud		
Contribuyente	2	0,4
Beneficiario	21	4,1
Subsidiado	509	98,2
Recibe subsidio de la alcaldía	408	78,8
Ingresos		
Sin ingresos	276	53,3
Menos de un SMMLV	237	45,8
Entre 1 y tres salarios	5	0,9



Estado Civil		
Soltero	82	15,8
Casado/Unión libre	329	63,5
Viudo	101	19,5
Separado/divorciado	6	1,2
Dependencia económica	356	67,6
Situación laboral		
Empleado/Independiente	212	40,9
Jubilado/pensionado	1	0,2
Trabaja en el Hogar	296	57,1
Tiene un cuidador	464	89,6
Edad del cuidador (Mayor a 60 años)	183	34,7
Sexo del cuidador (Femenino)	133	25,2

SMMLV: Salario Mínimo mensual legal vigente.

Los datos de la Tabla 2 presentan los factores demográficos, donde el 44,6 % corresponde al género femenino, con un promedio de edad equivalente a 70,6 años. El 14,3 % de la muestra evaluada habla lengua nativa. El 48,1 % puede leer y escribir, mientras que un 40,2 % es analfabeta. Solo el 11,7 % manifiesta tener estudios de primaria o secundaria. En cuanto al estado civil, el 63,5 % están casados. Un 89,6 % cuenta con un cuidador, siendo los hijos quienes se dedican principalmente al cuidado (52,6 %), seguido por la pareja (31,4 %). En relación con las condiciones económicas, el 91,7 % reside en área rural y pertenecen al

régimen de salud subsidiado (98,2 %). Adicionalmente, la gran mayoría reportan ingresos inferiores a un salario mínimo mensual (45,8 %) o no poseen ingresos mensuales (53,43 %). El 78,8 % reciben subsidio económico de la administración local, y dependen económicamente de un familiar en un 67,6 %. En función de la situación laboral, una mayor proporción trabaja en el hogar (57,1 %), seguido de una actividad laboral independiente (40,9 %).

2.2.2. Dimensión Médica. En correspondencia con el segundo objetivo relacionado con el estado de salud, consumo de medicamentos y nivel nutricional de la población evaluada, se analizaron las siguientes características.

Tabla 3. *Percepción de salud, antecedentes médicos y estado nutricional*

Enfermedades	Total, n=518		Femenino n=231		Masculino n=287		c ²	Valor p
	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Hipertensión	128	24,7	48	20,8	80	27,9	3,6	0,057
Enfermedad cerebrovascular	5	1,0	2	0,9	3	1,0	0,4	0,835
Diabetes	24	4,6	1	0,4	23	8,0	16,1	<0,001
Dislipidemia	99	19,1	37	16,1	62	21,6		
Obesidad	30	5,8	12	5,2	18	6,3	0,3	0,591
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	18	3,5	6	2,6	12	4,2	0,9	0,352
Neumonía	32	6,2	17	7,4	15	5,2	1,0	0,314
Osteoporosis	53	10,2	9	3,9	44	15,3	17,8	<0,001
Artritis	247	47,7	84	36,4	163	56,8	19,2	<0,001



Cataratas	120	23,2	50	21,6	70	24,5	0,31	0,574
Fracturas	89	17,2	53	22,9	36	12,5	9,7	0,002
Cáncer	1	0,2	-	-	1	0,3	NA	NA
Demencia	1	0,2	1	0,4	-	-	NA	NA
TBC	1	0,2	1	0,4	-	-	NA	NA
Infección urinaria	72	13,9	18	7,9	54	3,1	12,4	<0,001
Estado nutricional (MNA)							0,9	0,350
Riesgo de desnutrición	136	26,3	56	24,2	80	27,9		

La Tabla 3 permite evidenciar que las enfermedades más frecuentes entre los adultos mayores indígenas son la artritis o artrosis (47,7 %), secuencialmente cataratas (23,2 %), dislipidemias (19,1 %) y fracturas (17,2 %). Respecto al componente nutricional, el 73,7 % no presenta compromiso, sin embargo, es relevante el porcentaje de riesgo nutricional (26,3 %) en la población evaluada.

Tabla 4. *Presencia de sintomatología médica*

Sintomatología	Total		Una vez / semana		Tres veces / semana		Diario	
	No.	Fr	No.	Fr	No.	Fr	No.	Fr
Pérdida Memoria	128	25	106	20	129	25	154	30
Dificultad dormir	146	28	167	32	89	17	113	22
Vértigo o mareo	132	25	227	44	99	19	59	11

Dificultad respirar	222	43	168	32	92	18	36	7
Cansancio o debilidad	59	11	226	44	119	23	114	22
Malestar o dolor	42	8	220	42	77	15	179	35

En relación con la presencia de sintomatología médica, se evidencia dolor con una frecuencia del 35 %, seguida de amnesia correspondiente al 30 %. De igual manera, prevalece dificultad para dormir y cansancio con un porcentaje igual a 22 %.

Tabla 5. *Tipo de consulta*

Tipo de Consulta	Fr	%
Especialista	17	2,9 %
Médico general	538	92,4 %
Odontólogo	22	3,8 %
Psicólogo	17	2,9 %

Asimismo, en función de consulta por especialista, es frecuente la consulta por médico general (92,4 %), seguido de odontólogo (3,8 %) y, finalmente, en la categoría de especialista y psicólogo un 2,9 %.

2.2.3. Dimensión Cognitiva. De manera secuencial, se evidencia el nivel cognitivo global, el índice de queja subjetiva de memoria y la presencia sintomatología depresiva en un grupo de adultos mayores indígenas, analizando las siguientes dimensiones:

Tabla 6. *Nivel cognitivo*

Escala Cognitiva	Fr	%
Función cognitiva (Minimental <24)	279	53,9
Función cognitiva (RUDAS<=22)	338	65,3



Respecto a la variable nivel cognitivo se observa prevalencia significativa en la categoría deterioro cognitivo con un porcentaje de (53,9 %). De manera similar con la escala de rastreo RUDAS el porcentaje de implicación es mayor (65,3 %).

Tabla 7. *Queja subjetiva de memoria*

Ítems	Casi Siempre	
	Fr	%
Tiene dificultad para recordar eventos de la actualidad recientes	179	31 %
Tiene dificultad para seguir una película	104	18 %
Olvida objetos guardados por Usted	212	41 %
Olvida hacer cosas importantes	112	22 %
Se le dificulta recordar números de teléfonos conocidos	124	24 %
Olvida nombres y apellidos de personas conocidas	85	16 %
Se ha perdido en lugares familiares	36	7 %
Se le dificulta encontrar objetos	149	29 %
Olvida hacer cosas importantes	129	25 %
Repite varias veces lo mismo	165	32 %
Se le dificulta encontrar nombres	86	17 %
Se le dificulta aprender cosas nuevas	117	23 %
Necesita anotar todo	130	25 %
Se le pierden las cosas	138	27 %
Olvida lo que acaba de decir	158	31 %

La Tabla 7 presenta la sintomatología relacionada con problemas amnésicos; en este sentido se evidencia mayor porcentaje en las categorías olvida objetos con un 41 %, dificultad para recordar eventos 31 %, repite varias veces lo mismo 32 %, olvida lo que acaba de decir 31 %, se le dificulta encontrar objetos 29 %. Los otros ítems corresponden a un nivel de frecuencia menor.

Tabla 8. *Sintomatología depresiva*

Escala Emocional	Fr	%
Normal	181	34,9
Depresión moderada	252	48,6
Depresión severa	85	16,4

En la escala de sintomatología depresiva Yesavage se observan las siguientes categorías: normalidad (34,9); sin embargo, es relevante el porcentaje de depresión moderada (48,6 %), seguida de implicación emocional severa (16,4 %).

2.2.4. Dimensión Funcional. Así mismo, se presentan los datos alusivos con la variable caída, rendimiento físico funcional y nivel de independencia en actividades de la vida diaria básica e instrumental.

Tabla 9. *Distribución de la población que se ha caído al piso en el último año*

	Fr	%
No	320	65 %
Si	202	35 %
Total	522	100,0

La Tabla 9 muestra que, de un total de 518 adultos mayores, 202 sujetos evaluados han caído al piso durante el último año con un porcentaje del 35 %.



Tabla 10. *Distribución de la población según la frecuencia de casi caídas en el último año*

	Fr	%
No	275	53 %
Si	247	47 %
Total	522	100,0

El 47 % de la población presentó casi caídas. Lo anterior implica que este número de adultos mayores evidencian riesgo de tener una caída por pérdida de balance.

Tabla 11. *Distribución de la población según el mecanismo de la caída*

	Fr	%
tropezó	78	38 %
deslizó	81	41 %
Total	159	79 %

La Tabla 11 indica que, de 518 adultos mayores, 363 tuvieron caídas. Respecto al mecanismo de caída 78 se tropezaron y 81 de los sujetos se deslizaron.

Tabla 12. *Distribución de la población según frecuencia de presentación de miedo a caer*

Valor	Fr	%
Ninguno	114	19,8 %
Poco	108	18,7 %
Regular	109	18,9 %

Mucho	243	42,1 %
Total	574	100 %

La Tabla 12 muestra que 243 adultos mayores tienen mucho miedo a caer con un 42,1 %, y solo 114 de ellos no tienen miedo a caer con un porcentaje de 19,8 %.

Tabla 13. *Descripción porcentual sobre debilidad al desempeño de una actividad*

	Fr	%
No	52	19 %
Si	470	81 %
Total	522	100,0

De 522 adultos mayores indígenas evaluados 470 manifiestan debilidad al realizar alguna actividad.

Tabla 14. *Disminución de peso no intencional*

	Fr	%
No	518	99 %
Si	4	0,7 %
Total	522	100,0

Se evidencia que el 96 % de la población evaluada no presenta disminución de peso intencional.



Tabla 15. Fuerza de agarre (<15 kg/f)

	Derecha	Izquierda	%
Disminuida	111	111	19 %
Normal	411	411	81 %
Total	522	522	100 %

La Tabla 15 muestra que de un total de 522 adultos mayores indígenas valorados, el 19 % presenta disminución de la fuerza de agarre.

Tabla 16. Clasificación de fragilidad

Clasificación Fragilidad					
Normal		Prefragilidad		Fragilidad	
66	11 %	338	58%	136	23 %

Se observa prevalencia de prefragilidad en un 58 % de la población evaluada. Asimismo, el 23 % de los adultos mayores se ubican en la categoría de frágiles.

Tabla 17. Nivel de independencia en actividades de la vida diaria básica

Actividad	Dependiente		Necesita ayuda		Independiente	
	N	%	N	%	N	%
Alimentación			7	1,21	569	98,61
Baño	21	3,64	555	96,19		
Vestido	4	0,69	13	2,25	559	96,88
Arreglarse	19	3,29	557	96,53		

Deposición	4	0,69	571	98,96		
Micción	4	0,69	570	98,79		
Uso del sanitario	7	1,21	569	98,61		
Traslado silla – cama	43	7,45	532	92,20		
Deambulaci3n	73	12,65	502	87,0		
Escalones	8	1,39	564	97,75	1	0,17

Respecto a las ocupaciones de la vida diaria, se evidencia una mayor proporci3n de los adultos mayores con un nivel de independenci;a; sin embargo, se observa la necesidad de ayuda para actividades como: ba1o (96,19 %), arreglarse (96,53 %) y uso de escalones.

Tabla 18. *Calificaci3n global del nivel de independenci;a en actividades de la vida diaria b1sicas*

Rango Barthel	Fr	%
Dependencia severa	9	1,56
Dependencia moderada	73	12,65
Dependencia leve	119	20,62
Independiente	376	65,16
TOTAL	577	100,00

La poblaci3n adulta mayor ind1gena se ubica en un nivel de independenci;a global en el desempe1o de las actividades de la vida diaria b1sica con un 65,16 % de la poblaci3n.



Tabla 19. Nivel de independencia en las actividades de la vida diaria instrumentales

Actividad	Dependiente		Independiente	
	N	%	N	%
Usar el teléfono	259	44,89	313	54,25
Hacer compras	141	24,44	434	75,22
Preparar comida	187	32,41	388	67,24
Cuidado de la casa	65	11,27	511	88,56
Lavado de ropa	103	17,85	472	81,80
Uso de transporte	97	16,81	477	82,67
Responsabilidad de la medicación	203	35,18	373	64,64
Manejo asuntos económicos	47	8,15	529	91,68

Se determina mayor proporción de la población estudiada con un nivel independiente en las actividades de la vida diaria instrumentales, no obstante, se presenta dependencia (44,8 %) para el uso del teléfono.

Tabla 20. Calificación global del desempeño en las actividades de la vida diaria instrumentales

Nivel	Fr	%
Dependiente	174	30,16
Independiente	403	69,84
Total	577	100,00

Se presenta un nivel de independencia general con el 69 % del total de la población sujeto de estudio.

2.2.5. Dimensión Social. De manera análoga, las características alusivas con el grado de interés en actividades de ocio y tiempo libre, el uso de espacios de vida y la percepción de apoyo social del grupo de adultos mayores indígenas.

2.2.5.1. Intereses de ocio y tiempo libre. En función de este criterio se han escogido las 10 actividades más relevantes, de las cuales se presenta la descripción del grado de interés, la frecuencia de participación y la asistencia a grupos.

Tabla 21. *Descriptivo porcentual del grado de interés de ocio y tiempo libre*

Actividades	Alto		Medio		Bajo	
	No.	%	No.	%	No.	%
misa-oración	512	88,73	10	1,73	4	0,69
visitar familiares/amigos	364	63,08	73	12,65	13	2,25
animales de granja	343	59,45	38	6,59	2	0,35
escuchar música	317	54,94	77	13,34	14	2,43
Televisión	272	47,14	100	17,33	40	6,93
caminata	268	46,45	86	14,90	13	2,25
trabajar en la huerta	264	45,75	25	4,33	2	0,35
Costura	119	20,62	14	2,43	0	0
mascotas	110	19,06	107	18,54	6	1,04
Ir a fiestas	76	13,17	51	8,84	14	2,43



Es significativo en mayor proporción el grado de interés por las actividades asociadas con la misa y oración, presente en el 88,73 % de los sujetos de estudio. Asimismo, se presenta que en las actividades de mayor interés prevalece el sedentarismo y no se evidencia mayor motivación en aquellas que estén vinculadas con la actividad física o cognitiva.

Tabla 22. *Descriptivo de la frecuencia de participación en actividades de ocio*

Frecuencia	1 vez semana		2-3 vez/ semana		Diario		1 vez mes		No responde	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
misa-oración	433	75,0	10	1,73	20	3,47	63	10,92	51	8,8
visitar familiares/amigos	133	23,0	31	5,37	26	4,51	260	45,0	127	22,0
animales de granja	2	0,35	11	1,91	367	63,6	2	0,35	195	33,8
escuchar música	3	0,52	63	10,92	334	57,89	5	0,87	172	29,81
televisión	12	2,1	72	12,48	318	55,11	4	0,69	171	29,64
caminata	8	1,39	60	10,40	286	49,57	10	1,73	213	36,92
trabajar en la huerta	47	8,15	68	11,79	143	24,78	32	5,55	287	49,74
Costura	96	1,64	37	6,41	2	0,35	0	0	442	76,6
mascotas	2	0,35	6	1,04	215	37,26	0	0	354	61,35
Ir a fiestas	2	0,35	2	0,35	6	1,04	129	22,36	438	75,91

En correspondencia con la participación en actividades de ocio y tiempo libre, se observa que llevan a cabo diariamente actividades de escuchar música (57,89 %) y ver televisión (55,1 %) y una mayor proporción asisten a actividades de oración o misa una vez por semana (75 %).

Tabla 23. *Asistencia a grupos*

	Fr	%
Grupo comunitario	169	29,29
Grupo de oración	66	11,44
Grupo de salud	22	3,81
Grupo de formación	8	1,39
Grupo de estudio	2	0,35
Otro tipo de grupo	2	0,35

La mayoría de la población evaluada asiste a reuniones relacionadas con el rol que desempeña y sobre todo por el contexto al cual pertenece: comunidad indígena, representado en un 29,2 %.

2.2.5.2. Utilización de espacios de vida. En este aspecto, se presenta la utilización de los espacios de vida valorada con la escala LSA que responden al uso del espacio, frecuencia de uso y necesidad de apoyo para su uso. Por tanto, se describe los niveles y posteriormente, se hace alusión a la mediana de los datos generales de la escala. Para el análisis de la frecuencia y tipo de ayuda se realizó sobre los sujetos que respondieron positivamente al uso de los espacios de vida.

Tabla 24. *Descriptivo sobre el uso de los espacios de vida (N = 577)*

Ha estado en:	Sí	%	No	%
Nivel 1: Otra habitación diferente a su cuarto	292	50,6	285	49,4
Nivel 2: Terraza, patio, pasillo	526	91,2	51	8,8
Nivel 3: Vecindario	482	83,5	95	16,5



Nivel 4: Fuera de vecindario, en la ciudad	277	48,0	300	52,0
Nivel 5: Fuera de la ciudad	209	36,2	368	63,8

En relación con el uso del espacio de vida, se evidencia que la gran mayoría hace uso de los tres primeros niveles, sin embargo, se resalta que el 52 % no hace uso de espacios que están fuera de su vecindario y el 63 % no usa espacio fuera de la ciudad o vereda de residencia.

Tabla 25. *Descriptivo de la frecuencia de uso de los espacios de vida*

Cuántas veces	< 1 semana	%	1-3/ semana	%	4-6/ semana	%	Diario	%
N 1: Otra habitación (N=292)	54	18,49	32	10,95	26	8,9	180	61,64
N 2: Terraza, patio (N=526)	60	11,4	139	26,42	62	11,78	265	50,38
N 3: Vecindario (N=482)	100	20,74	166	34,43	66	13,69	150	31,12
N 4: Fuera vecindario (N=277)	135	48,73	55	19,85	13	4,69	74	26,71
N 5: Fuera de ciudad (N=209)	160	76,55	13	6,22	4	1,91	32	15,31

En los adultos mayores indígenas que utilizan los espacios de vida se presenta que hay mayor frecuencia de uso con el 50,3 %, respecto a la terraza y patio; y una mayor proporción (76,5 %) que asiste menos de una vez por semana a lugares ubicados fuera de la ciudad.

Tabla 26. *Descriptivo de tipo de ayuda para el uso de espacios de vida*

Ha Usado Ayuda	Equipo	%
N 1: Otra habitación (N=292)	5	1,71
N 2: Terraza, patio, pasillo (N=526)	16	3,04
N 3: Vecindario (N=482)	13	2,69
N 4: Fuera de vecindario-en la ciudad (N=277)	11	3,97
N 5: Fuera de la ciudad (N=209)	4	1,91

En relación con el tipo de ayuda que requiere la población, se observan bajos porcentajes de adultos mayores que necesitan utilizar algún aditamento para su movilización en los diferentes niveles.

Tabla 27. *Descripción global de uso de espacios de vida -LSA*

N	577
Media	35.615
Mediana	28
Desviación estándar	29.116
Varianza	847.765
Mínimo	0
Máximo	120

La población de adultos mayores indígenas evaluados presenta un promedio de uso de 28. Lo anterior determina un grado de restricción en la participación que está afectando el desempeño de este grupo poblacional.

2.2.5.3. Percepción del apoyo social. Evaluado con el instrumento MOS, constituido por la dimensión emocional, instrumental, interacción social y afectiva, determinando un resultado final de esta dimensión a nivel de un promedio global.



Tabla 28. Descripción de la dimensión emocional

Dimensión Emocional	Nunca		Pocas veces		Algunas veces		Mayoría de veces		Siempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
¿Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar?	36	6,24	42	7,28	140	24,26	115	19,93	244	42,29
¿Alguien quien lo aconseje cuando tenga problemas?	36	6,24	46	7,97	139	24,09	116	20,10	240	41,59
¿Alguien que le informe y ayude a entender una situación?	38	6,59	44	7,63	139	24,09	117	20,28	239	41,42
¿Alguien en quien confiar o hablar de sí mismo y sus preocupaciones?	66	11,44	45	7,80	118	20,45	110	19,06	238	41,25
¿Alguien cuyo consejo realmente desee?	39	6,76	54	9,36	129	22,36	138	23,92	217	37,61
¿Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos?	36	7,28	55	9,53	132	22,88	139	24,09	215	37,26
¿Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales?	36	7,28	55	9,53	131	22,70	143	24,78	212	36,74

¿Alguien que comprenda sus problemas?	31	5,37	53	9,19	131	22,7	144	2496	212	36,74
Promedio										39,36

En la Tabla 28 se evidencia el componente emocional, donde una mayor proporción de sujetos respondieron que SIEMPRE tienen alguien para hablar, compartir, escuchar consejo y comprender problemas, con un promedio de respuesta de 39,36 %.

Tabla 29. Descripción de la dimensión instrumental

Dimensión Instrumental	Nunca		Pocas veces		Algunas veces		Mayoría de veces		Siempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
¿Alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama?	22	3,82	39	6,76	54	9,36	150	26	312	54
¿Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita?	22	3,82	40	6,93	52	9	150	26	313	54,25
¿Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo?	24	4,16	37	6,41	54	9,36	151	26,17	311	53,9
¿Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo?	23	3,99	37	6,41	54	9,36	148	25,65	315	54,59
Promedio										54,18

Asimismo, se presenta que los adultos mayores indígenas, en mayor proporción, SIEMPRE tienen alguien para que los ayude cuando están en la cama, de visita al médico, preparación de alimentos o colaboración en tareas domésticas, señalando un promedio de 54,18 de las respuestas.



Tabla 30. Descripción de la dimensión de interacción social positiva

Interacción Social	Nunca		Pocas veces		Algunas veces		Mayoría de veces		Siempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
¿Alguien con quien pasar un buen rato?	44	7,63	58	10,0	109	18,89	141	24,44	225	38,99
¿Alguien con quien pueda relajarse?	45	7,8	58	10,0	108	18,72	144	24,96	222	38,47
¿Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas?	50	8,66	59	10,23	106	18,37	139	24,0	223	38,65
¿Alguien con quien divertirse?	47	8,15	64	11,0	114	19,76	132	22,88	220	38,13
Promedio										38,56

Respecto a la variable interacción social, se evidencia en la Tabla 30 que, la mayoría de los sujetos evaluados concibe interactuar socialmente cuando tienen a otra persona para pasar un buen rato, relajarse y olvidar sus problemas, con 38,56 % de puntaje promedio.

Tabla 31. Descripción de la dimensión de apoyo afectivo

Apoyo Afectivo	Nunca		Pocas veces		Algunas veces		Mayoría de veces		Siempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
¿Alguien que le muestre amor y afecto?	37	6,42	62	10,75	100	17,33	107	18,54	271	46,97

¿Alguien que le abraza?	37	6,42	63	10,92	99	17,16	106	18,37	272	47,14
¿Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido?	37	6,42	63	10,92	99	17,16	107	18,54	271	46,97
Promedio										47,02

En función del apoyo afectivo que reciben, los adultos mayores SIEMPRE tienen alguien que les brinde amor, los abracen y sentirse queridos, evidente con un puntaje promedio de 47,02 %.

Tabla 32. Descripción global de la percepción de apoyo social

	Emocional	Instrumental	Interacción Social Positiva	Apoyo Afectivo
n	577	577	577	577
Media	30,26	16,79	14,99	11,67
Mediana	32	20	16	12
Desviación estándar	9,67	4,39	5,06	3,85
Varianza	93,54	19,28	25,66	14,79
Mínimo	8	4	4	3
Máximo	40	20	20	15

La presentación general de la percepción de apoyo social se encuentra en un nivel promedio de acuerdo con el máximo puntaje de cada una de las dimensiones.

2.3 Discusión de resultados

La disparidad entre las comunidades indígenas y no indígenas continúa prevaleciendo en la totalidad del contexto mundial. Las investigaciones sugieren



que los adultos mayores indígenas son más propensos a conductas de riesgo para la salud tanto física como mental, generando un impacto negativo en la calidad de vida de estos grupos poblacionales. De esta manera, los factores demográficos también determinan un perfil de vulnerabilidad, caracterizados por la presencia de determinantes sociales precarios básicamente focalizados en salud, vivienda, educación e infraestructura. Aunado a ello, en el territorio colombiano las comunidades indígenas viven en una situación de conflicto armado, la cual limita la expresión de su identidad y obliga a asumir patrones culturales ajenos a su cultura, obligando así a estas comunidades a desplazarse a otras regiones del país.

En la próxima década, el envejecimiento individual y colectivo serán factores importantes para modular las necesidades de salud, la seguridad y la protección social, así como la forma en que se cumplirán estas demandas. A pesar de las implicaciones tangibles que desencadena el envejecimiento, la mayoría de los países aún carecen de una visión integral y multidimensional en torno a este fenómeno. En este contexto, la mayoría de los expertos están de acuerdo en que es necesario fomentar investigaciones y desarrollar estrategias que permitan a los sistemas en los contextos regionales adaptarse a las nuevas realidades demográficas y epidemiológicas (38).

Respecto a los factores demográficos, en primera instancia, se evidencia la incidencia del género femenino (44,6 %). Lo anterior se podría argumentar por el índice de masculinidad, el cual ha disminuido y con ello la esperanza de vida para el género femenino se ha incrementado en 5,9 años, indistintamente a la comunidad indígena a la que pertenecen; Asimismo, estos datos se respaldan por la situación de conflicto armado que vive el país, cuya característica principal se enmarca por el reclutamiento y desplazamiento forzado, preferencialmente de hombres, trayendo consigo la extinción de las comunidades indígenas del país y con ello la inmigración de estos grupos a la ciudad (38).

Teniendo en cuenta la investigación de Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha (39) en comunidades étnicas del contexto regional, las poblaciones indígenas ocupan un nivel de representatividad importante a nivel étnico, prevaleciendo el grupo de los centenarios, quienes cumplen una labor fundamental a nivel del proceso de culturización a través de actividades como: la enseñanza bilingüe, fomentado la

etnoeducación entre su comunidad; la apropiación de sus costumbres, rescatando lo simbólico de las artesanías y las manufacturas, plantas medicinales, entre otras actividades; sin embargo, ha sido un proceso difícil debido al poco interés entre los jóvenes por aprender respecto a su identidad cultural, aunado a ello el incide del incremento migratorio de los últimos años, preferencialmente de los jóvenes. Esto trae consigo un incremento de viejos en los territorios ancestrales, puesto que una minoría de ellos se arriesgan a migrar en este ciclo de su vida. Lo anterior cobra importancia en función de los datos obtenidos por el estudio, donde más del 90 % de los sujetos evaluados permanecen en su contexto, según datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (40), se evidencia un fenómeno de envejecimiento en estas comunidades, justificado por lo anteriormente planteado.

En correspondencia con los datos del estudio, una mayor proporción de sujetos evaluados reside en contextos rurales, esto incide notoriamente en su actividad ocupacional caracterizada por la agricultura, con ella se sustenta las necesidades de su familia; sin embargo, esta ocupación se ejerce sin ninguna orientación o respaldo; de ahí que los ingresos obtenidos sean significativamente bajos y deban optar por otras actividades laborales fuera de su territorio (41). Esto se corrobora también en muchos países de Latinoamérica, las comunidades indígenas han sido despojadas de sus tierras u obligadas a permanecer subsumidas en los estratos minifundistas, debido a que están marginalizados de las decisiones en los precios del mercado, los costos crediticios y la inversión en infraestructura. En contrastación con lo identificado en el presente estudio, el envejecimiento de las comunidades indígenas conlleva una progresiva precarización económica de las mismas, reduciendo sus posibilidades de vida saludable y digna (42).

Otros investigadores como Orzuza (43), expresan la importancia de los llamados determinantes sociales, los cuales se relacionan con las condiciones de vida de las personas y su contexto en particular, estas pueden prevenir la morbilidad y la mortalidad, mejorar el estado de salud, disminuyendo así la inequidad social. En este sentido, la vivienda cobra relativa relevancia en estos factores, puesto que un sitio adecuado donde vivir contribuirá a un buen desarrollo, no obstante, la característica primordial en comunidades indígenas se determina por el hacinamiento, precaria infraestructura y servicios de acueducto y alcantarillado,



generando condiciones multidimensionales complejas que agravan aún más la situación de estas comunidades (44). Por su parte uno de los factores más diferenciales en comunidades indígenas es la educación, básicamente lo anterior se explica por el difícil acceso a estos territorios, lo cual impide la construcción de establecimientos adecuados, de igual manera, no se tiene el personal idóneo que oriente a estas culturas, ya que poseen su propia identidad y lenguaje, complejizando así el proceso de instrucción y transmisión de conocimientos tanto ancestrales como regionales, de ahí que los contextos indígenas presenten los índices de analfabetismo más altos respecto a otras minorías (45).

Lo anterior genera que los adultos mayores de estos contextos acrecienten situaciones de pobreza, vulnerabilidad y dependencia de los entes territoriales; particularmente en la población evaluada más del 78 % recibe subsidios preferencialmente a nivel de salud a través de la vinculación de un régimen subsidiado; sin embargo, esta situación está cambiando notoriamente ya que actualmente en los países en vía de desarrollo existe un déficit respecto a sistemas como el pensional y de salud, evidenciado en la falta de personas que coticen para mantener el buen funcionamiento de estos sistemas, ya que el gobierno no tiene la capacidad adquisitiva de subsidiarlos por sí mismos (46). Esta situación no debería presentarse en comunidades indígenas, sobre todo por la particularidad de estas poblaciones, ya que son protegidas por un marco especial debido a su factor diferencial y de alta vulnerabilidad, no obstante, a pesar de ello los informes nacionales reportan mayor precariedad en atención en estos contextos y particularmente respecto a adulto mayor, cuya cobertura sigue siendo significativamente baja y deficiente (44).

Al respecto y con la nueva reglamentación del Estado, un aspecto para destacar se relaciona con la vinculación de los adultos mayores a Empresas Prestadoras de Servicios de Salud EPS, con características propias afines con la particularidad de la población que atenderán, en este caso minorías étnicas. Estas empresas de salud indígenas deberán brindar sus servicios en el marco de la cultura e idiosincrasia propia de la comunidad, sin desconocer claro

está el propio sistema de salud (42). Lo anterior apunta a un mejoramiento de la salud desde un punto de vista intercultural, teniendo en cuenta la construcción de diferentes modelos de salud que incluyan la cultura indígena, a partir de las prácticas ancestrales con las diferentes comunidades y entes territoriales, pero también sin desconocer las prácticas y reglamentación de cada Estado, respecto al cuidado, promoción y prevención de la salud para todos los grupos etarios (45).

De igual manera, el estudio reportó la presencia de cuidador en más del 80 % de los sujetos evaluados, el cual es un factor de significativa importancia para un envejecimiento saludable, no solo por el cuidado, sino por el proceso de socialización y vínculo afectivo que esta situación trae consigo. La particularidad del cuidador generalmente atañe al grupo familiar nuclear, sin embargo, puede incluir otras personas con algún tipo de afinidad con el adulto mayor. Los hijos que cumplen la función de cuidadores favorecen el desarrollo de actividades diarias, el soporte de necesidades médicas y la movilidad de los adultos mayores (47). En contraposición, resulta desfavorable que el cuidador sea la pareja del adulto mayor, ya que aun en las condiciones más naturales del envejecimiento, estarán presentes limitaciones que afecten a ambos individuos; así mismo, prevalece el rol de la mujer en la función del cuidado, donde usualmente se vincula a la hija, hermanas, tías, etc., quienes adquieren con los años experiencia y afinidad con el cuidado, debido a que son potencialmente activas en todos los ciclos de su vida, preferencialmente respecto a labores de casa y agricultura (47). En el presente estudio se verifica que las mujeres adultas mayores participaron en mayor porcentaje que los hombres y son las segundas cuidadoras más representativas en la familia. Este aporte resalta la implementación de política pública del envejecimiento con una perspectiva de género, que responda a las condiciones y necesidades propias de las adultas mayores.

En función de las características laborales de la población evaluada, se observa que el 57,1 % ejerce actividades relacionadas con el hogar,



preferencialmente afines con labores domésticas, no obstante, esta situación incrementa su situación de vulnerabilidad, ya que no recibe un ingreso mensual que permita la satisfacción de sus necesidades básicas de vida (48). En este sentido, la particularidad laboral prevalente en el estudio se correlaciona con otros grupos poblacionales como México, donde incide notoriamente una actividad informal, caracterizada por la carencia de un sistema de seguridad y salud en el trabajo y de una remuneración acorde con el trabajo y la particularidad de la persona (42). Asimismo, se reitera que la minería y agricultura han generado desplazamiento de estas comunidades y destrucción de sus territorios, Vega et al. (41) resaltan que el sector económico con menor participación en el PIB es el agropecuario, situación similar ocurre en Colombia, donde en comparación con el crecimiento económico nacional, que fue del 2,0 % en el sector agropecuario, el crecimiento solo llega al 0,5 % y la medida de estimulación al sector es la agricultura mecanizada.

Otro estudio en el Estado de México (49) refiere que los adultos mayores indígenas ocupados (económicamente activos) se desempeñan en la informalidad, por lo cual no cuentan con prestaciones laborales, el 67 % de la población indígena adulta mayor no cuenta con servicio médico en su trabajo, prima, vacaciones, ni ningún otro beneficio. Se puede observar en este panorama, que las tradiciones de las comunidades indígenas basadas en la transmisión generacional de las labores agrarias están siendo relegadas por modelos tecnificados de producción que son mucho más competitivos. También analizan la vulnerabilidad de los adultos mayores indígenas como la incapacidad de responder al riesgo y la inhabilidad para adaptarse activamente a las situaciones actuales, su trabajo concluye que bajo cualquier criterio sociodemográfico el adulto mayor indígena sufre la doble vulnerabilidad, en primer lugar, por ser indígena, y en segundo lugar, por su condición de vejez (49). Otros autores hablan de un triple riesgo: minoría, vejez y pobreza. Lo anterior también es afín con los datos obtenidos en el estudio, donde prevalecen condiciones de vulnerabilidad, básicamente por factores como: educación, salud e infraestructura (50).

Respecto a la condición médica, se observa un porcentaje mayor a nivel de enfermedades como la artritis (47,7 %) e hipertensión arterial (24,5 %), ambas consideradas enfermedades crónicas degenerativas. En este sentido, se referencia en América Latina la asociación entre discapacidad y enfermedades crónicas

no transmisibles en adultos mayores, y advierten sobre los escasos mecanismos existentes en los sistemas de salud para la detección temprana de discapacidad (51). La frecuencia de la artritis reumatoide prevalece en la población de adultos mayores indígenas evaluados; esta situación es compleja sobre todo por sus consecuencias clínicas y sociales, ocasionalmente acuden al servicio de salud, cuya queja principal son síntomas reumáticos en todas sus etapas de evolución, con signos inflamatorios y degenerativos, acompañados de infecciones y secuelas incapacitantes (52). En este sentido los indígenas consideran a la enfermedad como un fenómeno psicosomático, donde la explicación es de orden cultural, en el peor de los casos los pacientes presentan secuelas deformantes, situación que agrava aún más su situación, no solo clínica sino también de orden laboral, puesto que para una población agrícola, esta enfermedad incapacitante constituye un gran problema social (53).

En cuanto a la hipertensión arterial se determina que es una enfermedad crónica y con la edad avanzada aumenta el riesgo de generar consecuencias discapacitantes o letales. El estudio con adultos mayores del departamento de Antioquia en Colombia (54) permite afirmar que los adultos mayores de bajo nivel socioeconómico, sin ingresos económicos y riesgo nutricional alto, están más proclives a padecer de hipertensión arterial, además de aquellos que ya sufren afectaciones cardíacas o cerebrovasculares. Esta situación se podría explicar por la dificultad en el acceso a los servicios de salud, sobre todo orientados en procesos de prevención y promoción en estas comunidades indígenas, dicha particularidad no permite la implementación de estilos de vida adecuados y direccionados por profesionales competentes.

Por su parte, los investigadores Cardona y Llanes (3) refieren que, actualmente, muchos adultos mayores están en riesgo de malnutrición, una condición que puede ocurrir en adultos mayores frágiles y con bajo peso, así como en sujetos con sobrepeso y obesos, cuyas necesidades nutricionales no se satisfacen. Al respecto, las causas para la presentación de esta implicación nutricional son de orden multifactorial, entre estos factores tenemos inicialmente una pérdida de masa muscular, se acompaña de una disminución de la fuerza y función muscular y puede ir seguida de una disminución de la movilidad, esta situación puede interferir con la compra y preparación de alimentos (55). Asimismo, los problemas de dentición atañen a más del 20 % de los adultos mayores de 65 años, quienes informan que no



tienen dientes naturales, de esta manera los problemas con los dientes y las encías, así como las dentaduras mal ajustadas, pueden limitar la selección de alimentos, reduciendo el consumo de frutas, verduras, granos integrales y carnes (56).

En términos similares, el metabolismo y la absorción de nutrientes como el hierro y las vitaminas A, D y B12 se alteran en la edad avanzada, lo que puede aumentar el riesgo de deficiencia o toxicidad, de manera análoga esta población tiene un mayor riesgo de deficiencia de vitamina B12, debido a sus tasas más altas de gastritis atrófica, una condición que inhibe la absorción de la vitamina B12 unida a proteínas de alimentos como la carne y los productos lácteos. En este sentido, resulta importante analizar esta implicación nutricional, ya que en contextos rurales y sobre todo con la particularidad de grupos étnicos la situación se complejiza. Lo anterior se puede evidenciar a partir del nivel de prevalencia determinado por un 26,3 % de riesgo de malnutrición en la población evaluada (56).

Estudios en Colombia señalan que para las comunidades indígenas existen dificultades para acceder a la cantidad y calidad suficiente de alimentos, por la ubicación de la vivienda y el tamaño de las familias, que frecuentemente tienen alta presencia de miembros dependientes (niños y ancianos); todas estas condiciones generan notables rezagos nutricionales (57). Después de realizar la comparación entre población adulta mayor indígena de Bolivia con respecto al presente estudio, se encontró que en ambas regiones el porcentaje más alto se representa en riesgo de malnutrición: 60,9 % en el municipio de Ipiales y 64,3 % en los municipios de Tarabuco y Sucre en Bolivia. Se pueden observar similitudes en el diagnóstico, así como en los posibles factores que influyen en ambas regiones, aunque en el presente estudio se destacan diferencias significativas por edad, donde el aumento en la edad incrementa el riesgo de malnutrición.

Después de revisar el componente médico y nutricional se encuentran condiciones de riesgo, especialmente entre adultos mayores de avanzada edad, además de las generalizadas condiciones de pobreza y perfiles patológicos complejos que demandan tratamientos médicos permanentes y de mayor costo. Por tanto, se puede concluir que es prioritario para los sistemas de salud incorporar dentro de sus agendas la promoción y prevención de enfermedades más prevalentes en estos grupos, las cuales aluden a implicaciones cardiovasculares y metabólicas,

compromisos nutricionales, ya sea por desnutrición y obesidad. Todo ello debe ser intervenido para evitar a futuro la presencia de fallas multisistémicas, las cuales pueden traer consigo un deterioro mayor a nivel funcional, comprometiendo sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

En referencia con la dimensión cognitiva, se puede observar que una proporción significativa de adultos mayores indígenas presentan deterioro cognitivo en niveles leve y moderado. Se afirma que existe una asociación directa entre el envejecimiento y el deterioro cognitivo, y una fuerte relación entre el deterioro y los bajos niveles educativos y analfabetismo (58). Al respecto, una característica esencial del envejecimiento normal está dada por el incremento en la variabilidad intraindividual de las funciones cognitivas, donde factores de orden multidimensional inciden en la esfera cognitiva, sobre todo las variables a nivel demográfico, emocional y funcional (59). En este sentido, las dos categorías etnia y adulto mayor se convierten en factores multiplicadores que conducen a una mayor vulnerabilidad cognitiva.

Es así como en los adultos mayores indígenas, se evidenció medias inferiores en memoria de evocación, atención y cálculo, lo anterior es congruente con la investigación de Rivera, Méndez y Molero (60), donde el 37 % de la población evidenció algún grado de deterioro cognitivo y las puntuaciones más bajas se determinaron en las subpruebas de orientación temporal, memoria diferida y comprensión escrita; lo anterior se encontró relacionado con la edad avanzada y el nivel de escolaridad. Al respecto, el analfabetismo se convierte en una problemática tanto a nivel de adulto mayor como en la etapa infantil, sobre todo en países en vía de desarrollo, donde por la situación de inequidad social el gobierno no garantiza a este tipo de poblaciones servicios básicos, esta situación es conflictiva, no solo para el sujeto sino para el propio investigador, debido a la imposibilidad de valorar el nivel cognitivo a través de escalas o pruebas que no tenga el sesgo de escolarización y que evalúen habilidades propias de la persona en particular y, sobre todo, en su contexto (61).

Lo anterior alude a la relevancia de la educación no formal propia de estas comunidades, a partir de su cultura ancestral transmitida por generaciones sin un método pedagógico específico; sin embargo, no todo puede ser negativo, ya que



en la mayoría de estos contextos se enseña el manejo de su lengua ancestral, la cual posibilita una mayor activación cognitiva potencializando áreas del lenguaje y con ello promoviendo uno de los factores más importantes: la reserva cognitiva. A pesar de todas estas bondades, en el estudio se puede observar que una mínima proporción de la población evaluada utiliza su segunda lengua como medio para comunicarse y en el peor de los casos la desconoce dentro de su ámbito de cotidianidad (62).

De igual manera, en función del componente cognitivo, se determina dificultad en el recuerdo diferido, el cual se relaciona con procesos mnésicos, básicamente a partir de la dificultad para adquirir y consolidar información reciente a nivel de su memoria a corto plazo. Lo anterior posiblemente atribuido por implicación en la capacidad del procesamiento de información y selección de información, habilidades que con los años pierden su potencialidad (63). El desempeño de la tarea presenta una relación directa con la formación educacional de los evaluados, igualmente, se ha reconocido el importante aporte del manejo de más de un idioma, pues estudios ya realizados han comunicado los efectos facilitadores del bilingüismo; en correspondencia con el componente cognitivo, también se evidencia compromiso en memoria semántica, la cual se relaciona con la capacidad de evocar información de tipo verbal, básicamente consolidada en el transcurso de su vida y a partir de la experiencia y procesos de escolarización (64).

Por otro parte, otro de los componentes básicos en el modelo de evaluación multidimensional en el adulto mayor se relaciona con la variable emoción, la cual cobra una importancia significativa en este grupo etario, siendo uno de los trastornos mentales más frecuentes en este tipo de población; sin embargo, su diagnóstico es complejo, ya que ocasionalmente se encuentra sesgado por factores intrínsecos propios del envejecimiento (65). De esta manera, su diagnóstico es tan importante que el solo hecho de presentar dicha sintomatología se convierte en un criterio de fragilidad y predisposición de patologías aún más complejas como deterioro cognitivo, demencia y pérdida de funcionalidad. Al respecto, en comunidades indígenas esta patología se conceptualiza por modelos explicativos diferentes, generando con ello mayor confusión respecto a su valoración e intervención (66).

La sintomatología depresiva en el adulto mayor es entendida como un síndrome geriátrico, cuya prevalencia está determinada por factores de orden demográfico,

médico, cognitivo, funcional y psicosocial, de ahí la importancia de hacer un diagnóstico diferencial teniendo en cuenta el contexto particular del individuo y su ciclo evolutivo. De esta manera, la depresión está relacionada con la pérdida de la capacidad física, generando aislamiento y apatía frente a las actividades propias de su comunidad (67). Este es el principal motivo de prevalencia de dificultades emocionales, entendidas en el léxico indígena como: temor, desesperación, nervios fuera de su lugar o quebrantados que no son atendidos de forma adecuada por el difícil acceso a servicios de salud. Asimismo, esta condición se presenta con mayor frecuencia en mujeres, atribuido esto generalmente a características como vivir solo, ser viudo (a) o divorciado (a) y no tener empleo. Por tanto, es frecuente experimentar emociones como deseos de morir, soledad, ganas de llorar todo el tiempo, pérdida de deseo sexual, preocupación, culpa, tristeza, entre otras (68).

De esta manera, la depresión en los ancianos a menudo muestra síntomas de manera diferencial, también se confunde con frecuencia con los efectos de múltiples enfermedades y medicamentos; esta situación puede reducir la calidad de vida y aumentar el riesgo de suicidio en esta población. Asimismo, constituye una comorbilidad importante para muchas implicaciones de salud entre esta población (69). Su efecto es multisistémico y puede llegar a comprometer funciones fisiológicas básicas para el organismo de la persona, de igual manera, el riesgo de presentar esta sintomatología se puede atribuir a diversos factores que incluyen susceptibilidad genética, dolor, enfermedad crónica y discapacidad, frustración, con las limitaciones en las actividades de la vida cotidiana, falta de apoyo social adecuado, eventos adversos de la vida y rasgos de personalidad, entre otros (65). Específicamente, cuando se menciona a las comunidades indígenas el indicador general se caracteriza por procesos de colonización, exposición a múltiples factores de riesgo para la mala salud mental, pérdida de identidad cultural y espiritual, violencia familiar, la dependencia del bienestar y el abuso de sustancias y alcohol, entre otros.

A nivel del componente funcional, los resultados reportan fragilidad en los adultos mayores evaluados en un 20 %, incidiendo en el riesgo de caídas, generando implicaciones respecto a su movilidad e independencia. Esta situación afecta también otras dimensiones de la vida; la disminución en la capacidad funcional genera sedentarismo, aislamiento, pérdida del rol social y económico, dependencia



y depresión; sin embargo, dentro de las comunidades indígenas el valor social que se le otorga a los adultos mayores ayuda a preservar en cierta medida su funcionalidad dentro del orden comunitario (69). De igual manera, en los sujetos valorados el nivel de prefragilidad corresponde a un 66,5 %. La prefragilidad también anuncia los primeros indicios de debilidad muscular, baja resistencia (cansancio), lentitud de la marcha, deterioro sensitivo, bajo nivel de actividad física; las mujeres son más propensas a padecer sarcopenia, por ello, el género femenino se constituye en una variable de riesgo de fragilidad, así mismo, los bajos ingresos económicos también están asociados a la fragilidad (65).

En este contexto una de las implicaciones más importantes en este período de la vida es la fragilidad, cuyo diagnóstico temprano no es fácil en adultos mayores, ya que los criterios clínicos no se han establecido completamente, sin embargo, se ha definido como un cuadro clínico geriátrico basado en un estado fisiológico de mayor vulnerabilidad a los factores estresantes, que llevan a la disminución de las reservas fisiológicas y a la alteración de múltiples sistemas (67). Por tanto, la identificación de población con este cuadro clínico es importante debido a su asociación con discapacidad, implicación para la calidad de su vida, de los cuidadores y familiares.

Reportes investigativos en colombiana refieren que la fragilidad es más prevalente en ancianos con un mayor rango de edad, de género femenino y con un nivel mayor de analfabetismo (69), el estudio informa que, de la población evaluada, el 53 % presentaban criterios de prefragilidad; en cuanto a los casos de fragilidad, la prevalencia fue del 12,1 %. De esta manera, existe un porcentaje de prefragilidad similar en contextos hispanoparlantes que varían entre 44 % y 60 % (70), en tanto que los porcentajes pueden ser notablemente más altos que en contextos norteamericanos y europeos, donde varían entre el 6 % y 7 % (71). Estas diferencias se podrían explicar en función de los factores individuales, específicamente las características demográficas en las que se resalta el género, escolaridad y edad. Además, es importante hacer alusión al componente médico y psicosocial enmarcado por la cultura propia de cada comunidad.

Otro aspecto importante que se tuvo en cuenta en esta investigación fue el desempeño físico funcional de los adultos mayores indígenas, el cual es una

herramienta clave de la condición física de esta población y es un método utilizado ampliamente en el ámbito clínico, el cual permite avanzar en el desarrollo de tratamientos e intervenciones terapéuticas para la discapacidad y el deterioro físico, además de ser un medio estándar universalmente aceptado para medir el estado funcional del adulto mayor. Al respecto, se menciona la variable caídas, determinada como un síndrome geriátrico, el cual presentó una incidencia del 35 % en la población evaluada, esta prevalencia difiere en función de la condición de salud subyacente, situación funcional y particularidades propias del entorno (72). En el ámbito científico, existe carencia de información relacionada con minorías étnicas; algunos referentes hablan en promedio de 20,2 % por año, constituyéndose así en la segunda causa de lesión para estos grupos (73). En un estudio previo, realizado en Colombia en territorio rural, se determinó una prevalencia de 37,6 %, siendo este el referente más cercano en comunidad indígena existente en el país (74).

Asimismo, el número de adultos mayores indígenas que presentaron casi caídas fue del 47 %, lo anterior se podría atribuir por factores como por pérdida de balance; en la población evaluada se evidenció como mecanismo de caída el tropiezo o deslizamiento, esto se explica a partir de implicación de fuerza y velocidad en el proceso de balance. En este sentido, la frecuencia de caídas involucra la esfera biopsicosocial y económica de los adultos mayores y la sociedad, de ahí la importancia de establecer, en la medida de lo posible, los diferentes factores de riesgo y el impacto de la ocurrencia de caídas, con el fin de implementar estrategias de prevención (75). Estudios reportados en la literatura señalan que la ocurrencia de este evento es más prevalente, sobre todo en los adultos mayores con más de 80 años, que viven solos, con síntomas depresivos, presencia de deterioro cognitivo y artritis (76), situación que se observa en la población evaluada.

En cuanto a la fragilidad, los porcentajes encontrados en este estudio demuestran un porcentaje de 23 % en comparación con el estudio realizado a la población rural de los Andes en Colombia (69), el cual mostró una prevalencia de 12,2 %, y a nivel nacional la incidencia fue de 12,1 % (75). A nivel de prefragilidad se observó una prevalencia de 58 % con respecto al estudio nacional, el cual mostró un porcentaje de 53 % (75), esta condición de precariedad implica un deterioro en movilidad, fuerza, balance y resistencia; todo ello predispone a una condición de discapacidad



en este grupo etario. Esta incidencia se podría argumentar a partir de factores como la edad, presencia de sintomatología depresiva, tener alteración de la funcionalidad de acuerdo con el índice de Barthel o reportar presencia de una implicación médica, preferencialmente osteoporosis, artritis o artrosis (77).

De igual manera, otro factor relacionado con el deterioro físico es la edad, la cual está ligada a una pérdida de la reserva funcional y de alteración en los sistemas propios del proceso de envejecimiento, aumento de comorbilidades y pérdida de la funcionalidad, de esta manera, a medida que aumenta la edad la prevalencia de este síndrome se incrementa de manera proporcional (78). En cuanto a los determinantes de salud mental y funcionalidad, algunos referentes señalan: relación entre el síndrome de fragilidad y sintomatología depresiva; generalmente, las personas con este compromiso emocional pierden peso, disminuyen los niveles de actividad física, lo que genera una disminución en la masa muscular, fuerza y tolerancia al ejercicio y facilita diferentes vías catabólicas que estarían ligadas con este síndrome (79).

La variedad de tareas que las personas realizan requiere sentir e interpretar el mundo, mover su cuerpo en el espacio, manipular objetos, planificar acciones y comunicarse en interaccionar con otros, evidenciando siempre la capacidad de desempeño como esa capacidad de hacer las cosas (78). Por tanto, el envejecimiento se caracteriza por la pérdida de la función y representa una perspectiva que enfoca los aspectos negativos del envejecimiento, es por ello que, la discapacidad funcional es común en esta población, a menudo es episódico y está asociado con un alto riesgo de deterioro posterior de la salud, la gravedad de la discapacidad está determinada por los impedimentos físicos causados por afecciones médicas subyacentes y por factores externos como el apoyo social, financiero y del medio ambiente, de ahí que las condiciones de salud son un factor relevante en una discapacidad mayor de la esperada, porque la capacidad del paciente para compensar un problema puede verse afectada por condiciones comórbidas (80).

En este caso, las intervenciones deben centrarse en aumentar la capacidad del paciente para hacer frente a las demandas de tareas y reducir las demandas de la tarea en sí. Las intervenciones para el deterioro funcional en adultos mayores casi siempre son multifactoriales, porque deben abordar múltiples condiciones,

discapacidades y factores contextuales (81). Estas actividades de cuidado personal se realizan diariamente y son fundamentales para mantener su independencia. Así también, entre las primeras funciones de la vida diaria que pierden los adultos mayores está la higiene; las funciones de pérdida media son el uso y el movimiento del inodoro, y la función de pérdida tardía es comer (82). Entre los adultos mayores de 65 a 74 años, el 13 % de los hombres y el 19 % de las mujeres informaron no poder realizar al menos una actividad; los adultos mayores de 85 años, el 40 % de los hombres y el 53 % de las mujeres, no pudieron realizar al menos una función (83). Particularmente en la población evaluada, una mayor proporción de sujetos no presentan compromiso respecto a su funcionalidad, de esta manera son autónomos en la totalidad de sus actividades, sobre todo de orden laboral, familiar y dentro de su comunidad, dicha situación se caracteriza por las condiciones de su contexto, donde el adulto mayor indígena asume un rol activo en todos sus entornos a pesar de presentar implicaciones osteomusculares, las cuales se incrementan por las condiciones climáticas y el acceso a sus comunidades.

Es relevante mencionar el envejecimiento productivo, como un conjunto de oportunidades entre las personas mayores a través de diferentes actividades productivas, las cuales propenden por el bien individual y común de su contexto (83), no obstante, en la particularidad de estas comunidades indígenas se presenta una distorsión respecto a este constructo, ya que los adultos mayores asumen el tiempo de ocio y tiempo libre como una actividad productiva de ámbito laboral, específicamente agrícola, característica básica de contextos rurales. Por lo tanto, es prioritario que los entes territoriales asuman un proceso de orientación en función de la conceptualización de la importancia de implementar en sus vidas espacios para el compartir, interactuar y aprender cosas nuevas, ajenas al ámbito laboral y productivo en el cual se encuentran inmersos los indígenas (84). Finalmente, estas actividades se deben direccionar a la potencialización del componente cognitivo, emocional y funcional.

En este orden de ideas, haciendo mención de los interés ocupacionales de la población evaluada, se determina mayor motivación por la asistencia a eventos que involucren a su comunidad, como asistir a misa y la oración, este interés se correlaciona con los resultados de estudios en Nariño: en Linares (85) con un porcentaje del 92 % y en Obonuco (86) con el 71 %, donde la mayoría de adultos



mayores optan por ir a misa, pero no corresponde con lo informado en Guachucal (35), donde los sujetos prefieren hacer actividades de jardinería con un 62,9 %. Finalmente, en Pasto optan por escuchar radio con un porcentaje correspondiente al 91,3 % (87). Al respecto, se puede argumentar que la preferencia por escuchar música se debe porque posibilita hacer otras actividades al tiempo, dependiendo de la particularidad de la persona, su capacidad de movilidad, e intereses particulares, de igual manera, hace parte de su entorno, como una situación que le permite compartir con su grupo nuclear y comunidad en general (86); si bien, esta ocupación la realiza en función de su motivación, es importante que el adulto mayor indígena implemente en su diario vivir actividades de orden más complejo y variado, las cuales le permitan potencializar funciones sobre todo de orden cognitivo, ya que permitirán a futuro contrarrestar enfermedades neurodegenerativas (88). Asimismo, se resalta la baja motivación por tareas que involucren actividad física, situación de riesgo que podría desencadenar múltiples comorbilidades, sobre todo a nivel físico, mental y funcional.

En otro contexto, el concepto de movilidad en el espacio vital está recibiendo un creciente interés en el campo del envejecimiento, ya que este refleja la completa gama de factores físicos, psicosociales y medioambientales, necesarios para el funcionamiento independiente en el mundo real y ha sido conceptualizado como una medida de movilidad y de participación social (89). Por tanto, la evaluación de la utilización de estos lugares se define en función de la distancia en que se mueve una persona habitualmente para realizar actividades, determina qué tan lejos y con qué frecuencia la persona sale de casa y el grado de independencia o apoyo que requiere para hacerlo (89). En el contexto Latinoamericano, se presenta un nuevo enfoque que analiza la interacción entre las características ambientales e individuales implícitas en el espacio de vida de los adultos mayores, considerando que en su gran mayoría, ellos pasan más tiempo dentro de su hogar o en su entorno inmediato, ya sea por la edad o por las condiciones de salud, lo que ocasiona la marginación social con una marcada disminución en las actividades sociales, situación que conlleva a la soledad y, por ende, a una pobre calidad de vida, incluida la movilidad (37). Con estos referentes, en la población de adultos mayores evaluada no requiere ayuda para moverse en los tres niveles, básicamente se desplazan con autonomía dentro de su entorno rural, con la particularidad que estos sitios,

en su mayoría, no cuentan con pavimentación y las viviendas son rústicas propias de un contexto campesino.

En consecuencia, a partir de las características demográficas, un hallazgo importante alude a las variables bajo ingreso y dependencia económica, las cuales determinaron un papel relevante respecto al entorno físico y social en función de la movilidad en la puntuación de la escala espacios de vida (89). De esta manera, la pobreza, caracterizada por la carencia de ingresos para satisfacer las necesidades básicas, limita y crea barreras, las cuales influyen en la movilidad de su entorno, generando una red social menos extendida (90).

Finalmente, en función de la variable apoyo social, los datos refieren que la población evaluada percibe de manera positiva este aspecto, ya que cuentan con alguien para expresar sus necesidades, interés y preocupaciones, también tienen a personas las cuales le colaboran en situaciones complejas y difíciles como enfermedad o implicación económica. En este sentido, la literatura señala la importancia de este factor a nivel del envejecimiento exitoso, ya que contar con alguien facilita el proceso de interacción social básico en las personas, puesto que promueve habilidades cognitivas a nivel de lenguaje, memoria e inteligencia (91). Por otro lado, el proceso de interacción social positivo permite la disminución de los trastornos del estado de ánimo, entre ellos la depresión, ansiedad y estrés; en este sentido, el compartir con otra persona facilita la estimulación de redes neuronales y con ello el vínculo afectivo, sobre todo establecido en grupos sociales y actividades grupales afines con sus intereses, como es el caso de los grupos étnicos donde su cultura y costumbres promueven este tipo de vínculos (92).

Por lo anterior, es sabido que el apoyo social es una variable que puede moderar los efectos adversos de patologías mentales, en esta medida, en presencia de altos niveles de apoyo social percibido, disminuyen los niveles de soledad, tristeza, minusvalía, entre otros, lo cual se asocia con sintomatología depresiva. Este constructo es un factor protector en el curso del envejecimiento, de manera análoga, las personas con mayor interacción social experimentan menos declive del funcionamiento cognitivo, dicho efecto se explicaría por una mayor integración y vínculos sociales (93). Por tanto, una vida social activa, con buenas redes sociales y con actividad en la comunidad, protege de la mortalidad



y predice el mantenimiento de la capacidad funcional. Por lo tanto, los resultados de este trabajo confirman que las redes sociales protegen y ayudan a mantener la capacidad de realizar las actividades cotidianas necesarias para una vida independiente, también la participación comunitaria es muy beneficiosa y los vínculos familiares juegan un papel relevante en la reducción e incidencia de patologías diversas, las relaciones sociales tienen una asociación positiva con la salud mental de las personas mayores (92).





3. Conclusiones y Recomendaciones

En la población de adultos mayores indígenas de la Exprovincia de Obando prevalecen condiciones sociodemográficas precarias, caracterizadas por carencias a nivel de las necesidades básicas, entre ellas: educación, salud y servicios. Respecto al componente médico, en este grupo etario predominan enfermedades articulares y síndrome metabólico, implicaciones que podrían desencadenar efectos alternos en función del componente cognitivo y funcional. Es relevante el nivel de riesgo nutricional en esta población, lo anterior producto de una mala alimentación, posiblemente por la falta de nutrientes básicos en su dieta diaria.

A nivel del componente cognición, preocupa la prevalencia tan significativa de deterioro cognitivo, ya que si no se interviene a tiempo podría desencadenar en un cuadro demencial. Los adultos mayores evaluados no son felices, la implicación emocional es frecuente en este grupo etario, situación que preocupa, ya que es un factor desencadenante de síndromes geriátricos.

Tener en cuenta los factores económicos, donde la contribución activa y productiva del adulto mayor indígena de la Exprovincia de Obando podría favorecer a la disminución de la pobreza con un trabajo decente y remunerado, garantizando una calidad de vida digna; revisando los factores del entorno físico de los municipios, donde se posibilite la accesibilidad a cualquier lugar, y donde se promueva la eliminación de barreras, con el fin de prevenir discapacidad y morbilidad.

Comprender los factores personales de esta población, reconociendo las diferencias por su biología, genética y adaptabilidad, además, se encuentran en una región rural, por lo cual pueden verse afectados, por lo tanto, se deben proponer estrategias de atención primaria en salud; permitiendo a la vez alcanzar una



modificación de factores comportamentales, donde se cambien falsos imaginarios con respecto a la vejez, promoviendo a nivel general, los estilos de vida saludables.

Al determinar el desempeño ocupacional del adulto mayor, estos se enmarcan fundamentalmente por actividades básicas y de participación social; orientadas más por los cambios de estilos de vida determinados por la capacidad decreciente, elección personal y convención social, destacando que la complejidad del desempeño ocupacional va más allá de desarrollar una ocupación, que implica poder organizar y elegir.

Se recomienda a los entes territoriales encargados de programas de promoción y prevención que se enfoquen en el adulto mayor, en especial los que poseen esta característica (indígena), se entiende que esta población es de difícil acceso debido a su cultura, pero esto no es impedimento para la ejecución de los diferentes programas, logrando así una mejor calidad de vida e independencia en esta población.

Fomentar el apoyo social, en especial por parte de familiares, teniendo en cuenta que este limita desencadenar diferentes patologías a nivel físico y, además, favorece el bienestar a nivel mental y emocional del adulto mayor indígena.

Motivación a docentes y estudiantes de la Universidad Mariana, para que incursionen en investigaciones de adulto mayor indígena, teniendo en cuenta que este es un tipo de población que ha sido poco estudiada y posee grandes características, destacando lo cultural y el contexto en que habitan, logrando obtener resultados diferenciales y novedosos.

Referencias Bibliográficas

1. Camarena RM. Población, desarrollo social y grupos vulnerables: VI Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2005.
2. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, INDH. Pueblos indígenas: diálogo entre culturas. Cuaderno del informe de desarrollo humano. Colombia; 2011. Disponible en: <https://docplayer.es/88731719-Pueblos-indigenas-dialogo-entre-culturas.html>
3. Cardona J. Llanes O. Hipertensión arterial y sus factores de riesgo en indígenas Emberá-Chamí. *Revista CES Medicina*. 2013; 27(1): 31-43.
4. Reyes L. Vejez en contextos indígenas y pobreza extrema en Chiapas. *Rev de Ciències Socials Aplicades*. 2011; (2): 112-135.
5. Permanent Forum on Indigenous Issues (United Nations) and United Nations. Statistical Division. State of the world's indigenous peoples. United Nations Publications; 2009. Disponible en: <https://bit.ly/2E4SspC>
6. El Nuevo Siglo [Internet]. Pueblos indígenas, en riesgo de desaparecer. 2012 [actualizado 26 de ago. 2012]. Disponible en: <https://elnuevosiglo.com.co/articulos/8-2012-pueblos-indigenas-en-riesgo-de-desaparecer?page=0>
7. Muller Y. Bogardus C. Beamer B. Shuldiner A. Baier L. A functional variant in the peroxisome proliferator-activator receptor $\alpha 2$ promoter is associated with predictors of obesity and type 2 Diabetes in Pima Indians. *Diabetes*; 2003; 52(7):1864-71. Disponible en: <http://diabetes.diabetesjournals.org/content/52/7/1864.short>
8. Simmons D. Thompson C. Prevalence of the metabolic syndrome among adult New Zealanders of Polynesian and European descent. *Diabetes Care*; 2004;(27): 3.002-3.004. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/27/12/3002.short>
9. Ríos L. Álvarez A. Escobar J. Corrales D. Escobar M. Situación de salud de las comunidades indígenas nasas, Santander de Quilichao, Cauca. *Rev. Facultad Nacional salud pública*. 2002; 20(2): 35-49.
10. Choque, A. Estudio del estado nutricional en adultos mayores municipios de Sucre (Área Rural) y Tarabuco del departamento de Chuquisaca mediante la escala de Medición Mínima Nutricional (MNA). Bolivia: Help Age International; 2013. Disponible en: <http://www.helpagela.org/silo/files/estudio-de-nutricin-pam-bolivia.pdf>



11. Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007. Colombia: Ministerio de la Protección Social; 2009. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ENCUESTA%20NACIONAL.pdf>
12. Fernández, LK. Valoración geriátrica integral. El residente [Internet]. 2010; 5(2): 55-65. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=24799>
13. Satorres, E. Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital [Tesis doctoral]. Valencia: Universidad de Valencia; 2013. 276 p. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/71008265.pdf>
14. Paredes Y. Pinzón E. Aguirre D. Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia. Rev. Cienc Salud. 2018; 16(1): 114-128. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6494>
- 15.
16. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Colombia: una nación multicultural. Su diversidad étnica. Bogotá: DANE; 2007. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/colombia_nacion.pdf
17. Bayarre, HD. Múltiples perspectivas para el análisis del envejecimiento demográfico. Una necesidad en el ámbito sanitario contemporáneo. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2017; 43(2): 313-316. Disponible en: <https://bit.ly/2XrsVzV>
18. Organización Mundial de la Salud - OMS. Hombres, Envejecimiento y Salud. Conservar la salud a lo largo de la vida [internet]. Suiza: OMS; 2015. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
19. Morales-Martínez F. El envejecimiento en Costa Rica: Una perspectiva actual y futura. Acta Médica Costarricense [internet]. 2015;57(2):74-79 Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/434/43438600004/>
20. Ministerio de Cultura de Colombia. Caracterización y situación actual de los pueblos indígenas. 2012. Disponible en: <http://www.mincultura.gov.co/?idcategoria=26027>
21. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Plan decenal de salud pública. 2012-2021. Perfil epidemiológico de pueblos indígenas de Colombia. Gestión integral en salud pública [internet]. 2012. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/perfil-epidemiologico-indigenas-parte2.pdf>
22. ONU. OPS. OMS. MINSAP. Salud, bienestar y envejecimiento en las Américas. Resumen Ejecutivo [internet]. La Habana (Cuba); 2000. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/salud_bienestar_y_envejecimiento.pdf

23. Rosas G. Paredes Y. Yarce E. Rosero M. Morales A. Caracterización de los factores multidimensionales de las personas mayores de 60 años de la ciudad de San Juan de Pasto: Editorial Unimar; 2015.
24. Hall G. Patrinos H. Pueblos Indígenas, Pobreza y Desarrollo Humano en América Latina 1994-2004 [internet]. Washington, DC: Banco Mundial; 2006. Disponible en: <http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/cd2/import/varis/varis0001.pdf>
25. Carmona-Fonseca J. Correa A. Alcaraz G. Población, alimentación y estado nutricional entre los tules (kunas) del resguardo Caimán Nuevo (Turbo y Necoclí; Antioquia, Colombia), 2003-2004. Latreia [internet]. 2005; 18(3): 259-278. Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/1805/180513850001/>
26. Cardona J. Marín D. Salazar R. Estudio ecológico sobre parasitismo intestinal, anemia y estado nutricional en indígenas emberá-chamí. Medi. Lab. 2013; 19(7-8): 381-394.
27. Fonseca M. Espejo, A. Contexto Cultural y Desempeño Ocupacional de los ancianos
28. Montenegro L. Salazar C. De la Puente C. Gómez A. Ramírez E. Aplicación de la evaluación geriátrica integral en los problemas sociales de adultos mayores. Acta Med Per. 2009; 26(3): 169-174.
29. Folstein M. Folstein S. McHugh P. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal Psychiatric Research. 1975; 12, 189-98.
30. Rowland JT. Basic D. Storey JE. Conforti DA. The Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) and the Folstein MMSE in a multicultural cohort of elderly persons. Int Psychogeriatr. 2006; 18: 111-20.
31. Pedraza OL. Salazar AM. Sierra FA. Soler D. Castro J. Castillo P. et al. Confiabilidad, validez de criterio y discriminante del Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test, en un grupo de adultos de Bogotá. Acta Médica Colombiana. 2016; 41(4): 221-228.
32. Sheikh J. Yesavage J. Geriatric Depression Scale: Recent evidence and development of a shorter version. Clinical Gerontology. 1982; 37, 819-820.
33. Curcio C. Gómez JF. Galeano IC. Validez y reproducibilidad de medidas de evaluación funcional basadas en la ejecución. Rev española geriatría y gerontología. 2000; 35(2): 82-88.



34. Muñoz CA. Rojas PA. Marzuca-Nassr GN. Criterios de valoración geriátrica integral en adultos mayores con dependencia moderada y severa en Centros de Atención Primaria en Chile. *Rev med Chile*. 2015; 143(5): 612-618.
35. Hernández K. Neumann, V. Análisis de instrumento para evaluación del desempeño en actividades de la vida diaria instrumentales Lawton y Brody. *Rev Chilena Terapia Ocupacional*. 2016; 16(2): 55-62.
36. Yarce E. Chalapud S. Martínez M. Intereses ocupacionales de adultos mayores del municipio de Guachucal, Nariño. *Rev Unimar*. 2017; 35(1): 151-162.
37. Peel C. Baker PS. Roth DL. Brown CJ. Bodner EV. Allman RM. Assessing mobility in older adults: the UAB Study of Aging Life-Space Assessment. *Physical therapy*. 2005; 85(10): 1008-1019.
38. Curcio CL. Alvarado B E. Gomez F. Guerra R. Guralnik J. Zunzunegui MV. Life-Space Assessment scale to assess mobility: validation in Latin American older women and men. *Aging clinical and experimental research*. 2013; 25(5): 553-560.
39. Arredondo N. Rogers L. Tang C. Gómez P. Arizal O. Pérez J. Acevedo D. Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal Psychological Research*. 2012; 5(1): 142-150.
40. Fedesarrollo. Fundación Saldarriaga Concha. Misión Colombia Envejece: cifras, retos y recomendaciones. Bogotá: Editorial Fundación Saldarriaga Concha; 2015.
41. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Condiciones de vida en el hogar y tenencia de bienes. Bogotá: DANE; 2016. Disponible en: <https://bit.ly/2NvxtAK>
42. Vega M. González G. Arias E. Cabrera C. Vega L. ¿Vivir más o vivir mejor? Marginación y condición de seguridad social en el adulto mayor en México. En: L. Flores, M. Vega, G. González, Coordinadores. *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor. Experiencias de México, Chile y Colombia*. México: Universidad de Guadalajara; 2011. pp. 13-35.

43. Villagómez G. Sánchez MC. Mujeres mayas: envejecimiento, pobreza y vulnerabilidad. *Península*. 2014; 9(2): 75-98.
44. Orzuza, SM. Brechas de equidad: análisis de la información sociodemográfica de la población indígena. *Rev Cienc y Cuid*. 2015; 12(1):14-26.
45. Ríos L. Álvarez A. Escobar J. Corrales D. Escobar M. Situación de salud de las comunidades indígenas nasas, municipio de Santander de Quilichao, departamento del Cauca. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2002; 20(2): 35-49.
46. Villasana S. Reyes L. Diagnóstico sociodemográfico de los adultos mayores indígenas de México. México: Comisión Nacional para el desarrollo de los pueblos indígenas; 2006.
47. Damián A. Seguridad social, pensiones y pobreza de los adultos mayores en México. *Acta Sociológica*. 2016; 1(70): 151-172
48. Waters WF. Gallegos CA. Aging, Health, and Identity in Ecuador's Indigenous Communities. *J cross-cultural gerontology*. 2014; 29(4): 371-387.
49. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Estudio técnico de servicios diferenciales para los pueblos indígenas de Colombia. Bogotá; 2014. Disponible en: <https://bit.ly/2XsfW0X>
50. Juárez-Ramírez C. Márquez-Serrano M. Salgado N. Pelcastre-Villafuerte, BE., Ruelas-González, MG., & Reyes-Morales, H. La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Rev Panamericana Salud Pública*. 2014; 35: 284-290.
51. Moertl, H. Indigenous elderly in the United States: wounded bodies, vivid minds. *University of Graz, Austria Linguaculture*. 2012; 1(1): 18-32.
52. Reyes-Méndez M. Ramírez-Ramírez M. Zavala-González M. Características clínico-epidemiológicas de la artritis en ancianos rurales de Cárdenas, Tabasco, México, 2012. *Rev MED UIS*. 2015; 28(1):31-37.



53. Barbosa BR. Almeida D. Barbosa MR. Rossi-Barbosa R. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19: 3317-3325. DOI: 10.1590/1413-81232014198.06322013
54. Castillo M. Oliveros A. Mora A. Contador J. Cortés L. Mora J. Perfil de morbilidad por enfermedades infecciosas de las comunidades indígenas pertenecientes al Departamento de Casanare, Colombia. *NOVA Publicación en Ciencias Biomédicas [Internet]*. 2012; 10(18), 195-200. Disponible en: <https://doi.org/10.22490/24629448.1007>
55. García-Castaneda, N. J., Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, Á. M., & Garzón-Duque, M. O. Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión. *Revista Colombiana de Cardiología*, 2016; 23(6), 528-534. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2016.02.002>.
56. Pardo Y. Rodríguez Y. Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor del pueblo joven La Unión, Chimbote. In *Cres*. 2014; 5(1), 37-48.
57. Varela, L. Nutrición en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana [Internet]*. 2013; 24(3): 183-185. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3380/338030978001.pdf>
58. Diaz-Scarpetta M. Inseguridad alimentaria en población indígena y afrodescendiente en Colombia [Tesis de Maestría]. España: Universidad de Barcelona; 2013. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/55530>
59. Ministerio de Salud y Protección Social. Perfil de salud de la población indígena, y medición de desigualdades en salud. Colombia; 2016. Disponible en: <https://bit.ly/2enypq4>
60. Rosselli D. Pradilla G. Morillo L. Bautista L. Rey O. Camacho M. El examen mental abreviado (Mini-Mental State Examination) como prueba de selección para el diagnóstico de demencia: estudio poblacional colombiano. *Rev Neurología*. 2000; 30(5), 428-432.
61. Rivera, J.N, Méndez, G., Molero, A. Análisis de Factores Relacionados con el Deterioro Cognitivo en una Muestra de Población Geriátrica. *Rev Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 2012; 12(2): 43-60.

62. Parker R. La población aborigen de Australia y la salud mental. *J Nerv Ment Dis.* 2010; 198: 3 - 7. doi: 10.1097 / NMD.0b013e3181c7e7bc
63. Black E. Ranmuthugala G. Kondalsamy-Chennakesavan S. Toombs M. Nicholson G. Kisely S. A systematic review: Identifying the prevalence rates of psychiatric disorder in Australia's Indigenous populations. *Aust NZJ Psychiatry.* 2015; 49: 412 - 29. doi: 10.1177/0004867415569802.
64. Meléndez J. Mayordomo T. Sales A. Comparación entre ancianos sanos con alta y baja reserva cognitiva y ancianos con deterioro cognitivo. *Rev Univ. Psychol.* 2013; 12(1): 73-80. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672013000100008&script=sci_abstract&tlng=es
65. Kisely S, Alichniewicz KK, Black EB, Siskind D, Spurling G, Toombs M. The prevalence of depression and anxiety disorders in indigenous people of the Americas: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2017; 84:137-152.
66. Jürschik P. Escobar M. Nuin C. Botigué T. Criterios de fragilidad del adulto mayor. Estudio piloto. *Atención Primaria.* 2011; 43(4): 190-196.
67. Ngui EM, Khasakhala L, Ndeti D. Mental disorders, health inequalities and ethics: A global perspective. *Int Rev Psychiatry.* 2010; 22(3): 235-244.
68. Burke AM, Arnold DE, Bild M, Cushman LP, Fried A, Newman A, et al. Factors associated with healthy aging: the cardiovascular health study. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2001; 49 (1): 254-262.
69. Enticott JC, Meadows GN, Shawyer F, Inder B, Patten S. Mental disorders and distress: Associations with demographics, remoteness and socioeconomic deprivation of area of residence across Australia. *Aust N Z J Psychiatry.* 2016; 50(12): 1.169-1.179. doi:10.1177/0004867415615948.
70. Ramírez R, Cadena C, Ochoa E. Aplicación de la Escala de fragilidad de Edmonton en población colombiana. Comparación con los criterios de Fried. *Rev Española Geriatria y Gerontología.* 2017; 52(6): 322-325.



71. Pegorari, MS. Dos Santos DM. Factores asociados al syndrome de fragilidd en ancianos residentes en área urbana [Internet]. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014; 22(5): 874-882. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692014000500874&script=sci_arttext&tlng=es
72. Clegg A. Young J. Iliffe S. Rikkert M. Rockwood K. Frailty in elderly people. *The lancet*. 2013; 381(9868): 752-762.
73. Abreu DR, Azevedo RC, Silva AM, Reiners AA, Abreu HC. Factors associated with recurrent falls in a cohort of older adults. *Cien Saude Colet*. 2016; 21(11): 3.439-3.446.
74. Kalula SZ, Ferreira M, Swingler GH, Badri M. Risk factors for falls in older adults in a South African Urban Community. *BMC Geriatr* [Internet]. 2016; 16(51). Doi: 10.1186/s12877-016-0212-7
75. Curcio CL. Pineda A. Quintero P. Rojas Á. Muñoz S. Gómez, F. Successful Aging in Colombia: The Role of Disease. *Gerontol geriatric med*. 2018; 4: 1-11.
76. Santamaría AL. Giménez P. Satorra TB. Orrio CN. Montoy MV. Prevalencia y factores asociados a caídas en adultos mayores que viven en la comunidad. *Atención primaria*. 2015; 47(6): 367-375.
77. Runzer-Colmenares FM. Samper-Ternent R. Al Snih S. Ottenbacher KJ. Parodi JF. Wong R. Prevalence and factors associated with frailty among Peruvian older adults. *Archives gerontol geriatrics*. 2014; 58(1): 69-73.
78. Albala C. Lera L. Sanchez H. Angel B. Márquez C. Arroyo P. Frequency of frailty and its association with cognitive status and survival in older Chileans. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2017; 12: 995–1001. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28721027>.
79. Fócil-Némiga E. Zavala-González MA. Funcionalidad para actividades de la vida diaria en adultos mayores rurales de Cárdenas, Tabasco, México. *RFS Revista Facultad de Salud*. 2014; 6(2): 12-19. Doi: <https://doi.org/10.25054/rfs.v6i2.159>

80. Wu C. Smit E. Xue QL. Odden MC. Prevalence and Correlates of Frailty Among Community-Dwelling Chinese Older Adults: The China Health and Retirement Longitudinal Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 2017; 73(1): 102-108. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28525586>
81. 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. *Enferm univ.* [Internet]. 2016; 13(3):159-165. Disponible en: <https://bit.ly/2H6zyCe>
82. Kameyama L. Valoración geriátrica integral. *Residente* [Internet]. 2018; 5(2): 55-65. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102c.pdf>
83. Fuentes-García A. Sánchez H. Lera L. Cea X. Albala C. Desigualdades socioeconómicas en el proceso de discapacidad en una cohorte de adultos mayores de Santiago de Chile. *Gaceta Sanitaria*. 2013; 27(3): 226-232.
84. Cerquera AM. Uribe AF. Matajira Y. Delgado MP. Apoyo social percibido y dependencia funcional en el adulto mayor con dolor. *Divers: Perspect. Psicol.* [Internet]. 2017; 13(2): 215-227. Disponible en: <https://bit.ly/2TgeYWm>
85. Dominguez C. Envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento produtivo e envelhecimento ativo: reflexões. *Estud. Interdiscipl. Envelhec.* 2015; 20(2): 645-657.
86. Castro A; Garzón, Y. y Pinchao, S. La participación social y el desempeño del ocio y tiempo libre de los adultos mayores de 60 años del municipio de Linares Nariño [Tesis de pregrado]. San Juan de Pasto: Universidad Mariana; 2017
87. Yarce E. Hidalgo YG. Narváez R. Participación social de un grupo de adultos mayores del corregimiento de Obonuco. *Rev Unimar*. 2018; 36(1): 93-107.
88. Yarce E. Rosas G. Paredes Y. Rosero M. Morales A. Intereses ocupacionales de adultos mayores de 60 años de la ciudad de San Juan de Pasto. *Rev Unimar*. 2015; 33(1): 201-212.
89. Siordia, C. A critical analysis of the internal logic in the Life-Space Assessment (LSA) composite score and suggested solutions. *Clinical rehabilitation*. 2015; 30(6): 604-616.



90. Yarce E. Botina L. Cuero C. Ortiz Y. Utilización de los espacios de vida en los adultos mayores. *Rev Unimar*. 2018; 34(1): 119-128.
91. Marques A. Taulois B. Pereira J. Bruno A. Validación del cuestionario "Life Space Assessment - LSA" en un grupo de pacientes hemipléjicos. *Acta Fisiatr*. 2015; 22(1), 1-4.
92. Vivaldi F. Barra E. Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Ter psicol*. 2012; 30(2): 23-29.
93. Gow AJ. Corley J. Starr JM. Deary IJ. Which social network or support factors are associated with cognitive abilities in old age? *Gerontology*. 2013; 59 (5): 454-463.
94. Pillemer S. Holtzer R. The differential relationships of dimensions of perceived social support with cognitive function among older adults. *Aging Ment Health*. 2016; 20 (7): 727-35.



Apéndices



Apéndice A. Protocolo de Valoración

	<p>UNIVERSIDAD MARIANA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES Factores multidimensionales de los adultos mayores indígenas del departamento de Nariño INSTRUMENTO DE VALORACION</p>
---	--

I. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Fecha _____	2. Nombre _____
3. C.C. _____ de _____	4. Sexo 1.Mujer 1 2.Hombre 2 _
5. Lugar de Nacimiento: _____	6.Fecha de nacimiento Día ___ Mes ___ Año _____
7. Resguardo/Cabildo al que pertenece: Habla lengua nativa: sí ___ no ___	
8. Dirección de residencia actual: _____	9.Barrio: _____ Rural ___ Urbano __
10. Teléfonos de contacto: _____	11. Estrato socioeconómico: _____
12. ¿Recibe usted subsidio por parte de la alcaldía? 1.Si 1 2.No 2 _	
13.Tipo de afiliación a salud 1.Cotizante 1 2.Beneficiario 2 3.Subsidiado 3 4.SISBEN 4 _	
14.E.P.S.: _____	
15. ¿Cuál es su estado civil? 1.Soltero 1 2.Casado 2 3.Viudo 3 4.Separado/divorciado 4 5.Unión libre 5 _	
16. ¿Qué estudios realizó usted? 1.No sabe leer/escribir 1 2.Solo aprendió a leer y escribir 2 _	
3. Primaria completa 3. 3. Primaria Incompleta 4. 4.Secundaria completa 5 Secundaria incompleta 6 5.Técnico 7 6.Pregrado 8 7.Postgrado 9	
17.¿Qué personas viven con usted? Pareja ___ Hijos ___ Nietos ___ Hermanos ___ Otro pariente _____	

33. ¿Lo han hospitalizado en el último año? 1.Si 1 2.No 2 _ En caso afirmativo señale, 34.1. ¿Por cuantos días? _____ 34.2. ¿Causa? _____
34. ¿Le han practicado alguna cirugía? 1.Si 1 2.No 2 En caso afirmativo señale, 35.1. ¿Causa? _____ 35.2. Fecha Mes ____ Año _____
35. ¿Usted consume sustancias cómo...?
35.1. Cigarrillo . Si 1 2. No 2 _
35.2. Licor o bebidas alcohólicas Si 1 2. No 2 _
35.3. Marihuana u otra sustancia Si 1 2. No 2 _
Evaluación Nutricional: Mini Nutritional Assessment (Guioz, et al.,1994)
36.Peso _____kg 37.Talla _____cm 38.Altura talón -rodilla: _____cm
39.Circunferencia Braquial _____cm 40.Circunferencia de la pierna _____cm
41.Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0.Mayor a 3 kg 0 1.No lo sabe 1 _ 2. Entre 1 y 3 kg 2. 3. Sin pérdida de peso 3
Evaluación global
42. ¿El paciente vive en su domicilio? 0. No 0 1.Si 1 43.¿Toma más de 3 medicamentos por día? 0. Si 0 1.No 1.
44. ¿Ha habido una enfermedad o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0.Si 0 2.No 2 _
45. Movilidad 0.De la cama al sillón 0 1. Autonomía en el interior 1 2.Sale del domicilio 2 _
46. Problemas Neuropsicológicos ¿Ha tenido problemas psicológicos? 0.Demencia o depresión severa 0 1.Demencia o depresión moderada 1 2.Sin problemas psicológicos 2 _
47.Úlceras o lesiones cutáneas 0. Si 0 1.No 1 _



Parámetros dietéticos
48. Cuántas comidas completas realiza al día? (equivalente a dos platos y postre)
0. Una comida 0 1. Dos comidas 1 2. Tres comidas 2
49. El paciente consume ...
49.1. Productos lácteos al menos una vez al día 1. Si 1 2. No 2.
49.2. Huevos o legumbres 1 o 2 veces por semana 1. Si 1 2. No 2.
49.3. Carne, pescado o pollo, diariamente 1. Si 1 2. No 2.
49.4. ¿Frutas o verduras al menos 2 veces por día? 0. Si 0 1. No 1.
50. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o alimentación en los últimos tres meses? 0. Anorexia severa 0 1. Anorexia moderada 1 2. Sin anorexia 2.
51. Cuantos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumos, café, té, vino, cerveza) 0. Menos de 3 vasos 0 0.5. De 3 a 5 vasos 0.5 1. Más de 5 vasos 1
52. Forma de alimentarse 0. Necesita ayuda 0 1. Se alimenta solo con dificultad 1 2. Se alimenta solo sin dificultad 2.
Valoración Subjetiva
53. ¿El paciente se considera, a sí mismo, bien nutrido? (problemas nutricionales) 0. Malnutrición severa 0 1. Malnutrición moderada 1 1. No lo sabe 1 2. Sin problemas de nutrición 2.
54. En comparación con las personas de su edad. ¿Cómo encuentra su estado de salud? 0. Peor 0 0.5. No lo sabe 0.5 1. Igual 1 2. Mejor 2 _



III. DIMENSIÓN COGNITIVA

Examen Del Estado Mental (MMSE)
Orientación y tiempo 0.Incorrecto 1.Correcto
1. ¿En qué año estamos? 0 1 _
2. ¿En qué mes estamos? 0 1 _
3. ¿Qué día de la semana es hoy? 0 1
4. ¿Qué fecha es hoy? 0 1 _
5. ¿Estamos por la mañana, por la tarde o por la noche? 0 1
Orientación y lugar
6. ¿En qué barrio estamos? 0 1 _
7. ¿Cómo se llama esta ciudad? 0 1
8. ¿Cómo se llama nuestro país? 0 1
9. ¿Cómo se llama nuestro departamento? 0 1
10. ¿Qué sitio es este? 0 1 _
Memoria de fijación
11. Nombre tres objetos (MESA, SILLA, LAPIZ). _ _ _ Si el paciente repite estos nombres en el primer ensayo, en orden y completos, el puntaje es de 3. Puntaje de 2 o 1 si este es el número de palabras que repite correctamente 0 1 _ 2 3
Atención y Cálculo



12. Pregunte al paciente si tiene \$18 y debe pagar \$3 por una naranja, cuánto le queda, restar \$3 por cinco veces consecutivas.		
Puntaje de uno por cada cálculo correcto 15-12-9-6-3 0 1 2 3	4 5.	
Memoria de evocación		
13. Pregunte por los tres objetos repetidos en la prueba de memoria de fijación. 0 1		_
2 3. Puntaje de uno por cada objeto evocado en orden correcto.		
Lenguaje		
14. Denominar reloj, papel. (Escribir cual menciona, si dice uno de los dos)	0 1	_
2.		
15. Repetir "El hombre camina por la calle".		_
(Escribir cual menciona, si dice uno de los dos) 0 1		_
16. Ejecutar la siguiente orden: "TOME ESTE PAPEL CON SU MANO DERECHA, DOBLELO POR LA MITAD Y COLOQUELO EN EL SUELO"		
0 1 _ 2 3		
17. Leer o imitar "CIERRE LOS OJOS"		
0 1		_
18. Escribir o decir una frase lógica.	0 1	_
(Orienta a que escriba lo que él quiera)		
19. Dibuje una casa		
0 1 _ _		

ESCALA DE QUEJA DE MEMORIA

Instrucción: "Le voy a hacer una serie de preguntas acerca de su memoria. Ud. me dirá acerca de la pregunta si: nunca ocurre, rara vez, a veces o casi siempre, de acuerdo".

Puntuación: Marcar de acuerdo al criterio siguiente: 0.Nunca 1.Rara vez 2.A veces 3.Casi siempre

20. ¿Tiene dificultad para recordar eventos de la actualidad reciente? 0 1 _ 2 3 _
--

21. ¿Tiene dificultad para seguir una película, emisión de TV o libro?	0	1	2	3
22. ¿Le ha sucedido que entre a un cuarto y olvide lo que venía a buscar?	0	1	2	3
23. ¿Olvida hacer cosas importantes que había previsto o debía hacer? como pagar una factura, cumplir una cita o invitación, etc.	0	1	2	3
24. ¿Tiene dificultad para recordar números de teléfonos conocidos?	0	1	2	3
25. ¿Olvida con frecuencia el nombre o apellido de personas conocidas?	0	1	2	3
26. ¿Se ha perdido en lugares familiares?	0	1	2	3
27. ¿Tiene dificultad para encontrar objetos colocados en los lugares habituales?	0	1	2	3
28. ¿Le ha sucedido que olvide cosas como apagar la estufa, cerrar con llave?	0	1	2	3
29. ¿Repite varias veces lo mismo, porque olvida haberlo dicho?	0	1	2	3
30. ¿Tiene dificultad para encontrar nombres de personas o lugares?	0	1	2	3
31. ¿Tiene dificultad para aprender cosas nuevas?	0	1	2	3
32. ¿Necesita anotar todo?	0	1	2	3
33. ¿Se le pierden las cosas?	0	1	2	3
34. ¿Olvida inmediatamente lo que le acaban de decir?	0	1	2	3
PRUEBA RUDAS: Leer el instructivo				
35. Orientación corporal:	0	1	2	3
36. Praxias: fallido = 0 parcialmente adecuado = 1 normal = 2				
37. Construcción visoespacial:	0	1	2	3



38. Juicio: 0 1 2 3 4	
39. Memoria: 0 2 2 2 2	
40. Lenguaje: 0 1 2 3 4 5. 6 7 8	
Escala de Depresión Yesavage	
Pregunte de manera directa al paciente y solicite sus respuestas en términos de SI o NO. 1.Si 2. No	
41. ¿Está Usted básicamente satisfecho con su vida?	1 2 _
42. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses y actividades previas?	1 2 _
43. ¿Siente Usted que su vida está vacía?	1 2 __
44. ¿Se siente Usted aburrido frecuentemente?	1 2 _
45. ¿La mayoría del tiempo está Usted de buen ánimo?	1 2 _
46. ¿Está preocupado o teme que algo malo le pueda pasar?	1 2 _
47. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	1 2 __
48. ¿Se siente con frecuencia desamparado que no vale nada o desvalido?	1 2 _
49. ¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	1 2 __
50. ¿Siente que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	1 2 _
51. ¿Cree Usted que es maravilloso estar vivo?	1 2 _
52. ¿Se siente inútil o despreciable como está Usted actualmente?	1 2 _
53. ¿Se siente Usted lleno de energía?	1 2 _



54. ¿Se siente sin esperanza ante su condición actual?
1 2 _

55. ¿Cree Usted que las otras personas están, en general, mejor que Ud.?
1 2 _

IV. DIMENSIÓN FUNCIONAL (1)

EVALUACIÓN SINDROMES GERIATRICOS

Caídas

0.NO 1.SI Cuantas veces

1.En el último año estuvo a punto de caer y alcanzó a agarrarse? (casi caída) 0 1 _ 1.1 _____

2. En el último año ha caído al piso?
0 1 _ 2.1 _____

(si la respuesta es NO pase a la pregunta (19) sobre temor a caer)

3.Lugar o sitio de la última caída _____ 4.Hora de la caída ____ _

5.Mecanismo de la caída

1. Se tropezó 1 2.Se deslizó 2 3.Se mareó y cayó 3 4.Se chocó con alguien o algo 4 _ 5.Otro 5.
5.1. Cuál? _____

6. Qué hacía en el momento de la última caída? _____

7. Necesitó ayuda de otra persona para levantarse? 0.No 0 1.Si 1 _

8. ¿En la última caída, cuánto tiempo estuvo en el piso? 1. Menos 15 seg 1 _ 2. 15 seg a 1 min 2 _
3. 1 a 59 min 3 _ 4. 1 hora o más 4 _

A consecuencia de la última caída, usted 0.NO 1.SI Sitio

9.Se fracturó 0 1 _ 9.1 _____

10.Se dislocó o torció algo
0 1 _ 10.1 _____

11.Se hirió 0 1 _ 11.1 _____

12.Se golpeó la cabeza 0 1 _ 12.1 _____



13.Otra lesión 0 1 _ 13.1 _____
14. A consecuencia de la última caída lo hospitalizaron? 0.No 0 1.Si 1 _
15. Por alguna caída en el último año tuvo necesidad de consultar al médico? 0.No 0 1.Si 1 _
15.1 Cuantas veces ____
15.2 Dónde? 1.Centro de salud 1 _ 2.Clínica u hospital 2 _ 3.Domicilio 3 _ 4. Consultorio médico 4 _ 5.Otro 5 _ 15.2.1Cuál?_____
A consecuencia de una caída en el último año, estuvo incapacitado para: 0.No 1.Si
16.Caminar dentro de la casa 0 1 _
17.Hacer oficio en la casa 0 1 _ _
18.Realizar actividades fuera de casa 0 1 _
19. Tiene miedo a caer? 0.Ninguno 0 1.Poco 1 2.Regular 2 3.Mucho 3 _
<i>En caso afirmativo, por miedo a caer,</i> 20. Ha suspendido alguna actividad que usualmente realizaba? No 0 1.Si 1 _ 20.1 ¿Cual Actividad? _____
Fragilidad
21. Usted ha dejado de realizar actividades que hacen parte de la vida cotidiana? 0.NO 0 1.SI 1 _
22. Se ha sentido débil al realizar alguna actividad que antes desempeñaba con mayor vigor? 0.No 0 1.Si 1 _
23. Fuerza de agarre 23.1 Derecha ____kg/f 23.2 Izquierda ____ kg/f 23.3 Mano dominante 0. Derecha 0 1.Izquierda 1.
24.Disminución de peso no intencional (Más de 5 Kilos en el año anterior) 0.No 0 1.Si 1 _4444
VARIABLES FUNCIONALES



Prueba corta del desempeño físico

Equilibrio y balance 0. No lo hace 1. Lo Hace Por qué? Segs.(<10)
o no intento (ver NOTA)

25.Posición de Pies Paralelos 0 1 25.1 1 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 25.2 _____ u

26.Posición Semi-Tándem 0 1 26.1 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 26.2 _____ 441

27.Posición Tándem 0.No lo hace o sostenida <3seg 0 __
1. Sostenida por 3 a <10 seg 1._ 27.1 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 27.2 _____
2. Sostenida por 10 seg 2.

Comentarios:

NOTA: Si el participante no intento o fallo en la prueba, indique el por qué:

1. Trató pero no pudo 1. 2. El Participante no pudo mantener su posición sin ayuda 2.
3. No intento, usted se sintió inseguro 3. 4. No intentó, el participante se sintió inseguro 4.
5. El Participante no pudo entender las instrucciones 5. 6. El participante se rehusó 6.

Velocidad de la marcha

28. Recorrido de las 2 pruebas: 3.Tres metros 3. 4. Cuatro metros 4.
29. Primera Prueba de Velocidad al Caminar: 29.1 Tiempo ____ seg.
29.2 Si el participante no intento o fallo en la prueba, indique el por qué:

1. Trató pero no pudo 1. 2. El Participante no pudo mantener su posición sin ayuda 2.
3. No intento, usted se sintió inseguro 3. 4. No intentó, el participante se sintió inseguro 4.
5. El Participante no pudo entender las instrucciones 5.

6. Otro 6. 29.2.1 Especifique _____
7. El participante se rehusó 7.

29.3. Ayudas para el primer recorrido 0.Ninguna 0 1.Bastón 1. 2. Otra 2. 29.3.1
Cuál? _____

30. Segunda Prueba de Velocidad al Caminar 30.1 Tiempo ____ seg.

30.2 Si el participante no intento o fallo en la prueba, indique el por qué:

1. Trato pero no pudo 1. 2. El Participante no pudo mantener su posición sin ayuda 2.
3. No intento, usted se sintió inseguro 3. 4. No intentó, el participante se sintió inseguro 4.
5. El Participante no pudo entender las instrucciones 5.
6. Otro 6. 30.2.1 Especifique _____

7. El participante se rehusó 7.

30.3 Ayudas para el segundo recorrido 0.Ninguna 0 1.Bastón 1.

2. Otra 2. 30.3.1 Cuál? _____

Comentarios:

Levantarse de la silla (una repetición)

31. Una repetición 0.No lo hace 0 1 1.Lo Hace 1.

31.1 Seguro de ponerse de pie sin ayuda 0.No 0 1.Si 1 _

31.2 El participante se puso de pie sin usar sus brazos 0.No 0 1.Si 1 _

31.3 Si el participante no intento o fallo en la prueba, indique el por qué:

1. Trato pero no pudo 1. 2. El Participante no pudo mantener su posición sin ayuda 2.
3. No intento, usted se sintió inseguro 3. 4. No intentó, el participante se sintió inseguro 4.
5. El Participante no pudo entender las instrucciones 5. 6. El participante se rehusó 6.
7. Otro 6. 31.3.1 Especifique _____

Si el participante se puso de pie sin usar sus brazos, realizar la prueba levantarse de la silla repetidamente

Levantarse de la silla repetidamente (cinco repeticiones)

32. Cinco repeticiones 0.No lo hace 0 1 1.Lo Hace 1.

32.1 Seguro de ponerse de pie sin ayuda cinco veces

1. Si 1. 32.2 Tiempo para completar 5 repeticiones _____

0.No 0 __

32.3 Si el participante no intento o fallo en la prueba, indique el por qué:

1. Trato pero no pudo 1. 2. El Participante no pudo mantener su posición sin ayuda 2.

3. No intento, usted se sintió inseguro 3. 4. No intentó, el participante se sintió inseguro 4.

5. El Participante no pudo entender las instrucciones 5. 6. El participante se rehusó 6.

7. Otro 6. 32.3.1 Especifique _____

IV. DIMENSIÓN FUNCIONAL (2)

EVALUACION DE ACTIVIDADES BASICAS COTIDIANAS. Índice de Barthel

1.Alimentación: 10.Independiente 10 5.Necesita ayuda 5 0.Dependiente 0 _

2.Baño: 5.Independiente 5 0.Dependiente 0 _

3.Vestido: 10.Independiente 10 5.Necesita ayuda 5 0.Dependiente 0 _

4.Arreglarse: 5.Independiente 5 0.Dependiente 0 _

5.Deposición: 10.Continete, ningún accidente 10 5.Accidente ocasional 5 0.Incontinete 0 _



6. Micción: 10. Continete, ningún accidente 10 5. Accidente ocasional 5 0. Incontinete 0 _
7. Uso Del Sanitario: 10. Independiente 10 5. Necesita ayuda 5 0. Dependiente 0 _
8. Traslado Silla – Cama: 15. Independiente 15 10. Mínima ayuda 10 5. Gran ayuda 5 0. Dependiente 0 _
9. Deambulaci3n: 15. Independiente 15 10. Necesita ayuda 10 5. Dependiente, silla de ruedas 5. 0. Inm3vil 0 _
10. Escalones: 10. Independiente 10 5. Necesita ayuda 5 0. Dependiente 0 _

EVALUACI3N DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA: Escala de Lawton Modificada

11. Capacidad para usar el tel3fono 1. Utiliza el tel3fono por iniciativa propia 1 _ 1. Es capaz de marcar algunos n3meros familiares 1 _ 1. Es capaz de contestar al tel3fono, pero no marcar 1 _ 0. No utiliza el tel3fono 0 _
12. Hacer compras 1. Realiza todas las compras necesarias independientemente 1 _ 0. Realiza independientemente peque1as compras 0 _ 0. Necesita ir acompa1ado para cualquier compra 0 _ 0. Totalmente incapaz de comprar 0 _
13. Preparaci3n de la comida 1. Organiza, prepara y sirve por si solo las comidas adecuadamente 1 _ 0. Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los alimentos 0 _ 0. Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada 0 _ 0. Necesita que le preparen y sirvan las comidas 0 _
14. Cuidado de la casa 1. Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (trabajos pesados) 1 _ 1. Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas 1 _ 1. Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza 1 _ 1. Necesita ayuda en todas las labores de la casa 1 _ 0. No participa en ninguna labor de la casa 0 _
15. Lavado de la ropa 1. Lava por si solo toda la ropa 1 _ 1. Lava por si solo peque1as prendas 1 _ 0. Todo el lavado de la ropa debe ser realizado por otro 0 _
16. Uso de medios de transporte 1. Viaja solo en transporte p3blico o conduce su propio coche 1 _ 1. Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte 1 _ 1. Viaja solo en transporte p3blico cuando va acompa1ado de otra persona 1 _ 0. Utiliza el taxi o el autom3vil solo con la ayuda de otros 0 _ 0. No viaja 0 _
17. Responsabilidad respecto a su medicaci3n 1. Es capaz de tomar su medicaci3n a la dosis y hora adecuadas 1 _ 0. Toma su medicaci3n si la dosis es preparada previamente 0 _ 0. No es capaz de administrarse su medicaci3n 0 _
18. Manejo de sus asuntos econ3micos 1. Se encarga de sus asuntos econ3micos por si solo 1 _ 1. Realiza las compras cada d3a, pero necesita ayuda en las grandes compras 1 _ 0. Incapaz de manejar dinero 0 _

V. DIMENSIÓN SOCIAL

EVALUACIÓN DEL ESPACIO DE VIDA: LIFE-SPACE ASSESSMENT (LSA)

Repita esto: Estas preguntas se refieren a sus actividades en el último mes solamente. Durante las últimas 4 semanas (último mes) Ud. Ha estado en.....

Si la respuesta es SI, diga: Cuántas veces?, Ha usado ayudas o equipo?, Ha necesitado la ayuda de otra persona?

**Durante el último mes (4 semanas) Cuántas veces? Ha usado ayuda?
Ud. ha estado.....**

19. En otras habitaciones de la casa. Si 1 _ 1. Menos de 1 vez/semana 1 _ 1. Ayuda de otro 1 _
Casa, diferentes a la habitación 0. No 0 _ 2. 1-3 veces/semana 2 _ 1.5. Equipo solamente 1.5 _
Dónde duerme 3. 4-6 veces/semana 3 _ 2. Ninguna 2 _
4. Diario 4 _ (ni personal ni equipo)

Por qué NO?

20. En un área fuera de su casa 2. Si 2 _ 1. Menos de 1 vez/semana 1 _ 1. Ayuda de otro 1 _
Como su terraza o patio, el pasillo 0. No 0 _ 2. 1-3 veces/semana 2 _ 1.5. Equipo solamente 1.5 _
De su edificio de apartamentos, 3. 4-6 veces/semana 3 _ 2. Ninguna 2 _
Garaje, en su propio jardín o en la 4. Diario 4 _ (ni personal ni equipo)
entrada de sus casa

Por qué NO?

21. En sitios de su vecindario que 3. Si 3 _ 1. Menos de 1 vez/semana 1 _ 1. Ayuda de otro 1 _
No salen de su propio jardín o 0. No 0 _ 2. 1-3 veces/semana 2 _ 1.5. Equipo solamente 1.5 _
Edificio de apartamentos 3. 4-6 veces/semana 3 _ 2. Ninguna 2 _
4. Diario 4 _ (ni personal ni equipo)

Por qué NO?

22. Sitios fuera de su vecindario 4. Si 4 _ 1. Menos de 1 vez/semana 1 _ 1. Ayuda de otro 1 _
Pero dentro de la ciudad 0. No 0 _ 2. 1-3 veces/semana 2 _ 1.5. Equipo solamente 1.5 _
3. 4-6 veces/semana 3 _ 2. Ninguna 2 _
4. Diario 4 _ (ni personal ni equipo)

Por qué NO?

23. Sitios fuera de la ciudad 5. Si 5 _ 1. Menos de 1 vez/semana 1 _ 1. Ayuda de otro 1 _
0. No 0 _ 2. 1-3 veces/semana 2 _ 1.5. Equipo solamente 1.5 _
3. 4-6 veces/semana 3 _ 2. Ninguna 2 _
4. Diario 4 _ (ni personal ni equipo)

Por qué NO?

EXPLORACION DE INTERESES EN OCIO Y TIEMPO LIBRE																
CATEGORÍA / ACTIVIDAD	Grado de interés			Frecuencia de actividad				Autoeficacia percibida			Nivel de satisfacción			Con quien hace la actividad		
	Alto	Medio	Bajo	1 http://www.umariana.edu.co/ vez/ Sem.	2 a 3 veces/ Sem.	Diario	1 vez/mes	Muy bien	Bien	No tan bien	Alto	Medio	Bajo	Solo	Amigos	Familia
24. JARDINERÍA/HORTICULTURA																
Trabajar en el jardín																
Trabajar en la huerta																
25. ESPECTÁCULOS																
Teatro																
Cine																
Televisión																
26. DEPORTES																
Ciclismo																
Caminata																
Baile																



27. MÚSICA														
Escuchar música														
Tocar un instrumento														
28. INFORMÁTICA														
Navegar por internet														
29. LECTURA														
Libros														
Revista														
Periódicos														
Biblia														
30. CREATIVAS														
Poesías y narraciones														
Carpintería														
Cerámica														
Pintura														
Costura														
Reparación de objetos														
Artesanías														



31. ACTIVIDADES RELIGIOSAS/SOCIALES

Misa – oración																		
Ser miembro de organización																		
Asistir a fiestas																		
Visitar familia/ amigos																		

32. JUEGOS

Cartas																		
Domino																		
Sapo																		
Cucunuba																		
Chaza																		
Tejo																		
Billar																		
Ajedrez																		
Parques																		
Bingo																		

33. CUIDADO DE ANIMALES

Animales de granja																		
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



mascotas																
OTROS																

Asiste a grupos?
34.De estudios 0.No 0 1.Si 1 _
35.Comunitarios 0.No 0 1.Si 1 _
36.De salud 0.No 0 1.Si 1 _
37.De formación 0.No 0 1.Si 1 _
38.De oración 0.No 0 1.Si 1 _
39.Otros grupos 0.No 0 1.Si 1 _

EVALUACIÓN DE APOYO SOCIAL MOS

40. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre) No. _____

¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

Marque con un círculo uno de los números de cada fila	Pocas veces	Algunas veces	mayoría de veces	Siempre
41. Dimensión emocional/informacional				
41.1. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	2	3	4	5
41.2. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	2	3	4	5



41.3. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación		2	3	4	5
41.4. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones		2	3	4	5
41.5. Alguien cuyo consejo realmente desee		2	3	4	5
41.6. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos		2	3	4	5
41.7. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales		2	3	4	5
41.8. Alguien que comprenda sus problemas		2	3	4	5
42. Dimensión instrumental					
42.1. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama		2	3	4	5
42.2. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita		2	3	4	5
42.3. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo		2	3	4	5
42.4. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo		2	3	4	5
43. Dimensión Interacción social positiva					
43.1. Alguien con quién pasar un buen rato		2	3	4	5
43.2. Alguien con quien pueda relajarse		2	3	4	5
43.3. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas		2	3	4	5
43.4. Alguien con quién divertirse		2	3	4	5
44. Dimensión Apoyo afectivo					
44.1. Alguien que le muestre amor y afecto		2	3	4	5

44.2. Alguien que le abrace		2	3	4	5
44.3. Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido		2	3	4	5

EVALUADOR: _____

FIRMA: _____



En América Latina la etnicidad es un determinante crítico de la pobreza, desigualdad y exclusión social, situación que no es ajena a Colombia, donde existen alrededor de 87 pueblos indígenas que presentan condiciones sociales y de salud en un nivel inferior a otros grupos poblacionales, a pesar de representar en 3,28 % del total de la población colombiana, con una gran representatividad en el departamento de Nariño, existen pocos estudios que evidencien la situación biopsicosocial de los grupos indígenas, en especial del proceso de envejecimiento y sus implicaciones en su calidad de vida. De tal manera, que conocer el proceso de envejecimiento, visto como un fenómeno demográfico mundial y heterogéneo, con características particulares en grupos poblacionales, resulta importante y necesario, especialmente cuando se relaciona a grupos étnicos, cuyos componentes socioculturales influyen de manera significativa en su componente biológico, mental y social.

