



# *Salutem Scientia Spiritus*

Revista de divulgación científica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Javeriana Cali

ISSN: 2463-1426  
(EN LÍNEA)

**Memorias de:**

**XX CONGRESO NACIONAL INTERNACIONAL DE GERONTOLOGÍA  
Y GERIATRÍA - ACGG 2026.**

***“Más Allá del Envejecimiento, Hacia la Longevidad Saludable”***

**Asociación Colombiana de Geriatría y Gerontología.**

**DIRECTIVAS DE LA  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI**

VICENTE DURÁN CASAS S.J.  
Rector de la Universidad

HERNÁN CAMILO ROCHA NIÑO  
Vicerrector Académico

CÉSAR CASAS OSPINA  
Vicerrector Administrativo

LUIS ALFONSO CASTELLANOS RAMÍREZ S.J.  
Vicerrector del Medio Universitario

MAURICIO SERRA TAMAYO  
Decano Facultad de Ciencias de la Salud

IVÁN CEPEDA  
Director Carrera de Medicina

ANA LUCÍA VALENZUELA  
Directora Carrera de Nutrición y Dietética

OLGA OSORIO MURILLO  
Directora Carrera de Enfermería

DIANA MARIA CAICEDO BORRERO  
Directora Maestría en Salud Pública

ISABEL CRISTINA CASAS QUIROGA  
Directora Maestría en Epidemiología (Modalidad Virtual)

JULIÁN SANTAELLA TENORIO  
Director Maestría en Epidemiología Clínica (Extensión PUJ Bogotá)

JONATHAN CORDOBA CANO  
Director Especialización en Oftalmología

LAUREANO QUINTERO BARRERA  
Director Especialización en Medicina de Urgencias

MARÍA DEL PILAR ESPINOSA BEJARANO  
Directora Especialización en Medicina Familiar

GUILLERMO ADRÍAN RIVERA CARDONA  
Director Especialización en Medicina Forense

CLAUDIA XIMENA MILLÁN  
Directora Especialización en Cirugía Oncológica

ÁLVARO ANTONIO KAFURY  
Director Especialización en Cirugía de Mano

FERNANDO VALDES TAFUR  
Director Especialización en Ortopedia y Traumatología

JUAN CARLOS DUEÑAS DASILVA  
Director Especialización Cirugía Pediátrica

CLAUDIA KOMAROMY  
Directora Especialización en Anestesiología

FREDDY MORENO GÓMEZ  
Director Departamento de Ciencias Básicas de la Salud

PAULA BERMÚDEZ  
Directora Departamento de Salud Pública

LAURA JARAMILLO OTOYA  
Directora Departamento de Clínicas Médicas

MARÍA DEL MAR TORRES  
Directora Departamento Materno-infantil

MARCELA TASCÓN  
Directora Departamento de Clínicas Quirúrgicas

JUAN SEBASTIÁN RAMÍREZ NAVAS  
Directora Departamento de Alimentación y Nutrición

FLOR NEYFY BOTINA  
Directora Departamento de Cuidado de Enfermería

**CONSEJO EDITORIAL**

MAURICIO SERRA TAMAYO  
Director

FREDDY MORENO GÓMEZ  
Editor

**COMITÉ EDITORIAL**

JUAN CARLOS ARISTIZABAL  
EDUARDO CASTRILLÓN  
ANGÉLICA GARCÍA  
JOSE GUILLERMO ORTEGA  
SANDRA MORENO CORREA

LAURA JARAMILLO OTOYA  
Community Manager

SEBASTIÁN MEDINA CÁRDENAS  
Web Manager

## COMITÉ CIENTÍFICO

ROGER ARCE, Georgia Regents University, Augusta (GA) USA  
LUIS MIGUEL BENITEZ, Clínica de Occidente, Cali (VC) Colombia  
JAVIER BOTERO, Universidad de Antioquia, Medellín (A) Colombia  
ISABELLA ECHEVERRI, Universidad ICESI, Cali (VC) Colombia  
IVAN DARÍO FLOREZ, McMaster University, Hamilton (ON) Canadá  
ELIZABETH JIMENEZ, Universidad de Los Andes, Bogotá (C) Colombia  
EDGAR MUÑOZ, University of Texas, San Antonio (TX) USA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI  
Facultad de Ciencias de la Salud

**ISSN: 2463-1426 (En Línea)**

<http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/salutemscientiaspiritus>

e-mail: [salutemscientiaspiritus@javerianacali.edu.co](mailto:salutemscientiaspiritus@javerianacali.edu.co)

La Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Javeriana Cali SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS con ISSN: 2463-1426 (En Línea), es la tribuna oficial de divulgación del conocimiento originado al interior de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia), la cual publica contribuciones como artículos originales de investigación, reportes de caso, revisiones sistemáticas de la literatura, revisiones de tema y notas de clase. También podrá publicar algunos números correspondientes a especiales temáticos en diferentes áreas de las ciencias básicas, las especialidades médicas y la salud pública. De igual forma, podrá publicar suplementos que corresponderán a las memorias de eventos académicos y científicos organizados por los Departamentos de dicha Facultad.

*Los artículos publicados en la Revista SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS son responsabilidad exclusiva del autor o de los autores y no necesariamente reflejan el pensamiento del director, del editor, del comité editorial o de la institución universitaria. El contenido de esta publicación puede ser citado o copiado, siempre y cuando se haga referencia adecuada al autor o a los autores de los artículos que se incluyen en la Revista. La Revista se reserva el derecho de reproducir en otros medios electrónicos o impresos los artículos que son aceptados para su publicación. La Revista SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS usa la licencia Creative Commons de Atribución - No comercial - Sin derivar.*

Manuscritos y otra correspondencia a:

**Revista SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS**

[fmorenog@javerianacali.edu.co](mailto:fmorenog@javerianacali.edu.co)

Freddy Moreno-Gómez, Editor

Facultad de Ciencias de la Salud

Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia)

## XX Congreso Nacional e Internacional de Gerontología y Geriátría - ACGG 2026

Más allá del envejecimiento, hacia  
la longevidad saludable

+ sensibles + integrales + transformadores



21, 22 y 23  
de mayo de 2026



Lugar:  
Hotel Dann Carlton,  
Barranquilla



### NUESTRA PORTADA:

Imagen obtenida del afiche promocional del XX Congreso Nacional e Internacional de Gerontología y Geriátría - ACGG 2026, el cual giró en torno a la longevidad saludable. Este evento fue organizado por la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátría y celebrado en Barranquilla (Atlántico, Colombia) entre el 21 y el 23 de mayo del 2026.

# SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS

Revista de divulgación científica de la Facultad de Ciencias de la Salud  
de la Pontificia Universidad Javeriana Cali

Pontificia Universidad Javeriana Cali  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Volumen 12 | Suplemento 03 | Mayo 2026

## CONTENIDO

### EDITORIAL

- 12 **Más allá del envejecimiento: Hacia la longevidad saludable. Una agenda transformadora para la geriatría contemporánea.**  
*Beyond Aging: Toward Healthy Longevity. A Transformative Agenda for Contemporary Geriatrics.*  
Francisco Javier Tamayo-Giraldo.

### PONENCIAS

- 15 **Interseccionalidad y derechos humanos de personas mayores en Colombia**  
*Intersectionality and Human Rights of Older Adults in Colombia.*  
Carlos Arturo Robledo Marín.
- 16 **Valoración geriátrica integral en oncogeriatría**  
*Comprehensive Geriatric Assessment in Geriatric Oncology.*  
David Ricardo González.
- 17 **La conexión social en la vejez: de las desigualdades estructurales a la justicia relacional (+transformadores).**  
*Social Connection in Old Age: From Structural Inequalities to Relational Justice (+Transformative).*  
David Osorio García.
- 18 **Actividad física, impacto sobre la capacidad funcional y el deterioro funcional hospitalario en adultos mayores.**  
*Physical Activity, Its Impact on Functional Capacity, and Hospital-Associated Functional Decline in Older Adults.*  
Eder Peña Quimbaya.
- 19 **Farmacología antienvjecimiento.**  
*Anti-Aging Pharmacology.*  
Edison Pineda Arredondo.
- 20 **Manejo no farmacológico del dolor.**  
*Non-Pharmacological Pain Management.*  
Felipe Marulanda Mejía.
- 21 **Dolor en artrosis: ¿Qué opciones tenemos?.**  
*Pain in Osteoarthritis: What Options Do We Have?.*  
Carlos Orjuela.
- 22 **Rehabilitación en el síndrome cognitivo-motor: Una mirada hacia la prevención de la demencia.**  
*Rehabilitation in Cognitive-Motor Syndrome: A Perspective Toward Dementia Prevention.*  
Carlos Orjuela.
- 23 **Neuroplasticidad en el adulto mayor .**  
*Neuroplasticity in Older Adults.*  
Felipe Marulanda Mejía. .
- 24 **La sepsis como acelerador del envejecimiento endotelial.**  
*Sepsis as an Accelerator of Endothelial Aging.*  
Jhan Saavedra Torres.
- 25 **Envejecimiento saludable y fenotipos de Fragilidad.**  
*Healthy Aging and Frailty Phenotypes.*  
Fernando Gómez Montes.

- 26 Reprogramando el envejecimiento: la ingeniería detrás de una longevidad saludable.**  
*Reprogramming Aging: The Engineering Behind Healthy Longevity.*  
Victor Alfonso Solarte David.
- 27 Prevención del deterioro funcional hospitalario en personas mayores: Hacia un modelo salutogénico integrado de cuidado y bases fisiopatológicas.**  
*Prevention of Hospital-Associated Functional Decline in Older Adults: Toward an Integrated Salutogenic Model of Care and Pathophysiological Foundations.*  
Francisco Javier Tamayo Giraldo.
- 28 Políticas Públicas en Envejecimiento. Marco normativo Colombiano.**  
*Public Policies on Aging: The Colombian Regulatory Framework.*  
Alba Lucía Chavarriaga Gómez.
- 29 Integración e innovación en la práctica gerontológica.**  
*Integration and Innovation in Gerontological Practice.*  
Amira Torres Barrios.
- 30 Autonomía como eje estructural de la longevidad saludable.**  
*Autonomy as a Structural Axis of Healthy Longevity.*  
Camila Andrea Castellanos Roncancio.
- 31 Atención geriátrica inclusiva: claves para la atención en diversidad sexual y de género a lo largo del curso de vida.**  
*Inclusive Geriatric Care: Key Approaches to Sexual and Gender Diversity Across the Life Course.*  
Catalina Buitrago Almanza.
- 32 Participación social e intergeneracionalidad como condiciones estructurales del envejecimiento saludable en contextos desigualdad.**  
*Social Participation and Intergenerationality as Structural Conditions for Healthy Aging in Contexts of Inequality.*  
Julieta Rodríguez.
- 33 Nuevas perspectivas en rehabilitación geriátrica en los grandes síndromes.**  
*New Perspectives in Geriatric Rehabilitation in Major Geriatric Syndromes.*  
Leidy Tatiana Ordoñez Mora.
- 34 Diseñar para la longevidad: cómo vivir más años sin perder lugar, decisión, vínculo y sentido.**  
*Designing for Longevity: How to Live Longer Without Losing Belonging, Agency, Connection, and Meaning.*  
Juliana Gómez Corredor.
- 35 La arquitectura genética del envejecimiento saludable.**  
*The genetic architecture of healthy aging.*  
Natalia García Restrepo.
- 36 La importancia de la argumentación en Gerontología.**  
*Importance of argumentation in Gerontology.*  
Nidia Aristizábal Vallejo.
- 37 De lo sensible a lo integral: El camino de la vacunación para transformar la salud del corazón en la vejez.**  
*From Sensitivity to Comprehensive Care: The Path of Vaccination to Transform Cardiovascular Health in Older Age.*  
Diana Patricia Atencio De León.
- 38 Edad Biológica e Inmunosenescencia en Centenarios.**  
*Biological Age and Immunosenescence in Centenarians.*  
Juan Manuel Anaya.
- 39 Adherencia al tratamiento farmacológico ¿Cuál es la realidad?.**  
*Adherence to Pharmacological Treatment: What is the reality?.*  
Rodrigo Alberto Heredia Ramirez.
- 40 Hacia una Medicina de Alto Valor en Geriatría: Adaptación de la Iniciativa Choosing Wisely al Contexto Clínico Colombiano.**  
*Towards High-Value Medicine in Geriatrics: Adaptation of the Choosing Wisely Initiative to the Colombian Clinical Context.*  
Diego Andrés Chavarro Carvajal et al.
- 41 Nuevos paradigmas en sarcopenia y fragilidad.**  
*New Paradigms in Sarcopenia and Frailty.*  
Diego Andrés Chavarro Carvajal.
- 42 Atención a la persona mayor: Vision desde Atención Primaria en Salud.**  
*Care for Older People: A Primary Health Care Vision.*  
Liliana Villegas-Baldomero, Patricia Morsch.

- 43 **Envejecer en territorios Rurales: Desafíos y oportunidades para la longevidad con sentido.**  
*Aging in Rural Territories: Challenges and Opportunities for Meaningful Longevity.*  
Yelen Orlando Cano Arboleda.
- 44 **Valoración geriátrica multidimensional .**  
*Comprehensive Geriatric Assessment .*  
Liliana Villegas Baldomero, Carmen Lucía Curcio Borrero.
- 45 **Retiro laboral y nuevos proyectos vitales: Sentido de vida en la longevidad (+ transformadores + integrales).**  
*Retirement and New Life Projects: Meaning in Longevity (Transformative and Integral Approaches).*  
Andrea Edith Romero Roa.
- 46 **Robots de asistencia y domótica para la promoción de la actividad física en adultos mayores con riesgo de fragilidad: Integración de soluciones digitales y entornos inteligentes.**  
*Assistive Robotics and Smart Home Systems for Promoting Physical Activity in Older Adults at Risk of Frailty: Integration of Digital Solutions and Intelligent Environments.*  
Martín Sebastián Pinilla Zapata.
- 47 **El ascenso de Geras. Un breve recuento desde la mitología y la filosofía hasta la Gerontología y la Geriatria.**  
*The rise of Geras. A Brief Account from Mythology and Philosophy to Gerontology and Geriatrics.*  
Francisco González López.
- 48 **¿Cómo va la oncogeriatría?**  
*How is geriatric oncology progressing?*  
Manuel Alejandro Nieto González.
- 49 **Construyendo puentes seguros: Cuidado transicional al alta de la persona mayor.**  
*Building Safe Bridges: Transitional Care Upon Discharge of the Older Person.*  
Luis Ángel Toro.
- 50 **Inteligencia artificial en medicina: novedades y experiencias.**  
*Artificial Intelligence in Medicine: Updates and Experiences.*  
Ignacio Manuel Zarante-Montoya.
- 51 **Ejercicio, cognición y salud mental.**  
*Exercise, Cognition, and Mental Health.*  
Patrick Verhelst.
- 52 **Estrategias sociosanitarias en longevidad saludable.**  
*Socio-Health Strategies for Healthy Longevity.*  
Robinson Cuadros Cuadros.
- 53 **Simulación clínica en geriatría: Revisión crítica avanzada, fundamentos pedagógicos y modelo sindromático integrado para escenarios de alta complejidad.**  
*Clinical Simulation in Geriatrics: Advanced Critical Review, Pedagogical Foundations and Integrated Syndromic Model for Highly Complex Scenarios.*  
Francisco Javier Tamayo-Giraldo.

# Presentación

La revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Javeriana Cali SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS es una revista científica biomédica de publicación on-line y fundamentada en los requisitos uniformes para trabajos presentados a revistas biomédicas (del inglés *Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly work in Medical Journals*) del Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas (del inglés *International Committee of Medical Journal Editors –ICMJE–*); en el índice bibliográfico colombiano PUBLINDEX para el registro, reconocimiento, categorización y certificación de las publicaciones científicas y tecnológicas regido por COLCIENCIAS y el ICFES con el apoyo del Observatorio Colombiano de Ciencia y Tecnología; y en las políticas de publicación del sistema de gestión de revistas (plataforma del software de código abierto *Open Journal System*) de la Pontificia Universidad Javeriana Cali.

SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS corresponde a una revista de divulgación científica biomédica con sistema de revisión por pares expertos (*peer-review*), quienes son asignados por el editor y el comité editorial bajo la modalidad de doble ciego, en donde los revisores desconocen la identidad de los autores y viceversa. Una vez el editor determine que el manuscrito cumple con los requisitos técnicos para el diseño y diagramación de manuscritos que fueron enviados a la revista, someterá los manuscritos a revisión por parte de mínimo dos pares evaluadores y/o revisores, expertos en la materia y que no forman parte del comité editorial de la revista. Los criterios de revisión de los manuscritos fueron determinados por el comité editorial de la revista y son divulgados públicamente en beneficio de los potenciales autores y lectores.

SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS comparte el propósito de las revistas biomédicas de publicar información técnica, académica y científica que sea veraz e interesante, elaborada con el debido respeto a los principios de la política editorial desarrollada por la revista y la libertad editorial conforme a los requisitos uniformes para trabajos presentados a revistas biomédicas. De tal forma que el editor y el comité editorial tienen la obligación de velar por la libertad editorial y denunciar públicamente a la comunidad científica los atentados graves contra la misma.

Por tanto, la revista SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS con ISSN: 2463-1426 (En Línea), se constituye en la tribuna oficial de divulgación del conocimiento técnico, académico y científico originado al interior de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia), la cual publica

contribuciones como artículos originales de investigación, reportes de casos, revisiones sistemáticas de la literatura, revisiones de tema y notas de clase (comunicaciones temáticas cortas).

Asimismo podrá publicar algunos números correspondientes a especiales temáticos en diferentes áreas de las ciencias básicas, de las especialidades clínicas médicas y de la salud pública. De igual forma podrá publicar suplementos, que corresponderán a las memorias de eventos académicos y científicos organizados por los Departamentos de dicha Facultad. También podrá publicar contribuciones provenientes de otras facultades de la Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia) y Bogotá (Colombia), y de otras universidades e instituciones que tengan vínculos con el sector de las ciencias de la salud.

El propósito fundamental de la revista SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS es constituirse en una herramienta de apoyo para que los estudiantes de pregrado, los residentes de postgrado, los estudiantes de maestría y doctorado, los profesores que inician con sus actividades de investigación y los investigadores consumados, elaboren y sometan a revisión por pares para optar por la publicación de manuscritos derivados de procedimientos técnicos de prácticas de laboratorio, actividades académicas intra y extramurales, y socialización científica, no solo a partir de la producción o generación sistemática de conocimiento por parte de investigadores vinculados a grupos de investigación reconocidos; sino también de la investigación formativa, en la que se enseña a investigar a partir del ejercicio de la docencia investigativa mediante la familiarización de los estudiantes con la lógica de aprender-hacer investigación e incentivarlos hacia su práctica. De allí entonces que la revista apoye la finalización de uno de los procesos de investigación, como lo es la publicación y/o divulgación del nuevo conocimiento generado.

La Revista SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS se alojará en la página web de la Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia) y se presentará a los lectores en el Sistema de Gestión de Revistas de dicha institución universitaria a través del Open Journal System (OJS), un software de código abierto para la administración de revistas creado por el *Public Knowledge Project* y liberado bajo licencia General *Public License*. OJS fue diseñado para facilitar el desarrollo de publicaciones de acceso libre (*open acces*) y con sistema de revisión por pares expertos (*peer-review*), proveyendo la infraestructura técnica no solo para la presentación en línea de los artículos de la revista, sino también el flujo editorial por

completo, incluyendo el envío de artículos y múltiples rondas de revisión por pares e indexación. OJS se basa en que los individuos cumplen diferentes roles, como administrador de revista, editor, revisor, autor, lector, etc. Fue publicado en 2001 y es compatible con el protocolo OAI-PMH. En agosto de 2008 OJS fue utilizado por al menos 1.923 revistas en el mundo, y en el tercer trimestre de 2012 OJS superó las 14.000 revistas.

Del mismo modo y con el propósito de ampliar la visibilidad y llegar a más lectores, la revista contara con sus cuentas respectivas en las redes sociales en las que se encuentra adscrita.

**Antes de enviar el manuscrito a la Revista SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS el(los) autor(es) debe(n) tener en cuenta.**

- **Definir el tipo de manuscrito:** Artículo de investigación original, reporte de casos, revisión sistemática de la literatura, revisión de tema, nota de clase u otra contribución.
- **Cumplir con los requisitos técnicos:** Diseño y diagramación del manuscrito.
- **Elaborar carta de envío:** Según el modelo propuesto por la revista incluye la aceptación de las normas de diseño, diagramación y publicación de la revista, el carácter inédito del manuscrito, la sesión y/o transferencia de los derechos de autor de acuerdo a las políticas de una revista científica open acces, la participación de cada uno de los autores en la elaboración del manuscrito, y la autorización –en caso de haberlo– del uso y/o reproducción de material (texto y/o figuras) previamente publicadas, así como el consentimiento informado para el caso de individuos humanos que puedan ser identificados.
- **Cumplir con el orden de los componentes o secciones del manuscrito:** Página de título, resumen y palabras clave, abstract y key words, cuerpo del manuscrito (introducción, materiales y métodos, resultados, discusión, conclusiones, agradecimientos –en caso de haberlos–, financiamiento –en caso de haberlo–, referencias, tablas, figuras y anexos.
- **Proceso de aceptación, revisión, selección de manuscritos, edición y publicación:** El(los) autor(es) debe(n) enviar desde el correo electrónico institucional del autor que figura en la correspondencia del manuscrito (remittente) hacia el correo institucional de la revista (destinatario) el manuscrito y sus archivos adjuntos; estos últimos, en el correo electrónico, únicamente corresponderán a la carta de envío y al manuscrito, ambos en formato Microsoft Office Word® 2013 para Windows® o Microsoft Office Word® 2011 para Mac®. Con el recibido por parte de editor se da inicio al proceso de publicación.

**Tipos de manuscritos que publicará periódicamente la Revista SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS.**

- **Artículo original derivado de investigación:** Corresponde a un manuscrito que presenta, de manera original e inédita, los resultados derivados de proyectos de investigación que hacen aportes al conocimiento en las diferentes áreas de las ciencias de la salud. El manuscrito debe estructurarse en: página de título, resumen y palabras clave, abstract y key words, introducción (breve estado del arte, justificación y objetivo), materiales y métodos, resultados, discusión, conclusiones, agradecimientos –en caso de haberlos–, financiamiento –en caso de haberlo–, referencias, tablas, figuras y anexos.
- **Reporte de caso:** Presentación de un caso o una serie de casos que hagan referencia a un aspecto o particularidad de interés en las ciencias básicas de la salud, la clínica médica y la salud pública. Todo reporte de caso implica inobjetablemente una revisión actualizada de la literatura. El manuscrito debe estructurarse en: página de título, resumen y palabras clave, abstract y key words, introducción (revisión de la literatura, justificación y objetivo), presentación del caso o serie de casos, discusión, conclusiones y referencias.
- **Revisión sistemática de la literatura:** Se refiere a un manuscrito que organiza sistemáticamente el estado del arte de un tema específico de interés general a la comunidad de las ciencias de la salud a partir de los resultados de fuentes de información primarias, de tal forma que el(los) autor(es) revisan detenidamente la literatura disponible para interpretar y desarrollar en conjunto los resultados publicados y/o divulgados para concluir sobre el estado de avance de la investigación, los aciertos científicos y las limitaciones metodológicas. El manuscrito debe estructurarse en: página de título, resumen y palabras clave, abstract y key words, introducción (justificación y objetivo), materiales y métodos (protocolo de registro y criterios de selección de las fuentes de información primaria –inobjetablemente se debe incluir el diagrama de flujo propuesto por la revista–), resultados, discusión, conclusiones, agradecimientos –en caso de haberlos–, financiamiento –en caso de haberlo–, referencias, tablas, figuras y anexos.
- **Revisión de tema:** Corresponde al estado del arte de un tema específico de interés general a la comunidad de las ciencias de la salud para ampliar y contrastar la discusión local, regional, nacional o internacional a partir de la información publicada y/o divulgada sobre dicho tema. El manuscrito debe estructurarse en: página de título, resumen y palabras clave, abstract y key words, introducción (justificación y objetivo), secciones determinadas por el(los) autor(es), conclusiones y referencias (mínimo 50 referencias).

- **Notas de clase:** La revista podrá optar por la publicación de notas de clase en las cuales se trate de expresar un aporte al conocimiento sobre un tema en particular que propenda la solución de una pregunta específica o hacer una escritura crítica, descriptiva o reflexiva sobre un problema reciente de interés general a la comunidad de las ciencias de la salud. Su estilo narrativo deberá ser a manera de ensayo y las referencias se limitaran a no más de quince citas.
- **Suplementos:** Son colecciones de documentos relacionados con temas de las ciencias de la salud, que se publican de manera opcional y por fuera de la edición regular, teniendo en cuenta que la edición regular de la revista se encuentra constituida por un volumen por año, el cual incluye dos números, el primero del primer semestre del año (enero a junio), y el segundo del segundo semestre del año (julio a diciembre). Fundamentalmente los suplementos corresponderán a las memorias de los eventos académicos y/o científicos que organice la Facultad de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia), y el editor invitado será el coordinador del evento. La divulgación escrita de este tipo de eventos contribuye al mejoramiento de la investigación formativa, al intercambio de información entre investigadores, a la apertura del acceso a un tema de interés, y a la cooperación entre entidades académicas y organizaciones relacionadas con las ciencias de la salud. Debido a que dichos suplementos pueden ser financiados por dichas organizaciones y contar con publicidad de las mismas, el editor director será el encargado de considerar la política, prácticas y contenido de los suplementos, teniendo en cuenta siempre lo estipulado por la Pontificia Universidad Javeriana Cali para estos casos.

El(los) autor(es) debe(n) dirigir todos los manuscritos y correspondencia al correo electrónico de la Revista SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS administrado por el editor de la misma:

**SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS**  
**Revista de divulgación científica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Javeriana Cali**

Dr. Freddy Moreno, Editor  
 Facultad de Ciencias de la Salud  
 Pontificia Universidad Javeriana (Cali, Colombia)  
 salutemscientiaspiritus@javerianacali.edu.co

Síganos en la web:  
<http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/salutemscientiaspiritus>

Síganos en Facebook:  
<https://www.facebook.com/salutemscientiaspiritus/>

Síganos en Twitter:  
 @SalutemScientia

La Revista SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS se encuentra respaldada por:



**Sello Editorial Javeriano**

El Sello Editorial Javeriano forma parte de la vicerrectoría Académica y tiene como propósito impulsar y coordinar la actividad editorial de la Pontificia Universidad Javeriana Cali de acuerdo con las políticas y reglamentos institucionales.



**CRAI**

El Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI), es un espacio de convergencia de servicios para el aprendizaje y la investigación centrados en las necesidades de la comunidad universitaria; el cual permite la creación, la producción, el uso y la gestión de los recursos, contribuyendo a la mejora de la calidad de los procesos de enseñanza, aprendizaje e investigación.

La Revista SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:



**Licencia Creative Commons**

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

La Revista SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS usa para Google Analytics para llevar las métricas y análisis bibliométrico:



**Google Analytics**

**Google Analytics**

Google Analytics es una herramienta de analítica Web de Google que ofrece información agrupada de la audiencia, la adquisición, el comportamiento y las conversiones que se llevan a cabo en el sitio Web de la revista.

La Revista SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS se encuentra indexada en:



#### Directory of Open Access Journals (DOAJ)

DOAJ es un directorio en línea que indexa y proporciona acceso a revistas de alta calidad, acceso abierto y con sistema de revisión por pares.



#### Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico (REDIB)

REDIB es una plataforma de agregación de contenidos científicos y académicos en formato electrónico producidos en el ámbito Iberoamericano.



#### Directorio Ulrich de publicaciones periódicas (Ulrichsweb)

Ulrichsweb es una base de datos bibliográfica que provee servicios de consulta sobre las revistas seriadas en el mundo entero.



#### Google Académico

Google Académico es un buscador de Google que se especializa en literatura científica-académica a través de la indización revistas (entre otros) para encontrar artículos científicos (entre otros).

uni>ersia

#### Universia (Biblioteca de recursos)

Red de cooperación universitaria centrada en Iberoamérica, que promueve el cambio y la innovación a través de una plataforma de productos y servicios para la comunidad universitaria y las empresas.



#### Directory of Open Access scholarly Resources (ROAD)

ROAD (Directorio de Recursos Académicos de Acceso Abierto) es un servicio ofrecido por el Centro Internacional ISSN con el apoyo del Sector de Comunicación e Información de la UNESCO.



#### Hinari

El programa Hinari establecido por la OMS, junto con las principales editoriales, permite a los países de bajos y medianos ingresos acceder a una de las mayores colecciones del mundo de literatura biomédica y salud.



#### Ingenta Connect

Base de datos tecnológica que permite a los editores académicos, financieros y empresariales poner los contenidos a disposición de los usuarios finales institucionales e individuales en línea.



#### WorldCat

Es un catálogo Mundial en español en línea, gestionado por el OCLC (Online Computer Library Center) y considerado el mayor catálogo en línea del mundo.



#### LILACS

Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud es una base de datos de información bibliográfica en línea para las ciencias de la salud que tiene como objetivo cooperar con el desarrollo de la investigación, educación y atención en salud en América Latina y en el Caribe, colocando al alcance de la comunidad de profesionales de salud, información científico-técnica producida a nivel nacional e internacional. El Sistema es coordinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a través de BIREME, centro especialmente producido para desarrollar el programa de información en ciencias de la salud de la Organización.



#### Latindex

El Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal es un sistema de información académica, sin fines de lucro y de consulta gratuita, especializado en revistas académicas editadas en Iberoamérica; ofrece también información sobre revistas de vocación latinoamericanista editadas fuera de la región.



#### SHERPA/RoMEO

Servicio administrado por SHERPA para mostrar los derechos de autor y las políticas de autoarchivo de acceso abierto de las revistas académicas. La base de datos utiliza un esquema de codificación por colores para clasificar a los editores según su política de autoarchivo. Esto muestra a los autores si la revista permite el archivo de preimpresión o impresión posterior en sus acuerdos de transferencia de derechos de autor.



#### EuroPub

Base de datos completa y polivalente que abarca literatura académica, con registros indexados de revistas activas y autorizadas, e artículos de índices de revistas de todo el mundo. El resultado es una base de datos exhaustiva que ayuda a la investigación en todos los campos. El fácil acceso a una amplia base de datos en un solo lugar, reduce considerablemente el tiempo de búsqueda y revisión de datos y ayuda en gran medida a los autores en la preparación de nuevos artículos. EuroPub tiene como objetivo aumentar la visibilidad de las revistas académicas de acceso abierto, promoviendo así su mayor uso e impacto.



#### International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)

El Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas para estandarizar la ética (ICMJE), es la entidad encargada de elaborar las recomendaciones ICMJE (recomendaciones para la conducta, informes, edición y publicación del trabajo académico en revistas médicas), las cuales son un conjunto de pautas elaboradas para la preparación y el formato de los manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas.

# Reducir la brecha: Investigación y difusión científica en cuidado crítico en un entorno con recursos limitados.

## *Bridging the gap: Research and scientific dissemination in critical care in a resource-limited setting.*

Este Congreso Internacional de Geriátría y Gerontología, articulado bajo el lema “Más allá del envejecimiento, hacia la longevidad saludable: más sensibles, más integrales, más transformadores”, representa con notable claridad el punto de inflexión conceptual que atraviesa actualmente la disciplina. Este tránsito no es meramente semántico; implica una reconfiguración epistemológica, clínica y política del campo del envejecimiento, alineada con los desarrollos contemporáneos en salud pública, biogerontología y sistemas de atención. En efecto, el envejecimiento poblacional constituye uno de los fenómenos más trascendentales del siglo XXI. La expectativa de vida global ha superado los 70 años, duplicando prácticamente los valores registrados a mediados del siglo XX, lo que ha generado una expansión sin precedentes del grupo etario de personas mayores (3). Sin embargo, esta transición demográfica ha evidenciado una paradoja crítica: el aumento de la longevidad no se ha acompañado proporcionalmente de un incremento en los años vividos con buena salud, funcionalidad y autonomía (3). En este contexto emerge el concepto de longevidad saludable, que trasciende el paradigma biomédico clásico centrado en la enfermedad y la supervivencia, para incorporar dimensiones funcionales, sociales y ambientales. La Organización Mundial de la Salud define el envejecimiento saludable como el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez (1). Este enfoque desplaza el eje desde la patología hacia la funcionalidad, integrando la capacidad intrínseca del individuo con los entornos en los que vive (1,2).

El congreso se sitúa precisamente en este cambio de paradigma. Su estructura —que integra ciencia básica, clínica geriátrica, salud pública, educación, simulación y gerontología social— refleja una comprensión sistémica del envejecimiento. No se trata ya de compartimentos disciplinares aislados, sino de un ecosistema de conocimiento interdependiente, coherente con la naturaleza multifactorial del envejecimiento humano (7).

### **De la enfermedad a la funcionalidad: un cambio de paradigma clínico**

Uno de los elementos más destacables del programa es la centralidad otorgada al deterioro funcional hospitalario, la fragilidad y la sarcopenia. Este enfoque evidencia un desplazamiento desde modelos centrados en enfermedades individuales hacia la comprensión de síndromes geriátricos complejos, en los que la funcionalidad se erige como el principal resultado clínico. La evidencia contemporánea ha demostrado que la multimorbilidad y la disfuncionalidad constituyen los principales determinantes de la carga de enfermedad en los adultos mayores (3). En consecuencia, la geriatría moderna ha adoptado estrategias como la valoración geriátrica integral, las unidades de cuidado agudo geriátrico y los programas de movilización precoz, orientados a preservar la independencia funcional. Este congreso, al priorizar estos temas y otorgar liderazgo a expertos clínicos de alto nivel, se alinea con la necesidad urgente de transformar los modelos hospitalarios tradicionales, aún excesivamente centrados en la enfermedad aguda y poco sensibles a la vulnerabilidad funcional.

### **La integración como eje: del paciente al sistema**

Otro aspecto fundamental es la insistencia en los modelos integrados de atención. La fragmentación de los sistemas de salud constituye uno de los principales obstáculos para el cuidado adecuado de las personas mayores. La coexistencia de múltiples enfermedades, las transiciones entre niveles de atención y la interacción con los determinantes sociales requieren enfoques coordinados. La Organización Mundial de la Salud ha enfatizado la necesidad de sistemas de atención integrados, centrados en la persona y orientados a la continuidad del cuidado (2). Este congreso recoge esa directriz al abordar redes comunitarias, atención primaria, cuidados de larga duración y transición hospital-domicilio. Lo relevante no es solo la inclusión de estos temas, sino también su articulación transversal con la clínica, la educación y la investigación. Esto sugiere una comprensión madura de que la transformación del abordaje del envejecimiento no puede lograrse únicamente desde la biomedicina, sino también a partir de la reorganización de los sistemas de cuidado.

### **Tecnología, inteligencia artificial y biología del envejecimiento**

El componente de innovación tecnológica y ciencia del envejecimiento constituye otro pilar estratégico del congreso. La inclusión de inteligencia artificial, big data, robótica asistencial y biomarcadores refleja la convergencia entre la geriatría y las ciencias de la complejidad. En paralelo, la biogerontología ha experimentado avances significativos en la comprensión de los mecanismos del

envejecimiento, incluidos procesos como la disfunción mitocondrial, la inflamación crónica y la senescencia celular (4). Este conocimiento ha abierto la puerta a intervenciones potencialmente modificadoras del proceso de envejecimiento, como los senolíticos (4). Sin embargo, estos avances también plantean interrogantes éticos y desafíos en términos de equidad. La longevidad saludable no puede convertirse en un privilegio de unos pocos. Como lo sugieren recientes iniciativas globales en investigación sobre longevidad, el desafío no consiste únicamente en extender la vida, sino en garantizar que sus beneficios sean accesibles, escalables y sostenibles (3).

### **Gerontología social y edadismo: El componente olvidado**

El lema del congreso enfatiza no solo lo “integral” y “transformador”, sino también lo “sensible”. Esta dimensión se refleja en la inclusión de temas como edadismo, género, diversidad, redes sociales y entornos amigables. El envejecimiento no es únicamente un fenómeno biológico; es también una construcción social profundamente influenciada por determinantes como la pobreza, la educación y la exclusión. Las desigualdades sociales condicionan la forma en que las personas envejecen y su acceso a los servicios de salud (3). El abordaje del edadismo resulta particularmente relevante. La discriminación por edad continúa siendo una barrera estructural en los sistemas de salud y en la sociedad, limitando el acceso a tratamientos, investigación y participación social. Incorporar esta discusión en un congreso clínico constituye, en sí mismo, un acto transformador.

### **Educación, simulación y profesionalización: el futuro de la geriatría**

La inclusión de ejes dedicados a la educación geriátrica, la simulación clínica y la formación interdisciplinaria evidencia una comprensión estratégica: no hay transformación sin capital humano capacitado. La complejidad del paciente geriátrico exige competencias específicas que trascienden la formación médica tradicional. La simulación clínica, por ejemplo, permite entrenar habilidades no técnicas —como la comunicación, la toma de decisiones y el trabajo en equipo—, esenciales en el manejo de pacientes frágiles. Asimismo, la incorporación de tecnologías educativas, como la realidad virtual y las plataformas digitales, anticipa una transición hacia modelos de formación más flexibles, accesibles y adaptados a las necesidades contemporáneas (7).

### **Una agenda para la década de la longevidad saludable**

Este congreso no es un evento aislado; se inscribe en una agenda global más amplia, como la Década del Envejecimiento Saludable (2021–2030), que promueve acciones coordinadas para mejorar la calidad de vida de las personas mayores (6). La evidencia sugiere que promover el envejecimiento saludable requiere intervenciones multicomponentes, entre ellas la prevención de enfermedades crónicas, el fortalecimiento de los sistemas de salud, el desarrollo de entornos amigables y la reducción de las inequidades (3). Este congreso recoge estos elementos y los traduce en un programa académico coherente y actualizado.

### **Conclusión: De la geriatría reactiva a la geriatría transformadora**

El verdadero valor de este congreso radica en su coherencia conceptual. No se limita a presentar avances aislados, sino que propone una narrativa integrada del envejecimiento contemporáneo. El paso de “envejecer” a “vivir más y mejor” implica una transformación profunda de la medicina, la sociedad y la política. Significa abandonar modelos reactivos centrados en la enfermedad para adoptar enfoques proactivos, preventivos y centrados en la persona. En este sentido, el lema “Más allá del envejecimiento, hacia la longevidad saludable” no es solo una declaración aspiracional, sino también una hoja de ruta. Una hoja de ruta que exige sistemas más sensibles a la vulnerabilidad, más integrales en su abordaje y más transformadores en su impacto. La pregunta ya no es si podemos vivir más años —eso ya es una realidad—, sino si somos capaces de garantizar que esos años sean vividos con dignidad, autonomía y sentido. Este congreso sugiere que la respuesta, aunque compleja, comienza a tomar forma.

### **REFERENCIAS**

1. World Health Organization. Progress report on the United Nations decade of healthy ageing, 2021-2023. World Health Organization, 2023.
2. Organización Mundial de la Salud, et al. Medición del progreso y el impacto del Decenio de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable (2021-2030): marco e indicadores recomendados por el Grupo Asesor Técnico de la OMS. 2024.
3. Gianfredi V, Nucci D, Pennisi F, Maggi S, Veronese N, Soysal P. Aging, longevity, and healthy aging: the public health approach. *Aging Clin Exp Res.* 2025; 37(1):125. DOI: 10.1007/s40520-025-03021-8
4. Rasmussen LJ, Sander M, Wewer UM, Bohr VA. Aging, longevity and health. *Mech Ageing Dev.* 2011; 132(10):522-32. DOI: 10.1016/j.mad.2011.07.004.

5. WHO. Measuring healthy ageing: special issue. 2023.

6. Golubeva EY, Soloviev AG El Decenio de la OMS del Envejecimiento Saludable 2020-2030: una revisión de la concepción de políticas en el contexto de la gerontología // *Ekologiya cheloveka (Ecología Humana)*. 2023; 30(7):499-508. DOI: 10.17816/humeco568625

7. Menassa M et al. Conceptos y definiciones de envejecimiento saludable: una revisión sistemática y síntesis de modelos teóricos. *EClinicalMedicine* , 2023, vol. 56.

**Francisco Javier Tamayo-Giraldo**

Médico, Internista, Geriatra, Magister en Salud Pública, Gerente en Salud del Adulto Mayor  
Profesor Pontificia Universidad Javeriana Cali  
<https://orcid.org/0000-0002-9436-7465>  
[franciscoj.tamayo@javerianacali.edu.co](mailto:franciscoj.tamayo@javerianacali.edu.co)

Editor invitado  
Santiago de Cali, mayo 2026

# Interseccionalidad y Derechos Humanos de Personas Mayores en Colombia.

## *Intersectionality and Human Rights of Older Adults in Colombia.*

Carlos Arturo Robledo-Marín<sup>1,a</sup>

1. Licenciado en Educación, Magister en Desarrollo, Especialista en Gerencia de la Protección Social, Doctor en Humanidades, Postdoctor en Salud Pública.

a. Fundación Opción Colombia FUNDACOL (Colombia).

### CORRESPONDENCIA

Carlos Arturo Robledo Marín  
Fundación Opción Colombia FUNDACOL  
E-mail: [direccionejecutiva@fundacol.com](mailto:direccionejecutiva@fundacol.com)

### CONFLICTO DE INTERESES

El autor del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

El envejecimiento en Colombia constituye un proceso social complejo atravesado por desigualdades estructurales que condicionan el acceso, conocimiento y ejercicio efectivo de los derechos humanos de las personas mayores. Aunque el aumento de la esperanza de vida representa un logro demográfico y sanitario, este no se traduce homogéneamente en mejores condiciones de vida. Desde una perspectiva interseccional, este trabajo analiza cómo variables como género, nivel educativo, condición socioeconómica, territorio, salud, discapacidad y redes de apoyo configuran experiencias diferenciadas de envejecimiento y vulnerabilidad. El análisis se basa en un estudio cuantitativo realizado con 2.506 personas mayores en Bucaramanga, Medellín, Pereira, Popayán y Santa Marta. Los resultados muestran que, aunque el 58,1 % afirma conocer los derechos humanos, el 64,4 % desconoce los mecanismos de protección, el 92,1 % considera que sus derechos no han sido vulnerados y el 96,2 % no ha acudido a instancias judiciales. Estos hallazgos evidencian barreras estructurales y simbólicas que limitan el ejercicio efectivo de los derechos. Se identifican mayores niveles de vulnerabilidad en mujeres mayores

con baja escolaridad, escaso apoyo social y múltiples enfermedades. Se concluye que garantizar los derechos humanos en la vejez requiere políticas públicas con enfoque interseccional, orientadas a reducir desigualdades y fortalecer el acceso a la justicia.

### REFERENCIAS

1. Robledo-Marín CA, Duque-Sierra CP, Hernández-Calle JA, Ruiz-Vélez MA, Zapata-Monsalve RB. Envejecimiento, calidad de vida y políticas públicas en torno al envejecimiento y la vejez. *Rev CES Derecho*. 2022; 13(2):132-160.
2. Gómez-Rúa NE, Cardona-Arango D, Mira-González CM, Segura-Cardona A, Robledo-Marín CA. Derechos humanos de las personas mayores: estudio en cinco ciudades de Colombia durante el 2021. *Verba Iuris*. 2023; 49:153-172.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015.
5. Organización de los Estados Americanos. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Washington DC: OEA; 2017.

Robledo-Marín CA. Interseccionalidad y derechos humanos de personas mayores en Colombia. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):15.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

## Ponencias

# Valoración geriátrica integral en oncogeriatría.

## *Comprehensive Geriatric Assessment in Geriatric Oncology.*

David Ricardo González<sup>1,a</sup>

1. Médico, Especialista en Medicina Interna, Especialista en Geriatria, Subespecialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos, Profesor Universidad de Caldas.

a. Universidad de Caldas (Colombia).

### CORRESPONDENCIA

David Ricardo González  
Universidad de Caldas (Colombia).  
E-mail: davidr.gonzalez@ucaldas.edu.co

### CONFLICTO DE INTERESES

El autor del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

El envejecimiento poblacional global ha transformado la oncología, convirtiendo a los adultos mayores de 65 años en la mayoría de los pacientes con cáncer. La evidencia científica reciente, respaldada por numerosos ensayos clínicos, demuestra que la Valoración Geriátrica Integral (VGI) reduce la toxicidad grave del tratamiento oncológico entre un 10% y un 21%, además de aumentar las tasas de finalización de la terapia sin comprometer la supervivencia global. Como resultado, las guías actualizadas de ASCO y ESMO/SIOG recomiendan firmemente la VGI para todo adulto mayor candidato a terapia sistémica. Sin embargo, persisten importantes barreras para su implementación a nivel global, entre ellas la falta de tiempo en la consulta, la escasez de especialistas y las limitaciones presupuestarias, desafíos que se magnifican en los países de ingresos bajos y medios (LMIC). Para cerrar esta brecha, han surgido herramientas de tamizaje ágiles —como G8 y PGA—, así como modelos híbridos con telemedicina y estrategias de redistribución de tareas.

### REFERENCIAS

1. Mohile Sg, Dale W, Somerfield MR,

- Schionber MA, et al. Practical Assessment And Management Of Vulnerabilities In Older Patients Receiving Chemotherapy: ASCO Guideline For Geriatric Oncology. *J Clin Oncol*. 2018; 36(22):2326-2347.
2. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC). Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2024; Bogotá, D.C. 2025.
3. Dale W, Klepin HD, Williams GR, Alibhai SMH, et al. Practical Assessment and Management of Vulnerabilities in Older Patients Receiving Systemic Cancer Therapy: ASCO Guideline Update. *J Clin Oncol*. 2023; 41:4293-4312.
4. Loh KP, Liposits G, Arora SP, Papamichael D. et al. Adequate assessment yields appropriate care—the role of geriatric assessment and management in older adults with cancer: a position paper from the ESMO/SIOG Cancer in the Elderly Working Group. *ESMO Open*, 2024; 9.
5. DuMontier et al. Decision Making in Older Adults With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2021; 39(19):2164-2174.

González DR. Valoración geriátrica integral en oncogeriatría. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):16.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

## Ponencias

# La conexión social en la vejez: de las desigualdades estructurales a la justicia relacional.

## *Social Connection in Old Age: From Structural Inequalities to Relational Justice.*

David Osorio-García<sup>1,a</sup>

1. Antropólogo, Magister en Ciencias Sociales, Magister en Ciencias Humanas y Sociales, Profesor Universidad de Caldas.

a. Universidad de Caldas (Colombia).

### CORRESPONDENCIA

David Osorio García  
Universidad de Caldas (Colombia).  
E-mail: david.osorio@ucaldas.edu.co

### CONFLICTO DE INTERESES

El autor del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

La comprensión de las desigualdades en la vejez suele limitarse a una dimensión económica, dejando de lado la complejidad de los procesos relacionales que configuran esta etapa. Este trabajo propone incorporar la conexión social como eje central del análisis del bienestar, cuestionando la visión transaccional predominante de las redes de soporte social y planteando la noción de sostén relacional como alternativa conceptual. Desde la perspectiva de Osorio-García y Klein, la vejez se entiende como un tránsito psicosocial marcado por la pérdida de roles y la búsqueda de reconocimiento social. En este contexto, las redes de soporte actúan como estructuras de anclaje ontológico que permiten preservar la cohesión identitaria frente a la invisibilización social de la vejez. Sin embargo, el acceso a bienes relacionales y vínculos significativos es desigual. Las trayectorias de exclusión social suelen traducirse en precariedad vincular, limitando la densidad y calidad de las relaciones en la vejez. Se argumenta que esta precariedad constituye una forma de injusticia relacional que afecta la estabilidad psicosocial de las personas mayores. Por ello, integrar los bienes relacionales en los marcos de justicia resulta fundamental para promover

una vejez sustentada en el reconocimiento, la reciprocidad y el florecimiento humano.

### REFERENCIAS

1. Osorio-García D. Sostén relacional: una propuesta comprensiva sobre la dinámica entre redes de soporte social y bienestar en la vejez. *Popul Ageing Lat Am.* 2026;(5):155-66.
2. Klein A. Promesa extinguida o promesa en estado de fluido: continuidades y discontinuidades de los adultos mayores hoy. *Psicol Soc.* 2013; 25(1):213-9. DOI: 10.1590/S0102-71822013000100023
3. Donati P. *Transcending Modernity with Relational Thinking.* 1st Edition. New York,: Routledge; 2021.
4. Carstensen LL. Socioemotional Selectivity Theory: The Role of Perceived Endings in Human Motivation. Meeks S, editor. *The Gerontologist.* el 15 de noviembre de 2021; 61(8):1188-96.
5. Gheaus A. Personal relationship goods. En: Zalta EN, Nodelman U, editores. *The Stanford encyclopedia of philosophy* [Internet]. Winter 2022. Metaphysics Research Lab, Stanford University; 2022. Disponible en: <https://plato.stanford.edu/archives/win2022/entries/personal-relationship-goods/>

Osorio-García D. La conexión social en la vejez: de las desigualdades estructurales a la justicia relacional. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):17.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

## Ponencias

# Actividad física, impacto sobre la capacidad funcional y el deterioro funcional hospitalario en adultos mayores.

## *Physical Activity, Its Impact on Functional Capacity, and Hospital-Associated Functional Decline in Older Adults.*

Eder Peña-Quimbaya<sup>1,a</sup>

1. Educador Físico, Especialista en Sistemas de Información Geográfica, Magister en Educación, Doctor en Ciencias de la Motricidad Humana, Profesor Universidad de Caldas.

a. Universidad de Caldas (Colombia).

### CORRESPONDENCIA

Eder Peña Quimbaya  
Universidad de Caldas (Colombia).  
E-mail: [eder.pena@ucaldas.edu.co](mailto:eder.pena@ucaldas.edu.co)

### CONFLICTO DE INTERESES

El autor del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

El deterioro funcional hospitalario constituye una de las complicaciones más frecuentes en adultos mayores hospitalizados y se caracteriza por la pérdida de independencia en las actividades de la vida diaria durante o después de la hospitalización. Este fenómeno afecta entre el 30 % y el 40 % de los pacientes mayores y se asocia con institucionalización, rehospitalización y aumento de la mortalidad. En este contexto, la actividad física hospitalaria ha sido identificada como un factor modificable clave para preservar la capacidad funcional. Esta comprende movimientos cotidianos como la deambulaci3n, los cambios posturales y las transferencias funcionales. Sin embargo, estudios con acelerometr3a muestran que los adultos mayores hospitalizados permanecen entre el 80% y el 90% del tiempo en comportamiento sedentario. Esta inactividad favorece p3rdida muscular, disminuci3n de la fuerza, deterioro del equilibrio y reducci3n de la movilidad, afectando directamente la capacidad funcional. La evidencia sugiere que mayores niveles de actividad f3sica durante la hospitalizaci3n se asocian con mejor preservaci3n funcional, menor estancia hospitalaria y mayor probabilidad de retorno al domicilio. Por

ello, estrategias como movilizaci3n temprana, reducci3n del reposo en cama y monitoreo mediante tecnolog3as port3tiles representan intervenciones fundamentales para prevenir discapacidad y mejorar los desenlaces cl3nicos en geriatr3a.

### REFERENCIAS

1. Hao X, Zhang H, Zhao X, Peng X, Li K. Risk factors for hospitalization-associated disability among older patients: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2024; 101:102516.
2. Pavon JM, et al. Accelerometer-measured hospital physical activity and hospital-acquired disability in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68(2):261-265.
3. Loyd C, et al. Prevalence of hospital-associated disability in older adults: a meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc.* 2020; 21(4):455-461.
4. Tasheva P, et al. Association between physical activity levels in the hospital setting and hospital-acquired functional decline in elderly patients. *JAMA Netw Open.* 2020; 3(1):e1920185.
5. Lim SER, Ibrahim K, Sayer AA, Roberts HC. Assessment of physical activity of hospitalised older adults: a systematic review. *J Nutr Health Aging.* 2018; 22(3):377-386.

Peña-Quimbaya E. Actividad física, impacto sobre la capacidad funcional y el deterioro funcional hospitalario en adultos mayores. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):18.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribuci3n – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versi3n PDF siempre que sea reconocida la autor3a y el texto no tenga modificaciones de ning3n tipo.

# Farmacología antienvjecimiento.

## *Anti-Aging Pharmacology.*

Edison Pineda-Arredondo<sup>1,a</sup>

1. Médico, Especialista en Medicina Interna,  
Especialista en Geriátria.

a. Fundación Clínica Universitaria Bolivariana.

### CORRESPONDENCIA

Edison Pineda Arredondo  
Fundación Clínica Universitaria Bolivariana  
E-mail: [edisonpinedaa@gmail.com](mailto:edisonpinedaa@gmail.com)

### CONFLICTO DE INTERESES

El autor del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

El envejecimiento es un fenómeno fisiológico natural cuyo mecanismo exacto aún no se comprende completamente. En los últimos años, se han descrito las llamadas “características distintivas del envejecimiento”, procesos moleculares y celulares relacionados con el deterioro progresivo asociado a la edad. Estos avances han impulsado el desarrollo de estrategias farmacológicas orientadas a modificar, retrasar o revertir dichos procesos. Entre las principales aproximaciones se encuentran los senolíticos y senomórficos, dirigidos a eliminar células senescentes o bloquear su fenotipo secretor inflamatorio. Algunos compuestos estudiados incluyen navitoclax, rapamicina, digoxina e inhibidores SGLT2. Otra estrategia busca aumentar los niveles de NAD, molécula esencial en la reparación del ADN, metabolismo e inmunidad celular, mediante sustancias como resveratrol y apigenina. Asimismo, se investigan mecanismos antioxidantes y antiinflamatorios para reducir el daño por especies reactivas de oxígeno, utilizando compuestos como curcumina, fisetina y ácido  $\alpha$ -lipoico.

Otras líneas incluyen activación de la telomerasa, terapia celular, reprogramación

celular, restricción calórica y ejercicio físico. Aunque estas estrategias podrían favorecer un envejecimiento saludable, persisten importantes interrogantes éticos relacionados con la prolongación de la vida y la intervención sobre el proceso natural de envejecimiento.

### REFERENCIAS

1. Guarente L, Sinclair DA, Kroemer G. Human trials exploring anti-aging medicines. *Cell Metab.* 2024; 36(2):354-376.
2. Tartiere AG, Freije JMP, López-Otín C. The hallmarks of aging as a conceptual framework for health and longevity research. *Front Aging.* 2024; 5:1334261.
3. Delrue C, Speeckaert R, Speeckaert MM. Rewinding the Clock: Emerging Pharmacological Strategies for Human Anti-Aging Therapy. *Int J Mol Sci.* 202; 26(19):9372.
4. Wei Y, et al. Aging and anti-aging strategies: A review of past and future therapeutics. *Bioorg Med Chem.* 2025;129:118340.
5. Li WY, et al. Advancements in research on the anti-aging effects and mechanisms of flavonoids in natural products. *Front Med (Lausanne).* 2025; 12:1637992.

Pineda-Arredondo E. Farmacología antienvjecimiento. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):19.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

# Manejo no farmacológico del dolor.

## *Non-pharmacological pain management.*

Felipe Marulanda-Mejía<sup>1,a</sup>

1. Médico, Especialista en Medicina Interna, Especialista en Geriátrica, Magister en Educación.

a. Universidad de Caldas (Colombia).

### CORRESPONDENCIA

Felipe Marulanda Mejía  
Universidad de Caldas (Colombia)  
E-mail: felipe.marulanda@ucaldas.edu.co

### CONFLICTO DE INTERESES

El autor del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

Aunque el tratamiento tradicional del dolor ha sido predominantemente farmacológico, en la actualidad el manejo del dolor crónico en adultos mayores se orienta hacia enfoques multidimensionales e interdisciplinarios, enfocados no solo en el control del dolor, sino también en la preservación de la funcionalidad, la participación social y la calidad de vida. La atención interdisciplinaria ha demostrado beneficios en la reducción del dolor, la discapacidad y comorbilidades frecuentes como depresión y ansiedad. Entre las terapias no farmacológicas con mayor evidencia en adultos mayores destacan el ejercicio físico supervisado, la terapia cognitivo-conductual, la estimulación eléctrica transcutánea, la acupuntura, las modalidades térmicas y las terapias manuales. El ejercicio constituye la intervención con mayor respaldo científico, especialmente en osteoartritis, lumbalgia, fibromialgia y dolor musculoesquelético, con beneficios moderados sobre dolor, función y calidad de vida, además de un perfil de seguridad favorable. Las intervenciones psicológicas, como mindfulness y manejo del estrés, muestran beneficios modestos, particularmente en contextos multidisciplinarios. Las guías

del *American College of Physicians* y *NICE* recomiendan educación, ejercicio y terapias psicológicas como primera línea en el manejo del dolor crónico, reservando el tratamiento farmacológico para casos refractarios.

### REFERENCIAS

1. Wickson-Griffiths A., Kaasalainen S., & Herr K. Interdisciplinary approaches to managing pain in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2016; 32(4):693-704.
2. Benjamin DG. Pain management in elderly: A challenge to practicing clinician. *IJRCI*. 2015; 3(S1).
3. Tian S, et al. Comparative Efficacy of Various Exercise Modalities and Doses in Reducing Pain and Improving Function in Older Adults With Knee or Hip Osteoarthritis: A Bayesian Network and Dose-Response Meta-Analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2025.
4. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic Pain: An Update on Burden, Best Practices, and New Advances. *Lancet*. 2021.
5. Rizzo RR, et al. Non-Pharmacological and Non-Surgical Treatments for Low Back Pain in Adults: An Overview of Cochrane Reviews. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2025.

Marulanda-Mejía F. Manejo no farmacológico del dolor. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):20.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

# Dolor en artrosis: ¿Qué opciones tenemos?

## *Pain in Osteoarthritis: What Options Do We Have?*

Carlos Orjuela-Rolón<sup>1,a</sup>

1. Médico, Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.

a. Centro de Memoria y Cognición Intellectus del Hospital Universitario San Ignacio

### CORRESPONDENCIA

Carlos Orjuela Rolón  
Centro de Memoria y Cognición Intellectus del Hospital Universitario San Ignacio

### CONFLICTO DE INTERESES

El autor del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

La artrosis constituye una de las principales causas de dolor crónico, discapacidad y pérdida de funcionalidad en las personas mayores. Su impacto trasciende el dolor articular, afectando la movilidad, la independencia y la calidad de vida, además de asociarse con aislamiento social, trastornos del sueño, ansiedad y depresión. En la población geriátrica, el abordaje terapéutico debe considerar no solo la intensidad del dolor, sino también la fragilidad, la multimorbilidad, la polifarmacia y el riesgo de eventos adversos asociados al tratamiento. En este contexto, el manejo del dolor por artrosis requiere una estrategia multimodal centrada en la preservación de la autonomía y la funcionalidad. Las intervenciones no farmacológicas constituyen la base del tratamiento e incluyen ejercicio físico supervisado, fortalecimiento muscular, entrenamiento del equilibrio, pérdida de peso, educación y terapia ocupacional. Estas estrategias han demostrado beneficios en la reducción del dolor y la mejoría funcional, con un perfil de seguridad favorable en adultos mayores. El tratamiento farmacológico debe individualizarse según las características clínicas y funcionales del paciente. Analgésicos como acetaminofén, antiin-

flamatorios tópicos y algunos fármacos adyuvantes pueden utilizarse con precaución, priorizando siempre la menor dosis efectiva y minimizando riesgos. Un enfoque interdisciplinario permite optimizar el control del dolor, prevenir discapacidad y favorecer un envejecimiento más activo e independiente.

### REFERENCIAS

1. Hunter DJ, et al. Lancet. Osteoarthritis. 2019; 393(10182).
2. Bannuru RR, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage. 2019; 27(11).
3. Kolasinski SL, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. Arthritis Rheumatol. 2020;72(2).

Orjuela-Rolón C. Dolor en artrosis: ¿Qué opciones tenemos? *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):21.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

## Ponencias

# Rehabilitación en el síndrome cognitivo-motor: Una mirada hacia la prevención de la demencia.

## *Rehabilitation in Cognitive-Motor Syndrome: A Perspective Toward Dementia Prevention*

Carlos Orjuela-Rolón<sup>1,a</sup>

1. Médico, Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.

a. Centro de Memoria y Cognición Intellectus del Hospital Universitario San Ignacio

### CORRESPONDENCIA

Carlos Orjuela Rolón  
Centro de Memoria y Cognición Intellectus del Hospital Universitario San Ignacio

### CONFLICTO DE INTERESES

El autor del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

El síndrome de riesgo cognitivo-motor (MCR, por sus siglas en inglés) constituye una entidad clínica emergente caracterizada por la presencia simultánea de marcha lenta y quejas cognitivas subjetivas en ausencia de demencia establecida. Este síndrome ha adquirido relevancia por su asociación con un mayor riesgo de deterioro cognitivo, caídas, discapacidad y progresión hacia demencia, convirtiéndose en un potencial marcador temprano de vulnerabilidad neurodegenerativa. La interacción entre alteraciones motoras y cognitivas sugiere mecanismos fisiopatológicos compartidos relacionados con fragilidad, inflamación, enfermedad cerebrovascular y disminución de la reserva funcional. En este contexto, la rehabilitación integral ha surgido como una estrategia prometedora para ralentizar el deterioro funcional y cognitivo en personas mayores con síndrome de riesgo cognitivo-motor. Intervenciones multidominio que combinan ejercicio físico, entrenamiento de la marcha y el equilibrio, estimulación cognitiva, educación y promoción de hábitos saludables han mostrado beneficios en la movilidad, la función ejecutiva y la autonomía funcional. Particularmente, el ejercicio multicomponente y las activida-

des duales —que integran tareas motoras y cognitivas— han demostrado efectos positivos sobre la plasticidad cerebral y el desempeño funcional. La evidencia local disponible sugiere resultados favorables en la ralentización del deterioro funcional, destacando la importancia de identificar tempranamente este síndrome para implementar intervenciones preventivas orientadas a preservar la independencia y retrasar la progresión hacia demencia.

### REFERENCIAS

1. Cano-Gutierrez C, et al. J Alzheimers Dis. 2020; 77(1).
2. Montero-Odasso M, et al. Gait Disorders in Alzheimer's Disease and Other Dementias: There is Something in the Way You Walk. J Alzheimers Dis. 2019;70(s1).
3. Cano-Gutierrez C, et al. Sensor augmented insulin pump therapy in older adults: impact on self-rated health and glycemic control. J Am Med Dir Assoc. 2017; 18(6):545-547

Orjuela-Rolón C. Rehabilitación en el síndrome cognitivo-motor: Una mirada hacia la prevención de la demencia. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):22.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

# Neuroplasticidad en el adulto mayor.

## *Neuroplasticity in Older Adults.*

Felipe Marulanda-Mejía<sup>1,a</sup>

1. Médico, Especialista en Medicina Interna, Especialista en Geriátrica, Magister en Educación.

a. Universidad de Caldas (Colombia).

### CORRESPONDENCIA

Felipe Marulanda Mejía  
Universidad de Caldas (Colombia).  
E-mail: felipe.marulanda@ucaldas.edu.co

### CONFLICTO DE INTERESES

El autor del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

La neuroplasticidad es la capacidad del cerebro para adaptarse estructural y funcionalmente a procesos de aprendizaje, envejecimiento y recuperación de lesiones. Incluye mecanismos como plasticidad sináptica, neurogénesis, conectividad neuronal y reorganización funcional de redes cerebrales. Durante el envejecimiento se preserva gran parte de la estructura neuronal, pero disminuyen las conexiones sinápticas, la conectividad y la capacidad adaptativa del hipocampo, favoreciendo deterioro cognitivo y enfermedades neurodegenerativas. La evidencia actual muestra que el ejercicio físico constituye una de las estrategias más relevantes para estimular la neuroplasticidad. El ejercicio mejora la conectividad estructural y funcional, favorece la plasticidad sináptica y aumenta mediadores neuroprotectores como el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), fundamental para memoria, aprendizaje y supervivencia neuronal. Asimismo, el ejercicio induce la liberación de exerquinas —mioquinas, adipocinas y hepatocinas— como irisina, catepsina B, IGF-1 y adiponectina, moléculas capaces de atravesar la barrera hematoencefálica y modular procesos neuroinflamatorios, metabólicos y regenerativos. Adicional-

mente, el ejercicio influye sobre la microbiota intestinal, el metabolismo energético cerebral y mecanismos antiinflamatorios asociados al envejecimiento saludable. Estos hallazgos respaldan el papel del ejercicio como intervención clave para preservar función cognitiva, promover neuroplasticidad y favorecer un envejecimiento cerebral saludable.

### REFERENCIAS

1. Tari AR, et al. Neuroprotective Mechanisms of Exercise and the Importance of Fitness for healthy Brain Ageing. Lancet. 2025.
2. Maddock RJ, Casazza GA, Fernandez DH, Maddock MI. Acute modulation of cortical glutamate and GABA content by physical activity. J Neurosci 2016; 36: 2449–57.
3. Won J, et al. Evidence for exercise-related plasticity in functional and structural neural network connectivity. Neurosci Biobehav Rev 2021; 131: 923-40.
4. Dinoff A, et al.. The effect of acute exercise on blood concentrations of brain-derived neurotrophic factor in healthy adults: a meta-analysis. Eur J Neurosci 2017; 46: 1635-46.

Marulanda-Mejía F. Neuroplasticidad en el adulto mayor. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):23.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

## Ponencias

# La sepsis como acelerador del envejecimiento endotelial.

## *Sepsis as an Accelerator of Endothelial Aging.*

Jhan Saavedra-Torres<sup>1,a</sup>

1. Médico, Especialista en Medicina Familiar, Magister en Inmunología, Magister en Cuidados Paliativos.

a. Universidad Santiago de Cali (Colombia).

### CORRESPONDENCIA

Jhan Saavedra Torres  
Universidad Santiago de Cali (Colombia)  
E-mail: [jhansaavedra2020@gmail.com](mailto:jhansaavedra2020@gmail.com)

### CONFLICTO DE INTERESES

El autor del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

El envejecimiento vascular constituye un determinante central de fragilidad biológica, enfermedad cardiovascular y pérdida de reserva fisiológica en las personas mayores. En este proceso, el endotelio desempeña un papel fundamental al regular la homeostasis vascular, la respuesta inflamatoria y la función de barrera. Con el envejecimiento, las células endoteliales acumulan daño oxidativo, disfunción mitocondrial y reducción de la biodisponibilidad de óxido nítrico, favoreciendo un estado de senescencia celular acompañado por un fenotipo proinflamatorio persistente. Estas alteraciones promueven rigidez arterial, disfunción microvascular y un entorno protrombótico. La sepsis representa uno de los mayores estresores biológicos para el endotelio. Durante este proceso, la exposición sistémica a citocinas, especies reactivas de oxígeno y mediadores inflamatorios activa vías moleculares similares a las del envejecimiento vascular, incluyendo daño al ADN, activación de NF-κB y disfunción endotelial. Evidencia experimental y clínica sugiere que muchas células endoteliales no recuperan completamente su estado basal tras la sepsis, desarrollando un fenotipo persistente de senescencia inducida por

estrés. Este modelo de envejecimiento endotelial acelerado podría explicar el mayor riesgo cardiovascular, deterioro funcional y mortalidad tardía observado en sobrevivientes de sepsis, posicionando a esta entidad como un modulador estructural del envejecimiento vascular.

### REFERENCIAS

1. Ungvari Z, et al. Mechanisms of Vascular Aging. *Circ Res.* 2018; 123(7):849-867.
2. Childs BG, et al. Cellular senescence in aging and age-related disease: from mechanisms to therapy. *Nat Med.* 2015; 21(12):1424-35.
3. Donato AJ, et al. Mechanisms of Dysfunction in the Aging Vasculature and Role in Age-Related Disease. *Circ Res.* 2018; 123(7):825-848.
4. Hotchkiss RS, Moldawer LL. Parallels between cancer and infectious disease. *N Engl J Med.* 2014; 371(4):380-3.
5. Singer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA.* 2016 ;315(8):801-10.

Saavedra-Torres J. La sepsis como acelerador del envejecimiento endotelial. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):24.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

## Ponencias

# Envejecimiento saludable y fenotipos de Fragilidad.

## *Healthy Aging and Frailty Phenotypes.*

Fernando Gómez-Montes<sup>1,a</sup>

1. Médico, Especialista en Medicina Interna, Especialista en Geriátrica, Coordinador Programa de Investigaciones en Gerontología y Geriátrica/ Facultad de Ciencias para la Salud.

a. Universidad de Caldas (Colombia).

### CORRESPONDENCIA

Fernando Gómez Montes  
Universidad de Caldas (Colombia)  
E-mail: [gomez.montes@ucaldas.edu.co](mailto:gomez.montes@ucaldas.edu.co)

### CONFLICTO DE INTERESES

El autor del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

El envejecimiento saludable promueve el mantenimiento de la capacidad funcional y el bienestar durante la vejez, desplazando el enfoque tradicional centrado en la enfermedad hacia un modelo orientado a preservar la autonomía y la funcionalidad, incluso en presencia de multimorbilidad. En este contexto, dos modelos clínicos han adquirido relevancia: la fragilidad y la capacidad intrínseca (CI). La fragilidad se caracteriza por la disminución de la reserva fisiológica y la mayor vulnerabilidad frente a estresores, aumentando el riesgo de discapacidad, dependencia y mortalidad. La CI, por su parte, integra las capacidades físicas y mentales necesarias para realizar actividades de la vida diaria y comprende dimensiones como locomoción, cognición, vitalidad, función sensorial y aspectos psicosociales. Ambos conceptos representan dimensiones dinámicas y multidimensionales de la reserva biológica. En los últimos años, el concepto de fragilidad ha evolucionado hacia distintos fenotipos que incluyen dominios físicos, cognitivos, psicológicos, sociales, nutricionales y sensoriales. Entre ellos destacan la fragilidad cognitiva, social, psicológica y biopsicosocial, todas asociadas con mayor vulnerabilidad y deterioro funcional.

La identificación de estos fenotipos permite comprender mejor la heterogeneidad del envejecimiento y orientar intervenciones preventivas y terapéuticas dirigidas a preservar funcionalidad, resiliencia y calidad de vida en las personas mayores.

### REFERENCIAS

1. WHO. World Report on Ageing and Health. Geneva: World Health Organization; 2015.
2. Yu Z, et al.. The Biological Rationale for Integrating Intrinsic Capacity Into Frailty Models. *Clin Interv Aging*. 2025; 20:273-286.
3. Hoogendijk EO; EPI-FRAIL consortium. Recent developments in frailty identification, management, risk factors and prevention: A narrative review of leading journals in geriatrics and gerontology. *Ageing Res Rev*. 2023; 91:102082.
4. Chacón-Valenzuela E, et al. Fragilidad cognitiva, un desafío en evolución. *Univ. Med*. 2019; 60(3).
5. Lameirinhas, Joanes, Arantxa Gorostiaga, and Igone Etxeberria. Definition and assessment of psychological frailty in older adults: A scoping review. *Ageing Research Reviews* 2024; 100:102442.

Gómez-Montes F. Envejecimiento saludable y fenotipos de Fragilidad. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):25.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

## Ponencias

# Reprogramando el envejecimiento: La ingeniería detrás de una longevidad saludable.

## *Reprogramming Aging: The Engineering Behind Healthy Longevity.*

Víctor Alfonso Solarte-David<sup>1,a</sup>

1. Médico, Especialista en Medicina Interna, Especialista en Geriatria, Coordinador Programa de Investigaciones en Gerontología y Geriatria/ Facultad de Ciencias para la Salud.

a. Universidad Autónoma de Bucaramang (Colombia).

### CORRESPONDENCIA

Víctor Alfonso Solarte David  
Universidad Autónoma de Bucaramanga  
(Colombia)  
E-mail: [vasolarte@unab.edu.co](mailto:vasolarte@unab.edu.co)

### CONFLICTO DE INTERESES

El autor del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

El envejecimiento humano puede entenderse como un proceso biológico dinámico en el que se acumulan fallas de mantenimiento, disminuye la capacidad de reparación y se altera la comunicación entre células y órganos. Desde esta perspectiva, el organismo funciona como un sistema complejo cuya resiliencia disminuye progresivamente, favoreciendo inflamación crónica, fragilidad y pérdida funcional. A nivel molecular, el envejecimiento involucra inestabilidad genómica, disfunción mitocondrial, pérdida de proteostasis y alteraciones epigenéticas que modifican la expresión génica y aceleran el deterioro celular. Paralelamente, la senescencia celular y la inmunosenescencia contribuyen a un entorno proinflamatorio asociado al envejecimiento biológico. La ciencia contemporánea busca intervenir sobre estos mecanismos para ralentizar el daño y preservar la funcionalidad, más que simplemente extender la vida. Estrategias como restricción calórica, ejercicio físico, control de inflamación crónica, optimización de la autofagia y terapias dirigidas a células senescentes han mostrado potencial para mejorar resiliencia y capacidad funcional. Actualmente, la reprogramación epigenética parcial representa una de

las fronteras más prometedoras, al sugerir que ciertos componentes de la edad biológica podrían ser reversibles. En este contexto, la longevidad saludable se plantea como una estrategia basada en prevención, monitoreo continuo y preservación de autonomía, cognición y calidad de vida.

### REFERENCIAS

1. López-Otín C, et al. The hallmarks of aging. *Cell*. 2013; 153(6):1194-1217.
2. López-Otín C, et al. Hallmarks of aging: An expanding universe. *Cell*. 2023; 186(2):243-278.
3. Horvath S. DNA methylation age of human tissues and cell types. *Genome Biol*. 2013; 14(10):R115.
4. Ocampo A, et al. In vivo amelioration of age-associated hallmarks by partial reprogramming. *Cell*. 2016; 167(7):1719-1733.e12.
5. Di Micco R, et al. Cellular senescence in ageing: from mechanisms to therapeutic opportunities. *Nat Rev Mol Cell Biol*. 2021; 22(2):75-95.

Solarte David VA. Reprogramando el envejecimiento: la ingeniería detrás de una longevidad saludable. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):26.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

## Ponencias

# Prevención del deterioro funcional hospitalario en personas mayores: Hacia un modelo salutogénico integrado de cuidado y bases fisiopatológicas.

## *Prevention of Hospital-Associated Functional Decline in Older Adults: Toward an Integrated Salutogenic Model of Care and Pathophysiological Foundations.*

Francisco Javier Tamayo-Giraldo<sup>1,a</sup>

1. Médico, Especialista en Medicina Interna, Especialista en Geriátrica, Magister en Salud Pública, Gerente en Salud del Adulto Mayor, Doctor (e) en Ciencias de la Salud.

a. Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia).

### CORRESPONDENCIA

Francisco Javier Tamayo Giraldo  
Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia).  
E-mail: francisjoj.tamayo@javerianacali.edu.co

### CONFLICTO DE INTERESES

El autor del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

El deterioro funcional asociado a la hospitalización (DFH) es una complicación frecuente en adultos mayores hospitalizados, especialmente en presencia de fragilidad y multimorbilidad. Se define como la pérdida de funcionalidad en actividades básicas de la vida diaria durante la hospitalización y afecta aproximadamente al 30–70 % de los pacientes mayores, asociándose con mayor mortalidad, institucionalización y dependencia. La evidencia actual indica que el DFH no depende exclusivamente de la enfermedad aguda, sino de la interacción entre vulnerabilidad biológica y factores hospitalarios como inmovilidad, inflamación sistémica, delirium e iatrogenia. La inmovilidad representa el principal mecanismo fisiopatológico, ya que los pacientes mayores permanecen sedentarios entre el 80 % y el 90 % del tiempo de hospitalización, favoreciendo sarcopenia aguda, pérdida de fuerza y deterioro funcional. La inflamación y el delirium amplifican este proceso, mientras que factores organizacionales del entorno hospitalario contribuyen significativamente a su desarrollo. La evidencia respalda la movilización temprana, el ejercicio intrahospitalario y la valoración geriátrica integral como estrategias efectivas para

preservar funcionalidad y reducir discapacidad. Asimismo, las intervenciones multicomponente dirigidas a movilidad, cognición, nutrición y optimización farmacológica muestran beneficios consistentes. Desde un enfoque salutogénico, el DFH puede interpretarse como un fracaso de la capacidad adaptativa frente al estrés hospitalario, resaltando la necesidad de modelos de atención centrados en resiliencia, movilidad y preservación funcional.

### REFERENCIAS

1. United Nations. World Population Ageing 2020.
2. Covinsky KE, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc.* 2003; 51(4):451-8.
3. Boyd C, et al. Decision Making for Older Adults With Multiple Chronic Conditions: Executive Summary for the American Geriatrics Society Guiding Principles on the Care of Older Adults With Multimorbidity. *J Am Geriatr Soc.* 2019; 67(4):665-673.
4. Gill TM, et al. Hospitalization, restricted activity, and the development of disability among older persons. *JAMA.* 2004; 292(17):2115-24.

Tamayo-Giraldo FJ. Prevención del deterioro funcional hospitalario en personas mayores: Hacia un modelo salutogénico integrado de cuidado y bases fisiopatológicas. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):27.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

# Políticas Públicas en Envejecimiento. Marco normativo Colombiano.

## *Public Policies on Aging: The Colombian Regulatory Framework.*

Alba Lucía Chavarriaga-Gómez<sup>1,a</sup>

1. Enfermera, Gerontóloga, Magíster en Terapia Familiar, Consejera Titular Consejo Nacional de Personas Mayores, Vicepresidente Asociación Nacional de Gerontología.

a. Universidad Católica de Oriente (Colombia).

### CORRESPONDENCIA

Alba Lucía Chavarriaga Gómez  
Universidad Católica de Oriente (Colombia)  
E-mail: achavarriaga@gmail.com

### CONFLICTO DE INTERESES

La autora del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

Desde la gerontología y el derecho se reconoce la necesidad de empoderar a las personas mayores para garantizar la exigibilidad y el ejercicio efectivo de sus derechos, avanzando hacia una sociedad más justa e inclusiva para todas las edades. En Colombia, el envejecimiento poblacional representa un desafío creciente que exige respuestas integrales desde las políticas públicas, el sistema de salud y el marco jurídico. La Constitución Política de 1991 establece la protección especial de las personas mayores y reconoce derechos fundamentales relacionados con la dignidad, la salud, la seguridad social y la igualdad. Asimismo, leyes como la 1850 de 2017, la 1996 de 2019 y la 2055 de 2020 fortalecen la protección frente al maltrato, promueven la autonomía y ratifican la Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores. El país también ha avanzado mediante la adopción de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez y la creación del Consejo Nacional de Personas Mayores. Sin embargo, persisten retos relacionados con la reglamentación, la articulación institucional y el acceso efectivo a la justicia. En este contexto, el fortalecimiento de las políticas públicas

y el reconocimiento del cuidado como eje fundamental resultan esenciales para garantizar una vejez digna, autónoma y con pleno ejercicio de derechos humanos.

### REFERENCIAS

1. Dabove MI. Derechos humanos de las personas mayores, acceso a la justicia y protección internacional. Segunda edición actualizada y ampliada. Editorial astrea. Univeridad del Rosario. 2018.
2. Constitución Política Nacional (CPN) 1991 Colombia.
3. Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 Colombia potencia mundial de la vida.
4. Encuesta Nacional del uso del tiempo libre. DANE. 2021.
5. Amartya K. La idea de la justicia. Sen 2009: 11.

Chavarriaga-Gómez AL. Políticas Públicas en Envejecimiento. Marco normativo Colombiano. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):28.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

# Integración e innovación en la práctica gerontológica.

## *Integration and Innovation in Gerontological Practice.*

Amira Torres-Barrios<sup>1,a</sup>

1. Gerontología.

a. Centro Gerontológico Integral S.A.S (Colombia).

### CORRESPONDENCIA

Amira Torres Barrios

Centro Gerontológico Integral S.A.S (Colombia)

E-mail: [amiratorresbarrios1@gmail.com](mailto:amiratorresbarrios1@gmail.com)

### CONFLICTO DE INTERESES

La autora del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

El envejecimiento poblacional representa uno de los principales desafíos sociales del siglo XXI, especialmente en contextos como el colombiano, caracterizados por una gran diversidad territorial y múltiples formas de envejecimiento. Esta realidad exige replantear las estrategias tradicionales de atención hacia modelos más integrales, innovadores y centrados en la persona. El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre la integración de modelos de atención humanizados, gestión pública e innovación social en la práctica gerontológica, a partir de experiencias desarrolladas en escenarios comunitarios e institucionales. La innovación en gerontología no debe limitarse al uso de herramientas tecnológicas, sino orientarse también hacia la transformación de los modelos de cuidado, priorizando la dignidad, la autonomía y las trayectorias de vida de las personas mayores. En este contexto, problemáticas como la soledad, el aislamiento y la fragilidad de las redes de apoyo demandan intervenciones sensibles a las necesidades emocionales y sociales de esta población. La experiencia profesional en centros de vida, proyectos comunitarios y espacios de formulación de políticas públicas ha permitido reconocer

la importancia de articular conocimiento técnico, sensibilidad humana y participación comunitaria. Así, el gerontólogo se consolida como un agente de cambio capaz de liderar modelos de cuidado más dignos, inclusivos y sostenibles, fortaleciendo una visión positiva y humanizada del envejecimiento.

### REFERENCIAS

1. Keating N. A research framework for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021-2030). *European Journal of Ageing*. 2022; 19(4):775-787.
2. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing: baseline report. Geneva: World Health Organization; 2021.
3. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): implementation framework. Geneva: World Health Organization; 2022.
4. Park M, et al. Patient- and family-centered care interventions for improving the quality of health care: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2022; 129:104211.
5. Masoudi N, et al. Loneliness and its correlation with self-care and activities of daily living among older adults: a partial least squares model. *BMC Geriatrics*. 2024; 24:621.

Torres-Barrios A. Integración e innovación en la práctica gerontológica. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Supl 3):29.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

# Autonomía como eje estructural de la longevidad saludable.

## *Autonomy as a Structural Axis of Healthy Longevity.*

Camila Andrea Castellanos-Roncancio<sup>1,a</sup>

1. Psicóloga, Magíster en Educación, Doctora (e) en Neurociencias.

a. Fundación Saldarriaga Concha (Colombia).

### CORRESPONDENCIA

Camila Andrea Castellanos Roncancio  
Fundación Saldarriaga Concha (Colombia)  
E-mail: [ccastellanos@saldarriagaconcha.org](mailto:ccastellanos@saldarriagaconcha.org)

### CONFLICTO DE INTERESES

La autora del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

El aumento sostenido de la esperanza de vida constituye uno de los mayores logros del desarrollo contemporáneo, pero también plantea importantes desafíos sociales, económicos e institucionales, especialmente en América Latina, donde la longevidad ocurre en contextos de desigualdad y sistemas de protección social fragmentados. Este análisis aborda los principales retos de la longevidad saludable desde una perspectiva estructural, proponiendo superar enfoques centrados únicamente en el individuo para reconocer la interdependencia como condición fundamental del envejecimiento. Uno de los principales desafíos es la brecha entre vivir más años y vivíroslos con bienestar. La alta carga de enfermedades crónicas, los problemas de salud mental y las limitaciones en la participación social afectan de manera significativa a las personas mayores, particularmente en contextos vulnerables. Asimismo, la insuficiencia de sistemas de cuidado y la sobrecarga de las familias evidencian la necesidad de construir modelos de atención más sostenibles y equitativos. El análisis también destaca cómo las desigualdades socioeconómicas, de género, discapacidad y territorio configuran trayectorias de envejecimiento

diferenciadas. A ello se suma la persistencia de narrativas que asocian la vejez con dependencia e improductividad. Frente a este escenario, se plantean estrategias basadas en autonomía, inclusión social, fortalecimiento comunitario y articulación intersectorial para avanzar hacia modelos de longevidad saludable más dignos e inclusivos.

### REFERENCIAS

1. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: WHO; 2015.
2. Beard JR, Bloom DE. Towards a comprehensive public health response to population ageing. *Lancet*. 2015; 385(9968):658-661.
3. Prince MJ, Wu F, Guo Y, et al. The burden of disease in older people. *Lancet*. 2015; 385(9967):549-562.
4. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005; 365(9464):1099-1104.
5. World Health Organization. Global report on ageism. Geneva: WHO; 2021.

Castellanos-Roncancio.CA. Autonomía como eje estructural de la longevidad saludable. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):30.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

## Ponencias

# Atención geriátrica inclusiva: claves para la atención en diversidad sexual y de género a lo largo del curso de vida.

## *Inclusive Geriatric Care: Key Approaches to Sexual and Gender Diversity Across the Life Course.*

Catalina Buitrago-Almanza<sup>1,a</sup>

1. Médica, Especialista en Sexualidad Humana, Magíster en Promoción de la Salud Sexual, Magíster en Salud Sexual y Sexología Clínica, Magíster en Salud Sexual y Reproductiva, Magíster (e) en Igualdad de género, Magíster (e) en Prevención de las violencias de género, Experta temática Grupo Desarrollador de la Guía de Práctica Clínica para la Atención Integral en Salud y Afirmación de Género de Personas Trans, Consultora Técnica.

a. Oficina de Promoción Social, Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia).

### CORRESPONDENCIA

Catalina Buitrago Almanza  
Oficina de Promoción Social, Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia)  
E-mail: [cbuitragoa@minsalud.gov.co](mailto:cbuitragoa@minsalud.gov.co)

### CONFLICTO DE INTERESES

La autora del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

El envejecimiento poblacional representa un desafío creciente para los sistemas de salud, particularmente en la atención de personas mayores con orientaciones sexuales e identidades de género diversas. Estas poblaciones enfrentan barreras estructurales asociadas a discriminación, estigmatización, invisibilización y deficiencias en la formación del talento humano en salud, las cuales impactan negativamente el acceso a servicios integrales y culturalmente competentes. La evidencia muestra mayores niveles de discriminación, retrasos en la consulta, abandono de tratamientos y menor adherencia a intervenciones preventivas en personas LGBT+, especialmente en personas trans, quienes además enfrentan dificultades relacionadas con el reconocimiento de su identidad de género y el acceso a servicios especializados. En geriatría, estas problemáticas se complejizan por factores como dependencia funcional, institucionalización y necesidad de redes de cuidado. La diversidad sexual y de género debe comprenderse como una dimensión estructural del envejecimiento y no como una condición excepcional. En Colombia, la Guía de Práctica Clínica para la Atención Integral en Salud y Afirmación de Género de Personas Trans representa

un avance importante hacia modelos de atención basados en derechos. Esta ponencia analiza las principales brechas en la atención geriátrica inclusiva y propone estrategias centradas en el reconocimiento de la identidad, el uso adecuado del lenguaje, la eliminación de supuestos heteronormativos y la incorporación de enfoques diferenciales en la práctica clínica.

### REFERENCIAS

1. Fredriksen-Goldsen KI, et al. Health disparities among LGBT older adults. *Am J Public Health*. 2011;101(10):1892–1900.
2. Institute of Medicine. *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people*. Washington DC: National Academies Press; 2011.
3. World Professional Association for Transgender Health (WPATH). *Standards of Care Version 8*. 2022.
4. World Health Organization. *Ageing and health*. Geneva: WHO; 2022.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. *Guía de práctica clínica para la atención integral en salud y afirmación de género de personas trans*. Bogotá: MSPS; 2025.

Buitrago-Almanza C. Atención geriátrica inclusiva: claves para la atención en diversidad sexual y de género a lo largo del curso de vida. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):31.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

## Ponencias

# Participación social e intergeneracionalidad como condiciones estructurales del envejecimiento saludable en contextos de desigualdad.

## *Social Participation and Intergenerationality as Structural Conditions for Healthy Aging in Contexts of Inequality.*

Julieta Rodríguez<sup>1,a</sup>

1. Líder Social, Presidenta, Fundación Provida Colombia.

a. Fundación Provida Colombia (Colombia).

### CORRESPONDENCIA

Julieta Rodríguez

Fundación Provida Colombia (Colombia)

E-mail: [julieta.rodriguez@fundacionprovida.org](mailto:julieta.rodriguez@fundacionprovida.org)

### CONFLICTO DE INTERESES

La autora del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

El envejecimiento poblacional plantea retos crecientes para las sociedades contemporáneas, especialmente en América Latina, donde las desigualdades sociales condicionan las trayectorias de envejecimiento. En este contexto, el envejecimiento saludable debe comprenderse más allá de dimensiones biomédicas, incorporando factores relacionales, comunitarios y territoriales que influyen directamente en el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores. Esta ponencia propone entender la participación social y la intergeneracionalidad como condiciones estructurales del envejecimiento saludable, al fortalecer vínculos, promover la inclusión y reconocer el papel activo de las personas mayores en la comunidad. La reflexión se sustenta en la experiencia de más de 50 años de la Fundación Provida Colombia, orientada a promover una longevidad con propósito mediante estrategias centradas en la autonomía, el sentido de pertenencia y la construcción de redes comunitarias. Se destaca el programa PACO, iniciativa intergeneracional con más de tres décadas de trayectoria en instituciones educativas de Bogotá, dirigida a fomentar empatía, respeto y reconocimiento hacia la vejez desde edades

tempranas. La experiencia evidencia que la participación comunitaria fortalece la autonomía, reconstruye redes de apoyo y favorece vínculos intergeneracionales sostenidos. Estos hallazgos coinciden con la evidencia internacional que reconoce la participación social y las relaciones significativas como determinantes fundamentales del bienestar en la vejez.

### REFERENCIAS

1. World Health Organization. Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva:WHO; 2020.
2. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: WHO; 2015.
3. Fundación Provida Colombia. Brandbook Fundación Provida. Bogotá: Provida; 2024.
4. Pan American Health Organization. Plan of action on the health of older persons. Washington DC: PAHO; 2009.
5. HelpAge International España. 40 años de HelpAge: ampliando horizontes [Internet].Madrid: HelpAge; 2024 [citado 2026 abr 15]. Disponible en: <https://www.helpage.es/40-anos-de-helpage-ampliando-horizontes/>

Rodríguez J. Participación social e intergeneracionalidad como condiciones estructurales del envejecimiento saludable en contextos de desigualdad. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):32.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

# Nuevas perspectivas en rehabilitación geriátrica en los grandes síndromes.

## *New Perspectives in Geriatric Rehabilitation in Major Geriatric Syndromes.*

Leidy Tatiana Ordoñez-Mora<sup>1,a</sup>

1. Fisioterapeuta, Especialista en Neurorehabilitación, Magíster en Neurorehabilitación, Doctora en Ciencias Aplicadas, Doctora en Ciencias de la Salud.

a. Universidad Santiago de Cali (Colombia).

### CORRESPONDENCIA

Leidy Tatiana Ordoñez Mora  
Universidad Santiago de Cali (Colombia)  
E-mail: [tatiana.ormora@gmail.com](mailto:tatiana.ormora@gmail.com)

### CONFLICTO DE INTERESES

La autora del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

Los grandes síndromes geriátricos constituyen condiciones clínicas complejas y multifactoriales que afectan de manera significativa la funcionalidad, la independencia y la calidad de vida de las personas mayores. Entre ellos se incluyen la fragilidad, las caídas, la inmovilidad, la incontinencia urinaria y el deterioro cognitivo, todos asociados con disminución de la reserva funcional, hospitalización, discapacidad e institucionalización. Su abordaje requiere una valoración geriátrica integral que permita identificar vulnerabilidades, capacidades residuales y factores modificables. La rehabilitación geriátrica representa un componente esencial en el manejo de estos síndromes, mediante intervenciones interdisciplinarias, individualizadas y centradas en objetivos funcionales. La evidencia demuestra que los programas multicomponente de ejercicio mejoran fuerza, equilibrio y funcionalidad en personas con fragilidad y reducen el riesgo de eventos adversos. Asimismo, en el síndrome de caídas, las estrategias personalizadas que combinan ejercicio, revisión farmacológica y adaptación del entorno muestran mejores resultados que las intervenciones estandarizadas. En pacientes con inmovilidad, la movilización

precoz previene sarcopenia y deterioro funcional, mientras que en deterioro cognitivo la participación de cuidadores y las rutinas estructuradas favorecen la adherencia terapéutica. Nuevas estrategias como danza terapéutica, realidad virtual y herramientas digitales emergen como alternativas prometedoras para fortalecer funcionalidad, motivación e interacción social en la rehabilitación geriátrica.

### REFERENCIAS

1. Cadore EL, et al. Effects of Different Exercise Interventions on Risk of Falls, Gait Ability, and Balance in Physically Frail Older Adults: A Systematic Review. *Rejuvenation Research*. 2013; 16(2):105-114.
2. Verstraeten LMG, et al. Geriatric Syndromes Frequently (Co)Occur in Geriatric Rehabilitation Inpatients: Restoring Health of Acutely Unwell Adults (RESORT) and Enhancing Muscle Power in Geriatric Rehabilitation (EMPOWER-GR). *Arch Phys Med Rehabil*. 2024; 105(10):1854-1861.
3. Caicedo-Pareja M. et al. Physical Exercise Intervention Characteristics and Outcomes in Frail and Pre-Frail Older Adults. *Geriatrics*. 2024; 9:163.

Ordoñez-Mora LT. Nuevas perspectivas en rehabilitación geriátrica en los grandes síndromes. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):33.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

# Diseñar para la longevidad: cómo vivir más años sin perder lugar, decisión, vínculo y sentido.

## *Designing for Longevity: How to Live Longer Without Losing Belonging, Agency, Connection, and Meaning.*

Juliana Gómez Corredor<sup>1,a</sup>

1. Diseñadora, Magíster en Diseño de Negocios.

a. Universidad de Los Andes (Colombia).

### CORRESPONDENCIA

Juliana Gómez Corredor  
Universidad de Los Andes (Colombia)  
E-mail: [j.gomez12@uniandes.edu.co](mailto:j.gomez12@uniandes.edu.co)

### CONFLICTO DE INTERESES

La autora del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

El envejecimiento poblacional exige replantear las respuestas sociales dirigidas a las personas mayores, superando enfoques edadistas que reducen la vejez a dependencia y pérdida. Diseñar para la longevidad implica reconocer la diversidad de trayectorias, capacidades y formas de participación existentes en esta etapa de la vida, situando en el centro la dignidad, la autonomía y el sentido de vida. Esta conferencia presenta una lectura territorial de la vejez construida a partir de talleres realizados en Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Manizales, en el marco del proyecto +60DatosPlateados, desarrollado junto a la Fundación Saldarriaga Concha. Participaron más de 150 personas mayores y actores vinculados a su cuidado y convivencia cotidiana. El análisis identificó ocho ejes compartidos: protagonismo, autonomía, emprendimiento, comunidad, recursos, propósito, dinero y visibilidad. Los hallazgos muestran que la autonomía no se relaciona únicamente con independencia funcional, sino con la capacidad de decidir en contextos de apoyo digno. Asimismo, el emprendimiento y la participación comunitaria emergen como formas de reconocimiento, pertenencia y construcción de propósito. Finalmente,

se propone que diseñar para la longevidad requiere pasar de modelos centrados en la compensación hacia enfoques de reconocimiento y activación, capaces de traducir las necesidades territoriales en entornos, servicios y experiencias más inclusivas y significativas.

### REFERENCIAS

1. Comincioli E, et al. Identifying and addressing implicit ageism in the co-design of services for aging people. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(13):7667.
2. Dankl K. Design age: Towards a participatory transformation of images of ageing. *Des Stud*. 2017; 48:30-42.
3. Dong Y, Dong H. Design empowering active aging: A resource-based design toolkit. *Int J Hum Comput Interact*. 2023; 39(3):601-611.
4. Clancy A, et al. The meaning of dignity for older adults: A meta-synthesis. *Nurs Ethics*. 2021; 28(6):878-894.
5. von Humboldt S, Low G, Leal I. What really matters in old age? A study of older adults' perspectives on challenging old age representations. *Social Sciences*. 2024; 13(11):565.

Gómez-Corredor J. Diseñar para la longevidad: cómo vivir más años sin perder lugar, decisión, vínculo y sentido. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):34.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

# La arquitectura genética del envejecimiento saludable.

## *The genetic architecture of healthy aging.*

Natalia García-Restrepo<sup>1,a</sup>

1. Médica, Especialista en Genética Médica, Especialista en Bioética, Magister en Bioinformática y Biología, Doctora (c) en Bioética.

a. Universidad de Caldas (Colombia).

### CORRESPONDENCIA

Natalia García Restrepo  
Universidad de Caldas (Colombia)  
E-mail: [natalia.garcia@ucaldas.edu.co](mailto:natalia.garcia@ucaldas.edu.co)

### CONFLICTO DE INTERESES

La autora del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

El envejecimiento saludable constituye uno de los principales desafíos biomédicos y de salud pública, debido a la necesidad de prolongar la funcionalidad y la autonomía durante la vejez. La arquitectura genética del envejecimiento saludable puede entenderse como la interacción entre variantes genéticas protectoras, mecanismos epigenéticos, regulación inflamatoria y factores ambientales modulables. Genes como FOXO3 y APOE se han asociado consistentemente con longevidad, resiliencia metabólica y menor carga de enfermedad relacionada con la edad. Los estudios en centenarios y superagers muestran que la longevidad no depende de un único gen, sino de la convergencia entre estabilidad genómica, función mitocondrial, baja inflamación y estilos de vida saludables. En este marco, la genética configura susceptibilidades biológicas sobre las cuales actúan factores como nutrición, ejercicio, sueño y cohesión social. Los relojes epigenéticos, basados en patrones de metilación del ADN, han permitido estimar la edad biológica y comprender diferencias individuales en velocidad de envejecimiento y riesgo de enfermedad. Modelos como Horvath, GrimAge y PhenoAge tienen creciente utilidad en investigación trasla-

cional y medicina preventiva. Asimismo, la senescencia celular, el daño persistente del ADN y la inflamación crónica constituyen mecanismos centrales del envejecimiento. Estas evidencias abren perspectivas para una medicina de precisión orientada a extender no solo la vida, sino también los años de vida saludable y funcional.

### REFERENCIAS

1. Kordowitzki P, Ying K. The pursuit of understanding human longevity. *npj Aging*. 2026; 12:25.
2. Torigoe TH, et al. Novel protective effect of the FOXO3 longevity genotype on mechanisms of cellular aging in Okinawans. *npj Aging*. 2024; 10:13.
3. Islam MA, et al. SuperAgers and centenarians, dynamics of healthy ageing with cognitive resilience. *Mech Ageing Dev*. 2024; 219:111936.
4. Teschendorff AE, Horvath S. Epigenetic ageing clocks: statistical methods and emerging computational challenges. *Nat Rev Genet*. 2025; 26(5):350-368.
5. Alum EU, et al. Targeting Cellular Senescence for Healthy Aging: Advances in Senolytics and Senomorphics. *Drug Des Devel Ther*. 2025; 19:8489-8522.

García-Restrepo N. La arquitectura genética del envejecimiento saludable. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):35.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

# La importancia de la argumentación en Gerontología.

## *Importance of argumentation in Gerontology.*

Nidia Aristizábal-Vallejo<sup>1,a</sup>

1. Psicóloga, Gerontóloga, Magíster en Gerontología Social, Doctora en Psicología del Envejecimiento.

a. Universidad de Salamanca (España).

### CORRESPONDENCIA

Nidia Aristizábal Vallejo  
Universidad de Salamanca (España)  
E-mail: [nidia.aristizabal.vallejo@gmail.com](mailto:nidia.aristizabal.vallejo@gmail.com)

### CONFLICTO DE INTERESES

La autora del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

La gerontología contemporánea exige superar una visión reducida de la vejez para comprender el envejecimiento como un proceso integral y continuo que atraviesa todo el curso de vida. Desde esta perspectiva, la argumentación científica adquiere un papel central en la práctica gerontológica, al permitir sustentar intervenciones, políticas y decisiones clínicas mediante evidencia científica y pensamiento crítico, más allá de opiniones, emociones o aproximaciones asistencialistas. En consonancia con el enfoque promovido por el Colegio Gerontológico de Colombia, la gerontología debe entenderse como el estudio del desarrollo y envejecimiento humano en sus dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, económicas, espirituales y ambientales. La argumentación científica implica construir proposiciones claras, coherentes y sustentadas en evidencia confiable. En este sentido, la actualización permanente, la investigación y el uso preciso del lenguaje son competencias esenciales para los profesionales en gerontología. Asimismo, la argumentación fortalece el pensamiento crítico, la resolución de problemas y la toma de decisiones, permitiendo desarrollar intervenciones más integrales y contextualizadas. El

envejecimiento poblacional y el aumento de la esperanza de vida han incrementado el interés social y comercial en la vejez, favoreciendo la aparición de discursos reduccionistas y prácticas sin fundamento científico. Frente a ello, la gerontología debe consolidarse como un campo interdisciplinario basado en evidencia, bioética y derechos humanos, capaz de responder a las múltiples trayectorias y experiencias de envejecimiento. En este contexto, fortalecer la formación, la investigación y la producción académica resulta esencial para promover intervenciones éticas, críticas e integrales orientadas al bienestar y la dignidad de las personas a lo largo de toda la vida.

### REFERENCIAS

1. Aristizábal-Vallejo N. Una visión desde España, Portugal e Iberoamérica. Homenaje al profesor Dr. José M. Hernández Díaz. Salamanca-España: Ediciones Universidad de Salamanca: 2022. Capítulo 8. Gerontología y objetivos de desarrollo sostenible [ODS] en educación; 105-114.
2. Weston A. Las Claves de la Argumentación. Sexta reimpression. Barcelona; Editorial Ariel, S. A.: 200; pp. 8-14.

Aristizábal-Vallejo N. La importancia de la argumentación en Gerontología. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):36.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

## Ponencias

# De lo sensible a lo integral: El camino de la vacunación para transformar la salud del corazón en la vejez.

## *From Sensitivity to Comprehensive Care: The Path of Vaccination to Transform Cardiovascular Health in Older Age.*

Diana Patricia Atencio De León<sup>1,a</sup>

1. Médica, ESpecialista en Geriátría, : Líder Médico del Servicio de Geriátría de la Fundación Cardioinfantil La Cardio.

a. Fundación Cardioinfantil La Cardio (Colombia).

### CORRESPONDENCIA

Nidia Aristizábal Vallejo  
Fundación Cardioinfantil La Cardio (Colombia)  
E-mail: dianitapatri@gmail.com

### CONFLICTO DE INTERESES

La autora del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

La vacunación, tradicionalmente orientada a la prevención de enfermedades infecciosas, emerge hoy como una estrategia integral para proteger la salud cardiovascular en las personas mayores. Diversas infecciones —incluyendo influenza, neumococo, SARS-CoV-2, herpes zóster y virus respiratorio sincitial— se asocian con un aumento del riesgo de infarto, accidente cerebrovascular e insuficiencia cardíaca debido a mecanismos inflamatorios, disfunción endotelial y desestabilización de placas ateroscleróticas. En este contexto, la vacunación no solo reduce infecciones, sino también complicaciones cardiovasculares asociadas. La evidencia reciente muestra beneficios clínicos relevantes. La vacunación contra herpes zóster se ha asociado con una reducción del 16–23 % en eventos cardiovasculares, mientras que la vacunación completa contra SARS-CoV-2 reduce eventos cardiovasculares graves en adultos mayores. Asimismo, vacunas de alta dosis contra influenza disminuyen hospitalizaciones cardiorespiratorias en mayores de 65 años. Sociedades científicas como la *European Society of Cardiology* y el *American College of Cardiology* reconocen la va-

cunación como parte de la prevención cardiovascular integral. Sin embargo, persisten bajas tasas de vacunación debido a desinformación y escasa recomendación médica. En cardiogeriatría, integrar la evaluación vacunal en la atención clínica representa una oportunidad para reducir hospitalizaciones, fragilidad y mortalidad, promoviendo un envejecimiento más saludable y funcional.

### REFERENCIAS

1. Rademacher J, et al. Association of respiratory infections and the impact of vaccinations on cardiovascular diseases. *Eur J Prev Cardiol.* 2024; 31(7):877-888.
2. Lee S, et al. Live zoster vaccination and cardiovascular outcomes: a nationwide, South Korean study. *Eur Heart J.* 2025; 46(30):2991-3002.
3. Johansen ND, et al. High-Dose vs Standard-Dose Influenza Vaccine and Cardiovascular Outcomes in Older Adults: A Prespecified Secondary Analysis of the DANFLU-2 Randomized Clinical Trial. *JAMA Cardiol.* 2025; 10(11):1186-1194.
4. Documento de consenso clínico sobre vacunación como prevención cardiovascular, European Society of Cardiology (ESC), 2025.

Atencio De León DP. De lo sensible a lo integral: El camino de la vacunación para transformar la salud del corazón en la vejez. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):37.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

# Edad Biológica e Inmunosenescencia en Centenarios.

## *Biological Age and Immunosenescence in Centenarians.*

Juan Manuel Anaya<sup>1,a</sup>

1. Médico, Especialista en Medicina Interna, Especialista en Reumatología, Doctor en Biología.

a. Universidad de la Costa Barranquilla (Colombia).

### CORRESPONDENCIA

Juan-Manuel Anaya  
Universidad de la Costa Barranquilla (Colombia)  
E-mail: [anayajm@gmail.com](mailto:anayajm@gmail.com)

### CONFLICTO DE INTERESES

El autor del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

El envejecimiento extremo en centenarios muestra que la longevidad excepcional no corresponde a un enlentecimiento uniforme del envejecimiento, sino a una preservación selectiva de sistemas biológicos y un remodelamiento adaptativo del sistema inmune. Estudios realizados en centenarios colombianos evidencian una marcada heterogeneidad en la edad biológica, determinada mediante relojes epigenéticos y biomarcadores sanguíneos, asociada con un fenotipo cognitivo-funcional preservado (FCFP) y con perfiles de resiliencia inmunitaria. Análisis de metilación del ADN muestran desaceleración epigenética de 16–24 años en relojes como Horvath, Hannum y PhenoAge, aunque métricas como GrimAge y DunedinPACE sugieren deterioro fisiológico persistente en algunos dominios. Los relojes órgano-específicos revelan envejecimiento heterogéneo entre sistemas, con relativa preservación de los componentes inmunitario e inflamatorio. La edad biológica también se relaciona con marcadores inmunoinflamatorios como RANTES y G-CSF, asociados con inmunosenescencia y envejecimiento acelerado. Muchos centenarios mantienen reservas funcionales inmunológicas, incluyendo células de memoria y subpoblacio-

nes NK, lo que refleja adaptación más que deterioro uniforme sugiriendo que la longevidad extrema emerge de la interacción entre regulación epigenética, resiliencia inmunitaria y preservación cognitivo-funcional. Se respaldan enfoques clínicos que monitorean edad biológica, inflamación y función inmune más allá de la edad cronológica, promoviendo estrategias para preservar funcionalidad y calidad de vida en envejecimiento avanzado.

### REFERENCIAS

1. Corley MJ, et al. Multidimensional aging in centenarians: heterogeneous organ-specific trajectories and the clinical relevance of preserved cognitive-functional phenotype. 2026.
2. Anaya JM, et al. Biological age and immunosenescence in Colombian centenarians. NPJ Aging. 2026.
3. Anaya JM, et al. Immunosenescence and human healthspan: lessons from centenarians. Curr Opin Immunol. 2026.
4. Lozada-Martinez ID, et al. Preserved cognitive-functional phenotype in centenarians and its association with modifiable risk factors for dementia: Results from the Colombian centenarians project. *Alzheimers Dement*. 2025;21(12):e71034.

Anaya JM. Edad Biológica e Inmunosenescencia en Centenarios. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):38.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

# Adherencia al tratamiento farmacológico ¿Cuál es la realidad?.

## *Adherence to Pharmacological Treatment: What is the reality?.*

Rodrigo Alberto Heredia-Ramirez<sup>1,a</sup>

1. Médico, Especialista en Geriatria, Magister en Ciencias Biológicas, Magister en Educación para Profesionales de la Salud.  
a. Pontificia Universidad Javeriana (Colombia).

### CORRESPONDENCIA

Rodrigo Alberto Heredia Ramirez  
Pontificia Universidad Javeriana (Colombia)  
E-mail: herediar@javeriana.edu.co

### CONFLICTO DE INTERESES

El autor del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

La adherencia al tratamiento farmacológico es un componente esencial para el manejo efectivo de enfermedades agudas y crónicas en las personas mayores. Sin embargo, entre el 20 % y el 55 % de los adultos mayores no siguen adecuadamente las indicaciones terapéuticas, lo que compromete el control clínico, favorece la progresión de enfermedades y aumenta el riesgo de multimorbilidad, polifarmacia, hospitalización y mortalidad. La no adherencia constituye un fenómeno multifactorial influenciado por factores individuales, farmacológicos y del sistema de salud. Entre los principales determinantes se encuentran el deterioro cognitivo, la depresión, las creencias sobre los medicamentos, la complejidad de los esquemas terapéuticos, la polifarmacia y las barreras económicas o administrativas para acceder a la atención y a los medicamentos. Estas condiciones generan importantes repercusiones clínicas, funcionales y económicas tanto para los pacientes como para los sistemas de salud. La evidencia indica que las intervenciones más efectivas son integrales e individualizadas. Estrategias como la educación personalizada, el soporte a cuidadores, la simplificación de esquemas farmaco-

lógicos, el uso de tecnologías digitales, la comunicación asertiva y el fortalecimiento de equipos interdisciplinarios mejoran significativamente la adherencia y la continuidad del tratamiento. En este contexto, la adherencia farmacológica debe entenderse como una responsabilidad compartida entre pacientes, cuidadores, profesionales e instituciones sanitarias, orientada a preservar funcionalidad, autonomía y calidad de vida en el envejecimiento.

### REFERENCIAS

1. Cardona D, et al. Medication adherence in the elderly population with chronic diseases: a factor analysis. *Front Pharmacol.* 2025;16:1699999.
2. Cardona-Arango D, et al. Medication adherence in older adults with chronic diseases: a scoping review of barriers, facilitators, and effective interventions. *Front Aging.* 2026;7:1642652.
3. Yap SF, et al. Conducting a comprehensive review to identify the obstacles that impede medication adherence among older adults. *Aging Med.* 2025;6:24750360.
4. Shruthi MS, et al. Evaluating medication compliance patterns among geriatric patients with chronic illnesses in tertiary care. *Aging Med.* 2025; 6:24750360.

Heredia Ramirez RA. Adherencia al tratamiento farmacológico ¿Cuál es la realidad?. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):39.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

## Ponencias

# Hacia una Medicina de Alto Valor en Geriátrica: Adaptación de la Iniciativa Choosing Wisely al Contexto Clínico Colombiano.

## *Towards High-Value Medicine in Geriatrics: Adaptation of the Choosing Wisely Initiative to the Colombian Clinical Context.*

Diego Andrés Chavarro-Carvajal<sup>1,a</sup>, María Janeth Villareal<sup>1,a</sup>, José Mauricio-Ocampo<sup>1,a</sup>, Francisco Javier Ramirez<sup>1,a</sup>, José Fernando Gómez-Montes<sup>1,a</sup>, Luis Felipe Aguirre<sup>1,a</sup>, Juan Manuel Murillo<sup>1,a</sup>, Rodrigo Alberto Heredia-Ramírez<sup>1,a</sup>, Dolly Tatiana Gracia<sup>1,a</sup>, Diego Alejandro Arias<sup>1,a</sup>, María Camila Durán<sup>1,a</sup>, Elly Morros-González<sup>1,a</sup>, Estephania Chacón-Valenzuela<sup>1,a</sup>, Carlos José Ariza<sup>1,a</sup>

1. Médico, Especialista en Medicina Interna, Especialista en Geriátrica, Magister en Epidemiología, Doctor en Investigación Gerontológica.

a. Pontificia Universidad Javeriana (Colombia).

### CORRESPONDENCIA

Diego Andrés Chavarro Carvajal  
Pontificia Universidad Javeriana (Colombia)  
E-mail: [herediar@javeriana.edu.co](mailto:herediar@javeriana.edu.co)

### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores del artículo hacen constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

El envejecimiento poblacional en Colombia ha incrementado la complejidad de la atención en salud y el riesgo de iatrogenia asociado a polifarmacia, fragilidad y multimorbilidad. En respuesta a esta problemática, la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica, con apoyo de programas universitarios de geriatría y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, desarrolló el consenso “Decisiones Acertadas”, inspirado en la iniciativa internacional Choosing Wisely. El objetivo fue formular recomendaciones adaptadas al contexto colombiano para reducir intervenciones innecesarias y promover una atención centrada en el valor y la proporcionalidad terapéutica. Se implementó una metodología mixta basada en revisión de guías internacionales, criterios Beers 2023 y STOPP/START v3, seguida de priorización según impacto epidemiológico y factibilidad clínica. El consenso definió diez recomendaciones orientadas a disminuir prácticas potencialmente dañinas, entre ellas el uso inapropiado de antipsicóticos, benzodiacepinas, inhibidores de bomba de protones, catéteres urinarios y sondas de alimentación, así como la necesidad de individualizar metas terapéuticas y promover la desprescripción.

El proyecto constituye un marco técnico y ético para fortalecer la seguridad del paciente mayor, reducir daño iatrogénico y favorecer decisiones compartidas alineadas con la autonomía, funcionalidad y calidad de vida en la atención geriátrica en Colombia.

### REFERENCIAS

1. Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica. Propuesta Metodológica: Consenso Decisiones Acertadas en Geriátrica. Bogotá: ACGG; 2026.
2. American Geriatrics Society. Ten things clinicians and patients should question. Philadelphia: Choosing Wisely; 2021.
3. By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2023; 71(7):2052-2081.
4. O’Mahony D, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. *Eur Geriatr Med.* 2023; 14(4):625-632.

Chavarro-Carvajal DA, et al. Hacia una Medicina de Alto Valor en Geriátrica: Adaptación de la Iniciativa Choosing Wisely al Contexto Clínico Colombiano. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):40.



La Revista Salutem Scientia Spiritus usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

# Nuevos paradigmas en sarcopenia y fragilidad.

## *New Paradigms in Sarcopenia and Frailty.*

Diego Andrés Chavarro-Carvajal<sup>1,a</sup>

1. Doctor en Humanidades, Posdoctor en Salud Pública.

a. Fundación Opción Colombia FUNDACOL

### CORRESPONDENCIA

Diego Andrés Chavarro Carvajal  
Fundación Opción Colombia FUNDACOL  
E-mail: [direccionejecutiva@fundacol.com](mailto:direccionejecutiva@fundacol.com)

### CONFLICTO DE INTERESES

El autor del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

El envejecimiento funcional ha transitado desde un modelo centrado en el deterioro inevitable hacia un paradigma basado en la preservación de la capacidad funcional y la autonomía. En este contexto, la sarcopenia y la fragilidad se reconocen como síndromes geriátricos dinámicos, interrelacionados y potencialmente reversibles. El consenso EWGSOP2 redefinió la sarcopenia al establecer la fuerza muscular como principal predictor de discapacidad, caídas y mortalidad, incorporando además el concepto de calidad muscular y fenómenos como la mioesteatosis y la obesidad sarcopénica. Por su parte, la fragilidad se comprende actualmente como un estado multisistémico de vulnerabilidad biológica, evaluado mediante modelos fenotípicos y de acumulación de déficits que permiten identificar fases reversibles y orientar intervenciones personalizadas. A nivel fisiopatológico, ambos síndromes comparten mecanismos asociados al inflamaging, la resistencia anabólica y la alteración del eje microbiota-músculo. La evidencia actual posiciona al ejercicio multicomponente como la intervención de mayor efectividad, especialmente programas centrados en fuerza y potencia muscular. Asimismo, la nutrición de precisión,

el uso de tecnologías de monitorización y las terapias emergentes dirigidas a células senescentes amplían las posibilidades terapéuticas. Se concluye que el abordaje contemporáneo de sarcopenia y fragilidad requiere estrategias interdisciplinarias centradas en resiliencia biológica, funcionalidad y envejecimiento saludable.

### REFERENCIAS

1. Cruz-Jentoft AJ, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019; 48(1):16-31.
2. Dent E, et al. Management of frailty: Opportunities, challenges, and future directions. *Lancet*. 2019; 394(10206):1376-1386.
3. Izquierdo M, et al. International Exercise Recommendations in Older Adults (ICFSR): Expert Consensus Guidelines. *J Nutr Health Aging*. 2021; 25(5):595-605.
4. Uriz-Otano F, et al. Sarcopenia and frailty: From diagnosis to personalized interventions. *Minerva Med*. 2023; 114(2):182-195.
5. He N, et al. Multi-omics integration for the study of sarcopenia and frailty: A window into the aging process. *Ageing Res Rev*. 2024; 95:102213.

Chavarro-Carvajal DA. Nuevos paradigmas en sarcopenia y fragilidad. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):41.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

# Atención a la persona mayor: Vision desde Atención Primaria en Salud.

## *Care for Older People: A Primary Health Care Vision.*

Liliana Villegas Baldomero<sup>1,a</sup>, Patricia Morsch<sup>2,b</sup>

1. Médica, Especialista en Medicina Familiar, Especialista en Epidemiología, Especialista en Gerencia en Servicios de Salud, Doctora (e) en Ciencias de la Salud.
2. Fisioterapeuta, Especialista en Salud Pública, Magister en Artes en Gerontología, Doctora en Gerontología Biomédica.

- a. Pontificia Universidad Javeriana (Colombia)
- b. Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OMS)

### CORRESPONDENCIA

Liliana Villegas Baldomero  
Pontificia Universidad Javeriana (Colombia)  
E-mail: [liliana.villegas@javerianacali.edu.co](mailto:liliana.villegas@javerianacali.edu.co)

### CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras del artículo hacen constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.  
ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

El envejecimiento poblacional exige transformar los sistemas de salud hacia modelos centrados en la funcionalidad y la autonomía. En este contexto, la Organización Mundial de la Salud impulsa la estrategia de Atención Integrada para Personas Mayores (ICOPE), orientada a preservar la capacidad intrínseca y funcional, superando enfoques tradicionales centrados exclusivamente en la enfermedad. Esta ponencia analiza el papel de la Atención Primaria en Salud (APS) en el cuidado de las personas mayores y su transición hacia un modelo centrado en la persona, con énfasis en la independencia, el bienestar y la detección temprana de deterioros físicos, cognitivos, psicológicos y sociales. Metodológicamente, se realizó una revisión de los lineamientos internacionales de ICOPE y su articulación con el marco normativo colombiano, especialmente la Ley 1251 de 2008 y la Resolución 3280 de 2018. Los hallazgos evidencian que conceptos como capacidad intrínseca y capacidad funcional permiten fortalecer estrategias de tamización precoz en movilidad, nutrición, cognición, salud mental, visión y audición, favoreciendo intervenciones integrales desde un enfoque sociosanitario. Se concluye que la integración de ICOPE

en la APS posiciona la capacidad funcional como eje del envejecimiento saludable, promoviendo calidad de vida, autonomía y atención integral en las personas mayores.

### REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la salud. Atención integrada para las personas mayores (ICOPE): Guías sobre la evaluación y los esquemas de atención en la atención primaria. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019.
2. Organización Panamericana de la Salud. Guía de consulta rápida de la atención integrada para las personas mayores (ICOPE): Evaluación y esquemas de atención en la atención primaria. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020.
3. Congreso de la República de Colombia. Ley 1251 de 2008: Por la cual se dictan normas para protección, promoción y defensa de los adultos mayores. Diario Oficial No.47.186 (27 de noviembre de 2008).
4. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031. Bogotá: MinSalud; 2022.

Villegas-Baldomero L, Morsch P. Atención a la persona mayor: Vision desde Atención Primaria en Salud. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):42.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

## Ponencias

# Envejecer en territorios Rurales: Desafíos y oportunidades para la longevidad con sentido.

## *Aging in Rural Territories: Challenges and Opportunities for Meaningful Longevity.*

Yelen Orlando Cano Arboleda<sup>1,a</sup>

1. Tecnólogo Agropecuario, Administrador Ambiental, Especialista en Gestión Gerontológica.

a. FEDEPANELA Federación Nacional de Productores de Panela

### CORRESPONDENCIA

Diego Andrés Chavarro Carvajal  
FEDEPANELA-Federación Nacional de Productores de Panela  
E-mail: [ycano@fedepanela.org.co](mailto:ycano@fedepanela.org.co)

### CONFLICTO DE INTERESES

El autor del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

El envejecimiento rural en Colombia constituye un proceso creciente asociado a transformaciones demográficas, productivas y territoriales. Las proyecciones del DANE evidencian un aumento sostenido de población mayor en zonas rurales y centros poblados hacia 2036, especialmente en departamentos como Antioquia, donde factores como la tenencia de la tierra, la seguridad alimentaria y el arraigo territorial favorecen la permanencia en el campo. En este contexto, la cadena agroindustrial caña-panela representa un escenario clave para comprender los desafíos y oportunidades de la longevidad rural, dado su impacto socioeconómico y su carácter intergeneracional. Este trabajo analiza las condiciones de envejecimiento en comunidades paneleras, identificando riesgos laborales, barreras para el relevo generacional y necesidades de cuidado en personas mayores vinculadas a las más de 70.000 unidades productivas del país. Metodológicamente, se propone una estrategia de extensión rural con enfoque gerontagógico e intergeneracional, basada en recursos lúdicos que facilitan la transferencia de conocimiento sobre riesgos mecánicos, envejecimiento y bienestar en contextos productivos rurales. La ex-

periencia piloto desarrollada en Antioquia evidencia que integrar gerontología, ruralidad y producción agroindustrial favorece procesos de aprendizaje, convivencia y reconocimiento del papel de las personas mayores, promoviendo una longevidad digna, activa y vinculada al territorio.

### REFERENCIAS

1. DANE. DANE.GOV.CO. [Online].; 2025. Acceso 6 de Abril de 2026. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>.
2. Federación de Productores de Panela. FEDEPANELA, área socioempresarial. [Online]; 2023. Disponible en: <https://web.fedepanela.org.co/gremio/area-socio-empresarial/construccion-de-capital-social/>.
3. Federación nacional de productores de panela. Federación nacional de productores de panela, en convenio 000442/2007, Servicio Nacional de aprendizaje y sociedad de Agricultores de Colombia (SENA-SAC-FEDEPANELA)
4. Murillo Pulgarín JA;2021.Didáctica gerontagógica para promover actitudes positivas hacia la química.

Cano-Arboleda YO. Envejecer en territorios Rurales: Desafíos y oportunidades para la longevidad con sentido. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):43.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

## Ponencias

# Valoración geriátrica multidimensional.

## *Comprehensive Geriatric Assessment.*

Liliana Villegas-Baldomero<sup>1,a</sup>, Carmen Lucía Curcio-Borrero<sup>2,b</sup>

1. Médica, Especialista en Medicina Familiar, Especialista en Epidemiología, Especialista en Gerencia en Servicios de Salud, Doctora (e) en Ciencias de la Salud.
2. Terapeuta Ocupacional, Especialista en Desarrollo Intelectual y Educación, Magister en Gerontología Social, Doctora en Gerontología.

a. Pontificia Universidad Javeriana (Colombia)  
b. Universidad de Caldas(Colombia).

### CORRESPONDENCIA

Liliana Villegas Baldomero  
Pontificia Universidad Javeriana (Colombia)  
E-mail: [liliana.villegas@javerianacali.edu.co](mailto:liliana.villegas@javerianacali.edu.co)

### CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras del artículo hacen constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.  
ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

La Evaluación Geriátrica Multidimensional (EGM) o Comprehensive Geriatric Assessment constituye un proceso diagnóstico dinámico, multidimensional e interdisciplinario orientado a identificar problemas físicos, funcionales, mentales y sociales en las personas mayores, con el fin de diseñar planes individualizados de atención integral. Su propósito principal es optimizar la autonomía, la calidad de vida y el uso adecuado de los recursos sanitarios mediante acciones preventivas, terapéuticas, rehabilitadoras y de seguimiento. La EGM busca mejorar la precisión diagnóstica, racionalizar las decisiones terapéuticas, garantizar la continuidad del cuidado y determinar el nivel de atención más apropiado según las necesidades del paciente. A través de escalas validadas y herramientas estandarizadas, facilita la toma de decisiones clínicas proporcionales a la condición funcional y al contexto social de cada individuo. Metodológicamente, la EGM adapta su alcance según el entorno de aplicación y el perfil clínico de la persona mayor. Así, la valoración en urgencias, hospitalización, consulta externa, domicilio o instituciones de larga estancia requiere enfoques diferenciados. Aunque existen variaciones en sus componentes,

se reconoce que debe integrar dimensiones clínicas, funcionales, cognitivas, emocionales y sociales, permitiendo una comprensión integral del envejecimiento y favoreciendo intervenciones centradas en la persona.

### REFERENCIAS

1. Gálvez-Cano M, et al. Utilidad de la valoración geriátrica integral en la evaluación de la salud del adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.* 2016; 33(2):321-327.
2. Albrecht Junghanns RE, Zúñiga CH. Bases y dominios de la valoración geriátrica. En: Abizanda P, Rodríguez Mañas L, Baztán JJ. *Tratado de medicina geriátrica fundamentos de la atención sanitaria a los mayores.* 2020. Segunda Edición. Elsevier España.
3. Gómez JF, Curcio CL. Evaluación geriátrica Multidimensional. En: *Salud del anciano.* Editorial Universidad de Caldas. 2021.
4. Sánchez-García E. Actualización en valoración geriátrica integral. *ANALES RANM [Internet]. Real Academia Nacional de Medicina de España. An RANM.* 2020; 137(01):77-82.

Villegas-Baldomero L, Curcio-Borrero CL. Valoración geriátrica multidimensional. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):44.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

## Ponencias

# Retiro laboral y nuevos proyectos vitales: Sentido de vida en la longevidad (+ transformadores + integrales).

## *Retirement and New Life Projects: Meaning in Longevity (Transformative and Integral Approaches).*

Andrea Edith Romero-Roa<sup>1,a</sup>

1. Administradora de Empresas, Especialista en Sistemas de Control Organizacional y Gestión Integrada.

a. Compensar

### CORRESPONDENCIA

Andrea Edith Romero Roa

Compensar

E-mail: [calaeromero@compensar.com](mailto:calaeromero@compensar.com)

### CONFLICTO DE INTERESES

La autora del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

El retiro laboral se ha convertido en una transición vital cada vez más extensa y compleja en sociedades marcadas por la longevidad. Más allá de garantizar ingresos, el desafío consiste en sostener autonomía, vínculos significativos y sentido de vida durante una etapa que puede prolongarse por décadas. Desde el enfoque de envejecimiento saludable de la Organización Mundial de la Salud, la capacidad funcional se entiende como la posibilidad de ser y hacer lo que la persona valora, desplazando la mirada del déficit hacia el potencial y resignificando el retiro como una oportunidad de transformación y continuidad. Esta perspectiva dialoga con cambios culturales que cuestionan el modelo lineal de formación, trabajo y retiro. Conceptos como “The New Young” resaltan la reinención, el aprendizaje continuo y la construcción de nuevos proyectos vitales, superando narrativas edadistas asociadas a la pérdida de productividad. La ponencia presenta la experiencia de la solución integral Modo Silver, desarrollada por Compensar en Bogotá, orientada a personas en proceso de retiro laboral. La propuesta utiliza un Test de Vitalidad para identificar intereses, motivaciones y momento vital, orientando a los partici-

pantes hacia rutas de bienestar integral, aprovechamiento del tiempo libre y productividad con propósito, promoviendo un envejecimiento activo, autónomo y socialmente significativo.

### REFERENCIAS

1. World Health Organization. Healthy ageing and functional ability. Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability>
2. Aldasbrand. The New Young 2025. Available from: Documento The new young, Aldasbrand 2025.
3. Fidelity International; National Innovation Centre for Ageing. The longevity revolution: Preparing for a new reality. 2025. Available from: PDF The longevity revolution, Fidelity International.
4. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). Staying in the game: Skills and jobs of older workers in a changing labour market. In: OECD Employment Outlook 2025. Paris: OECD; 2025.

Romero-Roa AE. Retiro laboral y nuevos proyectos vitales: Sentido de vida en la longevidad (+ transformadores + integrales). *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):45.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

## Ponencias

# Robots de asistencia y domótica para la promoción de la actividad física en adultos mayores con riesgo de fragilidad: Integración de soluciones digitales y entornos inteligentes.

## *Assistive Robotics and Smart Home Systems for Promoting Physical Activity in Older Adults at Risk of Frailty: Integration of Digital Solutions and Intelligent Environments.*

Martín Sebastián Pinilla-Zapata<sup>1,a</sup>

1. Magister en Bioingeniería.

a. Pontificia Universidad Javeriana (Colombia).

### CORRESPONDENCIA

Martín Sebastián Pinilla Zapata  
Pontificia Universidad Javeriana (Colombia)  
E-mail: mspz21@hotmail.com

### CONFLICTO DE INTERESES

El autor del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

El envejecimiento poblacional representa un desafío creciente en salud pública debido al aumento de síndromes geriátricos como la fragilidad, condición asociada con mayor riesgo de caídas, discapacidad, hospitalización y mortalidad. En este contexto, la actividad física constituye una de las estrategias más efectivas para prevenir o revertir la fragilidad; sin embargo, la adherencia a programas de ejercicio en adultos mayores continúa siendo limitada por barreras físicas, baja motivación y escaso acceso a intervenciones personalizadas. Como respuesta a esta problemática, se presenta el caso de estudio Gym To Go App, un sistema interactivo online diseñado para promover la adherencia a la actividad física en personas mayores con riesgo de fragilidad. La plataforma integra personalización de rutinas, monitoreo de progreso y retroalimentación continua, bajo principios de bioingeniería aplicada y diseño centrado en el usuario. A partir de esta experiencia, se propone una evolución hacia ecosistemas inteligentes de cuidado que integren domótica, sensores ambientales, Internet de las Cosas, robótica asistencial e inteligencia artificial para monitorear variables funcionales y generar intervenciones adaptativas. Estas tecnolo-

gías favorecen la continuidad del cuidado, la independencia funcional y la detección temprana del deterioro, consolidando la gerontecnología como un eje estratégico en la atención geriátrica contemporánea.

### REFERENCIAS

1. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013; 381(9868):752-762.
2. Dent E, Martin FC, Bergman H, Woo J, Romero-Ortuno R, Walston JD. Management of frailty. *Lancet*. 2019; 394(10206):1376-1386.
3. Picorelli AMA, Pereira LSM, Pereira DS, Felício D, Sherrington C. Adherence to exercise programs in older adults. *Clin Interv Aging*. 2014; 9:1477-1485.
4. Majumder S, Aghayi E, Noforesti M, Memarzadeh-Tehran H, Mondal T, Pang Z. Smart homes for elderly healthcare. *Sensors*. 2017; 17(11):2496.
5. Broadbent E, Stafford R, MacDonald B. Acceptance of healthcare robots. *Int J Soc Robot*. 2009; 1:319-330.

Pinilla-Zapata MS. Robots de asistencia y domótica para la promoción de la actividad física en adultos mayores con riesgo de fragilidad: Integración de soluciones digitales y entornos inteligentes. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):46.



La Revista Salutem Scientia Spiritus usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

## Ponencias

# El ascenso de Geras. Un breve recuento desde la mitología y la filosofía hasta la Gerontología y la Geriatria.

## *The Rise of Geras. A Brief Account From Mythology and Philosophy.*

Francisco González-López<sup>1,a</sup>

1. Médico, Especialista en Medicina Interna, Especialista en Geriatria, Magister en Administración en Salud, Especialista en Docencia Universitaria, Magister en Estética e Historia del Arte.

a. Universidad del Rosario (Colombia)

### CORRESPONDENCIA

Francisco González López  
Universidad del Rosario (Colombia)  
E-mail: [cafug1@gmail.com](mailto:cafug1@gmail.com)

### CONFLICTO DE INTERESES

El autor del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

La gerontología, del griego *geron* (viejo) y *logos* (estudio), surge como disciplina dedicada al análisis del envejecimiento y la vejez. Desde la mitología griega, representada por Geras como símbolo de deterioro y sufrimiento, hasta las reflexiones filosóficas de Pitágoras, Sófocles, Platón y Aristóteles, la vejez fue interpretada entre la decadencia inevitable y la posibilidad de una vida sabia y virtuosa. Hipócrates y Galeno consolidaron una visión médica basada en cambios corporales asociados a pérdida de calor y humedad, incorporando recomendaciones higiénico-dietéticas para el cuidado de las personas mayores. Durante la Edad Media y el Renacimiento, autores como Roger Bacon y Gabriele Zerbi introdujeron enfoques más sistemáticos sobre la preservación de la salud y el cuidado de la vejez. Con la Revolución Industrial surgieron los sistemas de seguridad social y el concepto moderno de jubilación, en paralelo al envejecimiento poblacional europeo. A comienzos del siglo XX, Ignatz Leo Nascher acuñó el término geriatria y consolidó esta especialidad médica. En Colombia, la geriatria clínica se institucionalizó desde 1986 con Jaime Márquez Arango y posteriormente con programas de formación en varias uni-

versidades, fortaleciendo la atención integral y científica de las personas mayores.

### REFERENCIAS

1. Hurtubise HMH. Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement. 1989; 12(1):166.
2. De Beauvoir S. La vejez. Editorial Suramericana. 1970.
3. González F. El ascenso de Geras. Seguridad en la atención del anciano hospitalizado. Editorial Universidad del Rosario. Bogotá. 2012.
4. González F. Historias para aprender sobre envejecimiento y vejez. En: González, F. y Latorre, C. Envejecer en el siglo XXI. Editorial Universidad del Rosario. Bogotá. 2021.
5. Márquez J. Verdades y falacias sobre la vejez. Rev. ACGG. 1996; 10(4):7.

González-López F. El ascenso de Geras. Un breve recuento desde la mitología y la filosofía hasta la Gerontología y la Geriatria. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):47.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

# ¿Cómo va la oncogeriatría?

## *How is geriatric oncology progressing?*

Manuel Alejandro Nieto González<sup>1,a</sup>

1. Médico, Especialista en Geriatria.

a. Fundación Universitaria Ciencias de la Salud Bogotá (Colombia)

### CORRESPONDENCIA

Francisco González López  
Fundación Universitaria Ciencias de la Salud Bogotá (Colombia)  
E-mail: [manieto2@fucsosalud.edu.co](mailto:manieto2@fucsosalud.edu.co)

### CONFLICTO DE INTERESES

El autor del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

El envejecimiento poblacional ha incrementado la prevalencia de cáncer y enfermedades crónicas; cerca del 60% de la incidencia y 70% de las muertes por neoplasias ocurren en adultos mayores. La atención oncológica en esta población representa un reto debido a la heterogeneidad del envejecimiento, la multimorbilidad, la fragilidad y el deterioro funcional. La limitada evidencia clínica puede conducir a tratamientos subdosificados o excesivamente tóxicos, afectando la calidad de vida y la supervivencia. La Valoración Geriátrica Integral (VGI) constituye una herramienta multidimensional que evalúa aspectos clínicos, funcionales, cognitivos, psicológicos y sociales, permitiendo individualizar decisiones terapéuticas, estimar reserva funcional y predecir toxicidad asociada a quimioterapia. Herramientas de tamizaje como G8 y VES-13 identifican pacientes candidatos a evaluación geriátrica, mientras modelos como CARG estiman riesgo de toxicidad, aunque con limitada validación en Latinoamérica. La fragilidad y el bajo rendimiento físico, medidos mediante velocidad de la marcha o SPPB, se asocian con complicaciones terapéuticas, deterioro funcional y mortalidad. Persisten barreras

como la escasez de especialistas, limitada integración multidisciplinaria y debilidad de políticas públicas. Finalmente, se propone una historia clínica sistematizada con herramientas validadas para el seguimiento integral del adulto mayor con cáncer sólido y hematológico.

### REFERENCIAS

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021; 71(3):209-49.
2. Toxicidad en el adulto mayor desde la perspectiva de oncogeriatría y los cuidados paliativos. Parte 2. *Univ Med.* 2025; 64(4). Available from: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/37826>
3. Monfardini S, Perrone F, Balducci L. Pitfalls in Oncogeriatrics. *Cancers (Basel).* 2023; 15(11):2910.
4. Pamoukdjian F, et al. Slow Gait Speed Is an Independent Predictor of Early Death in Older Cancer Outpatients: Results from a Prospective Cohort Study. *J Nutr Health Aging.* 2017; 21(2):202-206.

González-López F. El ascenso de Geras. Un breve recuento desde la mitología y la filosofía hasta la Gerontología y la Geriatria. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):48.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

## Ponencias

# Construyendo puentes seguros: Cuidado transicional al alta de la persona mayor.

## *Building Safe Bridges: Transitional Care Upon Discharge of the Older Person.*

Luis Ángel Toro<sup>1,a</sup>

1. Médico, Especialista en Medicina Interna, Especialista en Geriátrica, Especialista en Educación para Profesionales de la Salud.

a. Hospital Pablo Tobón Uribe (Colombia)

### CORRESPONDENCIA

Luis Ángel Toro  
Hospital Pablo Tobón Uribe (Colombia)  
E-mail: ltoro@hptu.org.co

### CONFLICTO DE INTERESES

El autor del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

La transición del hospital al hogar representa uno de los periodos de mayor vulnerabilidad para las personas mayores. Más que un evento administrativo, el alta hospitalaria constituye un proceso dinámico de transferencia de riesgos asociado al “síndrome post-hospitalización”, caracterizado por deterioro funcional, estrés fisiológico y mayor riesgo de eventos adversos durante los primeros 30 días posteriores al egreso. En hospitales de alta complejidad, la fragmentación por subespecialidades y los cambios terapéuticos profundizan las fallas de continuidad informacional, clínica y relacional. El cuidado transicional surge como un modelo orientado a preservar la autonomía y garantizar continuidad asistencial. Su implementación se estructura en cuatro pilares: optimización farmacoterapéutica y desprescripción mediante conciliación de medicamentos y criterios Beers o STOPP/START; educación y alfabetización en salud utilizando estrategias como *Teach-back* para fortalecer el rol del cuidador; Valoración Geriátrica Integral (VGI) para identificar necesidades funcionales, cognitivas y de rehabilitación; y comunicación bidireccional entre niveles asistenciales mediante “*Warm Handover*”.

La integración de estos componentes ha demostrado disminuir reingresos hospitalarios, mejorar la calidad de vida y reducir eventos adversos. Así, el cuidado transicional se consolida como una estrategia ética y sostenible para proteger la funcionalidad y seguridad de la persona mayor tras el alta hospitalaria.

### REFERENCIAS

1. Krumholz HM. Post-hospital syndrome: an acquired, transient condition of generalized risk. *N Engl J Med.* 2013; 368(2):100-2.
2. Le Berre M, Maimon G, Sourial N, et al. Impact of Transitional Care Services for Older Adults From Hospital to Home: A Systematic Review. *JAMA Netw Open.* 2021; 4(4):e215189.
3. Naylor MD, Shaid EC, Carpenter D, et al. Transitional Care Model: Seventh-Year Report of a National Replication. *J Am Geriatr Soc.* 2023; 71(1):14-26.
4. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: WHO; 2019.

Toro LA. Construyendo puentes seguros: Cuidado transicional al alta de la persona mayor. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):49.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

# Inteligencia artificial en medicina: Novedades y experiencias.

## *Artificial Intelligence in Medicine: Updates and Experiences.*

Ignacio Manuel Zarante-Montoya<sup>1,a</sup>

1. Médico, Magíster en Biología, Doctor en Ciencias Biológicas.

a. Pontificia Universidad Javeriana (Colombia)

### CORRESPONDENCIA

Ignacio Manuel Zarante Montoya  
Pontificia Universidad Javeriana (Colombia)  
E-mail: izarante@javeriana.edu.co

### CONFLICTO DE INTERESES

El autor del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

La irrupción de la inteligencia artificial (IA) en medicina ha trasladado el debate desde la innovación tecnológica hacia su utilidad clínica real y sus limitaciones. Esta ponencia presenta una revisión crítica y aplicada de la IA en geriatría, un campo donde la multimorbilidad, la fragilidad, la polifarmacia y el deterioro funcional exigen un uso prudente de estas herramientas. La evidencia muestra que los modelos de aprendizaje automático pueden apoyar la predicción de desenlaces como caídas, deterioro funcional, readmisión hospitalaria y mortalidad, aunque persisten limitaciones relacionadas con validación externa, heterogeneidad metodológica e integración insuficiente en la práctica clínica. La exposición se orienta desde un enfoque práctico, entendiendo la IA como apoyo al juicio clínico y no como sustituto. Se discutirán ejemplos aplicados a escenarios frecuentes en geriatría, incluyendo polifarmacia, delirium y fragilidad, así como el uso del procesamiento de lenguaje natural para identificar síndromes geriátricos en registros clínicos no estructurados. También se abordarán experiencias con IA generativa, enfatizando la necesidad de formular preguntas precisas, verificar resultados y reconocer incertidumbres.

Finalmente, se analizarán implicaciones éticas relacionadas con privacidad, sesgos, autonomía y supervisión humana, concluyendo que el valor de la IA depende de su uso crítico, contextualizado y centrado en la persona mayor.

### REFERENCIAS

1. Choudhury A, et al. Use of machine learning in geriatric clinical care for chronic diseases: a systematic literature review. *JAMIA Open*. 2020; 3(3):459-471.
2. Mangio AM, et al. Machine learning in geriatric care: a scoping review of models using multidimensional assessment data. *Int J Med Inform*. 2026;207:106181.
3. Rahman F, et al. Natural language processing for geriatric syndromes: a systematic review of methods, applications, and challenges. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2026.
4. Parchmann N, et al. Evaluation of an AI-Based Clinical Decision Support System for Perioperative Care of Older Patients: Ethical Analysis of Focus Groups With Older Adults. *JMIR Aging*. 2025;8:e71568.

Zarante-Montoya IM. Inteligencia artificial en medicina: Novedades y experiencias. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):50.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

# Ejercicio, cognición y salud mental.

## *Exercise, Cognition, and Mental Health.*

Patrick Verhelst<sup>1,a</sup>

1. Médico, Especialista en Psiquiatría, Magíster en Psicofarmacología, Magíster (e) Psicogeriatría.

a. Pontificia Universidad Javeriana (Colombia)

### CORRESPONDENCIA

Patrick Verhelst

Pontificia Universidad Javeriana (Colombia)

E-mail: [pverhelst@javeriana.edu.co](mailto:pverhelst@javeriana.edu.co)

### CONFLICTO DE INTERESES

El autor del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

El envejecimiento poblacional se asocia con un aumento de enfermedades neurodegenerativas, deterioro cognitivo y trastornos afectivos como la depresión geriátrica. Ante las limitaciones de los tratamientos farmacológicos, el ejercicio físico se ha consolidado como una intervención no farmacológica eficaz para mejorar la cognición y la salud mental en personas mayores. Revisiones sistemáticas muestran beneficios significativos sobre memoria, función ejecutiva y cognición global, incluso con intensidades leves y moderadas de entrenamiento. Desde el punto de vista neurobiológico, el ejercicio favorece cambios metabólicos y moleculares que promueven neuroplasticidad y neuroprotección. El aumento del lactato cerebral durante la actividad física actúa como fuente energética y molécula de señalización, estimulando angiogénesis, plasticidad neuronal y neurogénesis hipocámpal. Además, la contracción muscular libera mioquinas como irisina, catepsina B e IGF-1, asociadas con protección cerebral y mejor función cognitiva. En salud mental, el ejercicio regula el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, reduce inflamación sistémica y disminuye citoquinas relacionadas con depresión, como

TNF- $\alpha$  e IL-6. Las actividades grupales también fortalecen redes de apoyo y reducen el aislamiento social. Finalmente, el ejercicio incrementa la expresión del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), favoreciendo sinaptogénesis y resiliencia neuronal, aspectos clave en enfermedades neurodegenerativas y trastornos depresivos.

### REFERENCIAS

1. Singh B, et al. Effectiveness of exercise for improving cognition, memory, and executive function: a systematic umbrella review and meta-meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2025; 59:866-876.
2. Xue X, et al. The potential mechanisms of lactate in mediating exercise-enhanced cognitive function: a dual role as an energy supply substrate and a signaling molecule. *Nutr Metab.* 2022; 19(1):52.
3. Dao E, et al. Prevention of vascular contributions to cognitive impairment and dementia: the role of physical activity and exercise. *Stroke.* 2024; 55:788-822.
4. Xue P, et al. Age-dependent mechanisms of exercise in the treatment of depression: a comprehensive review of physiological and psychological pathways. *Front Psychol.* 2025; 16:1562434.

Verhelst P. Ejercicio, cognición y salud mental. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):51.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

# Estrategias sociosanitarias en longevidad saludable.

## *Socio-Health Strategies for Healthy Longevity.*

Robinson Cuadros-Cuadros<sup>1,a</sup>

1. Médico, Especialista en Geriátrica, Especialista en Envejecimiento, Nutrición y Calidad de Vida, Líder de la Ruta Socio Sanitaria de personas mayores en CAFAM.

a. COMLAT - IAGG

### CORRESPONDENCIA

Robinson Cuadros Cuadros

COMLAT - IAGG

E-mail: robinsoncuadros@hotmail.com

### CONFLICTO DE INTERESES

El autor del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

La integración entre servicios sanitarios y sociales representa un desafío estructural en Colombia, donde ambos sectores suelen operar de manera fragmentada, limitando el impacto positivo de acciones conjuntas sobre la salud y el bienestar de las personas mayores. Estrategias comunitarias como actividades culturales, recreativas, deportivas y redes de apoyo social han demostrado beneficios en salud física, cognitiva y emocional, especialmente cuando son articuladas con la atención médica formal. La evidencia científica muestra que la coordinación sociosanitaria reduce hospitalizaciones, mejora el control de enfermedades crónicas, fortalece la adherencia terapéutica y disminuye problemas asociados al aislamiento social, sedentarismo y depresión. En este contexto, los equipos multidisciplinarios en atención primaria y comunitaria permiten un abordaje integral centrado en la autonomía funcional, la salud mental y la participación social, fortaleciendo servicios de rehabilitación, apoyo psicosocial y orientación familiar. Asimismo, programas comunitarios como centros de envejecimiento activo, grupos de caminata y actividades intergeneracionales favorecen redes de apoyo y sentido de pertenencia, factores determinantes

para una longevidad saludable. La articulación sociosanitaria configura así un modelo centrado en la persona, orientado a promover autonomía, bienestar y participación social, al tiempo que optimiza recursos y reduce costos innecesarios para los sistemas de salud y protección social.

### REFERENCIAS

1. Lee HJ, et al. Effects of integrated care on the subjective quality of life and social relationships of older adults in South Korea. *BMC Geriatr.* 2025;25:507.
2. Giusti M, et al. Integration of resources in social and healthcare services for ensuring the continuity of care to frail individuals aged 65 or over: an Italian experience. *Front Public Health.* 2025;13:1562564. doi:10.3389/fpubh.2025.1562564
3. Turkowski E. Teaching strategies for interdisciplinary collaboration through a public health lens. *Innov Aging.* 2024; 8(Suppl\_1):967.
4. Grey E. The use of technology to address loneliness and social isolation among older adults: the role of social care providers. *BMC Public Health.* 2024; 24:108.

Cuadros-Cuadros R. Estrategias sociosanitarias en longevidad saludable. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):52.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

## Ponencias

# Simulación clínica en geriatría: Revisión crítica avanzada, fundamentos pedagógicos y modelo sindromático integrado para escenarios de alta complejidad.

## *Clinical Simulation in Geriatrics: Advanced Critical Review, Pedagogical Foundations and Integrated Syndromic Model for Highly Complex Scenarios.*

Francisco Javier Tamayo-Giraldo<sup>1,a</sup>

1. Médico, Especialista en Medicina Interna, Especialista en Geriatría, Magister en Salud Pública, Gerente en Salud del Adulto Mayor, Doctor (e) en Ciencias de la Salud.

a. Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia).

### CORRESPONDENCIA

Francisco Javier Tamayo Giraldo  
Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia).  
E-mail: francisjoj.tamayo@javerianacali.edu.co

### CONFLICTO DE INTERESES

El autor del artículo hace constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 01 de mayo 2026.

### RESUMEN

Las caídas en personas mayores representan un importante problema de salud pública y suelen desencadenar síndromes geriátricos interrelacionados, como fractura de cadera, delirium y complicaciones derivadas de la inmovilidad prolongada, lo que convierte su abordaje en un desafío para la formación clínica. En este contexto, el objetivo del estudio fue diseñar y evaluar un modelo de simulación de alta fidelidad orientado al reconocimiento y manejo integral de síndromes geriátricos complejos, fortaleciendo el razonamiento clínico y la toma de decisiones. Para ello, se desarrolló un escenario estructurado con un paciente frágil de 84 años que presentó caída, fractura de cadera, delirium y permanencia prolongada en el suelo. La intervención educativa incluyó una sesión informativa inicial, la ejecución del escenario y un debriefing estructurado bajo el modelo de “buen juicio”. Los participantes fueron evaluados mediante una lista de verificación validada basada en OSCE y escalas globales de desempeño. Los resultados evidenciaron dificultades en el reconocimiento de síndromes geriátricos y una subestimación de las complicaciones asociadas a la inmovilidad prolongada; sin embargo, el debriefing favoreció la

integración de principios geriátricos y mejoró el razonamiento diagnóstico. En conclusión, la simulación de alta fidelidad constituye una estrategia efectiva para fortalecer competencias clínicas en escenarios geriátricos complejos y de incertidumbre clínica.

### REFERENCIAS

1. Clegg A, et al. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013; 81(9868):752-62. 2.
2. McGaghie WC, et al. A critical review of simulation-based medical education research: 2003-2009. *Med Educ*. 2010 ;44(1):50-63.
3. Tinetti ME, et al. The patient who falls: “It’s always a trade-off”. *JAMA*. 2010; 303(3):258-66.
4. Inouye SK, et al. Delirium in elderly people--authors’ reply. *Lancet*. 2014 Jun 14; 383(9934):2045.
5. Navarro C, et al. Intrinsic and environmental basis of aging: A narrative review. *Heliyon*. 2023; 9(8):e18239.

Tamayo-Giraldo FJ. Simulación clínica en geriatría: Revisión crítica avanzada, fundamentos pedagógicos y modelo sindromático integrado para escenarios de alta complejidad. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(Suppl 3):53.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

# Normas para los autores

## Presentación:

a) El manuscrito debe ser elaborado en el procesador de texto Microsoft Office Word® 2013 para Windows® o Microsoft Office Word® 2011 para Mac®. El archivo debe tener por nombre el título corto del manuscrito. El texto debe ser digitalizado en papel de fondo blanco tamaño ISO A4 (210x297 milímetros-21x29,7 centímetros) con márgenes de 30 milímetros-3,0 centímetros por los cuatro lados. La orientación de la página debe ser vertical.

b) El texto debe ser digitalizado en letra Times New Roman tamaño 12 y estructurado a una sola columna, justificado a izquierda y derecha, con espaciado anterior y posterior cero (0) y con interlineado 1,5 líneas.

c) El interlineado 1,5 líneas debe ser usado en todo el manuscrito, incluidas las páginas del título, resumen, texto, agradecimientos, referencias, tablas y leyendas pie de fotos.

d) Las páginas se deben numerar consecutivamente comenzando por la del título. El número de página se debe ubicar en el ángulo superior derecho de cada página.

e) Cada uno de los componentes o secciones del manuscrito deben empezar en una página aparte.

f) Los títulos de las secciones deben digitarse en letra Times New Roman tamaño 12, en mayúscula sostenida y en negrilla. Para comenzar a escribir el primer párrafo de cada sección se debe dejar un espacio.

g) Cuando se coloque una palabra en inglés o en otro idioma se debe emplear letra Times New Roman tamaño 12 en cursiva. Esta norma aplica para las expresiones en latín *per se*, *et al*, etc.

h) El estilo narrativo o “estilo científico” del manuscrito debe ser en todo caso impersonal y en tiempo pasado.

i) En la redacción del cuerpo del manuscrito, se debe emplear un lenguaje sencillo, estructurado y coherente, libre de ambigüedades que den a interpretaciones erróneas, en donde prime una prosa narrativa científica informativa, persuasiva, racional, objetiva, directa, breve, impersonal y desinteresada. Asimismo se debe emplear un lenguaje libre de jerga lugareña, tecnicismos innecesarios y frases rimbombantes.

j) Las tablas, figuras y anexos citados en el cuerpo del manuscrito deben ser ordenadas al final del manuscrito después de las referencias, cada una en una página diferente.

k) La extensión total del archivo –incluida la página de inicio, el cuerpo del manuscrito, las tablas, las figuras y los anexos– no deberá exceder las 20 páginas.

## • Estructura página de autores:

**Autores:** El nombre de cada uno de los autores (si se tienen dos nombres emplear solo el primero, al igual que los apellidos. En caso de emplear ambos nombres o ambos apellidos separarlos entre ellos con guiones, por ejemplo: José-Fernando Gómez, ó José Gómez-Urrego. Es requisito fundamental de esta revista que por lo menos el autor principal a quien se le dirige la correspondencia cuente con el número de identificación ORCID, el cual consiste en un identificador digital que distingue a un investigador de otros investigadores que quizás cuenten con nombres y apellidos homónimos. Consultar ORCID: <http://orcid.org/>

Debajo del nombre se deben indicar todos los grados académicos que condujeron a título del más bajo al más alto (pregrado, especialización, sub-especialización, maestría, doctorado, postdoctorado). En caso de estudiantes de pregrado se debe colocar el nombre del programa académico. Debajo de los grados académicos se debe indicar la filiación institucional desde la más particular a la más general (departamento, facultad y universidad). Es a esta institución a la que se le atribuye el trabajo. Entre paréntesis al final del nombre de la universidad se debe colocar la ciudad y el país en donde ésta se encuentra. El orden de los autores dependerá de la decisión que de forma conjunta adopten ellos mismos. Todas las personas que figuren como autores deben haber participado en grado suficiente para asumir la responsabilidad pública del contenido del manuscrito. Para concederle a alguien el crédito de autor su contribución en el manuscrito debe ser esencial respecto a la concepción y el diseño del estudio (recogida de los datos, o el análisis y la interpretación de los mismos); a la redacción del artículo o la revisión crítica de una parte sustancial de su contenido intelectual; y a la aprobación final de la versión que será publicada después de la revisión por pares revisores y/o evaluadores. La participación exclusivamente en la obtención de fondos o en la recogida de datos o la supervisión general del grupo de investigación no justifica la autoría. La revista solicita a los autores que describan la participación de cada uno de ellos en la carta de

envío. El resto de personas que contribuyan con el manuscrito y que no tengan suficientes responsabilidades que justifiquen ir como autores, podrán citarse en la sección de agradecimientos.

**Correspondencia:** Corresponde a los datos ubicación del autor principal a quien se le dirige la correspondencia y con quien se establece todo el proceso de publicación. Incluye el nombre completo del autor tal cual figura en el apartado de autores, el correo electrónico institucional, y la filiación institucional tal cual figura en el apartado de autores.

### **Estructura manuscrito:**

Para ordenar las diferentes secciones del manuscrito, la revista propone elaborar una página de título, el cuerpo del manuscrito, las referencias, las tablas, las figuras y los anexos.

#### **• Página de título:**

La primera página de la página de título contendrá:

El título del artículo (en español y en inglés): Corresponde a la etiqueta que nombre, identifica y determina un artículo. Debe ser atractivo (es lo primero que se lee y tal vez lo último que se lee de un artículo); debe ser exacto (su extensión deberá ser entre 1 y 20 palabras); debe ser preciso (incluir el descriptor en salud –palabra clave– más importante); y debe ser específico (relacionarse directamente con la pregunta de investigación y con el objetivo general del estudio).

Título abreviado o titulillo (en español): De no más de 40 caracteres (incluidos letras y espacios) se emplea como cabezal de las páginas para identificación rápida del artículo. Se recomienda emplear el descriptor en salud –palabra clave– más importante.

#### **• La segunda página de la página de título contendrá:**

Resumen: Podrá ser descriptivo de 150 palabras para el caso de los reportes de casos, revisiones de tema y notas de clase, y estructurados de 250 palabras para el caso de los artículos originales de investigación y de las revisiones sistemáticas de la literatura. En ambos tipos de resumen se indicarán los objetivos del estudio, los procedimientos básicos (la selección de la muestra, el diseño metodológico, los métodos de observación, el análisis estadístico), los resultados más destacados (mediante la presentación de datos de forma concreta con su significación estadística –en caso de haberla–), y las principales conclusiones, haciendo énfasis en aquellos aspectos del estudio o de las observaciones que resulten más novedosos o de mayor importancia. En caso del resumen descriptivo, estos aspectos se narran de forma impersonal y en tiempo pasado de forma continua. En caso del resumen estructurado se deben identificar las secciones objetivo, materiales y métodos, re-

sultados y conclusiones, y mantener el estilo gramatical en tercera persona y en tiempo pasado. En ninguno de los dos tipos de resúmenes se harán citas a referencias. Un buen resumen señala el objetivo de la investigación, describe la metodología utilizada, sintetiza los resultados y enuncia las conclusiones principales del artículo. En ningún caso un resumen puede contener información o conclusiones que no figuren en el artículo. Después del título, los lectores pasan al resumen, por lo que debe estar escrito de forma clara y sencilla para predisponer favorablemente al lector hacia la lectura completa del manuscrito. Del mismo modo, el resumen debe proveer la información necesaria para que el lector determine si lee o no el artículo de forma completa de acuerdo a sus intereses particulares. Por tanto, se recomienda escribir el resumen una vez finalizada la elaboración del artículo.

**Palabras clave:** Podrán emplearse de seis a diez palabras clave o descriptores en salud, de las cuales máximo cuatro serán propuestas por el(los) autor(es) de acuerdo a la temática del manuscrito y el resto obtenidas de los encabezados de temas médicos (en inglés Medical Subject Headings –MeSH–). Los términos jerárquicos MeSH son desarrollados por la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos (en inglés National Library of Medicine –NLM–) y se pueden obtener en inglés y en español. También se pueden consultar los Descriptores en Ciencias de la Salud –DeCS– desarrollados por la Biblioteca Virtual en Salud Bireme en español, inglés y portugués. Consultar MeSH <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>; consultar DeCS: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

#### **• La tercera página de la página de título contendrá:**

**Abstract:** Traducción coherente del resumen en inglés.

**Key words:** Traducción de los descriptores en salud de acuerdo al MeSH o al DeCS.

#### **• Cuerpo del manuscrito:**

Inicia en la cuarta página del manuscrito:

Para estructurar el cuerpo del manuscrito se va a emplear el formato IMRYD (acrónimo de introducción, materiales y métodos, resultados y discusión) características de los artículos originales de investigación biomédica. Adaptaciones de esta estructura se sugieren para los reportes de casos, revisiones sistemáticas de la literatura y revisiones de tema. El formato IMRYD ha sido adoptado por un número cada vez mayor de revistas académicas desde la primera mitad del siglo XX y es considerado como uno de los requisitos uniformes para trabajos presentados a revistas biomédicas del Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas. Los cuatro componentes del formato IMRYD que estructuran un manuscrito deben responder las siguientes preguntas

que se plantean respectivamente. Cada sección del cuerpo del manuscrito inicia en una página aparte.

**Introducción:** ¿Por qué se llevó a cabo el estudio? ¿Cuál fue la pregunta de investigación, la hipótesis puesta a prueba o el propósito de la investigación?

Normalmente se puede estructurar en cinco párrafos en donde el primero introduce al lector al tema tratado, el segundo y el tercero plantean un estado del arte muy conciso, el cuarto la justificación del estudio y el quinto y último el propósito del manuscrito. No obstante el(los) autor(es) podrán elaborar y justificar una introducción más extensa que inclusive cuente con sub-secciones. En esta sección se da inicio a la citación de las referencias bibliográficas estrictamente necesarias. La citación se hará a través de números arábigos consecutivos (1, 2, 3, 4...) de acuerdo al orden de aparición –citación– colocados después de todo signo de puntuación al final de cada oración o párrafo sin ningún tipo de paréntesis, llave o corchete y en supra-índice (.1). Si en un mismo párrafo se citan varias referencias se pondrán de forma consecutiva para el caso de dos (.1,2), para el caso de más de dos se emplea el intervalo (.1-4) y para el caso de varias consecutivas y no consecutivas (.1,2-5,6-10,13). Las referencias pueden ser citadas en la introducción, en los resultados, en la discusión, en las tablas y en las figuras.

**Materiales y métodos:** ¿Cuándo, dónde y cómo se hizo el estudio? ¿Qué materiales se utilizaron o que se incluyó en los grupos de estudio (los pacientes, etc.)?

Se sugiere que el(los) autor(es) desarrolle(n) la sección de materiales y métodos con sub-secciones para describir el tipo de estudio (diseño metodológico), la muestra (tipo de muestra, criterios de inclusión y exclusión, naturaleza de la selección de la muestra, procedimiento como fueron distribuidos los grupos intervención y control de la muestra), para el caso de humanos datos socio-demográficos como edad, sexo y grupo étnico, para el caso de biomodelos animales datos como edad, talla, peso, sexo y condiciones generales del bioterio (cantidad y tipo de alimento, temperatura, humedad, cantidad de luz), trabajo de campo (protocolos de recolección y registro de la información), observación (protocolos de observación y análisis), análisis estadístico (pruebas estadísticas, nombre y versión del software, justifique el uso de valores p). En esta sección se pueden elaborar y citar tablas y figuras como apoyo para representar materiales y métodos empleados en el estudio: lo que no se debe es citar las tablas y figuras con resultados. Una sub-sección fundamental son las consideraciones éticas, las cuales deberán estar explícitas en la sección de materiales y métodos. Si la muestra fue constituida por seres humanos se hará referencia al riesgo de participación de acuerdo la Resolución 008430 de 4 de Octubre de 1993, a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres huma-

nos de acuerdo a la Declaración de Helsinki y se hará referencia al comité de ética institucional en humanos que avaló el estudio. Copia del aval del comité de ética podrá ser solicitada por el editor para el caso de los artículos originales derivados de investigación; así como copia del consentimiento informado para el caso de los reportes de casos. Si la muestra fue constituida por animales se hará referencia a lo estipulado por la Resolución 008430 de 4 de Octubre de 1993, la Ley 84 de 1989 y a la normatividad particular de cada bioterio. Copia del aval del comité de ética institucional en animales y del bioterio podrá ser solicitada por el editor para el caso de los artículos originales derivados de investigación que experimente con biomodelos animales.

**Resultados:** ¿Qué respuesta se encontró respecto al problema de investigación? ¿Qué se encontró en el estudio? ¿Era cierta la hipótesis de la prueba?

Los resultados corresponden a lo exclusivamente encontrado en el estudio. Estos resultados se pueden presentar a manera de texto, tablas y figuras. El(los) autor(es) determinarán la mejor forma de presentar los resultados siguiendo una secuencia lógica, en la que no se repitan los resultados descritos a manera de texto con los resultados presentados en las tablas y figuras. En esta sección no se explican, contrastan o justifican los resultados, simplemente se presentan.

**Discusión:** ¿Qué podría implicar la respuesta y por qué es importante? ¿Cómo encaja con lo que otros investigadores han encontrado? ¿Cuáles son las perspectivas para futuras investigaciones?

En esta sección se contrastan los resultados del estudio con el conocimiento pre-existente reportado en la literatura. Se recomienda exponer los resultados en la misma secuencia lógica de la sección anterior y contrastarlos inmediatamente, para lo cual es completamente deseable desarrollar la discusión por medio de sub-secciones. El(los) autor(es) debe(n) tener cuidado con repetir información dispuesta en las secciones introducción y/o resultados; fundamentalmente se debe explicar en que consisten los resultados a partir de las observaciones realizadas en contraste con otros estudios pertinentes, para determinar el significado de dichos resultados de acuerdo al análisis estadístico, así como sus beneficios y limitaciones para tener en cuenta en estudios futuros, para finalmente llegar a las conclusiones. Si bien IMRYD incluye las conclusiones al final de la discusión, la tendencia de la revistas biomédicas es separarlas en una sección independiente, lo cual se aplica en esta revista.

**Conclusiones:** Las conclusiones se deben relacionar directamente con los objetivos del estudio, de tal forma que respondan la pregunta de investigación de forma general y específica. Es muy común que el(los) autor(es) sobredimensione(n) las conclusiones, dando como resultado afirmaciones poco fundamentadas y/o

conclusiones insuficientemente avaladas por los resultados. Es totalmente deseable que se propongan nuevas hipótesis (principalmente para el caso de los estudios de tipo descriptivo) y si resulta oportuno, hacer recomendaciones. Algunas revistas desarrollan una sección con el nombre de recomendaciones; en el caso particular de ésta revista, si se van a hacer recomendaciones, deben colocarse al final de la sección de conclusiones.

**Agradecimientos:** En esta sección se deben incluir todas aquellas personas que han colaborado con el estudio o con la elaboración del manuscrito, pero que no cumplen los criterios de autoría, tales como, ayuda técnica recibida, ayuda en la escritura del manuscrito fundamental en la corrección de estilo, o apoyo general prestado por jefes de departamento, coordinadores de laboratorios y/o directores de grupos de investigación. En todo caso se debe colocar el nombre del colaborador y la descripción de la colaboración específica. También es deseable incluir en los agradecimientos las entidades que financiaron el estudio. Para todo caso, el agradecimiento a colaboradores y/o instituciones, puede ser confirmado por el editor, quien podrá solicitar al(los) autor(es) la información de contacto para corroborar la información y la autorización; esto porque de una u otra forma se puede deducir que las personas citadas en los agradecimientos de alguna manera avalan los datos y las conclusiones del estudio.

**Financiamiento:** En caso que el estudio del que deriva el manuscrito haya sido financiado por alguna institución, se deberá colocar el nombre de la institución, la naturaleza de la institución (privada o pública), la forma en que fueron adjudicados dichos recursos, bien sea por convocatoria interna, convocatoria externa (nacional o internacional) y/o becas-pasantías, el nombre del programa de la adjudicación de recursos, y el código numérico de identificación de la adjudicación (lo que se reconoce como GRANT). Se debe tener en cuenta que la financiación de un estudio puede generar de una u otra forma conflicto de intereses, lo cual debe ser declarado tal como se ha expuesto con anterioridad.

**Referencias:** Las referencias o citas bibliográficas constituyen una sección destacada en un trabajo científico. La selección cuidadosa de documentos relevantes, es un elemento que da solidez a la exposición teórica del cuerpo del manuscrito, a la vez que constituye una importante fuente de información para el lector. El estilo de citación y el formato de las referencias bibliográficas que emplea esta revista es el denominado Estilo Vancouver, sugerido para las revistas biomédicas por el Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas (ICMJE). El(los) autor(es) debe(n) enumerar las referencias consecutivamente según el orden en que se mencionen por primera vez en el cuerpo del manuscrito (introducción, materiales y métodos, resultados y discusión) y en las tablas y figuras. Las referencias deben numerarse mediante números arábigos consecutivamente, según el orden en que se mencionen por primera vez en el texto, colocados después de todo

signo de puntuación al final de cada oración o párrafo sin ningún tipo de paréntesis, llave o corchete y en supra-índice. Cuando hay más de una cita, éstas deben separarse mediante comas, pero si fueran correlativas, se menciona la primera y la última separadas por un guion. Cuando en el texto se menciona un autor, el número de la referencia se pone tras el nombre del autor. Si se trata de un trabajo realizado por dos autores se colocan los nombres de ambos autores y el número de referencia. Si hay más de dos autores, se cita el primero de ellos seguido de la abreviatura “*et al*” y el número de referencia. Se incluirán sólo aquellas referencias consultadas personalmente por los autores. Citar trabajos a través de opiniones de terceros, puede suponer que se le atribuyan opiniones inexistentes. También es frecuente que el trabajo esté mal citado y que contribuyamos a perpetuar errores de citación. El editor podrá determinar cuando una referencia citada a partir de terceros puede ser empleada. Los documentos que se citen deben ser actuales. Para esta revista la discusión se debe centrar en trabajos de máximo 10 años de publicación. El editor podrá determinar excepciones de acuerdo a consideraciones especiales sustentadas y justificadas por el(los) autor(es) y ratificadas por los pares revisores y/o evaluadores. Respecto al número de citas que se deben incluir en cada trabajo, se recomienda que los artículos originales derivados de investigación y los reportes de casos incluyan hasta 25 referencias; mientras que las revisiones sistemáticas de la literatura y las revisiones de tema incluyan mínimo 50 referencias. El editor podrá determinar excepciones de acuerdo a consideraciones especiales sustentadas y justificadas por el(los) autor(es). Para evitar errores en la construcción de una referencia bibliográfica en el Estilo Vancouver, se recomienda verificar las referencias con los documentos originales o en PubMed. Una vez finalizada la sección de referencias, el(los) autor(es) debe(n) asegurarse de la correspondencia de las citas en el texto y el número asignado en las referencias. Se recomienda al(los) autor(es) evite citar resúmenes, la citación de una referencia bibliográfica implica la lectura de la totalidad de la misma. Del mismo modo que se debe evitar la citación de referencias bibliográficas en proceso de publicación, para lo cual se debe manifestar entre paréntesis “en prensa” o “en proceso de publicación”, lo cual podrá ser corroborado por el editor y decidir si acepta o no la referencia. Esta revista no aceptará la referencia de comunicaciones personales, salvo que el(los) autor(es) envíen copia del documento adjunto a la carta de envío y justifiquen su citación. El orden de la ficha bibliográfica (referencia) será el recomendado por las Normas Vancouver, para lo cual El(los) autor(es) podrá(n) basarse en los ejemplos que ofrece el Index Médicus de la NLM. Allí mismo se pueden consultar las abreviaturas de los títulos de las revistas en el listado de revistas indizadas (List of Journals Indexed in Index Medicus) y el Index Medicus Latino-Americano (IMLA) de Latindex. De igual forma la abreviatura de determinado nombre de revista puede ser consultada en el sitio web de la misma. Consultar Index Medicus: <http://www.nlm.nih.gov/archive/20130415/tsd/serials/lji.html>

El estilo de los Requisitos Uniformes denominado Estilo Vancouver, en gran parte se basa en el estilo normalizado del Instituto Nacional Estadounidense de Estándares (del inglés American National Standards Institute –ANSI–) adoptado por la NLM pasa sus bases de datos. Los Requisitos de Uniformidad Estilo Vancouver contienen 41 ejemplos de diferentes documentos que pueden utilizarse como referencias bibliográficas y la manera como deben ir en la sección referencias. Consultar NIH (International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals: Sample References): [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

**Tablas:** El(los) autor(es) debe(n) adjuntar las tablas al final del manuscrito después de las referencias en una página aparte. Cada tabla se organiza en una página aparte. Las tablas pueden ser citadas en el cuerpo del manuscrito (introducción, materiales y métodos, resultados y/o discusión), sin embargo solo las que presenten resultados deberán ser citadas por primera vez en la sección de resultados. Las tablas se deben numerar con números arábigos consecutivos 1, 2, 3... de acuerdo al número de tablas y al orden de citación, y se les debe asignar un título a cada una de ellas. Las tablas se citan de la siguiente forma (Tabla 1) antes del punto final o punto aparte del párrafo más apropiado para citarlas. En caso de citar varias tablas en una misma cita se hará de la siguiente forma (Tablas 1 y 2) ó (Tablas 1-3). El(los) autor(es) debe(n) asegurarse de que cada tabla se halle citada en el texto. Las tablas deben ser diseñadas directamente en el mismo procesador de texto en el que se ha desarrollado todo el manuscrito (Microsoft Office Word® 2013 para Windows® o Microsoft Office Word® 2011 para Mac®). No se aceptan tablas exportadas en formatos de imagen desde los diferentes programas estadísticos. Se deben insertar las filas y las columnas necesarias. En la primera fila agrupando todas las celdas de las columnas se debe colocar el número de la tabla (Tabla 1) y su título respectivo. En la segunda fila se deben colocar los encabezamientos de las columnas. De la tercera fila en adelante –las que sean necesarias– se colocaran los datos. En la última fila –en caso de ser necesario– se pueden colocar explicaciones adicionales o abreviaturas no usuales empleadas en cada tabla, a manera de llamadas para notas al pie, utilizando asteriscos (\*, \*\* y \*\*\*). En caso de más de tres notas al pie se pueden utilizar números arábigos consecutivos (1, 2, 3, 4...). Para el diseño de la tabla se debe emplear el formato tabla con cuadrícula. No se deben hacer rellenos a las celdas. No se debe cambiar el tipo y el tamaño de la letra. El interlineado se debe mantener en 1,5 líneas. Si en la tabla se incluyen datos de otras publicaciones se debe colocar la referencia Estilo Vancouver de acuerdo al número consecutivo que va hasta el momento de citar la tabla en caso que la referencia se cite por primera vez, de allí la numeración continuará después de la tabla. Si la referencia se ha citado con anterioridad se coloca el mismo número de citación. Si la tabla es muy extensa e implica una dificultad en el diseño de la

revista, el editor podrá sugerir al(los) autor(es) que la citen como anexo para colocarla al final del manuscrito. El número máximo de tablas y de figuras será de seis. Será El(los) autor(es) el(los) que defina(n) cómo distribuir el número de tablas y de figuras.

**Figuras:** El(los) autor(es) debe(n) adjuntar las figuras al final del manuscrito después de las tablas en una página aparte. Cada figura se organiza en una página aparte. Las figuras pueden ser citadas en el cuerpo del manuscrito (introducción, materiales y métodos, resultados y/o discusión), sin embargo solo las que presenten resultados deberán ser citadas por primera vez en la sección de resultados. Las figuras se deben numerar con números arábigos consecutivos 1, 2, 3... de acuerdo al número de tablas y al orden de citación, y se les debe asignar un título a cada una de ellas. Las figuras se citan de la siguiente forma (Figura 1) antes del punto final o punto aparte del párrafo más apropiado para citarlas. En caso de citar varias tablas en una misma cita se hará de la siguiente forma (Figuras 1 y 2) ó (Figuras 1-3). El(los) autor(es) debe(n) asegurarse de que cada figura se halle citada en el texto. Debajo de cada figura debe ir un pie de foto en el que se ponga el número de la figura (Figura 1) y una breve explicación de lo que se muestra en la figura. No se debe cambiar el tipo y el tamaño de la letra. El interlineado se debe mantener en 1,5 líneas. Si las figuras corresponden a fotografías, estas deben ser de una resolución mayor a 300 DPI, en formatos de imagen PNG o TIF (nunca JPG) y no deben ser modificadas o recortadas, es decir, a la revista deben enviarse las figuras originales insertadas directamente en el documento del manuscrito. En caso que el editor estime conveniente, solicitará las fotografías originales al(los) autor(es). En caso de emplearse figuras correspondientes a fotografías de seres humanos, éstas no deben ser identificables y su uso debe estar autorizado por el consentimiento informado. Del mismo modo, en caso de utilizar una figura modificada a partir de la figura de otro autor se deberá citar la referencia bibliográfica en el pie de foto. Si se va a utilizar la misma figura sin ningún tipo de modificación, el editor solicitará el permiso del correspondiente autor para reproducir la figura. La única excepción se da en las imágenes de dominio público. Si las figuras corresponden a gráficos estadísticos elaborados con herramientas tipo Microsoft Office Power Point® 2013 para Windows® o Microsoft Office Power Point® 2011 para Mac®, o tipo Microsoft Office Excel® 2013 para Windows® o Microsoft Office Excel® 2011 para Mac®, deberán importarse directamente en el documento del manuscrito. Solo se aceptarán gráficos de otro software estadístico cuando estos no puedan elaborarse en los procesadores mencionados y deberán ser insertados como una fotografía, al mismo tiempo que deben cumplir con los mismos requisitos.

• **Otras consideraciones a tener en cuenta:**

**Unidades de medida:** Las medidas de longitud, talla, peso y volumen se deben expresar en unidades métricas (metro, kilogramo,

litro) o sus múltiplos decimales. Las temperaturas se deben expresar en grados Celsius (centígrados) y las presiones arteriales en milímetros de mercurio. Todos los valores de parámetros hematológicos y bioquímicos se presentarán en unidades del sistema métrico decimal, de acuerdo con el Sistema Internacional de Unidades (SI). No obstante, el editor podrán solicitar que, antes de publicar el manuscrito y en determinado caso, el(los) autor(es) añada(n) unidades alternativas o distintas de las del SI. Para el caso de las nomenclaturas de genes, nombres de especies biológicas y notaciones específicas se utilizarán las universalmente aceptada por las diferentes organizaciones internacionales.

**Abreviaturas y símbolos:** Se deben utilizar únicamente abreviaturas normalizadas. Se deben evitar las abreviaturas en el título, en el resumen y en las palabras clave. Cuando en el texto se emplee por primera vez una abreviatura, ésta debe ir precedida del término completo –por ejemplo: PCR (polymerase chain reaction), salvo si se trata de una unidad de medida común. De allí en adelante se podrá utilizar la abreviatura. Si las abreviaturas son en inglés, deberá colocarse el término completo en inglés. Lo propio si la abreviatura es en español.

**Correcciones, retracciones o notas explicativas sobre los resultados de la investigación:** En principio, el editor asume que los trabajos que envían los autores se basan en estudios honestos basados desde todo punto de vista en buenas prácticas de investigación. Sin embargo, el mismo editor o los pares revisores y/o evaluadores pueden detectar dos tipos de conflictos muy comunes: los errores involuntarios producto, por ejemplo, de una búsqueda insuficiente de fuentes de información primaria por limitaciones en el acceso a bases de datos que pueden ser fácilmente corregibles por los autores; y el fraude científico ante la detección plagio, auto-plagio y/ conflictos de interés comerciales asociado

a malas prácticas de investigación, lo cual ocasiona al rechazo absoluto del manuscrito.

**Confidencialidad:** La revista manifiesta que todo el proceso de recepción, revisión y/o evaluación, edición y publicación se lleva a cabo con el debido respeto a la confidencialidad de los autores. Al ser una revista con sistema de revisión por pares expertos (peer-review), se garantiza que los revisores no van a conocer la identidad de los autores así como los autores no van a conocer la identidad de los revisores, con el propósito de evitar conflictos de intereses. Por tanto el editor y el comité editorial no divulgarán ninguna información acerca de la recepción, contenido, situación del proceso de evaluación, críticas de los revisores, o decisión final sobre el manuscrito a ninguna persona, excepto a los mismos autores y revisores del mismo. Del mismo modo, los manuscritos recibidos para revisión y/o evaluación por pares, serán manejados conforme los derechos de los autores y las buenas prácticas editoriales de las revistas biomédicas, de tal forma que en todo momento se velará por la confidencialidad de la información salvaguardando la divulgación y la revelación de la misma contenida en los manuscritos hasta el momento de su publicación oficial en el OJS. El editor, el comité editorial y los pares revisores y/o evaluadores dejan claro que los manuscritos sometidos a revisión y/o evaluación son documentos privados y propiedad de los autores. Por tanto, El editor, el comité editorial y los pares revisores y/o evaluadores respetarán los derechos de los autores no discutiendo en público el trabajo de los autores o utilizando las ideas contenidas en el manuscrito, antes de que el mismo haya sido publicado. El revisor y/o evaluador no debe realizar copias del manuscrito para su archivo propio y no ha de intercambiarlo con otras personas, excepto con la autorización del editor.



Pontificia Universidad  
**JAVERIANA**  
Cali  
Facultad de Ciencias  
de la Salud

# **Salutem Scientia Spiritus**

**Revista de divulgación científica de la Facultad  
de Ciencias de la Salud de la Pontificia  
Universidad Javeriana Cali**

**ISSN: 463-1426 (En Línea)**