

**PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SOBRE
PERCEPCIÓN DE ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS CON DIABETES
MELLITUS O HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Edgar Giovanni Aguilar Gabriel

**Pontificia Universidad Javeriana
Departamento de Enfermería en Salud Colectiva
Maestría en Cuidado de Enfermería al Adulto Mayor
Bogotá, D.C. septiembre de 2018**

ii

**PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SOBRE
PERCEPCIÓN DE ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS CON DIABETES
MELLITUS O HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Edgar Giovanni Aguilar Gabriel

**Trabajo de grado para obtener el título de
MAGÍSTER EN CUIDADO DE ENFERMERÍA AL ADULTO MAYOR**

Directoras de Trabajo:

PhD. Fabiola Castellanos Soriano

MSc. Carmen Lucía Niño Cardozo

**Pontificia Universidad Javeriana
Departamento de Enfermería en Salud Colectiva
Maestría en Cuidado de Enfermería al Adulto Mayor
Bogotá, D.C. septiembre de 2018**

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Dedicatoria

A Dios primeramente por darme la oportunidad, la sabiduría, las fuerzas físicas y mentales para culminar con esta meta, y así poder comenzar a recorrer el camino hacia el cumplimiento de mis sueños.

De igual forma dedico esta tesis a mi madre Flor Marina Gabriel Porras que ha sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles, también a mi abuela Pastora Porras de Gabriel por acompañarme en este camino tan largo, por sus palabras y ayuda tan significantes para mí. Este trabajo está lleno de esfuerzos y sacrificios es por y para ellos.

Y por último a mis docentes y compañeros que de igual forma fueron una motivación para poder culminar con este sueño.

Agradecimientos

v

El autor expresa su más sincero agradecimiento al grupo administrativo y cuerpo docente de la facultad de enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana, a la Decana Dra. Fabiola Castellanos Soriano, y a la profesora Carmen Lucía Niño Cardozo.

Al Hogar Geriátrico San Francisco de Asís de la Localidad de Usaquén, por permitirme realizar la investigación. Mi madre, abuela, por su apoyo incondicional y motivación, en todo este proceso gracias.

El presente proyecto de investigación tuvo como propósito diseñar una propuesta de un programa de atención integral en enfermería, para adultos mayores con diabetes mellitus o hipertensión arterial institucionalizados en un hogar geriátrico de la Ciudad de Bogotá, a partir de la medición de la Percepción frente a la institucionalización. El presente es un estudio cualitativo y se tuvo en cuenta para conocer las percepciones de los adultos mayores los patrones funcionales de Marjory Gordon. Se realizaron cinco entrevistas semiestructuradas a adultos mayores hombres y mujeres, institucionalizados con diagnóstico de diabetes mellitus o hipertensión arterial. Se procedió al respectivo análisis cualitativo de los resultados para diseñar posteriormente la propuesta de un programa de atención integral.

Palabras Claves: Cuidado de Enfermería al Adulto Mayor, Patrones Funcionales, Percepción de la Institucionalización, Programa de Atención Integral al Adulto Mayor

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	11
Planteamiento del problema	13
2. Justificación	24
3. Objetivos	29
3.1 Objetivo General	29
3.2 Objetivos específicos	29
4. Marco Teórico	30
4.1. Envejecimiento Demográfico a nivel mundial	30
4.2. Parámetros de Cuidado de Adultos Mayores	33
4.3. Enfermedades Crónicas No Transmisibles de alta prevalencia:	
Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus Tipo 2.	34
4.3.1. Hipertensión Arterial HTA	35
4.3.2. Diabetes Mellitus	37
4.4. Factores de dependencia del Adulto Mayor	39
4.4.1. Fragilidad, problemas de la movilidad y enfermedades	39
4.4.2. Limitaciones sensoriales	40
4.4.3. Consumo de fármacos	40
4.4.4. Factores psicológicos	40
4.4.5. La depresión	40
4.4.6. Factores vinculados a la personalidad	41
4.4.7. Factores ambientales	41
4.4.8. Feminización de la Vejez	42
4.5. Tipos de dependencia del Adulto Mayor	42
4.5.1. La dependencia física	42
5.2. La dependencia psíquica o mental	42
4.5.3. La dependencia afectiva	42

4.6. Condiciones de salud de los Adultos Mayores en Colombia	44
4.7. Condiciones de salud de Adultos Mayores en Bogotá	46
4.8. El proceso de percepción del Adulto Mayor	49
4.9. Patrones Funcionales de Marjory Gordon	51
4.9.1. Legado de Marjory Gordon	51
4.9.2. Los patrones funcionales de Marjory Gordon	53
5. Marco legal para la atención del Adulto Mayor	56
5.1. Política de funcionamiento de hogares geriátricos	69
6. Metodología	70
6.1. Problema de investigación y fundamentación teórica.	70
6.2. Tipo de estudio	71
6.3. Revisión Conceptual	72
6.4 Selección de categorías de evaluación de percepción	74
6.5 Delimitación espacial y selección de participantes	74
6.6 Diseño y aplicación de entrevistas semiestructuradas	78
6.7 Creación de categorías emergentes	79
7. Aspectos éticos	80
8. Análisis de resultados	80
9. Conclusiones	103
10. Bibliografía	104
Anexos	114

Lista de Cuadros y Esquemas

Cuadro No 1. Lecciones aprendidas de experiencias de países con la atención al AM	20
Cuadro No. 2 . Programas de Países de la OCDE	26
Cuadro No. 3. Coordinación de las políticas de Adultos Mayores en América Latina	30
Cuadro No. 4 Causas de mortalidad en colombianos mayores de 65 años	45
Esquema No. 1. Esquema de a propuesta del programa de cuidado integral de enfermería para AM institucionalizados con HTA y DM.	114

Lista de Tablas

Tabla 1. Características sociodemográfica de participantes.....	74
Tabla 2. Patrón Funcional Percepción y Manejo de la salud	78
Tabla 3. Patrón Funcional Cognitivo Perceptual.....	80
Tabla 4. Patrón Funcional Autopercepcion - Autoconcepto	83
Tabla 5. Patrón Funcional Rol - Relaciones	85
Tabla 6. Patrón Funcional Valores y Creencias.....	87
Tabla 7. Patrón Funcional Nutricional Metabolico	89
Tabla 8. Patrón Funcional Actividad - Ejercicio	91
Tabla 9. Patrón Funcional Manejo y Tolerancia al Estres.....	94
Tabla 10. Patrón Funcional Eliminacion	96
Tabla. 11. Patrón Funcional Sueño y Descanso.....	98

Introducción

Debido a que la diabetes mellitus y la hipertensión arterial son las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en la población de adultos mayores, es pertinente diseñar e implementar estrategias eficaces para una mejor atención y cuidado integral a esta población, como también se necesita fortalecer las competencias del cuidador profesional en enfermería con base en el conocimiento de las percepciones, sugerencias y comportamientos de autocuidado de los adultos mayores. Este escenario motivó la estructuración del proyecto de investigación, dirigido al diseño de un programa de atención para el cuidado integral al adulto mayor, a partir de las percepciones del adulto mayor institucionalizado. Con base en el método cualitativo, se aplicó una entrevista semiestructurada fundamentada en los patrones funcionales de Marjory Gordon.

La propuesta del Programa comprende actividades de fisioterapia, apoyo psicosocial, soporte nutricional y acondicionamiento físico, entre otros aspectos. Así mismo, el programa se estructuró a partir del logro de los objetivos como la Identificación de las características de la población de Adultos Mayores institucionalizados que presentan Diabetes Mellitus o Hipertensión Arterial en un Hogar Geriátrico de la Ciudad de Bogotá, la Identificación de factores que facilitan (estado de vulnerabilidad del AM, vínculos con sus familiares y actitud de agradecimiento) y dificultan la adaptación del Adulto Mayor a los centros geriátricos de (abandono de los familiares, sensación de “dolor emocional” por encontrarse lejos de su familia, los dolores crónicos y el rechazo a

las comidas), a partir de la descripción de sus percepciones frente a la institucionalización en un Hogar Geriátrico de la Ciudad de Bogotá.

PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA SOBRE PERCEPCIÓN DE ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS CON DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

1. Planteamiento del Problema

Tradicionalmente, la profesión de enfermería ha sido considerada como el arte del cuidado de los enfermos, razón por la cual la mayor parte de sus funciones han estado dirigidas a contribuir en la recuperación de la salud perdida de las personas. Unido a esto, desde el cuidado de enfermería se hace énfasis en la planificación e implementación de programas destinados a la atención de las necesidades de salud de la población, especialmente referidos a su promoción y fomento. En este mismo orden de ideas, la atención de enfermería a los adultos mayores se debe transformar de una acción eminentemente curativa y paliativa, en otra de carácter integral y en la cual los componentes de promoción y fomento de la salud constituyan el eje fundamental.

La falta de programas eficientes de gestión de instituciones de salud, en particular de los centros geriátricos en Colombia, específicamente en Bogotá, agravan esta situación, lo que trae en consecuencia déficit en la atención que el personal de enfermería debe brindar a los adultos mayores (en adelante AM) bajo su cuidado. Un ejemplo es la deficiencia en la atención integral a las necesidades de los adultos mayores. Un reciente informe de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Sabana y la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria reveló que en el país solo hay un geriatra por cada 35 mil adultos mayores, con lo que busca demostrar que no hay garantías para los adultos mayores en Colombia. El informe también revela que en el país hay

aproximadamente 5'750.000 adultos mayores; de ellos unos 995.000 residen en Bogotá y cerca de 400 son abandonadas cada año en la Capital. Desde 1982 hasta la actualidad se han formado dos mil gerontólogos en Colombia, de estos apenas hay 4 % en actividad. (Universidad de la Sabana, 2017)

También se presentan problemas con relación a aspectos como:

Falta de sistematización en el registro y control de signos vitales, manejo generalizado de comidas sin individualizar las dietas según casos específicos de enfermedades del AM, fallas en la movilización y cambio de posición de los institucionalizados, fallas en la prescripción y administración de medicamentos, falta de coordinación en la atención para los casos crónicos y complejos de los adultos mayores, entre otras.

Algunas situaciones también se relacionan con: Falta de equipos multidisciplinares compuestos por coordinadores de atención de la salud (Resolución 000024 de 2017), enfermeros, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y trabajadores sociales. Desconocimiento de las percepciones y sugerencias de los adultos mayores frente a su proceso de institucionalización, con una alta dependencia de las personas institucionalizadas hacia los profesionales de enfermería.

El último aspecto mencionado: “Desconocimiento de las percepciones y sugerencias de los adultos mayores frente a su proceso de institucionalización”, se considera relevante en la medida que evaluar cómo los adultos mayores perciben los tratamientos médicos que reciben, el trato del personal hacia ellos, la infraestructura,

procesos y procedimientos, entre otros; permite obtener información valiosa para evitar, reducir y controlar errores.

La percepción frente a la institucionalización y frente al propio estado de salud, influye en la efectividad del tratamiento de intervención o cuidado integral que se ofrece al adulto mayor con enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y/o hipertensión. La vinculación voluntaria e involuntaria del adulto mayor a centros geriátricos implica un proceso de adaptación, que, por los cambios radicales del entorno familiar a la reclusión de centros asistenciales, va a generar resistencias y rechazo en los institucionalizados, trayendo consigo la indisposición a los tratamientos médicos, nutricional, cuidado físico y psicosocial. La resistencia a la institucionalización aún es más frecuente en los adultos mayores que han sido internados en contra de su voluntad.

Son múltiples las investigaciones que han centrado su interés en la percepción como fuente de información y conocimiento sobre problemas asociados a la salud de Adultos Mayores. Con respecto a la medición de la autopercepción y la valoración de la propia vida de Adultos Mayores, el estudio SABE Colombia (Minsalud. Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento, 2015) arrojó resultados en relación al lugar de los adultos mayores en la sociedad y otros aspectos que se, mencionan a continuación:

- El lugar se enuncia a partir de tres códigos de autopercepción; el primero, un sentimiento de orgullo, de fortaleza, de aceptación de la vejez como expresión de un proceso biológico inexorable, intransferible y el rechazo de considerarla como un tiempo extra de vida.

- La valoración de los años que se tienen y la distinción entre la forma cómo se sienten y cómo los ven las demás personas y el tercero alude a la vejez como liberación, al disfrute del tiempo propio, con la mirada retrospectiva de las obligaciones que ya no se tienen.

Así mismo, la percepción del estado de salud (morbilidad sentida), indica que la mitad de las personas consideran que su estado de salud es bueno o muy bueno, esto es cerca de 400.000 adultos mayores de la ciudad (DANE, 2014). Los hombres consideran que su estado de salud es bueno o muy bueno en mayor medida que las mujeres. Puede pensarse que esta magnitud es más alta de lo esperado si se tiene en cuenta que es superior la magnitud de personas con enfermedades crónicas, entre otros indicadores de vulneración del derecho a la salud. Las principales condiciones asociadas a la desnutrición son, la percepción de mala salud, la presencia de comorbilidades, la polifarmacia (consumo concomitante de un número considerable de medicamentos), y las limitaciones cognitivas (Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría de Integración Social, 2015)

De igual forma, el Estudio Línea Base de la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez – PPSEV 2014 del Distrito Capital reportó que, aunque la percepción de “dolor malestar” aparece como la condición que más afecta la calidad de vida de los adultos mayores de la ciudad, también hay que considerar que cerca de un 30% de este grupo tiene problemas de movilidad, una quinta parte tienen problemas para realizar sus “actividades cotidianas”, cerca del 10% tienen impedimentos para el

“autocuidado”, este es un grupo especialmente vulnerable, y cerca de una cuarta parte sufren “depresión ansiedad”, magnitud relativamente importante.

Otro estudio reciente realizado por la Facultad de Ciencias Humanas de la Corporación Universitaria Minuto de Dios (Juliao, González y Umbrarila, 2016), revela datos sobre la percepción de adultos mayores con respecto a sus condiciones de salud. La investigación buscó conocer las condiciones reales de vida y la percepción frente a la política pública del adulto mayor.

Un estudio realizado por Aldrich y Medkoff (1963, en Lazarus, R., Folkman, S., 1986), citado por Reyes & Rojas (2006) concluyó que la forma en que el adulto mayor afronta la experiencia de pasar de una situación a otra, tiene influencia en el grado de mortalidad, mostrando que los adultos mayores que respondían en forma fisiológica presentaban una tasa de mortalidad más baja que los que respondían con sentimientos de negación y depresión. Diversos estudios muestran que los adultos mayores que utilizan estrategias como la aceptación pasiva, depresión e indefensión, tienen menores expectativas de vida que los que luchan por tener el control de las circunstancias.

Depender de terceras personas para la ejecución de un conjunto de actividades básicas de la vida diaria, tales como asearse, comer o desplazarse, puede colocar a los individuos en un estado de vulnerabilidad en lo relativo al ejercicio de sus derechos (Gascón & Redondo, 2014). De allí que esta situación, afecte al adulto mayor debido al desplazamiento de su espacio vital que estaba constituido por su núcleo familiar, al espacio institucional, sintiendo que deja su espacio por el de otro, que le resulta extraño

y desconocido, regido por normas y reglamentos, habitado por cuidadores y compañeros con quienes debe compartir ese nuevo escenario (Castellanos, 2013).

En la institucionalización se tiende a despojar al Adulto Mayor de toda actividad, al ofrecer pocas o ninguna posibilidad de involucramiento al ser espacios estructurados por reglas (McColgan, 2005). Tal situación demanda el diseño de programas de cuidado eficaces que logren mitigar todo el impacto emocional y las respectivas consecuencias con respecto al estado progresivo o retroceso de los tratamientos geriátricos, especialmente cuando se evidencia un aumento progresivo de la población de personas adultas mayores, tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. Algunos estudios establecen en la actualidad que en América Latina y el Caribe la población alcanza los “57 millones de habitantes adultos mayores, cifra que para el 2050 alcanzará los 180 millones de personas, esto es, más de una cuarta parte de la población regional” (CEPAL, 2012).

Con el aumento de la esperanza de vida al nacer, se incrementa de 51 a 75 años llegando a los 80 años, y se amplía el número de adultos mayores en relación con niños y niñas, lo que se prevé que ocurra en el 2040 (CEPAL, 2012).

Según datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en Colombia habitan 4.626. 419, adultos mayores de 60 años. Esta cifra representa casi el 10% de la población total del país. El porcentaje se divide en 54% mujeres y 45.8% de hombres. En Colombia las personas son consideradas mayores una vez cumplido los 60 años, caso contrario a otros países en los que se considera un adulto mayor únicamente

a las personas mayores a 65 años. Se estima que sólo en la ciudad de Bogotá habrá más de un millón de nuevos ciudadanos mayores para el año 2020.

De acuerdo con “Misión Colombia Envejece” trabajo conjunto entre la Fundación Saldarriaga Concha y Fedesarrollo (2015), actualmente en Colombia hay más adultos mayores que nunca antes: 5.2 millones de personas (el 10.8% de la población) con 60 años o más y para 2050 se calcula que serán 14.1 millones (el 23% de la población).

El mismo estudio plantea que entre 1985 y 2014, el tamaño de la población colombiana aumentó en aproximadamente un 52%: pasó de 31 millones a 48 millones de personas. Se estima que en las próximas tres décadas la población siga creciendo, aunque a un ritmo menor: de 48 millones de personas en el 2014 pasará a 61 millones en el 2050 entre 1985 y 2050 la población de 15-59 años no llega a duplicarse y la menor de 15 años permanece estable. Para el año 2050, la tasa de crecimiento poblacional será negativa para los grupos de 0 a 14 años y de 15 a 59, y positiva solo para la población de 60 años o más (0.9%). Esta dinámica diferencial por grupo de edad hace que aproximadamente a partir del año 2040 el tamaño absoluto de la población de 60 años o más supere al de la población menor de 15 años, según reporta el estudio.

En una investigación Realizada por Cano et al. (2014) con una muestra de 2000 personas adultas mayores entre 60 y 100 años, se encontró que cerca del 40% de la población presentaba desnutrición o estaba en riesgo de desnutrición, más del 60% era pre-frágil o frágil, más del 58% padecía de hipertensión y sólo un 17,7% padecía diabetes mellitus.

La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular, especialmente en pacientes con diabetes (Lewington, Clarke, Qizilbash, Peto, & Collins, 2002). La incidencia de HTA en pacientes con diabetes tipo 2 es dos veces superior a la de los sujetos no diabéticos de similar edad (Sowers, 2003). Las cifras de prevalencia de diabetes e HTA son más elevadas en pacientes mayores de 60 años y en aquéllos con mayores índices de masa corporal (Crawford, Cote, Couto, Daskiran, Gunnarsson, et al, 2010).

Por su parte, la Federación Internacional de Diabetes, en el Plan Mundial contra la Diabetes 2011-2021 (Federación Internacional de Diabetes, 2011) propone tres objetivos para el control y manejo de la diabetes:

1. Mejorar los resultados sanitarios de las personas con diabetes.
2. Prevenir el desarrollo de diabetes tipo 2.
3. Acabar con la discriminación contra las personas con diabetes.

Esto enmarca retos mundiales por superar, como lo son el lograr políticas públicas que respalden la importancia de la investigación y tratamiento de la diabetes desde un marco global, para su prevención y reducción de consecuencias que afectan la calidad de vida de los pacientes. Habría que resaltar la importancia que, dentro de los procesos de mejoramiento, tienen los centros de institucionalización de adultos mayores con diabetes u otras enfermedades de igual importancia como la hipertensión arterial.

En un estudio comparado entre Colombia y España, desarrollado por Osorio & Salinas (2015), se encontró que residencias para AM (Adultos Mayores) en Cali, no presentaban definida una estructura formal que permitiera tener un sistema de relaciones

formales o sistémicas establecidos. Así mismo, no se encontraron estructuras organizacionales departamentalizadas, matriciales o híbridas. Los investigadores concluyeron que las residencias para AM, incluyendo las de España, se caracterizaban por una estructura simple, gestionada en su mayoría, por los mismos fundadores, con contabilidad y procesos sencillos, y la autoridad está centrada en una sola persona. La estructura organizacional en dichas residencias, en su mayoría, se configuran en sistemas rígidos, donde la pasividad, la despersonalización y el quietismo son los rasgos más destacados.

Es evidente que el rol que cumple el cuerpo médico es determinante para la obtención de resultados positivos en dichos tratamientos. Su importancia aumenta cuando los adultos mayores institucionalizados presentan enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Como lo plantean Castellanos y Eslava (2013): “El desafío es poder interpretar lo que el adulto mayor vive en su proceso de enfermarse para poder individualizar su cuidado, garantizar su privacidad, posibilitar su interacción con el personal de salud, respetando y promoviendo su participación en la toma de decisiones que tengan que ver con el mejoramiento de su estado de salud”. Lo anterior coincide con el Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud que realizó la Organización Mundial de la Salud (2015), y sobre el cual se ha tomado el siguiente cuadro que muestra de manera sintética cómo es posible obtener buenos resultados a partir de la aplicación de experiencias de otros países en la atención coordinada e integrada del personal médico, incluyendo por supuesto al equipo de enfermería. (Ver Cuadro No.1)

Cuadro No. 1 Lecciones aprendidas de las experiencias de los países con la atención coordinada e integrada		
Países	Principales características de la integración	Resultados
Australia: pruebas de atención coordinada (48, 49)	Estrategia dirigida a toda la población que abarcó mejoras en el acceso y el suministro de la atención primaria de la salud y mejoras en la coordinación de la atención para la comunidad – Coordinación de la atención para los casos crónicos y complejos – Uso extendido de la tecnología y la gestión de la información – Creación de mecanismos eficaces de resolución de conflictos	Sensación de respaldo y menos ansiedad en los pacientes – Alto grado de satisfacción de los médicos generales – Menos consultas en el servicio de urgencias y menos días de internación tras las intervenciones – Menos casos derivados a servicios de salud comunitarios
Brasil: estudio de caso, incorporación del tema del envejecimiento en el programa nacional de salud familiar	Coordinación entre los responsables de tomar decisiones y los administradores – Sistema con un único punto de entrada – Aplicación de un procedimiento de gestión de casos – Desarrollo de planes de servicio personalizados y una única evaluación – Énfasis en la autonomía funcional de los pacientes – Uso de una historia clínica computarizada para permitir la comunicación entre las instituciones a fin de monitorear a los pacientes	– Resultados aún no documentados
Canadá (Quebec): Programa de investigación para la integración de servicios para mantener la autonomía	Coordinación entre los responsables de tomar decisiones y los administradores – Sistema con un único punto de entrada – Aplicación de un procedimiento de gestión de casos – Desarrollo de planes de servicio personalizados y una única evaluación – Énfasis en la autonomía funcional de los pacientes	– Mayor empoderamiento y satisfacción de los pacientes – Menor incidencia del deterioro funcional – Menor prevalencia de necesidades insatisfechas – Menos consultas en el servicio de urgencias y hospitalizaciones – Igual número de consultas con profesionales de la salud y uso de los servicios de asistencia domiciliaria – Mejor funcionamiento del sistema sin costo adicional

	– Uso de una historia clínica computarizada para permitir la comunicación entre las instituciones a fin de monitorear a los pacientes	
Tailandia: Proyecto Friends Help Friends (Fuente: Ekachai Piensriwatchara y Puangpen Chanprasert, Departamento de Salud, Ministerio de Salud, Tailandia, comunicación personal, enero de 2015)	Cuidados a largo plazo a cargo del Ministerio de Salud – Apoyo a cuidadores informales que prestaban cuidados a largo plazo – Cuidadores informales y voluntarios de la comunidad incluidos formalmente en el sistema, visitados a domicilio y evaluados en su desempeño – Supervisión y apoyo logístico a cargo de un profesional sanitario afiliado a un centro de salud cercano	– Resultados aún no documentados
Inglaterra: estudios de casos	– Integración real en la práctica: vertical (del hospital al hogar) y horizontal (equipos multidisciplinarios) – Programa dirigido a personas de la comunidad con necesidades complejas – Equipos multidisciplinarios compuestos por coordinadores de atención de la salud, enfermeros comunitarios, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y trabajadores sociales – Fondos provenientes de los grupos de servicios clínicos del Servicio Nacional de Salud y las autoridades locales	Mayor motivación del personal y evaluaciones positivas de los médicos generales – Reducción de los tiempos de espera para recibir apoyo en los cuidados a largo plazo – Menos ingresos en el servicio de urgencias y menos días de internación – Menos derivaciones a centros residenciales – Mejor funcionamiento del sistema sin costo adicional

Fuente: OMS (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.

El escenario descrito anteriormente motiva a formular el siguiente problema de investigación: no existe en la ciudad de Bogotá, D.C. un programa integral de atención de Adultos Mayores con HTA o DM a partir de la evaluación de sus percepciones sobre su condición de institucionalización.

2. Justificación

El fenómeno de envejecimiento es una variable sociodemográfica de gran impacto para la economía de cualquier nación. Cuanto más aumenta y se acelera el proceso de envejecimiento poblacional, se van incrementando problemas en la sostenibilidad pensional, se disminuyen los niveles de productividad y aumenta el desempleo, entre otros. Si un Estado no cuenta con un programa de protección y salud eficaz para los adultos mayores, las enfermedades y la muerte en esta población se incrementan, trayendo consigo un impacto negativo en el presupuesto de salud, como quiera que deben invertirse más recursos en la atención de dicha población. Sobre el contexto colombiano en materia de atención a adultos mayores., pertinente citar textualmente a Díaz at col (2015) en el estudio Misión Colombia Envejece – 2015”

Las capacidades instaladas de las instituciones son deficitarias como para lograr una cobertura universal, sobre todo para los adultos mayores, por su escasa posibilidad de desplazamiento. La capacidad institucional debe crecer, y esto tiene que ver con un diseño de política, con recursos, con infraestructura. Es un reto que enfrenta el país: crear la capacidad instalada física y humana que pueda atender a la población que lo va necesitando.

Un estudio de Fedesarrollo y la Fundación Saldarriaga Concha estima que en Colombia hay 5,2 millones de personas mayores de 60 años, cifra que equivale al 10,8 por ciento de la población, y que se espera supere los 14 millones en 2050, es decir, 23 por ciento de sus habitantes. Sin embargo, no reportan cifras oficiales sobre el número de centros geriátricos y gerontológicos en el país, y mucho menos unos indicadores que

estimen el porcentaje de los centros que cumplen con criterios de calidad y los que presentan niveles de deficiencias en la prestación de los servicios para los adultos mayores. Esto nos lleva a entender que no existen programas en los que se tenga en cuenta la salud de los adultos mayores, no hay acceso, en el momento, a información sobre modelos de intervención integral a adultos mayores.

De allí que desde la profesión de enfermería se plantea la pertinencia de este proyecto, como aporte al bienestar de los adultos mayores, en principio para la población bogotana. Esto nos lleva a comprender que no se tiene en cuenta la voz del adulto mayor en el funcionamiento de los hogares geriátricos. Es importante mencionar que, con la transición demográfica y el aumento de la población de adultos mayores, estas necesidades de atención en los hogares geriátricos se hacen más pertinente.

Por otra parte, de acuerdo con la Cuenta de Alto Costo, Información con corte a 30 de junio de 2015. Población de la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, Reportes ASIS - ERC y Precursoras. Bodega de datos del Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO consultada 12 de mayo 2017, las enfermedades cardiovasculares toman lugares predominantes en el grupo de adultos mayores (65 y más años) como motivo de emergencias médicas: la hipertensión, la diabetes mellitus y las enfermedades isquémicas del corazón se encuentran entre las 10 primeras causas de consulta en el servicio de urgencias (Cuenta de Alto Costo, 2015)

Siendo la diabetes mellitus y la hipertensión las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en la población de adultos mayores, de acuerdo con el estudio de carga global de enfermedad, se estima que 10,3 millones de muertes en el mundo, en 2013,

fueron consecuencia directa de la hipertensión. Son más de 170 millones de años de vida perdidos en el año 2013 debido a hipertensión arterial (OPS/OMS, 2018).

Se considera entonces de gran importancia diseñar e implementar estrategias eficaces para una mejor atención y cuidado integral a esta población, de la misma manera que se requiere mejorar las competencias del cuidador profesional, en este caso para enfermería, con base en el conocimiento de las percepciones, sugerencias y comportamientos de autocuidado de los adultos mayores. De allí que sea pertinente realizar este proyecto de investigación y lograr los objetivos que se describen a continuación.

El proyecto propone el diseño de un programa de atención para el cuidado integral al adulto mayor, a partir de las percepciones del Adulto Mayor institucionalizado. Como punto de partida y referencia del programa se reconocen como pertinentes los siete (7) estándares de la práctica de enfermería gerontológica, propuesto desde hace décadas por la Asociación Norteamericana de Enfermeras (ANE), desde la Organización Panamericana de la Salud y que siguen vigentes, para aplicarse en diferentes dimensiones y poder garantizar un servicio de calidad en el cuidado del Adulto Mayor:

- a) La información sobre el estado de salud del adulto, como el: estado psicológico, social y ecológico; modos que usa para comunicarse; patrones de adaptación; estilo de vida anterior; ejecución de actividades de la vida cotidiana; percepción y grado de satisfacción con su estado de salud actual; recursos humanos y materiales disponibles; y cambios fisiológicos esperados por el envejecimiento o problemas de salud física.

- b) Los diagnósticos de enfermería que se derivan de las respuestas dadas por el AM y la información recolectada sobre su estado de salud.
- c) El plan de cuidados de enfermería que se desarrolla junto con el adulto mayor y/o los familiares, e incluye metas derivadas de los diagnósticos de enfermería. Fundamental que dichas metas sean congruentes con las de otros miembros del equipo de salud. Debe incluir además prioridades y especificaciones de actividades necesarias para lograr las metas.
- d) El plan de cuidados se instrumenta utilizando acciones de enfermería apropiadas, basadas en principios científicos, que sean individuales, consistentes con el plan de acción conjunto del equipo de salud.
- e) El adulto mayor y/o sus familiares participan en el proceso de análisis para determinar el progreso obtenido en el logro de las metas establecidas.

Sin embargo, en años recientes varios países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico -OCDE- han desarrollado esquemas sofisticados para atender el problema del envejecimiento (Ver Cuadro No. 2) el que a diferencia de lo que ocurre en la mayor parte de los países latinoamericanos, es un fenómeno asumido hace ya décadas. En general, y de modo simplificado, podría decirse que estos esquemas cuentan con tres pilares: pensiones, cuidado y trabajo, como se describe en el Informe Final: “Modelos de cuidado de personas adultas dependientes, cuidadoras y su participación en el mercado laboral” (Comunidad Mujer. BID, 2014).

Cuadro 2. Programas de Países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) en pensiones, cuidado y trabajo

FRANCIA	SUECIA	CANADÁ
1) Asignación de la Autonomía Personal (APA) - Cuando el demandante reside en su casa - Cuando el solicitante vive en una residencia 2) Permiso de Apoyo Familiar (en Código Laboral) 3) Beneficios de la Pensión social - La ayuda a domicilio - Ayuda para volver a casa después de la hospitalización - Apoyo a mejoras en hogar.	- Servicios Domiciliarios - Residencias para mayores - Viviendas especiales - Servicios de transporte - Cuidados preventivos - Asistentes Socio-pedagógicos	- Seguro de pensiones de vejez - Suplemento de Ingreso Garantizado - Subsidios - Seguro de empleo para Cuidadores - Rebaja de impuesto para personas cuidadoras - Programa Veteranos de la Independencia - Adaptación de Viviendas
	ALEMANIA	COREA DEL SUR
	- Seguro Privado contributivo para el Cuidado, complementado con política social para personas pobres que no han estado en la formalidad a lo largo de su vida (o no han sido carga formal).	- Sistema de Seguro Privado contributivo para el Cuidado.

Fuente: Informe Final: "Modelos de cuidado de personas adultas dependientes, cuidadoras y su participación en el mercado laboral". Julio de 2014. Comunidad Mujer. Banco Interamericano de Desarrollo-BID. Chile.

Este escenario internacional muestra la importancia que tiene por sí misma, la necesidad de analizar, diseñar e integrar programas de atención integral para el Adulto Mayor. El presente proyecto, tomando como punto de partida las percepciones de la población objetivo, cobra su relevancia en la medida en que pretende brindar bases para el mejoramiento de los cuidados del Adulto Mayor en Colombia, iniciando en principio un estudio en la Ciudad de Bogotá.

Como resultado de proyecto de investigación se diseñó una propuesta de un programa de atención al Adulto Mayor Institucionalizado con diagnóstico de Diabetes Mellitus o Hipertensión desde las percepciones del AM, que posteriormente podrá ser

implementado y evaluado. El Programa comprende la atención integral para el AM con diabetes mellitus e hipertensión arterial institucionalizado, considerando las actividades de fisioterapia, apoyo psicosocial, soporte nutricional y acondicionamiento físico. Se fundamenta en las percepciones de los Adultos Mayores institucionalizados, lo cual busca la adaptación al Centro o al Hogar Geriátrico donde se encuentren institucionalizados.

3. Objetivos

3.1 Objetivo General:

Diseñar una propuesta de un programa de atención de enfermería desde la percepción de Adultos Mayores institucionalizados con Diabetes Mellitus o Hipertensión Arterial en un Hogar Geriátrico de la Ciudad de Bogotá.

3.2 Objetivos Específicos:

- Identificar las características de la población de Adultos Mayores institucionalizados que presentan Diabetes Mellitus o Hipertensión Arterial en un Hogar Geriátrico de la Ciudad de Bogotá.
- Describir la percepción del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus o Hipertensión Arterial, frente a la institucionalización en un Hogar Geriátrico de la Ciudad de Bogotá.
- Proponer un programa de atención de enfermería, a partir de las percepciones identificadas en los Adultos mayores con diagnóstico de Diabetes Mellitus o Hipertensión Arterial institucionalizado en un hogar geriátrico de la ciudad de Bogotá.

4. Marco Teórico

4.1 Envejecimiento demográfico a nivel mundial

El proceso de envejecimiento no ha estado en las prioridades de la mayoría de los gobiernos. No se le ha dado la atención que se merece. “Si los problemas de salud de los adultos mayores no son abordados adecuadamente, pueden llegar a provocar un impacto negativo para el sector salud” (Eslava, 2013). De allí que algunos países en los últimos años han volcado su interés al problema del envejecimiento.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, uno de los grandes retos del envejecimiento poblacional durante el siglo XXI lo constituye la creciente probabilidad de desarrollar dependencia funcional y discapacidad y saturar los sistemas de salud, por lo que emerge una nueva exigencia a los Estados, la de preservar la calidad de vida y la funcionalidad a las Personas Adultas Mayores con base en la promoción de la independencia funcional, la participación social y la eliminación de desigualdades en la vejez (Minsalud, 2015).

En América Latina las personas con 60 y más años de edad representan el 11,2% de la población, mientras que en países como Francia, España e Italia la proporción se encuentra entre el 23,8% y el 27,1%, lo que evidencia una población menos envejecida en América Latina que sin embargo ha venido experimentado un crecimiento mucho más

acelerado que en el resto del mundo. (Econometría, 2015). En América Latina algunos países han adoptado políticas de Adultos Mayores como estrategias para dar respuesta a la problemática. (Ver a continuación el cuadro No. 3)

Cuadro No. 3. Coordinación de las políticas de Adultos Mayores en América Latina.

País Organismo de Coordinación	País Organismo de Coordinación	País Organismo de Coordinación
Argentina	Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales	DINAPAM. Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores dependiente del Ministerio de Desarrollo Social
Brasil	Secretaría Nacional de Asistencia Social, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social (MDS)	Instituciones del Plan de Acción Intergubernamental
Chile	Consejo de Ministros Sociales, coordinado por el Ministerio de Planificación Nacional (MIDEPLAN)	SENAMA. Servicio Nacional del Adulto Mayor
Costa Rica	Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor – CONAPAM (2000). El CONAPAM cuenta con un Sistema Nacional Técnico de Apoyo para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor (SINATEC), conformado por las personas responsables de acciones programáticas para adultos mayores en diferentes instituciones.	Junta Rectora: Integrada por el Presidente de la Rep, Ministros Sociales, Presidentes de Instituciones de seguridad social, representantes de universidades estatales, de La Asociación Gerontológica, de las asociaciones de pensionados y de la Federación Cruzada Nacional de Protección al anciano.
México	Consejo de Coordinación Interinstitucional sobre el tema de Adultos Mayores (creado en 2003)	INAPAM. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores

País Organismo de Coordinación	País Organismo de Coordinación	País Organismo de Coordinación
Uruguay	Gabinete Social y Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (2005).	Por Ley N° 18.617 de oct. 2009, se creó el Instituto Nacional del Adulto Mayor (INAM). Este sería el responsable de la coordinación. Aún no está en funcionamiento

Fuente: Elaborado con base en datos de Proyecto OISS. Personas mayores, dependencia y servicios sociales en los países del Cono Sur. (2008) y Proyecto OISS. Personas mayores, dependencia y servicios sociales. Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en Bolivia, Colombia, Ecuador y México. Análisis para un Diagnóstico. 2009. En www.imsersomayores.csic.es

Este escenario mostrado en la tabla anterior, evidencia el compromiso que en materia jurídica viene desarrollando América Latina. No obstante, se requiere un mayor trabajo a la hora de implementar la normatividad.

De acuerdo con Pluigiuse (2011), en los países de América Latina, hay consenso en trabajar por la implementación de nuevos servicios de cuidado de larga duración, cuestión que es respaldada por los organismos y agencias internacionales. El camino a recorrer parece estar direccionado en los siguientes aspectos:

- El horizonte es el logro de políticas y planes integrales para las personas adultas mayores;
- La búsqueda de coordinación intersectorial de políticas en aquellos países en los que no existe dicha coordinación;
- Profundizar y mejorar la coordinación de las políticas para personas adultas mayores, en aquellos países en los que se instalaron mecanismos de coordinación intersectorial.

- Enfocar las políticas de los adultos mayores, en los derechos humanos de las mismas, enmarcado en un enfoque de derechos humanos que transversalice todas las políticas sociales.
- Diseño e Implementación de Políticas, Programas y Servicios.
- Definición del alcance de la cobertura: universal o selectiva, así como la gradualidad en la incorporación de colectivos.
- Definir forma de financiación (vía impositiva o contributiva o un mix de ambas).
- Participación de los usuarios de los servicios en su financiamiento (copago).
- Definición de formas de gestión, por ejemplo, descentralizada o no. En su caso, grado de descentralización. Participación de las administraciones territoriales en el financiamiento y gestión.

4.2 Parámetros de Cuidado de Adultos Mayores

De acuerdo con la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, las acciones específicas de la Evaluación Geriátrica Integral deben contemplar parámetros de cuidado al AM, como son: Funcionalidad, estado mental, estado anímico, marcha y balance, polifarmacia, estado nutricional, abuso, maltrato y condiciones sociofamiliares.

En cuanto a la Atención Médica, la misma entidad recomienda evaluar otros parámetros como: manejo de enfermedades agudas, control de enfermedades crónicas degenerativas, evaluación y manejo de los síndromes geriátricos, asesoría y capacidad de referencia al 2º y 3er nivel de atención con respecto a rehabilitación y rehabilitación del ambiente.

Dentro de los programas específicos de atención se encuentran los parámetros: rehabilitación de la marcha, rehabilitación neurológica, manejo no farmacológico de dolor crónico, rehabilitación neuropsicológica y asesoría y entrenamiento.

En ese orden de ideas, Elfenbein y Houben (2012) luego de años de investigación publicaron “Guías de Programas para Adultos Mayores” durante su estancia en el Centro Pro Envejecimiento de la Universidad Internacional de la Florida. De forma muy precisa y a profundidad describieron cambios relacionados con el envejecimiento en todos los sistemas. Si bien es posible encontrar otros cambios físicos y psicológicos observables en el proceso de envejecimiento, estos cambios se consideran básicos para el diseño de diagnósticos y programas de intervención. Con base en el estudio propusieron lineamientos para los cuidados del Adulto Mayor en el Hogar y la Comunidad, los parámetros para el establecimiento de un Centro de Cuidados Diurnos, el diseño de viviendas asistidas para Adultos Mayores, los programas de nutrición óptimos para Adultos Mayores, los cuidados de hospicio y la recuperación de la Salud Mental después de un Desastre.

4.3 Enfermedades Crónicas no Transmisibles de Alta Prevalencia: Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus Tipo 2.

Las enfermedades crónicas no trasmisible (ECNT) se caracterizan por su larga duración, su progresividad e incurabilidad, pudiendo requerir tratamiento y control por un número extenso e indeterminado de años. Dentro de las enfermedades crónicas no

trasmisibles, se incluyen las enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, varios tipos de cáncer y diabetes. (BID, 2011).

Así mismo, estudios epidemiológicos realizados años atrás a nivel mundial han demostrado una tendencia ascendente en la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la diabetes, la enfermedad coronaria, la obesidad, la hipertensión arterial, entre otras, lo cual se posiciona como un indicador importante en la morbimortalidad de la población general y se acentúa en la población mayor (Llibre, Guerra & Perea, 2008).

4.3.1 Hipertensión Arterial

La Hipertensión arterial es el padecimiento de la presión alta en un individuo. Se considera una enfermedad silenciosa, por cuanto la persona puede padecerla y no presentar síntomas. Si la hipertensión no es tratada a tiempo, puede producir enfermedades cerebro-vasculares, del corazón, de los riñones y otros problemas de salud. Se recomienda que los adultos mayores revisen periódicamente su presión para su respectiva prevención y en caso de padecerla debe comenzar un tratamiento de forma inmediata. (OMS, 2015)

La presión es considerada normal si la presión sistólica es menor que 140 mm Hg y la presión diastólica menos de 90 mm Hg. La presión alta puede ser prevenida y controlada (Ministerio de la Protección Social – MPS (2007)).

En relación con la hipertensión, es importante mencionar que ésta se convierte en un factor de riesgo para desarrollar otro tipo de enfermedades, como la enfermedad coronaria y cerebrovascular, y se considera más frecuente en el sexo femenino y en el grupo menor de 70 años (Rodríguez et al, 2004).

Entre el 20% y 35% de la población adulta de América Latina y el Caribe tiene hipertensión. El número de personas con hipertensión está aumentando en los últimos años y muchos desconocen su condición. De acuerdo con un estudio en cuatro países de Sudamérica, (Argentina, Chile, Colombia y Brasil), apenas el 57.1% de la población adulta que se estima con presión arterial alta sabe que tiene hipertensión, lo que contribuye al bajo nivel de control poblacional: sólo 18.8% de los hipertensos adultos en estos cuatro países tiene la presión arterial controlada.

De acuerdo con los datos de La Cuenta de Alto Costo (2017), hubo 3.766.893 de hipertensos, con una prevalencia de 7,6 %.

Para prevenir y controlar la presión alta Elfenbein y Houben (2012) recomiendan:

- Mantener un peso saludable. Las personas con sobrepeso tienen un mayor riesgo de padecer presión alta.
- Hacer ejercicios diariamente. El ejercicio moderado al menos 30 minutos al día 5 días a la semana puede disminuir el riesgo de hipertensión y enfermedades del corazón (ver ejercicios).
- Comer alimentos saludables, frutas, vegetales, granos, y alimentos bajos en grasas. Esto puede controlar la hipertensión.

- Disminuir la ingestión de alcohol.

Los cuidadores pueden ayudar a los adultos mayores a cuidar su peso, a que coman saludablemente, a bajar el consumo de sal, a que hagan ejercicios y a tomar sus medicamentos diariamente como han sido recetados. Elfenbein y Houben (2012)

4.3.2 Diabetes Mellitus

La diabetes es una enfermedad que la padecen las personas debido a la falta de producción o insuficiencia de producción de insulina. La Organización Mundial de la Salud (OMS), establece que, dentro de las Enfermedades No Transmisibles, la Diabetes Mellitus (DM), específicamente el tipo 2, es una de las principales causas de morbilidad en muchos países de las Américas. En el año 2000 sufrían diabetes 171 millones de personas, y se prevé que en 2030 esa cifra se habrá multiplicado por más de dos, hasta un total de 366 millones (Wild et al. 2004).

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad frecuente en los adultos mayores, ya que su prevalencia aumenta ostensiblemente con la edad. A los 75 años, aproximadamente el 20 % de la población la padece y el 44 % de los diabéticos tienen más de 65 años. Abaira C, Coiwell JA (1995).

A estas cifras contribuye el envejecimiento de la población mundial, pues las estadísticas reflejan que para mediados del siglo XXI el 16% de la población mundial será anciana, lo que contrasta con el hecho de que en 1950 solamente el 5% alcanzaba los 65 años. Chapman IM. (2000) Datos epidemiológicos recientes señalan que la DM es

la quinta enfermedad más frecuente en la senectud, tras la artrosis, la hipertensión arterial (HTA), las cataratas y las enfermedades cardiovasculares. (Manzarbeitia, 2003)

Las personas que padecen diabetes deben ser tratadas por el médico para evitar complicaciones como: Afecciones a nivel renal, incontinencia, afecciones en los miembros inferiores (pie diabético), afectación ocular, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, alteraciones neuropáticas.

En ese mismo sentido, la Federación Internacional de Diabetes (2011) afirmaba que, en todo el mundo, 4,6 millones de fallecimientos cada año son atribuibles a la diabetes y, en algunos países, niños y jóvenes mueren por falta de insulina sin haber sido ni tan siquiera diagnosticados. La diabetes se encuentra entre las 10 principales causas de discapacidad en el mundo y socava la productividad y el desarrollo humanos. De no emprenderse ninguna acción, se prevé que el número de personas con diabetes aumentará desde los más de 366 millones de 2011 hasta 552 millones en 2030, o un adulto de cada diez.

“El desafío es reducir los costes humanos y económicos mediante un diagnóstico precoz, un control eficaz y la prevención contra el desarrollo de nuevos casos de diabetes en la medida de lo posible. La diabetes contribuye notablemente a la enfermedad cardíaca y el derrame cerebral y se encuentra entre las diez causas principales de discapacidad en el mundo” Federación Internacional de Diabetes (2011).

En Colombia, 3,3 millones de habitantes sufren de diabetes (Eje 21, 2017), mientras que más de 52 mil casos de diabetes se han diagnosticado en Bogotá, Conexión

Capital (2017), cifras preocupantes en la medida que se evidencia un incremento de la problemática.

4.4 Factores de dependencia del Adulto Mayor

Como puede observarse, todas las condiciones tanto físicas como psicológicas generan un alto nivel de dependencia en el adulto mayor. Según Ávila (2014) la dependencia en adultos mayores se concibe como el “estado en el que las personas, debido a una pérdida de la autonomía física, psíquica o intelectual, necesitan asistencia o ayuda significativa para manejarse en la vida diaria”.

En ese orden de ideas, la institucionalización se convierte en un apoyo determinante para la salud y la vida de los AM, pero para llegar a esta atención debemos tener en cuenta: la salud, la familia, el entorno, la persona. De hecho, la familia cumple con el papel de transferir recursos a nivel intergeneracional (Hernández, 2006). Montes de Oca (Citado por Hernández, 2006), encontró que la población femenina adulta joven ayuda a la población adulta mayor en los quehaceres del hogar, cuidado físico, elaboración de la comida, entre otros, mientras la población masculina apoya con dinero.

De acuerdo con Programa Salud del Adulto Mayor y Semana del Ministerio de Salud de Chile (2009), varios son los Factores que determinan la dependencia de una persona mayor, a saber:

4.4.1 Fragilidad, problemas de la movilidad y enfermedades: el deterioro de algunos sistemas (respiratorio, cardiovascular, etc.) provoca una disminución de la fuerza física, de la movilidad y del equilibrio. Esta suele ir asociada al deterioro o

empeoramiento de la capacidad de la persona para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

4.4.2 Limitaciones sensoriales: (sobre todo problemas de visión y de audición)

influyen en gran medida en la dependencia de los adultos mayores, porque dificultan de manera notable su interacción con el medio físico y social.

4.4.3 Consumo de fármacos: la elevada frecuencia de enfermedades de diversos tipos

entre los adultos mayores trae consigo un alto consumo de fármacos que, a su vez, suele implicar efectos secundarios e interacciones farmacológicas no deseadas. La confusión, el deterioro cognitivo adicional, los efectos sedantes, la toxicidad cardíaca o la hipotensión ortostática son síntomas que provienen con frecuencia del consumo de fármacos por los adultos mayores y tienden a aumentar su dependencia.

4.4.4 Factores psicológicos: los trastornos cognitivos asociados al padecimiento de

demencias como Alzheimer o los que se desarrollan tras sufrir un accidente cerebrovascular, son los problemas que afectan de forma más severa a la dependencia de los adultos mayores porque limitan su actividad intelectual y su capacidad de recuerdo, de comunicación con los demás, de realización de acciones cotidianas, etc.

4.4.5 La depresión contribuye de manera significativa a la dependencia en la edad

avanzada. Lleva al aislamiento social, provoca un aumento de quejas sobre uno mismo y aumenta el declive cognitivo y funcional, todos ellos factores que potencian la dependencia.

4.4.6 Factores vinculados a la personalidad. Las experiencias y aprendizajes a lo largo de la vida hacen que con la vejez las personas puedan transformar sus demandas y su postura sobre la aceptación de ayuda exterior ante las distintas situaciones de la vida cotidiana.

4.4.7 Factores ambientales: se refieren tanto al ambiente físico donde vive la persona mayor como a las actitudes y comportamientos de las personas cercanas a los mayores dependientes. Ambos pueden actuar ya sea a favor de su autonomía, o a favor de su dependencia.

Por su parte, Lorenzo, Maseda & Millán (2008) resaltan que para que el envejecimiento sea una experiencia positiva, que el alargamiento de la vida venga unido a oportunidades para la independencia, para la salud, la participación en actividades reproductivas a partir del desarrollo de medidas de protección social eficaces y eficientes en las que se tenga en cuenta a los adultos mayores, a sus intereses y necesidades.

De hecho, según el Programa Salud del Adulto Mayor, del Ministerio de Salud de Chile (2009), La dependencia acarrea, dos consecuencias:

La primera, un estado “anormal” para la persona que ha vivido de forma autónoma durante toda su vida, se encuentra ahora en una situación de dependencia que afecta de forma negativa el modo en que se ve y valora a sí misma, su autonomía y bienestar. La segunda, las necesidades básicas de la persona deben ser satisfechas por su entorno más próximo, por lo general su familia, a menos que se planteen otras posibilidades (por ejemplo, ingreso a instituciones de larga estadía, ayuda privada). Esta labor de ayuda

supone múltiples cambios a todos los niveles (sociales, emocionales, económicos, laborales).

Lorenzo, Maseda & Millán (2008) plantean que para conseguir un envejecimiento activo es necesario reducir o retrasar la llegada de las incapacidades y dependencias, mediante programas de desarrollo y prevención, así como con políticas que permitan que los adultos mayores optimicen sus potencialidades para la independencia, la salud, la educación o la participación social entre otros.

4.4.8 Feminización de la Vejez

Los diferenciales en las expectativas de vida por sexo implican que la población mayor y muy mayor esté compuesta en su mayoría por mujeres, lo que a su vez supone que el proceso de envejecimiento poblacional esté asociado a una mayor relación de feminidad. Así, a escala nacional la relación de feminidad aumenta a lo largo del periodo de estudio: en el 2050 llega a 127 mujeres por cada 100 hombres. El mayor peso de las mujeres en la población de 60 años o más es mucho más marcado en las zonas urbanas, donde la relación de feminidad aumenta significativamente: de 118.6 en 1985 pasó a 130.4 en el 2014 (Fedesarrollo & Fundación Saldarriaga, 2014).

4.5 Tipos de dependencia del Adulto Mayor

Retomando información de Ministerio de Salud de Chile (2009), Se distinguen tres tipos de dependencia:

4.5.1 La dependencia física: Puede sobrevenir bruscamente, de manera que el entorno familiar la percibe con toda claridad. Sin embargo, también puede

aparecer de forma progresiva y lenta, cuando, por ejemplo, surgen algunas dificultades aisladas y paulatinas: pérdida de visión o audición, dificultades para hacer algunos movimientos como salir de la tina, abotonarse la camisa.

4.5.2 La dependencia psíquica o mental: Sobreviene de forma progresiva. Se aprecia cuando la comunicación cotidiana va perdiendo sentido, coherencia y eficacia, y la conversación se hace casi imposible. Las personas afectadas comienzan a ser incapaces de expresar sus necesidades y de cuidarse a sí mismas. Para las familias, el primer paso consiste en admitir el cambio psíquico que se ha producido en el enfermo.

4.5.3 La dependencia afectiva: Puede estar provocada por un golpe emocional que implica cambios de comportamiento. Las desorientaciones se multiplican y las demandas de compañía, también. Estos síntomas, a veces difíciles de descifrar, deben entenderse como llamados de atención. Los adultos mayores ven a menudo desaparecer a sus amigos. La ausencia más grave es la del cónyuge. La sensación de soledad que producen estas pérdidas viene acompañada por una legítima inquietud: “¿Cuándo me tocará a mí?”. Esta forma de dependencia se manifiesta en la necesidad de la persona mayor de estar siempre acompañada y estimulada para relacionarse con los demás.

Otro aspecto fundamental a tener en cuenta es el ambiente físico de los centros geriátricos. Padierna (1991), comentaba: “Conviene recordar el impacto del medio ambiente y de la organización residencial, descrito en muchas de las instituciones "tradicionales" bajo la denominación de "institucionalismo", dado por: Pérdida de

ocupación, aislamiento de la propia comunidad, familia y amigos, pobreza y escasez de nuevas relaciones, soledad, pérdida de privacidad e identidad y pérdida de la capacidad de autodeterminarse, entre otras.

De allí que sea determinante mejorar el ambiente físico y social de los adultos mayores dependientes, para reducir dicha situación. Un ambiente físico estimulante, con suficientes ayudas técnicas que conjuguen de manera adecuada la autonomía con la seguridad, contribuye a que los adultos mayores tengan un funcionamiento óptimo en sus tareas cotidianas. Ministerio de Salud de Chile (2009).

4.6 Condiciones de salud de los Adultos Mayores en Colombia

En el Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE COLOMBIA 2015, que hace parte del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud, del Ministerio de Salud y Protección Social, se planteó el objetivo de conocer la situación actual, en el ámbito rural y urbano, de la población de personas adultas mayores en Colombia, a través de la exploración y evaluación interdisciplinaria y a profundidad de la vejez y el envejecimiento, en el marco de los Determinantes del Envejecimiento Activo y desde el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud, se encontraron datos importantes relacionados con el presente proyecto.

Dicho estudio, evaluó las características del cuidado, la carga percibida, la valoración de la salud del cuidador y el entrenamiento formal o informal para el cuidado de la persona adulta mayor.

Sobre determinantes de factores personales se encontró, en cuanto a funcionalidad, que el 79% de la población es independiente en sus actividades de vida diaria básicas, se deteriora con la edad y hay mayor dependencia en las mujeres y en estratos socioeconómicos bajos. El 62% de la población son independientes en sus actividades de la vida diaria instrumentales -hacen la actividad sin ayuda de nadie y sin dificultad- se deteriora con la edad, en las mujeres y en estratos socioeconómicos bajos.

Sobre determinantes de condiciones de salud, el mismo estudio encontró, en relación con la hipertensión arterial una prevalencia total de 60,7% en la población adulta mayor en mujeres, en áreas urbanas y en estratos socioeconómicos bajos; 88,5% de ellos conocían su enfermedad, 45,5% tenían presión arterial controlada, 18,5%, prevalencia de diabetes mellitus, mayor en mujeres, de estratos 4 y 5, de zonas urbanas. Aumentó con la edad hasta los 75 años para luego descender en los grupos mayores y 14,5%, prevalencia total de enfermedad isquémica cardíaca, la prevalencia aumentó con la edad y en las zonas urbanas.

El 84,8% padece de más de una condición crónica de salud (multimorbilidad). Las dos condiciones crónicas de salud que se presentaron en más del 40% son hipertensión arterial y la presencia de síntomas depresivos.

De otra parte, según el Registro de Estadísticas Vitales / DEFUNCIONES de 2004, el DANE, sobre las causas de mortalidad en adulto mayor, los datos evidencian como las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte, para ambos sexos. Ver Cuadro N° 4.

Cuadro No 4. Causas de mortalidad en colombianos mayores de 65 años

HOMBRES	Tasa x 100.000 habitantes	%	TOTAL	MUJERES	Tasa x 100.000 habitante	%	TOTAL
Enfermedad isquémica del corazón	9770	20.5	969.6	Enfermedad isquémica del corazón	8803	18.8	690.6
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	4519	9.5	448.5	Enfermedades cerebrovasculares	5643	12.1	442.7
Enfermedades cerebrovasculares	4464	9.4	443.0	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	3691	7.9	289.5
Enfermedades hipertensivas	2181	4.6	216.5	Diabetes mellitus	3108	6.6	243.8
Diabetes mellitus	2018	4.2	200.3	Enfermedades hipertensivas	2493	5.3	195.6

Fuente: DANE: Registro de Estadísticas Vitales / DEFUNCIONES de 2004. Para prevalencia de DM e HTA

4.7 Condiciones de Salud de Adultos Mayores en Bogotá

A nivel de Bogotá, es pertinente citar el Estudio Línea Base de la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez – PPSEV 2014 - 2024 del Distrito Capital. De acuerdo con la Secretaría de Integración Social, en la ciudad hay 902 mil adultos mayores de 60 años, que corresponde al 11 % de los habitantes. En 10 años, la ciudad pasó de tener una población mayor de 506.875 personas (en el 2005) a 902.614 (en el 2015); dentro de cuatro años, el total de la población mayor será de 1'153.000 personas.

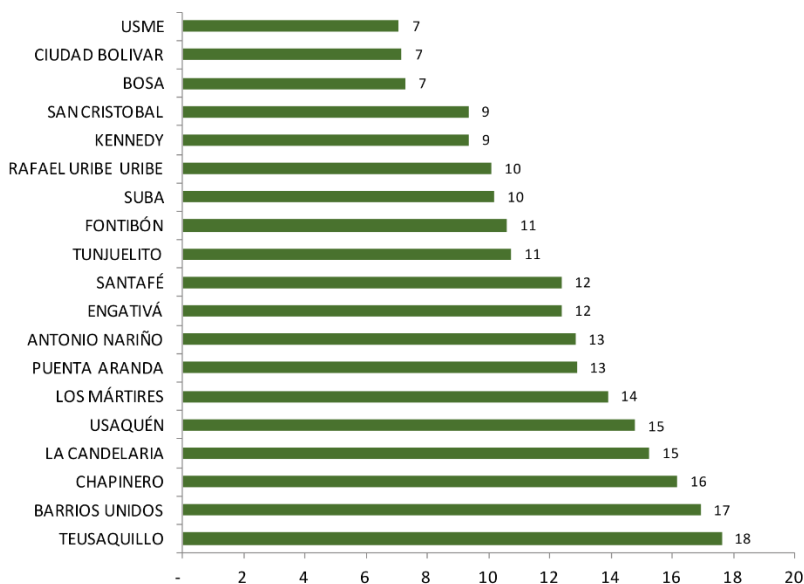
Según la metodología Líneas de Pobreza, que se basa en los ingresos corrientes de los hogares, en Bogotá cerca del 8 por ciento de los adultos mayores se encuentra en situación de pobreza y el 1,5% en la indigencia.

Con base en la segunda versión del documento Línea de Base de 2014, las cinco problemáticas sociales que se abordan a continuación son:

1. Población mayor objetivo de la Política Publica Social para el Envejecimiento y la Vejez del distrito.
2. Condiciones materiales de vida
3. Salud
4. La vida social en la vejez
5. Experiencias de violencia y protección ante vulnerabilidades.

De otro lado, la proporción de adultos mayores de 60 años respecto a la población total, por Localidades, Bogotá, 2014 (%) se distribuye tal como se ilustra en la siguiente gráfica tomada de la Encuesta Multipropósito realizada en Bogotá en 2014 (DANE - EMPB-2014), la cual permite ilustrar cuáles son las localidades con mayor proporción de personas adultos mayores respecto a su población total. Lo anterior, si se tiene en cuenta que la territorialización demográfica contribuye a una mejor focalización de las acciones de política pública para estas poblaciones.

En efecto, como se observa en la gráfica estadística, las localidades de Chapinero, Barrios Unidos y Teusaquillo son las que concentran la mayoría de la población de Adultos mayores en la Ciudad de Bogotá.



Fuente: DANE- EMPB-2014.

Continuando con el Estudio Línea de Base 2014 en mención, para las 10 primeras causas de mortalidad en la población mayor se encuentra que la tasa más alta está dada por las enfermedades isquémicas del corazón que ocasionan 1.128 muertes por cada 100.000 adultos mayores de 60 años.

Según las estimaciones del DANE, con base en la conciliación censal 1985-2005 y las proyecciones 2005-2020, se tiene que para el período 2010-2015 la esperanza de vida al nacer para el total de la ciudad es de 78 años, para las mujeres de 80.2 y para los hombres de 75.9. La esperanza de vida al nacer es diferencial por localidades, se tiene que para el total de la población oscila entre 71.0 años en Sumapaz y 78.1 años en Suba. Para las mujeres está entre 74.9 años en Sumapaz y 81.5 años en Teusaquillo. Para los hombres, oscila entre 67.3 años en Sumapaz y 75.9 años en Usaquén.

4.8 El proceso de percepción del Adulto Mayor

Una de las principales disciplinas que se ha encargado del estudio de la percepción ha sido la psicología y, en términos generales, tradicionalmente este campo ha definido a la percepción como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización.

En ese mismo orden de ideas, el estudio sobre percepción del Adulto Mayor realizado por la Secretaría de Integración Social (2015). Reveló que un poco más de la mitad de los adultos mayores de la ciudad consideran que su estado de salud es bueno o muy bueno. Si se tiene en cuenta que más del 60% de esta población declara tener un diagnóstico de una enfermedad crónica, puede pensarse que la valoración del estado de salud es positiva. Los hombres consideran que su estado de salud es bueno o muy bueno en mayor medida que las mujeres. En las zonas del norte de la ciudad es más alta la proporción de adultos mayores que perciben que su salud es “buena” o “muy buena”. Por el contrario, en las zonas del sur de la ciudad es menor la percepción positiva del estado de salud, y aumenta la proporción de adultos mayores que considera que su salud es “regular” o “mala”.

Con base en estadísticas del DANE, a partir del año 2005, el índice de envejecimiento de Bogotá es superior al del país. En el año 2010 este índice fue del 39%

para Bogotá y del 34% para el resto del país, y se prevé un aumento continuo de esta tasa hasta el año 2020.

Según las proyecciones del DANE 2005-2020, se evidencia como al año 2020, se espera que la población entre los 60 y los 74 años se incremente en promedio un 112% y la población de 75 años y más en un 86%. Se estima que habrá en el país alrededor de 6.500.000 adultos mayores. Con ello, Bogotá sería la ciudad que mayor crecimiento porcentual tendría para ese año, con un 55 % de la población adulta del país, lo cual invita a generar reflexiones sobre las posibles políticas, programas y planes para enfrentar este fenómeno en materia de salud, pensiones, y bienestar social.

Por otra parte, con respecto a los resultados obtenidos en acercamientos con adultos mayores de la ciudad de Bogotá y con profesionales que tienen a cargo procesos y programas relacionados con este grupo poblacional, fue posible hacer un análisis previo sobre las condiciones y características actuales de esta población. Sobre la condición general del adulto mayor en Bogotá tanto los adultos mayores como los profesionales responsables de su atención, coinciden en manifestar que la vida y el bienestar de la población adulta mayor están mediados por condiciones de salud, económicas y familiares (estas últimas son las más referidas).

Las condiciones de salud están asociadas con tres elementos: la presencia de enfermedades; la existencia de discapacidades; y el estado de la memoria. Igualmente, guarda relación con los servicios sociales al alcance de los adultos mayores. Con esto

no solo se alude al acceso a la salud (como se mencionó, está cubierto hasta cierto punto), sino a otro tipo de servicios que les permiten mantener una vida activa y que están relacionados con aspectos lúdico-recreativos, así como con la posibilidad de compartir espacios con pares, vecinos y familiares. Los adultos mayores perciben su condición de salud como el principal problema que dificulta su actividad cotidiana y su vida en familia (Juliao, González y Umbarila 2016).

4.9 PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

4.9.1 Legado de Marjory Gordon

Según la Academia Norteamericana de Enfermería (2009), Marjory Gordon se constituyó en una piedra angular de un cambio significativo en los sistemas de atención médica hasta el día de hoy. Su visión para el uso de lenguajes de enfermería estandarizados ha permitido que la enfermería se mueva en el siglo 21 bien preparado para el uso de la salud electrónica registros y con el conocimiento para demostrar y hacer visible la efectividad y eficiencia de la práctica de enfermería.

La misma publicación resalta el trabajo de la Doctora Gordon por haber dado voz y visibilidad al importante papel de las enfermeras en la práctica. Facilitó el proceso de articular decisiones clínicas y documentar los vínculos de intervención de enfermería con los resultados de atención médica. Se centró en el razonamiento clínico y juicio.

Los estudios en esta área continuaron dentro de un período significativo de 33 años enseñando carrera en Boston, diez años en la Universidad de Boston y 23 años en Boston College. Con su liderazgo Marjory Gordon ayudó a las enfermeras a comunicarse sus contribuciones únicas a la atención del paciente utilizando el marco de FHP para guiar las intervenciones, evaluar los resultados de los pacientes y la estructura del contenido curricular.

Los Patrones Funcionales de Marjory Gordon (1982) se convirtieron en una herramienta básica para la realización de diagnósticos que arrojen información tanto subjetiva como objetiva sobre el estado de salud y la autopercepción de salud de los adultos mayores, para el presente proyecto.

De acuerdo con Pérez y Velasco (2010), la valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon aporta una serie de ventajas al proceso: los patrones pueden ser utilizados independientemente del modelo enfermero del que se parta; se adaptan muy bien al ámbito de la atención primaria de salud, permitiendo estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual como familiar o comunitario, a lo largo del ciclo vital de la persona, en situaciones de salud o enfermedad.

La tipología, según Cisneros (2002), utiliza el término patrón para referirse a una secuencia en el comportamiento a lo largo del tiempo. Se trata de una secuencia de comportamiento, es decir comportamientos repetidos a lo largo del tiempo, acciones usuales y no acciones o eventos únicos o aislados. Un hecho que sucede una sola vez no se considera patrón.

Los patrones, los va construyendo la enfermera al tomar los datos para la historia y al hacer el examen físico. A medida que la enfermera va teniendo más claridad del área que valora y gradualmente surge el patrón (Gordon, 1982). Así, durante el registro de información sobre las descripciones del paciente, en este caso, el Adulto Mayor, se va estructurando el patrón funcional. Con esto en mente se evita hacer una recolección de datos incompleta que conduzca a diagnósticos equivocados y se recuerda siempre que los patrones no son observables, sino que se construyen a partir de operaciones cognoscitivas y son, por lo tanto, siempre puestos a prueba con la nueva información. (De Reales, 1987)

Cisneros (2002) explica que el entendimiento que se tenga de toda la situación es incompleto hasta cuando no se valoren los once patrones. La explicación de algún patrón bien puede encontrarse en otros patrones. La materia prima que se obtiene durante la valoración no es sino secuencias de comportamientos históricos y corrientes a través del tiempo.

4.9.2 Los patrones funcionales de Marjory Gordon se resumen a continuación:

Patrón 1: Percepción de la salud: Pretende conocer la propia percepción de la persona sobre su situación salud y bienestar. Comprende: Estilos de vida, prácticas de promoción de salud y de prevención de riesgos; Prescripciones médicas y de enfermería.

Patrón 2: Nutricional – Metabólico: Su propósito es conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas.

Comprende: Patrón individual de consumo de alimentos y líquidos (hábitos alimentarios); Medidas antropométricas; Aspectos psicológicos de la alimentación.

Patrón 3: Eliminación: Busca conocer los patrones de la función excretora de la persona. Incluye: Patrón de eliminación intestinal; Patrón de eliminación vesical; Patrón de eliminación a través de la piel.

Patrón 4: Actividad – Ejercicio: Describe los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento. Comprende: Actividades de la vida diaria; Cantidad y tipo de ejercicio y deporte; Actividades recreativas; Factores que interfieren en la realización de las actividades deseadas.

Patrón 5: Sueño – Descanso: Describe los patrones de sueño, reposo y relajación. En él se mide: Cantidad y calidad percibida de sueño y reposo; Ayudas para el sueño y el descanso.

Patrón 6: Cognitivo – Perceptivo: Describe los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona. Incluye: Situación de los sentidos sensoriales; Utilización de sistemas de compensación o prótesis.

Patrón 7: Autopercepción – Autoconcepto: Mide los patrones de autoconcepto y percepción del estado de ánimo. Comprende: Actitud de la persona hacia sí misma y hacia su valía; Imagen corporal y patrón emocional; Patrón de comunicación no verbal:

postura y movimiento corporal, contacto ocular; Patrón de comunicación verbal: voz y patrón del habla.

Patrón 8: Rol – Relaciones: Describe los patrones de compromiso con el rol y las relaciones. Incluye: Percepción de las responsabilidades de su rol; Satisfacción con la familia, el trabajo y las relaciones sociales.

Patrón 9: Sexualidad – Reproducción: Analiza los patrones sexuales y reproductivos de la persona. Comprende: Satisfacción con la sexualidad; Trastornos de la sexualidad; Problemas en etapa reproductiva de la mujer; Problemas en la menopausia.

Patrón 10: Tolerancia al estrés: Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales, y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés. Incluye: Capacidad de resistencia de la persona a los ataques de la integridad; Manejo del estrés; Sistemas de soporte y ayuda; Capacidad percibida de manejar situaciones estresantes.

Patrón 11: Valores – Creencias: Observa el patrón de los valores y las creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la adopción de decisiones. Evalúa: Cosas percibidas como importantes en la vida; La percepción de la calidad de vida; Conflicto con los valores o creencias importantes; Las expectativas relacionadas con la salud.

5. MARCO LEGAL PARA LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR

A continuación, se relaciona la normatividad que sustenta la existencia de esta política pública, desde lo internacional hasta lo local. Se han realizado en el ámbito internacional dos conferencias una en Viena en 1982 (Naciones Unidas Viena, Austria. 1982). Y otra en Madrid en el año 2002 (Naciones Unidas Madrid 2002), en ambas se adelantaron propuestas y planes para ser asumidos por los gobiernos en aras de garantizar un envejecimiento óptimo y condiciones de vida digna para las personas mayores. En el ámbito americano, se han realizado tres conferencias intergubernamentales gracias a los esfuerzos de Naciones Unidas y la CEPAL, las reuniones se realizaron en los años 2003, 2007 y 2012 en Chile (Naciones Unidas Chile 2003), Brasilia (Naciones Unidas Brasilia 2007) y San José de Costa Rica (Naciones Unidas San José de Costa Rica 2012), respectivamente.

En ellos se ha concertado los objetivos generales hacia los cuales deben trabajar todos los países de la región para atender las necesidades resultantes del envejecimiento demográfico y la dinámica poblacional para la protección y promoción de los derechos humanos fundamentales. En la última conferencia sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe se realizaron varias recomendaciones a los diferentes gobiernos, entre ellas la solicitud de construcción de planes quinquenales o decenales que permitan tanto el impacto social como la posibilidad de adaptación a los cambios vertiginosos que presentan las dinámicas sociales. También se reafirmó el enfoque de derechos humanos y se adopta la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores.

Internacional e interamericano

Nombre	Organismos	Palabra Clave	Referencias sobre el contenido
Carta de las Naciones Unidas 26/06/1945	Naciones Unidas	Derechos Humanos	La Carta de las Naciones Unidas se firmó el 26 de junio de 1945 en San Francisco, al terminar la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Organización Internacional; entró en vigencia el 24 de octubre del mismo año. La carta es un pacto entre las naciones para salvaguardar los derechos humanos y realizar pactos de mediación que provean la paz y la justicia en todas las naciones. Colombia ratificó esta carta el 5 de noviembre de 1945 mediante la ley 13 de 1945 (Art. 9 Constitución política).
Declaración Universal de los Derechos Humanos 10/12/1948	Naciones Unidas	Derechos Humanos	Una vez firmada la Carta de las Naciones Unidas, los estados miembros se comprometen en un acuerdo ético del mínimo vital que cada Estado debe proveer a todas las personas por el simple hecho de ser humanos. Se consagran los derechos de todo ser humano sin discriminación alguna.
Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre 1948.	Organización de Estados Americanos	Derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales	Aprobada en la 9ª. Conferencia Internacional Americana Bogotá, Colombia. Esta declaración es muy similar a la declaración de los derechos humanos, consagra derechos fundamentales civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Art. 16 Derecho a la Seguridad Social aborda específicamente la vejez, como un factor de necesidad de protección y garantía de los derechos consagrados.
Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer 07/11/1967	Naciones Unidas	Discriminación género - vejez	Adoptada por la Asamblea General de la ONU en la Resolución 2263 (XXII). Expone los requerimientos y acciones desde los Estados y la sociedad para eliminar la discriminación por razones de género. Enfatiza que debe garantizarse a la mujer su protección durante la vejez.

Nombre	Organismos	Palabra Clave	Referencias sobre el contenido
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer 03/09/1981	Naciones Unidas	Discriminación trabajo y la seguridad en la vejez	Mediante ella los países se obligan a reformar sus leyes para favorecer la eliminación de la discriminación, así como crear instancias en el ejecutivo que permitan concentrarse en las acciones estatales necesarias. Específicamente en el Artículo 11, se insta a la no discriminación en el trabajo y la seguridad en razón de la vejez.
Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento 06/08/1982	Naciones Unidas	Derechos de los adultos mayores.	Se realizan recomendaciones a los países para la acción y ejecución de políticas y programas que propendan por el bienestar y cumplimiento de los derechos de los adultos mayores.
Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad 16/12/1991	Naciones Unidas	Principios en programas nacionales.	A través de la Resolución 46 de 1991 las Naciones Unidas instan a los estados a incluir en sus programas nacionales los siguientes principios: Independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad.
Proclamación sobre el Envejecimiento 16/10/1992	Naciones Unidas	Envejecimiento	Las Naciones Unidas convocaron a una conferencia internacional sobre envejecimiento los días 15 y 16 de octubre de 1992. De ella se desprendió la proclamación que está en la Resolución emanada en la 42ª. Sesión Plenaria.
Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer 10/12/1999	Naciones Unidas	Eliminación de la Discriminación contra la Mujer	Aprobado por la Asamblea de las Naciones Unidas, ratificado por Colombia. El protocolo es un instrumento de la Convención, mediante el cual los países reconocen en el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer competencia para examinar las denuncias de particulares.

Nombre	Organismos	Palabra Clave	Referencias sobre el contenido
Declaración del Milenio. Septiembre de 2000 13/09/2000	Naciones Unidas	Derechos Humanos	En esta declaración se decretaron ocho temas de interés I. Valores y principios de acción, II. La paz, la seguridad y el desarme, III. El desarrollo y la erradicación de la pobreza, IV. Protección de nuestro entorno común, V. Derechos humanos, democracia y buen gobierno, VI. Protección de las personas vulnerables, VII. Atención a las necesidades especiales de África, VIII. Fortalecimiento de las Naciones Unidas
12/04/2002	Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento	Envejecimiento	En el marco de ese Plan de Acción, estamos resueltos a adoptar medidas en todos los niveles, inclusive en el ámbito nacional e internacional, en tres direcciones prioritarias: las personas de edad y el desarrollo; la promoción de la salud y el bienestar en la vejez; y el logro de entornos emancipadores y propicios.
Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato a las Personas Mayores. Noviembre de 2002 17/11/2002	Organización Mundial de la Salud (OMS).	Maltrato de las Personas Mayores	Esta Declaración es un llamado a la acción dirigido a la Prevención del Maltrato de las Personas Mayores. Puntos que deben ser considerados: • Faltan marcos legales. • Participación intersectorial • Personal de salud papel prioritario • Educación sobre envejecimiento • Maltrato a adultos mayores es una realidad global.
Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento 21/11/2003	Naciones Unidas – CEPAL	Envejecimiento demográfico – derechos humanos	En la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en la ciudad de Chile, se construyó este instrumento de planeación en que Colombia participó. En éste se acuerdan los objetivos generales hacia los cuales deben trabajar todos los países de la región, para atender las necesidades resultantes del envejecimiento demográfico, y para la protección y promoción de los derechos humanos fundamentales.

Nombre	Organismos	Palabra Clave	Referencias sobre el contenido
Declaración de Brasilia 06/12/2007	Naciones Unidas – CEPAL	Derechos humanos	Hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos. Se reitera el compromiso de los países y se construye la declaración que aborda diversas solicitudes a los diferentes sectores de la sociedad, incluido el Estado, como aporte al 46° período de sesiones de la Comisión de Desarrollo Social del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.
Declaración del Compromiso de Puerto España 09/04/2009	Naciones Unidas	Inclusión de los temas de vejez en las agendas de política pública	El objetivo fue proteger y promover las libertades políticas y mejorar el bienestar social, económico y cultural. El ítem 41 se refiere a la inclusión de los temas de vejez en las agendas de política pública. El presidente de Colombia hizo presencia en el evento.
Plan de Acción de la Organización Panamericana de la Salud sobre la salud de las personas mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable. 01/10/2009	Organización Panamericana de la Salud	Envejecimiento	Resolución N° CD49.R15 de la Organización Panamericana de la Salud en la que se exhorta a los Estados miembros a respaldar el Plan de Acción, desarrollando políticas, planes y programas, que incluyan acciones para dar respuesta al reto del envejecimiento en cada país.
Resolución 65/182. Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. 21/12/2010	Asamblea General de las Naciones Unidas	Envejecimiento	Resolución mediante la cual se hace seguimiento al Plan de Acción de Madrid y se crea grupo de trabajo de composición abierta con “el propósito de aumentar la protección de los derechos humanos de las personas de edad, determinando sus posibles deficiencias y la mejor forma de solucionarlas”.

Nombre	Organismos	Palabra Clave	Referencias sobre el contenido
Resolución 66/127. Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. 09/03/2012	Asamblea General de las Naciones Unidas	Maltrato en la Vejez	Mediante el cual se designa el 15 de junio como Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez, y se insta a los Estados Miembros a trabajar en la protección de los derechos humanos.
Resolución 67/139 Hacia un instrumento jurídico internacional amplio e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas de edad 20/12/2012	Asamblea General de las Naciones Unidas	Derechos Humanos	Resolución que emerge con base en el informe de la Tercera Comisión. La resolución con base en el marco internacional a la fecha y “el informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la situación de los derechos humanos de las personas de edad”, solicita extender el grupo de trabajo descomposición abierta para buscar la construcción de un instrumento jurídico internacional “para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas de edad”.
Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y Caribe. 11/05/2012	Asamblea General de las Naciones Unidas	Derechos Humanos	Los delegados de los países se comprometen en varios frentes para proteger y promover los derechos humanos. Solicitan relator especial, elaboración de planes quinquenales o decenales. La carta se constituye en la contribución al 51° período de sesiones de la Asamblea de Naciones Unidas
Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (A-70) 15/06/2014	Organización de los Estados Americanos OEA	Derechos Humanos	El objeto de la Convención es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. La persona mayor. Aún no ha sido firmada por Colombia.

Fuente: Política Pública de Envejecimiento y Vejez. Plan Gerontológico 2017-2027. Alcaldía de Medellín.

Lo anterior es un compendio de toda la normatividad jurídica colombiana en materia de protección de derechos del adulto mayor y la obligatoriedad para

garantizarlos. No obstante, la realidad muestra que se requieren estrategias para mejorar la implementación.

En el plano nacional se cuenta con la Constitución Política de Colombia de 1991 (Constitución Política 1991). Que promulga el Estado Social de Derecho en el cual se garantizan los derechos fundamentales para todos los ciudadanos y ciudadanas sin importar sexo, raza, condición social, bajo principios de universalidad y solidaridad. Desde este contexto se cuenta con el marco legal que propiciaría un envejecimiento digno. Expresamente en los artículos 1, 13, 46, 48, 49, 52, 53 y 366, aborda aspectos fundamentales que exigen generar y garantizar las condiciones óptimas para las personas mayores, garantizando su protección social en condiciones de vulnerabilidad.

“Art. 46 El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria” (Constitución Política 1991).

Colombia:

Nombre	Organismos	Palabra Clave	Referencias sobre el contenido
Ley 29 26/09/1975	Congreso	Protección a la ancianidad	“Por el cual se faculta al Gobierno Nacional para establecer la protección a la ancianidad y se crea el Fondo Nacional de la Ancianidad Desprotegida”
Ley 48 de 1986	Congreso	Estampilla - Centros de protección	Se autoriza estampilla pro construcción centros de protección

Nombre	Organismos	Palabra Clave	Referencias sobre el contenido
Constitución Política de Colombia 1991	República de Colombia	Protección y Asistencia	Art 1, 13, 46, 48, 49, 52, 53, 366 Art. 46 El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria
Ley 100 23/12/1993	Congreso	Pensiones - salud	Libro I. Sistema General de Pensiones (Artículo 10. Refiere a la vejez). Libro II. Sistema General de Salud. Art 157 – subsidiado priorización vejez. Libro IV referencia el auxilio para los adultos mayores en situación de pobreza (indigencia), que fue reglamentado por el Decreto 1135 de 1994, y se hizo operativo mediante el documento CONPES Social N. 22 de 1994. El Decreto 1387 de 1995 modificó parcialmente el 1135. Explicita que la población indígena se asume a partir de los 50 años (Parágrafo 2, Art. 257) Personas mayores desarrollado en Art. 257, 261, 262
Resolución 7020 01/08/1992	Ministerio de Salud	Derechos	Por medio del cual se promulgan los derechos de los ancianos
Ley 271 07/03/1996	Congreso	Día Nacional	Por el cual se establece el Día Nacional de las Personas de la Tercera Edad y del Pensionado. Publicada en el Diario Oficial No. 42.739.
Decreto 972 07/04/1997	El presidente de la República	Beneficios turismo	Por el cual se reglamentan los planes de servicios y descuentos especiales en materia de turismo para la tercera edad
Ley 687 de 2001	Congreso	Estampilla para el bienestar del adulto mayor	Por medio de la cual se modifica la Ley 48 de 1986, que autoriza la emisión de una estampilla pro-dotación y funcionamiento de los Centros de Bienestar del Anciano, instituciones y centros de vida para la tercera edad, se establece su destinación y se dictan otras disposiciones.

Nombre	Organismos	Palabra Clave	Referencias sobre el contenido
Ley 700 de 2001	Congreso	Mecanismos para agilizar el pago de las mesadas pensionales a las personas mayores	Por medio de la cual se dictan medidas tendientes a mejorar las condiciones de vida de los pensionados y se dictan otras disposiciones.
Ley 715 de 2001	Congreso	Inspección y vigilancia centros de protección	Por medio de la cual establece competencias sector salud, el Departamento tiene competencia de inspección y vigilancia de los centros de protección de las personas mayores.
Ley 789 27/12/2002	Congreso	Protección - Empleo	Por el cual se dictan normas para apoyar el empleo, para ampliar la protección social, y se modifican algunos artículos del Código Contencioso. Artículo 16 programas para la atención a la tercera edad por parte de las cajas de compensación
Ley 797 29/01/2003	Congreso	Pensiones	Por el cual se regulan algunas disposiciones del Sistema General de Pensiones previsto en la Ley 100 de 1993, y se adoptan disposiciones sobre los regímenes pensionales exceptuados y especiales
CONPES Social 70 28/05/2003	Departament o Nacional de Planeación. Consejo Nacional de Política Económica y Social	Pensiones	Tiene como objetivo formular la política nacional frente al nuevo papel del Fondo de Solidaridad Pensional de acuerdo con lo establecido en la reforma pensional, Ley 797 de 2003 y en el contexto de la política encaminada a resolver los problemas económicos en la vejez.

Nombre	Organismos	Palabra Clave	Referencias sobre el contenido
CONPES Social 78 03/05/2004	Ministerio de Protección Social – Departament o Nacional de Planeación. Consejo Nacional de Política Económica y Social.	Indígenas - Protección	El presente documento tiene como objetivo someter a consideración del Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES un ajuste de las modalidades de atención del adulto mayor y la asignación de recursos para la población indígena del Programa de Protección Social al Adulto Mayor, creado por el CONPES Social 70 de 2003.
Ley 882 de 2004	Congreso	Casual de agravación violencia intrafamiliar	Establece penas en los casos de delito de violencia intrafamiliar contra una persona mayor
Ley 931 30/12/2004	Congreso	Empleo	“Por el cual se dictan normas sobre el derecho al trabajo en condiciones de igualdad en razón de la edad”.
Ley 1091 08/09/2006	Congreso	Colombiano y la Colombiana de oro	Por medio del cual se reconoce el colombiano y la colombiana de oro.
Decreto 377101- 200 7	Ministerio de la Protección Social	Fondo de Solidaridad	Por el cual se reglamenta la administración y el funcionamiento del Fondo de Solidaridad.
Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2019 de 12/2007	Ministerio de la Protección Social	Política Nacional - Envejecimiento	Este documento sobre las políticas públicas obedecen al cumplimiento del Plan de Desarrollo 2006-2010, teniendo como base las mesas mundiales sobre envejecimiento, expresando el compromiso del Estado con la población, con requerimientos especiales como también el acuerdo de la Organización Mundial de la Salud que enfoca los procesos de atención con las personas mayores en “El envejecimiento activo es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez”

Nombre	Organismos	Palabra Clave	Referencias sobre el contenido
Decreto 3771 de 2007	Ministerio de la protección social	Pensiones Apoyo económico	Por el cual se reglamenta la administración y el funcionamiento del Fondo de Solidaridad Pensional.
Ley 1171 07/12/2007	Congreso	Beneficios 62 años y más. Educación, recreación, salud y transporte. Día de sol	Por medio del cual se establecen algunos beneficios a las personas adultas mayores. Descuentos en eventos culturales, educación, tarifa de transporte preferencial, turismo, ventanilla preferencial, asientos preferenciales, 48 horas atención en salud, medicamentos 72 horas domicilio, cobro pensión.
CONPES Social 70 28/05/2003	Departamento Nacional de Planeación. Consejo Nacional de Política Económica y Social	Pensiones	Tiene como objetivo formular la política nacional frente al nuevo papel del Fondo de Solidaridad Pensional de acuerdo con lo establecido en la reforma pensional, Ley 797 de 2003 y en el contexto de la política encaminada a resolver los problemas económicos en la vejez.
CONPES Social 78 03/05/2004	Ministerio de Protección Social – Departamento Nacional de Planeación. Consejo Nacional de Política Económica y Social.	Indígenas - Protección	El presente documento tiene como objetivo someter a consideración del Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES un ajuste de las modalidades de atención del adulto mayor y la asignación de recursos para la población indígena del Programa de Protección Social al Adulto Mayor, creado por el CONPES Social 70 de 2003.
Ley 882 de 2004	Congreso	Casual de agravación violencia intrafamiliar	Establece penas en los casos de delito de violencia intrafamiliar contra una persona mayor
Ley 931 30/12/2004	Congreso	Empleo	“Por el cual se dictan normas sobre el derecho al trabajo en condiciones de igualdad en razón de la edad”.

Nombre	Organismos	Palabra Clave	Referencias sobre el contenido
Ley 1091 08/09/2006	Congreso	Colombiano y la Colombiana de oro	Por medio del cual se reconoce el colombiano y la colombiana de oro.
Decreto 377101- 2007	Ministerio de la Protección Social	Fondo de Solidaridad	Por el cual se reglamenta la administración y el funcionamiento del Fondo de Solidaridad.
Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007- 2019 de 12/2007	Ministerio de la Protección Social	Política Nacional - Envejecimiento	Este documento sobre las políticas públicas obedecen al cumplimiento del Plan de Desarrollo 2006-2010, teniendo como base las mesas mundiales sobre envejecimiento, expresando el compromiso del Estado con la población, con requerimientos especiales como también el acuerdo de la Organización Mundial de la Salud que enfoca los procesos de atención con las personas mayores en “El envejecimiento activo es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez”
Ley 1251 de 27/11/2008	Congreso	Derechos de los adultos mayores Servicio exequial Capacitación Suministro de uniformes Apoyo económico Día de sol Centro vida gerontológico y asistencia potenciales beneficiarios a los servicios de Personas Mayores	Por el cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, la promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.
Ley 1276 de 05/01/2009	Congreso	Centros de protección, centros día e instituciones de atención.	Por medio de la cual se establecen condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros día e instituciones de atención.

Nombre	Organismos	Palabra Clave	Referencias sobre el contenido
Resolución 1370 de 02/05/2013	Ministerio del Trabajo	Colombia Mayor	Por la cual se actualiza el Manual Operativo del Programa de Protección Social al Adulto Mayor, hoy Colombia Mayor.
Resolución 1841 de 28/05/2013	Ministerio de Salud y Protección Social	Salud Pública	Por medio del cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021. Incluye dimensión transversal para la gestión de poblaciones vulnerables, entre las que están los adultos mayores
Ley 1643 de 12/07/2013	Congreso	Cajas de compensación familiar	Por medio de la cual se facilita el acceso a los servicios prestados por las cajas de compensación familiar en favor de los pensionados.
Decreto 455 de 28/02/2014	Ministerio del Trabajo	Empleo Apoyo económico	"Por medio del cual se modifica parcialmente el decreto 3771 de 2007"
Decreto 867 de 07/05/2014	Ministerio del Trabajo	Pensiones	Por el cual se reglamenta el acceso de los pensionados a los servicios de las cajas de compensación familiar y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 49.144 de 7 de mayo de 2014.
Ley 1753 de 09/06/2015	Congreso	Plan Nacional	Por medio del cual se expide el "Plan Nacional de Desarrollo 2014 - 2018 Todos por un nuevo país"

Fuente: Política Pública de Envejecimiento y Vejez. Plan Gerontológico 2017-2027. Alcaldía de Medellín.

Esta revisión del marco normativo colombiano converge con la política de funcionamiento de los hogares geriátricos y que deben seguir los mismos para que presten un servicio de óptima calidad a los adultos mayores en todo el territorio nacional, como se describe brevemente en el siguiente aparte.

5.1. POLÍTICA DE FUNCIONAMIENTO DE HOGARES GERIÁTRICOS

En síntesis, desde el marco normativo y de políticas públicas que regula los hogares geriátricos en Colombia, se describen:

- Ley 1315 de 2009 Por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención.
- Acuerdo 312 de 2008 por medio del cual se regula el funcionamiento de los hogares geriátricos y gerontológicos que prestan servicios a los adultos mayores en el distrito capital y se dictan otras disposiciones." - Concejo de Bogotá, D.C.
- Ley 1171 de 2007 Por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores.
- Ley 1251 de 2008, Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.
- Resolución 110 de 1995, Por la cual se adoptan las condiciones mínimas para el funcionamiento de los establecimientos que ofrecen algún tipo de atención al anciano en el Distrito Capital. - Secretaria distrital de Salud.
- Acuerdo 254 de 2006 por medio del cual se establecen los lineamientos de la política pública para el envejecimiento y los adultos mayores en el distrito capital y se dictan otras disposiciones - Concejo de Bogotá, D.C.
- Acuerdo 314 de 2008 por el cual se reglamenta la actividad física, cultural y educativa en los establecimientos geriátricos y gerontológicos del distrito a través

de programas intergeneracionales y se dictan otras disposiciones - Concejo de Bogotá, D.C.

- Decreto 1538/05. Accesibilidad a edificios abiertos al público.
- Decreto 345 de 2010, Por medio del cual se adopta la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital

Así mismo, la reciente Resolución Número 000024 de 2017 establece los requisitos mínimos esenciales que deben acreditar los Centros Vida y se establecen las condiciones para la suscripción de convenios docente-asistenciales, así como determina las directrices para adelantar el seguimiento, vigilancia y control de éstos. Dicha resolución, aunque tardía, representa un avance en materia de protección en el cuidado de los adultos mayores en Colombia.

Pero a juzgar por el estado de funcionamiento de los centros geriátricos públicos, fuera de los privados y algunos públicos que cumplen la normatividad, la gran mayoría aún presenta déficits en la implementación y cumplimiento.

6. METODOLOGÍA

6.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La investigación se inició con el estudio de la percepción de adultos mayores con hipertensión o diabetes frente a su condición de institucionalización. Una vez se realizó la etapa de conceptualización se procedió a estructurar la pregunta de investigación: A partir de las percepciones de los Adultos Mayores, se estructuró la propuesta de un

programa de atención de enfermería que se adaptará a las necesidades de los Adultos Mayores con Diabetes Mellitus o Hipertensión Arterial institucionalizados en un Hogar Geriátrico de la Ciudad de Bogotá.

La formación en enfermería del investigador y el interés en el cuidado del adulto mayor, simultáneo a sus estudios de maestría en Cuidado de enfermería al Adulto Mayor, motivó el desarrollo de la investigación. Así mismo, el autor considera pertinente un estudio a profundidad sobre las diferentes percepciones que expresaron los adultos mayores entrevistados. Dichas percepciones se evaluaron a partir de 10 de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, descritos y comentados en el marco teórico del proyecto.

De la valoración de los patrones funcionales se obtienen datos de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), ordenadamente, facilitando el análisis de los mismos. La valoración implica recoger datos subjetivos, objetivos, revisión de historias clínicas o informes de otros profesionales (Álvarez et al., 2010).

6.2 Tipo de Estudio

El problema de investigación orientó un estudio cualitativo, comprendido como el estudio de las personas a partir de lo que ellas dicen y hacen en el escenario social y cultural. (Universidad de Jaden, 2018). Se pretendió lograr un proyecto fundamentado en el contexto de los sujetos bajo observación.

Como se mencionó anteriormente, el presente es un estudio cualitativo, por cuanto se pretendió comprender las percepciones de los adultos mayores frente a todos los

factores que hacen parte de la condición de institucionalización, para el análisis e interpretación de la información. Rodríguez, Gil y García (1996, p. 32), afirman que los métodos cualitativos “estudian la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas”.

Así, es fundamental que no se generalice sobre la conducta humana, ya que es la persona misma quien construye su mundo y lo vive de acuerdo a su propia percepción de la realidad. Esto hace que tenga sus propias respuestas a diversas situaciones, incluidas las enfermedades (Trejo, 2012). De allí que los métodos de investigación cualitativos sean apropiados para explorar y evaluar las percepciones de los adultos mayores sobre su condición de institucionalizados.

El trabajo se realizó en dos partes: Una primera fase exploratoria: teniendo en cuenta las experiencias en la supervisión de la práctica con estudiantes en un hogar geriátrico y se buscó comprender la situación del AM institucionalizado en Colombia y en Bogotá. Y en una segunda fase se diseñó una propuesta de un programa de cuidado integral para el adulto mayor, que se describe al finalizar el presente documento.

El estudio se inició con la formulación de la pregunta de investigación, que se convirtió en el punto de partida para el trabajo de campo. A lo largo de varios meses, se fue refinando y concretando a un área de estudio. En su construcción se entrecruzaron diversos intereses. Por un lado, se buscaba un área de interés social, que además fuese de interés profesional y teóricamente relevante; por el otro, que fuese significativa para la enfermería y que en términos prácticos fuera viable. La combinación de estos intereses

dio como resultado el diseño de una propuesta de un programa de atención. Es de notar que, en los estudios cualitativos, la pregunta de investigación sirve para focalizar todo el proceso de investigación, ayuda a definir el propósito y el contexto del estudio, y finalmente permite, seleccionar el método de investigación (Mayan, 2001).

Así la pregunta debe plantearse de tal manera que permita estos objetivos, ha de orientar el estudio, pero de manera abierta, tal como Coffey y Atkinson (1996) lo afirman: “Al manejar los materiales cualitativos, el analista, más que tomar los problemas de los planificadores, de las teorías generales u otros, construye el problema basado en las realidades cotidianas de los mundos sociales y de los actores sociales”

La condición de enfermero y formación en el área de trabajo asistencial y comunitario del investigador, fueron determinantes a la hora de elegir el campo del cuidado del Adulto mayor. La revisión sistemática de la bibliografía y los contactos que se mantuvieron con los profesionales del grupo de Investigación de la Pontificia Universidad Javeriana (PUJ) mostraron la relevancia teórica y social de examinar la percepción de los AM institucionalizados con diabetes mellitus o hipertensión arterial.

6.3 Revisión conceptual: Una vez avanzada la etapa de revisión conceptual se procedió a la preselección de categorías para la construcción del ámbito como el estudio de las personas a partir de sus percepciones en el escenario social y cultural. Para el caso que ocupa la investigación, la percepción de los adultos mayores.

6.4 Selección de categorías de evaluación de percepción: se tuvieron en cuenta para la estructuración del instrumento apropiado para la aplicación de la Entrevista Semiestructurada, 10 de los 11 patrones funcionales de Marjori Gordon: i) Percepción de la salud, ii) Cognitivo-Perceptivo, iii) Autopercepción - Auto concepto, iv) Rol-Relaciones v) valores y Creencias, vi) Nutricional – Metabólico vii) Actividad – Ejercicio, viii) Manejo y tolerancia al estrés, ix) Eliminación, y x) Sueño y descanso. (No se incluyó el patrón sexualidad y reproducción, patrón igualmente importante pero que amerita todo un estudio en sí mismo y que se determinó no abordar en el proyecto). Los patrones se seleccionaron dada la pertinencia para el estudio, en la medida que estos permiten medir, a través del reporte verbal, las diferentes percepciones de los adultos mayores participantes, sobre su condición de institucionalizados, manejo de la salud, estrés, percepción sobre la hipertensión Y/o diabetes mellitus que padecen, entre otros.

6.5 Delimitación espacial y selección de participantes

La investigación se realizó en la Fundación Hogar San Francisco de Asís, ubicado en la Localidad de Usaquén de la Ciudad de Bogotá D.C. El Centro cuenta con personal de salud constituido por: una (1) Coordinadora de Enfermería, cargo asumido por una Enfermera Profesional con experiencia en cuidado de adultos mayores, quien presta su servicio por 22 horas/ semanales; ocho (8) Auxiliares de Enfermería; 35 Pasantes de diferentes convenios docencia servicio (20 diurnos de Prácticas Profesionales y 15 Técnicos Profesionales en Enfermería). Se encuentran además dos (2) Auxiliares de

Planta del Hogar Geriátrico que se encargan de labores administrativas y de la administración de medicamentos.

Así mismo, el centro cuenta con la participación de una Trabajadora Social, Una Fisioterapeuta, una Psicóloga, un Terapeuta Ocupacional y una Nutricionista que asiste un día al mes. Para el acompañamiento espiritual y religioso, el Centro cuenta con el apoyo permanente de 10 Hermanos de la Orden Sacerdotal San Francisco de Asís, en la organización de actividades religiosas los días sábados y domingos, respetando la libertad de culto de cada Adulto Mayor Institucionalizado. Todo este talento humano dispuesto para la atención y el cuidado de 50 Adultos Mayores Crónicos terminales.

De las 35 mujeres adultas mayores y los 15 hombres adultos mayores, se seleccionaron cinco adultos mayores que cumplieron con las siguientes características de ser adultos mayores de 60 años, estar institucionalizados, tener un diagnóstico médico de HTA o DM, quienes fueron invitados a participar en el estudio y aceptaron voluntariamente, de lo cual hay constancia con firma y huella en el Consentimiento Informado (ver Anexo 1).

Las características sociodemográficas de los AM del Hogar Geriátrico San Francisco de Asís, se describen en el Tabla No 5.

La selección se produjo a partir de la aceptación voluntaria de los participantes y el cumplimiento de parámetros básicos: participantes hombres y mujeres, residentes en el hogar geriátrico, mayores de 60 años y que padecen diabetes mellitus o hipertensión arterial clínicamente comprobada y que se encuentren en tratamiento.

Tabla 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICA DE PARTICIPANTES

Participante	Sexo	Edad	Estado civil	Tiempo de convivencia en pareja	Separación de familiares	Es visitado	Contacto con la expareja
1	F	78 años	Casada	4 años	5 años	Cada mes	No tiene
2	F	91 años	Unión libre	4 años	15 años	Cada año y medio	40 años
3	M	67 años	Unión libre	12 años	Más de 3 años	Cada año	30 años
4	M	76 años	Separado	38 años	Más de 40 años	Cada año	No tiene contacto
5	M	81 años	Separado	46 años	Siempre ha vivido solo	Nunca	Más de 30 años

Fuente: Elaboración propia del autor.

6.6 Diseño y aplicación de entrevistas semiestructuradas.

Por razones de coherencia metodológica como lo sugieren los estudios cualitativos, como técnica de recolección de información se diseñó e implementó una entrevista semiestructurada, (evaluada por dos expertos; se aplicó a dos personas para comprobar la comprensión de las preguntas) con la cual los participantes registraron sus procesos de percepción sobre su salud y las condiciones de seguridad y salud que recibe, fundamentada en patrones funcionales de Marjory Gordon y se realizaron los respectivos ajustes, procurando claridad y la menor ambigüedad posible con cada una de las preguntas.

Las entrevistas semiestructuradas se aplicaron de forma individual, con ayuda de las preguntas preestablecidas y las preguntas emergentes según las respuestas que iban presentando los entrevistados. Se realizaron 6 horas de grabación y las debidas transcripciones de datos a partir de las respuestas.

Para el desarrollo de esta investigación, se siguieron las siguientes etapas previo consentimiento informado:

1. Aplicación de Minimental: A cada uno de los voluntarios se les aplicó la Prueba Minimental (ver Anexo 2), evaluando los parámetros propios de dicho instrumento como:
 - 1.1) Orientación Temporal (día, fecha, mes, año);
 - 1.2) Orientación Espacial (hospital o lugar de ubicación, piso o planta, municipio o ciudad, departamento, país);
 - 1.3) Memoria (Repetición de tres palabras que se han mencionado);
 - 1.4)

Atención y Cálculo (Resta de 7 en 7 partiendo de 100, nombrar los meses del año en sentido al revés) 1.5) Evocación (recuerdo de las tres palabras antes mencionadas) Lenguaje (denominar dos objetos físicos) Seguimiento de instrucciones y 1.6) Copiar el diseño de una figura ilustrada.

En términos generales los 5 Adultos mayores seleccionados obtuvieron puntajes entre los de 25-30 puntos, lo que significa que existe un ligero déficit que puede estar originando por otras causas, puntuaciones entre 30-35 que determina normalidad, mientras que sólo un AM obtuvo un puntaje entre 20-24 puntos, lo que indica que presenta un deterioro cognitivo leve.

Para el proceso de recolección de la información se diseñó y aplicó una entrevista semiestructurada a los participantes, con base en 10 de los 11 patrones funcionales propuestos por Marjory Gordon (1996)

6.7 Creación de categorías emergentes

Se establecieron posteriormente categorías y relaciones entre los mismos. Cada categoría se analizó de acuerdo con nuevas categorías creadas a partir de las respuestas de los adultos mayores entrevistados en contraste con el cuerpo teórico de la investigación, con el propósito de obtener información que sirviera de base para estructurar el Programa de Enfermería de atención Integral que se propone más adelante.

Una vez se realizó la codificación en palabras clave, se procedió posteriormente a la organización y agrupación de categorías o constructos para establecer semejanzas y diferencias entre las categorías identificadas.

7. Aspectos éticos

Para la realización de la investigación se tuvieron en cuenta las consideraciones para investigación contempladas en la Resolución 008430 de 1993 y la Declaración de Helsinki, El riesgo de la investigación fue bajo y se preservó la confidencialidad y respeto a la dignidad humana. Se explicó a los adultos mayores bajo estudio los propósitos de la investigación y su importancia para esta población. Se aplicó el consentimiento informado con sus respectivas firmas por parte de los participantes, como evidencia de esta formalización. Tanto la información obtenida, como la identidad de los adultos mayores institucionalizados que fueron evaluados, se manejaron con confidencialidad, cuidando de no afectar los derechos de intimidad y privacidad. De igual forma se respetaron los estados de ánimo, disposición para colaboración o rechazo a participar en algunas de las actividades programadas, previamente. Previamente se logró el permiso del hogar para la realización del estudio con los AM institucionalizados.

8. Análisis e Interpretación de resultados.

8.1 Descripción la percepción de los AM institucionalizados

Al evaluar cada uno de los patrones funcionales a través de la entrevista semiestructurada, se establecieron categorías emergentes a partir de las diferentes

respuestas que dieron los Adultos Mayores. A continuación, se describen y analizan las categorías preestablecidas y las nuevas categorías emergentes.

Así, se registraron las diferentes percepciones sobre el manejo que hace cada adulto mayor sobre su propia salud, sus procesos cognitivo-perceptivo, la Auto percepción - Auto concepto, la percepción sobre los roles y relaciones interpersonales, valores y Creencias, hábitos nutricionales, percepción sobre su capacidad para hacer ejercicios, su manejo frente a la tolerancia y al estrés, cómo maneja la eliminación y finalmente percepción sobre su sueño y descanso en la institución.

Tabla 2. Patrón Funcional Percepción y Manejo de la Salud.

Patrón	Categorías Determinadas	Categorías Emergentes	Categorías Generadas	Gran Categoría
Percepción y Manejo de la Salud	Autocuidado de la salud	Sensación de control por movimiento corporal. Reconocimiento de Autocuidado. Autocuidado con alimentación sana.	<i>“Yo mismo me cuido”</i>	
	Auto percepción de la salud	Dependencia física. Mal estado de salud. Limitaciones de Movilidad.	<i>¿Limitación y dependencia una condición de salud?</i>	Influencia de la vejez en los procesos de autocuidado.
	Afectación de Calidad de Vida por HTA o DM	Mala calidad de vida. Resignación.	<i>Vivir con los dolores del envejecimiento.</i>	
	Solicitud nuevo tratamiento o medicamento	Insatisfacción frente a servicios médicos. Quejas por ausencia de especialistas.	<i>Que se me quite el dolor.</i>	

Fuente: Elaboración del autor

Como se puede observar en la Tabla 2, con respecto a la conducta de autocuidado, los adultos mayores participantes presentaron varias respuestas. Con excepción de una de las entrevistadas – de 91 años, con limitación de movimiento de extremidades inferiores - quien reporta que no hace “nada”, los otros participantes reportaron hacer uso de brazos, piernas y seguir las dietas recomendadas por el cuerpo médico. Se evidenció mayor sensación de control a través del movimiento corporal. Así, uno de los AM respondió con satisfacción: “Yo me cuido, no hay quien me diga. Yo mismo me cuido”, dando a entender que aún tiene la capacidad para cuidarse a sí mismo, no obstante, presenta un alto nivel de inmovilidad, con alta dependencia del cuidado físico y uso permanente de silla de ruedas.

Lo anterior resaltó la desconexión lógica entre capacidad real de autocuidado y la percepción del AM sobre su propio autocuidado de la salud. Así, en cuanto a la modificación de las capacidades físicas, es cierto que, en la vejez, al generarse de forma más evidente y rápida el envejecimiento biológico, (que en otras etapas de la vida) con manifestaciones de déficits en las capacidades biológicas sensoriales y motrices básicas, se modifica tanto la imagen corporal como la valoración que cada adulto mayor posee de sí mismo, aunque existen diferencias interindividuales en este tipo de cambios. (García Arroyo, 1995). De allí que cada vez tomen mayor importancia los programas de gerontopsicomotricidad, los cuales buscan como principal objetivo prevenir o retrasar el deterioro psicobiológico (Sinovas y Marugán De Miguelsanz, 2010).

De hecho, todos los AM entrevistados son conscientes de encontrarse con un estado de deterioro de su salud, dicen tener mala calidad de vida, y se muestran resignados a convivir con los dolores propios del envejecimiento.

Tabla 3. Patrón Funcional Cognitivo – Perceptual

Patrón	Categorías Determinadas	Categorías Emergentes	Categorías Generadas	Gran Categoría
Cognitivo Perceptual	Concentración	Concentración en actividades manuales. Concentración en juegos de mesa.	<i>Activando concentración</i>	<i>la</i> Incluyendo los procesos cognitivos del AM en el cuidado
	Necesidad de Concentración	Uno lo hace sin darse cuenta.		
	Percepción de Dolor Físico	Registro de dolor físico. Ausencia de dolores físicos. Resignación frente al dolor.	<i>Conviviendo con el dolor.</i>	

Fuente: Elaboración del autor

Las entrevistas permitieron evidenciar que la realización de actividades de manualidades y juegos de mesa le permiten a los AM institucionalizados lograr estados de concentración, lo que es positivo para la activación cognitiva, dado los procesos mentales que dichas actividades implican, como cortar diferentes materiales, realizar pegados, amarrar, colorear, ensamblar objetos, entre otros.

De igual forma, con respecto a la percepción de dolores físicos, se encontraron respuestas diferentes como el registro y monitoreo permanente de dolor físico, reportar ausencia de dolor, y la conducta de resignación y aprendizaje en la convivencia con el dolor. Se logró identificar entonces habituación al dolor, como respuesta de adaptación frente a las diferentes situaciones aversivas.

El dolor es una de las quejas más comunes en la consulta médica de atención primaria. La frecuencia del síntoma en la población geriátrica hace que sea considerado, en la actualidad, como un problema sanitario de proporciones epidémicas, que afecta la calidad de vida del individuo y representa grandes pérdidas económicas, derivadas del costo de la atención médica y de la disminución de la funcionalidad; no obstante, existen insuficientes estudios orientados a describir el fenómeno y establecer parámetros para el diagnóstico y el tratamiento del dolor, en este grupo etario (Gregorio Gil et al. 2007).

El dolor es un síntoma frecuente en los pacientes geriátricos (Gregorio Gil et al. 2007). Más de tres cuartas partes de los mayores de setenta y cinco años manifiesta haber experimentado algún tipo de dolor y cerca de dos terceras partes de este mismo grupo, residentes en hogares de ancianos, se ven afectados por dolor crónico (Clark & Cox, 2002). La evaluación del paciente con dolor es una tarea compleja, dada la subjetividad de la experiencia nociceptiva y la dificultad para establecer un código único de comunicación, que permita la interpretación clara de un fenómeno de naturaleza individual. En tal sentido, diferentes autores plantean que la valoración del dolor debe incluir las dimensiones sensoriales, afectiva y cognitiva del paciente (Catananti & Gambassi, 2010; Gregorio Gil et al. 2007; Katz, 1999).

La caracterización de los mecanismos que subyacen a la aparición del síntoma, ha permitido mejorar la comprensión del proceso nociceptivo y la calidad de las intervenciones terapéuticas. Una estrategia óptima de manejo debe incluir medidas tendientes a equilibrar las alteraciones orgánicas y abordar los fenómenos psicológicos y

sociales, relacionados con el mismo (Am. Soc. Anesthesiol. Task Force on Chronic Pain Management, 2010; Gottschalk & Smith, 2001). Los principios básicos para el manejo del dolor incluyen la valoración de todas las alternativas terapéuticas existentes, el inicio temprano del tratamiento, el seguimiento de la evolución, los ajustes requeridos en el desarrollo del cuadro, la combinación de métodos farmacológicos y no farmacológicos, la selección de un esquema individual de tratamiento y el mantenimiento de la terapia hasta alcanzar la resolución definitiva del cuadro de base (Am. Soc. Anesthesiol. Task Force on Chronic Pain Management, 2010; Gottschalk & Smith, 2001).

La tendencia actual en la práctica farmacológica del dolor está orientada hacia el control de los factores orgánicos y psicológicos, involucrados en la génesis del cuadro. Los medicamentos aplicados con mayor frecuencia en la práctica cotidiana son los analgésicos no opiáceos, los analgésicos opiáceos y los agentes coadyuvantes (Am. Soc. Anesthesiol. Task Force on Chronic Pain Management, 2010; Gregorio Gil et al. 2007; Christo, 2003; Ashburn & Staats, 1999).

De acuerdo con Sánchez & Pérez (2008), las alteraciones que puedan presentarse en la atención del adulto mayor están íntimamente relacionadas con la motivación que despierte la tarea que se esté acometiendo, y con las alteraciones perceptivas que pudieran estar relacionadas con la edad. Los autores sustentan que, en condiciones ambientales desfavorables, la atención mantenida podría debilitarse, mientras que, en ambientes estimulantes y tareas de interés, podría lograrse una optimización de la atención del senescente.

Ello implica que el proceso cognitivo en el adulto mayor debe considerarse como factor fundamental en la evaluación sistemática de su estado de salud, en la valoración médica, desde el inicio de la atención. Deben incorporarse estrategias preventivas para el deterioro cognitivo, realizando actividades mentales, añadirse orientaciones preventivas de factores protectores del deterioro cognitivo.

Tabla 4. Patrón Funcional Auto percepción – Autoconcepto

Patrón	Categorías Determinadas	Categorías Emergentes	Categorías Generadas	Gran Categoría
Auto percepción Autoconcepto	Autoimagen y Autoconcepto	Autocuidado personal. Descuido personal. Resignación. Autoestima.	<i>Así me cuido...</i>	La imagen del anciano es subjetiva
	Percepción de Cambio en la vida	Reconocimiento de dependencia física. Percepción de inutilidad. Dolor por abandono de familia.	<i>Factores que traen baja autoestima</i>	
	Deseo de Cambio en la vida	Deseo de morir. Espera de la muerte. Deseo de cambio de lugar. Deseo de mayor movilidad. Deseo de mejoramiento de la salud.	<i>Esperando la muerte, sentirse mejor o morir.</i>	
	Autoeficacia frente a la HTA o DM	Realizar ejercicios. Elaborar manualidades. No hacer nada. Apatía.	<i>Ser feliz a pesar de la vejez</i>	

Fuente: Elaboración del autor.

Una de las primeras crisis de la edad madura es a menudo una crisis de desgaste, desánimo y desilusión, por la experiencia que vive el AM al verse, de pronto, no aceptado, abandonado. Y ello sin razón objetiva alguna, puesto que él se siente todavía como ser vigente y capaz de servir. Esta es una crisis que se ve agudizada por las pérdidas que

va viviendo el adulto mayor; pérdida del trabajo donde se sentía útil, pérdida de los compañeros de labores más jóvenes a los que ya deja de frecuentar y pérdida de seres queridos y amigos que van muriendo. Si estas pérdidas no se compensan por medio de un buen manejo del campo afectivo, emocional, intelectual (Inteligencia Emocional) no será nada raro que el AM se sienta invadido de perjudiciales sentimientos negativos, que afectarán su autoestima, especialmente en las mujeres (Gallegos, García, Durán, Reyes & Durán, 2006).

Los parámetros y valores culturales imperantes en la sociedad favorecen poco la autoestima del anciano. El modelo cultural que impera entre nosotros es un modelo simplista que imagina el desarrollo de la vida en términos de comienzo, plenitud y decadencia lo que nos lleva al abandono del menos productivo. Según este esquema el hombre está condenado fatalmente a ser testigo de su propia decadencia, y necesariamente su autoestima será cada vez más frágil y vulnerable. Subyace aquí una ideología físico - biologista que reduce el ser humano a pura conexión de células que obviamente se van envejeciendo y deteriorando. Es una ideología del "viejismo" que es necesario superar. La razón y la afectividad no decaen al ritmo de la decadencia biológica y, al contrario, crecen y se fortalecen en el anciano saludable hasta el último día de vida (Martín Domínguez, 2008).

El esquema corporal puede considerarse como la imagen mental que se tiene del propio cuerpo, primero estático y después en movimiento, en relación con sus diferentes partes y, sobre todo, en relación con el espacio y los objetos que rodean al individuo. (Martín Domínguez, 2008). Esta imagen del "cuerpo propio" es uno de los componentes

básicos de la identidad personal, ya que incide en el autoconcepto y la autoestima que el ser humano de forma dinámica va articulando y construyendo a lo largo de toda su vida. (García Arroyo, 1995). Así, en los AM entrevistados fue posible observar cómo el considerarse adultos mayores con severas limitaciones físicas y dependientes físicos estaba fuertemente asociado a bajos niveles de autoestima. Sin embargo, nuevamente el AM de menor movilidad reportó “ser una persona feliz, que no se amarga la vida”, pese a sus incapacidades. De hecho, el concepto de salud que tenga el adulto mayor se relaciona de manera determinante con una valoración subjetiva; es decir, que además de los cambios físicos visibles, este percibe su salud de acuerdo con sus habilidades funcionales, el bienestar psicológico y el soporte social con el que cuente (Gallegos, García, Durán, Reyes & Durán, 2006).

Tabla 5. Patrón Funcional Rol – Relaciones.

Patrón	Categorías Determinadas	Categorías Emergentes	Gran Categoría
Rol Relaciones	Relaciones con la familia	Buenas relaciones. Vínculos afectivos. Sensación de abandono. Sensación de soledad.	<i>El vínculo afectivo favorece el envejecimiento exitoso.</i>
	Relaciones con los amigos	Buenas relaciones. Vínculos afectivos. Alegría frente amigos. Apatía a tener amigos.	

Fuente: Elaboración del autor

Percibir que aún se tienen vínculos con sus familiares es determinante para el estado de salud y la disposición para recibir los diferentes tratamientos por parte de los adultos mayores institucionalizados. Fue posible evidenciar que el AM con mejores condiciones físicas, mayor movilidad, contrario a la lógica, reportó un alto nivel de

insatisfacción general frente al Hogar Geriátrico al tiempo que renegaba de encontrarse distante de su familia, con “sensación de abandono”. Para este caso es posible observar cómo la ausencia de fuertes vínculos familiares puede llevar al AM institucionalizado a asumir un comportamiento crítico y de rechazo hacia su condición de institucionalizado.

Según Neugarten, Havighurst y Tobin (1961) en la vejez, el bienestar personal o la satisfacción con la vida, se constituyen en los principales criterios para un envejecimiento exitoso, tomando al bienestar como un concepto globalizador que incluye tanto la satisfacción, la felicidad, la vida considerada como un todo, una moral alta, ajuste personal, buenas actitudes hacia la vida, competencia. En este sentido, al examinar el bienestar personal de los adultos mayores podremos conocer sus sentimientos de satisfacción y de felicidad, sus condiciones y su dinámica de vida, lo cual permite acercarnos al proceso de envejecimiento y a la realidad social de los adultos mayores.

En ese mismo orden de ideas, Gempp & Benado (2017) explican cómo el bienestar del adulto mayor institucionalizado refleja estar relacionado con el apoyo de familiares y una buena relación con ellos. Para ellos, el apoyo familiar, los lazos de amistad mejoran la calidad de vida y favorece la adaptación al lugar de residencia. Afirman entonces que estos resultados son de importancia para formular intervenciones con un enfoque biopsicosocial.

Analizando por ejemplo que la diabetes es una condición crónica en donde el 99% del cuidado corresponde al autocuidado, es relevante mantener a la persona con

diabetes en las mejores condiciones cognitivas, emocionales y sociales posible. Las personas con diabetes desarrollan complicaciones psicosociales como la falta de apoyo familiar, fobias, depresión o trastornos en la alimentación entre otros (Merodio & Martínez, 2015). De igual forma, Vaillant (2001) deja en claro que las relaciones interpersonales, los vínculos, tanto informales como familiares y sociales, son los que favorecen un envejecimiento exitoso.

Tabla 6. Patrón Funcional Valores y Creencias

Patrón	Categorías Determinadas	Categorías Emergentes	Categorías Generadas	Gran Categoría
Valores y Creencias	Religión	Profesar religión católica.		
	Actividades Espirituales en el Hogar geriátrico	Participación en misas.	<i>Expresando la religiosidad</i>	<i>El adulto mayor se adapta a las situaciones de la vida.</i>
	Percepciones sobre el Hogar Geriátrico	Percepción crítica-negativa. Buen funcionamiento.	<i>Si el hogar funciona bien el AM se siente bien.</i>	

Fuente: Elaboración del autor.

Ante las preguntas de este patrón funcional, las mujeres AM presentaron una percepción positiva sobre el Hogar Geriátrico: “Vivo agradecida. Lo atienden muy bien a uno. Le tienen su cama, comida”. La sensación de estar protegidas y atendidas de forma permanente cobra mucha importancia para este grupo.

Los hombres en cambio tendieron a ser más críticos negativos frente al mismo: “Corruptos. Lo que dan para los ancianos se pierde”. Así mismo se quejaron más de la alimentación, de las instalaciones, de sus habitaciones.

Sin embargo, la mayoría opinó sentirse satisfechos con respecto a la participación de actividades religiosas y espirituales. Comentaron que son invitados con frecuencia a misas, actividades que son de su agrado.

Así, para Villar, Triadó, Resano y Osuna (2003), un envejecimiento exitoso ocurriría cuando las personas sienten satisfacción por poder adaptarse a las situaciones cambiantes de su vida, se sienten auto realizados al realizar estas acciones que les permite seguir en vigencia con el mundo que les rodea.

De igual forma, todo profesional que trabaja con adultos mayores, y en particular los profesionales de la salud mental, deben poder considerar los referentes espirituales del propio individuo para ayudarlo de buena forma con los problemas que puedan surgir en el proceso de envejecimiento (San Martín, 2008).

Por otra parte, Pargement y Mahoney (2002) señalan que tanto la religiosidad como la espiritualidad se pueden expresar social e individualmente, y ambas tienen la capacidad de promover o impedir bienestar. Señalan que, así como la espiritualidad es la búsqueda de lo sagrado, la religión es la búsqueda de significado en formas relacionadas con lo sagrado, es decir, la religión vendría siendo un tipo de herramientas para alcanzar este nivel de espiritualidad en que la persona confía y pone sus valores espirituales. Peterson y Seligman (2004), hablan que tanto la espiritualidad como la religiosidad hacen referencia a las creencias y prácticas basadas en la convicción de que existe una dimensión trascendente, no física, y que todas las culturas tienen concepciones y representaciones respecto al origen de los temas centrales de la vida, como el sentido y su propósito, es decir, pone en énfasis en que la espiritualidad vendría siendo universal, siendo entendida como algo cultural que ofrece reglas y valores.

Tabla 7. Patrón Funcional Nutricional – Metabólico

Patrón	Categorías Determinadas	Categorías Emergentes	Gran Categoría
Nutricional Metabólico	Alimentación	Buenos hábitos alimentarios. Falta de apetito. Rechazo de alimentos.	<i>Los cambios físicos y psicológicos que pueden afectar la nutrición y la salud del AM</i>
	Percepción sobre alimentos recibidos en el HG	Gusto por los alimentos. Mala percepción sobre alimentos.	
	Consumo de suplementos	Consumo de vitaminas. No consumo de suplementos.	

Fuente: Elaboración del autor

Las percepciones sobre la alimentación en el hogar geriátrico fueron igualmente diversas. Mientras que para unos es buena y consumen todo lo que le sirven, reportando gratitud: “Si, es buena, me conformo con lo que me den”, otros la calificaron de forma negativa: “Mala. No lo saben hacer. Llega fría”. No obstante, todos reconocieron no recibir suplementos, no disfrutar algunos alimentos por sus “bajos estados de ánimo” o le podría considerar estados depresivos propios de las características emocionales del AM.

El envejecimiento de la población se asocia a una mayor prevalencia de problemas nutricionales. Los adultos mayores tienen mayor riesgo de padecer malnutrición por diferentes factores como la disminución en la ingestión de alimentos, anorexia asociada a factores psicosociales, problemas masticatorios y de deglución, cambios fisiológicos en la función gastrointestinal, enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas, polifarmacia, depresión, entre otros.

El estado nutricional es el resultado del balance de la ingesta de nutrientes y del gasto calórico proteico para cubrir las necesidades fisiológicas óptimas; las anomalías de esta condición son consideradas como desnutrición y en el otro extremo el sobrepeso y la obesidad. La desnutrición, el sobrepeso y la obesidad se asocian a un mayor riesgo de morbilidad, mayores tasas de infección, aumento del número de caídas y fracturas, estancias hospitalarias más prolongadas, así como, empeoramiento de las enfermedades agudas o crónicas subyacentes y un deterioro general de la calidad de vida (Alvarado, Lamprea & Murcia, 2017).

La valoración del estado nutricional en el adulto mayor, así como la determinación de la malnutrición en sí, no posee estándares diagnósticos, lo que hace variable la información sobre su prevalencia ya que dependerá del método utilizado para la evaluación, así como la población referida. En relación al sobrepeso y la obesidad también existe, por las mismas razones, variabilidad en la data. Existen varios instrumentos para el despistaje de riesgo nutricional y de desnutrición, siendo el “Mini Nutritional Assessment” (MNA) el más utilizado y validado en diversas lenguas, que considera parámetros antropométricos, preguntas de autoevaluación y una encuesta nutricional. El índice de masa corporal (IMC) determina desnutrición, sobrepeso y obesidad. La medida de la circunferencia abdominal, permite valorar los casos de sobrepeso y obesidad (Ortiz P. 2011)

Los factores fisiológicos, psicológicos y sociales asociados al envejecimiento afectan la ingesta de alimentos, aspecto vital en la salud nutricional del adulto mayor, lo que aumenta la exposición a padecer desnutrición u obesidad (Davies, 2011; Nykänen, Rissanen, Sulkava e tal, 2014).

Algunos cambios fisiológicos propios del envejecimiento hacen que el metabolismo de los alimentos cambie y que sea necesario un aporte adecuado para mantener un equilibrio nutricional, es preciso que las enfermeras conozcan los cambios que atraviesan los adultos mayores durante el envejecimiento, para brindar una educación acertada que permita mejorar el bienestar de los mismos, además de asegurarse de que el adulto mayor reciba atención centrada y adaptada a las necesidades individuales (Alvarado, Lamprea & Murcia, 2017). Lo anterior denota la gran importancia de este patrón funcional en el cuidado del adulto mayor.

Tabla 8. Patrón Funcional Actividad – Ejercicio

<i>Patrón</i>	<i>Categorías Determinadas</i>	<i>Categorías Emergentes</i>	<i>Categorías Generadas</i>	<i>Gran Categoría</i>
Actividad – Ejercicio	Alteración al hacer ejercicio	Dolor al hacer ejercicios. Ausencia de alteraciones durante el ejercicio.	<i>Controlar el cuerpo a través del ejercicio.</i>	<i>Los AM se motivan a realizar actividad física y manualidades como parte de la vida.</i>
	Actividades en el HG	Gusto por realizar ejercicios. Motivación hacia manualidades y juegos de azar.	<i>La actividad física como reto en los hogares geriátricos.</i>	
	Facilitación de ejercicios en el HG	Reconocimiento de apoyo institucional para hacer ejercicios.		
	Dispositivo de apoyo	Uso de sillas de ruedas. Uso de oxígeno. Uso de bastón. Uso de muletas.	<i>El ejercicio como actividad fundamental a pesar de las limitaciones.</i>	

Fuente: Elaboración del autor

Las personas pasan por un proceso de envejecimiento, que está manifestado en los cambios biológicos y en la declinación fisiológica, lo cual, tiene un impacto significativo en el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria. Con respecto a este grupo de preguntas relacionadas con las actividades y ejercicios físicos, se

evidenció que perciben de manera positiva los servicios de entrenamiento físico. Los AM entrevistados, expresaron motivación hacia la realización de ejercicios físicos y demás actividades como manualidades y juegos de azar.

Reportaron dolores en articulaciones, extremidades, espalda y cadera, propios de la edad. Sin embargo, se evidenció cómo la participación en la realización de ejercicios aumenta la sensación de control de su cuerpo, encontrándose incluso algunos en sillas de ruedas o depender de otros instrumentos como bastón o muletas.

Por otro lado, Gómez y Ruiz (2007) señalan que la senectud nunca debe considerarse como un estado enfermizo sino como un proceso natural, ya que se está describiendo una fase de la vida que conlleva el paso del tiempo y la aparición de secuelas en el cuerpo. Es un periodo en el que la persona se ve obligada a cambiar su modo de vida, adaptándose a una nueva situación social y psicológica (Conte, 1995). Meléndez (2000) la describe como la suma total de los cambios dependientes del transcurso del tiempo, que son comunes a todos los miembros de una misma clase o especie y que tienen lugar a lo largo de la vida, tras haber alcanzado la madurez de talla, forma y función. Considerando que el grupo de adultos mayores es muy heterogéneo, con características demográficas, culturales, biológicas, sociales y económicas diferentes, es necesario implementar programas que den respuesta a sus necesidades (comprendidos dentro de un modelo multidisciplinario para su atención integral) que beneficien tanto a las personas adultas mayores institucionalizadas como a las de la comunidad y a sus familias, dentro de un marco de atención con calidad y humanismo que les permita una vida digna.

Para todos los AM institucionalizados, es muy gratificante realizar manualidades y participar en juegos de mesa o de azar, compartiendo con sus compañeros del centro. Se sabe que el ejercicio físico es una de las alternativas concretas donde se da una relación directamente proporcional entre la realización de ejercicio y el aumento del bienestar psicológico de los individuos que desarrollan dicha actividad con el fin de mejorar sus condiciones de salud (Tiggeman, 2018).

De allí, que la OMS (2018) recomiende, con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y funcional, y de reducir el riesgo de ENT, depresión y deterioro cognitivo, lo siguiente:

1. Los adultos de 65 en adelante dediquen 150 minutos semanales a realizar actividades físicas moderadas aeróbicas, o bien algún tipo de actividad física vigorosa aeróbica durante 75 minutos, o una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.
2. La actividad se practicará en sesiones de 10 minutos, como mínimo.
3. Que, a fin de obtener mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades dediquen hasta 300 minutos semanales a la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien 150 minutos semanales de actividad física aeróbica vigorosa, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
4. Que los adultos de este grupo de edades con movilidad reducida realicen actividades físicas para mejorar su equilibrio e impedir las caídas, tres días o más a la semana.

5. Se realicen actividades que fortalezcan los principales grupos de músculos dos o más días a la semana.

6. Cuando los adultos de mayor edad no puedan realizar la actividad física recomendada debido a su estado de salud, se mantendrán físicamente activos en la medida en que se lo permita su estado.

Tabla 9. Patrón Funcional Manejo y Tolerancia al Estrés

Patrón	Categorías Determinadas	Categorías Emergentes	Categorías Generadas	Gran Categoría
Manejo y Tolerancia al Estrés	Sentimientos frente a institucionalización en HG	Gratitud. Adaptación al HG. Rechazo frente a Institucionalización. Resignación. Motivación hacia la institucionalización. Comprensión frente al proceso de. Institucionalización.	<i>Institucionalización una opción de vida para el AM.</i>	<i>Actividades en el centro geriátrico que traen bienestar.</i>
	Prácticas de hobbies diarios	Manualidades. Juegos de azar. Escuchar música. Pintar.	<i>Uso del tiempo libre</i>	

Fuente: Elaboración del autor

En términos generales, con excepción de uno de los Adultos Mayores Hombres, quien reportó categóricamente sentirse “abandonado despiadadamente por su familia” y que rechazaba estar institucionalizado, condición que la consideraba una “desgracia”, los otros AM mostraron gratitud, resignación, reconocimiento de la importancia del servicio del Centro geriátrico para su vida y su bienestar.

Los AM entrevistados reconocieron la gran importancia de existencia de los Hogares Geriátricos para institucionalizados, dado que, de no existir, ellos estarían totalmente desprotegidos. Así, independiente de la percepción negativa o positiva frente

a aspectos específicos, todos convergen en que deberían existir más y mejores centros geriátricos, con mejores sistemas de salud, cuidado y personal capacitados para atenderlos.

No obstante, en un estudio comparado sobre estrés y estilos de afrontamiento de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, realizado por Stefani y Feldberg (2006) se pudo concluir que las estrategias predominantes de los adultos mayores que vivían en sus domicilios, en comparación con los residentes, denotaban que habían reevaluado con mayor frecuencia la situación para modificar el significado y relevancia del problema; habían decidido en mayor proporción llevar a cabo acciones concretas para resolverlo y para buscar alternativas gratificantes; y habían mantenido, en mayor grado que los residentes, el equilibrio afectivo a través de la resignación, amparándose en sus creencias religiosas y de control externo atributivo, y por medio de la extroversión del malestar generado por la situación.

Lo anterior motiva el pensar en estrategias más eficaces para mitigar el estrés en adultos mayores institucionalizados están relacionadas con el aprendizaje y fortalecimiento de habilidades de afrontamiento frente a su condición de personas dependientes, institucionalizadas y con enfermedades crónicas como la HTA y DM.

Tabla 10. Patrón Funcional Eliminación

Patrón	Categorías Determinadas	Categorías Emergentes	Gran Categoría
Eliminación	Frecuencia de orina Día / Noche	Frecuencias normales.	<i>La eliminación es una condición que cambia en el AM.</i>
	Ardor - Dolor al orinar	Ardor al orinar. Ausencia de ardor - dolor al orinar.	
	Hábito intestinal	Diario. Cada dos o tres días.	

Fuente: Elaboración del autor

En este ítem, las respuestas correspondieron al comportamiento normal de la población AM, como se observa en la figura 9. La mayoría reportó usar dos o tres veces el baño para orinar, y “hacer del cuerpo” (Defecar) entre una vez al día a cada dos o tres días. Sin embargo, un dato que no fue fácil obtener fue la posibilidad de casos de incontinencia urinaria, quizás por lo que para muchos adultos mayores esto se constituye en un hecho vergonzante.

La disfunción del piso pélvico causa un conjunto de patologías con sintomatología oculta que provoca una reducción de la calidad de vida de pacientes, familiares y cuidadores. Su prevalencia aumenta considerablemente con la edad. Habría una importante asociación entre sarcopenia, fragilidad e incontinencia urinaria y fecal que lleva a un aumento de la mortalidad. Particularmente en los pacientes ancianos y frágiles, el enfoque multidisciplinario e integrado para el diagnóstico y tratamiento, tiene un impacto importante en el cuidado de la salud y en evitar complicaciones. Una cuidadosa

anamnesis, examen físico dirigido y el uso juicioso de exámenes de laboratorio llevan, en la mayoría de los casos al diagnóstico e intervención terapéutica adecuada. Muchos pacientes se benefician con intervenciones de dieta, actividad física, conducta y reentrenamiento de la musculatura del piso pélvico (Girona & Conejero, 2018).

Así, la incontinencia en el anciano es un problema multifactorial en el que pueden confluir factores funcionales, psíquicos, sociales, etc. Por tanto, es preciso hacer una valoración global para determinar el grado de dependencia y las posibles causas de dificultad. La enfermera desempeña un papel fundamental en la valoración de la incontinencia urinaria cuando realiza la entrevista con el paciente. El formular las preguntas de forma relajada y poco amenazadora son básicas para obtener una buena historia. (García, 2018).

La incontinencia se manifiesta así mismo con mayor frecuencia entre la población femenina que en la masculina, y en residencias o centros socio-sanitarios se observa aproximadamente en el 70% de los pacientes, siendo la incontinencia la causa principal de internamiento en un centro geriátrico (Girona & Conejero, 2018). Con respecto a la defecación, La incontinencia fecal no forma parte del envejecimiento normal, representando uno de los síndromes geriátricos que repercute más en la calidad de vida del anciano y que más sobrecarga al cuidador, con un gran impacto, no sólo físico (úlceras por presión, infecciones de orina, etc.). (Martínez at col., 2006).

Tabla 11. Patrón Funcional Sueño - Descanso

<i>Patrón</i>	<i>Categorías Determinadas</i>	<i>Categorías Emergentes</i>	<i>Categorías Generadas</i>	<i>Gran Categoría</i>
Sueño Descanso	Pensamientos antes de dormir	Oraciones espirituales Petición de cuidado por la familia y amigos. Preocupaciones por habitación sin puerta - habitación fría. Registro de dolores físicos.	<i>El dolor y la oración, elementos importantes a la hora de dormir.</i>	<i>Pensando en las necesidades de sueño del AM - Arquitectura de sueño del adulto mayor</i>
	Percepción frente a tiempo de descanso	Reconocimiento de buen descanso. Poco descanso por dolores físicos.		
	Impedimento en HG para conciliar el sueño	Ausencia de impedimentos. Gritos de otros AM habitación fría.	<i>Lo que puede afectar mi sueño</i>	

Fuente: Elaboración del autor

El envejecimiento afecta a todas las funciones del organismo, incluido el sueño, aunque no a todos los AM les afecta con la misma intensidad ni en el mismo momento. Además, en los AM la edad cronológica no siempre coincide con la fisiológica, por lo que los cambios en los patrones de sueño pueden aparecer en algunos sujetos antes y en otros más tarde.

En comparación con adultos jóvenes se ha observado varios cambios prominentes que afectan tanto a la arquitectura del sueño nocturno como al ritmo circadiano de sueño-vigilia. Todos estos cambios contribuyen a que el sueño de los AM se caracterice por ser más “frágil” que el de los sujetos más jóvenes. Sin embargo, las personas de edad avanzada sanas tienden a necesitar y obtener el mismo tiempo de

sueño que tenían cuando eran jóvenes, aunque pueden tener distinta arquitectura y diferente distribución del mismo en 24h. De forma objetiva podemos decir que los AM pasan más tiempo en la cama, menos de él durmiendo, ya que tardan más tiempo en conciliar el sueño, presentan más despertares entresueño y con periodos de vigilia nocturna prolongados, tienen menor eficiencia de sueño, con menor proporción de sueño profundo de ondas lentas y REM, además de presentar alteraciones en la alternancia de la vigilia y sueño (D'Hyver, 2018).

De igual forma, en términos generales, los AM entrevistados reportaron un buen tiempo de descanso, con los dolores rutinarios propios de la condición de envejecimiento. Sin embargo, el AM hombre más crítico frente al centro geriátrico, reportó rechazo por su habitación fría, sin puertas y sentir fuertes dolores físicos al subirse a la cama. En general, la mayoría reportó lograr conciliar el sueño, con suficiente tiempo de descanso e interrupciones de sueño ocasionales, bien por ruidos de sus compañeros de cuarto o bien porque bajos niveles de temperatura en la habitación.

Reconocer los problemas del sueño y clasificarlos adecuadamente permite determinar la necesidad o no de estudios complementarios, seleccionar el manejo más adecuado en forma individual, recomendar el manejo no farmacológico (terapia cognitivo conductual, manejo del ambiente), y si fuera necesario, determinar el tipo de fármaco más adecuado en función de la asociación existente con otras patologías - enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], depresión, ansiedad, síndrome de piernas inquietas, etc.- (D'Hyver, 2018).

El papel de enfermería como educadora en la promoción del descanso nocturno es fundamental para que la calidad de vida del anciano se vea mejorada. Es importante

que sean conscientes de aquellos factores que afectan tanto positivamente como negativamente en su sueño y así, conocer la forma de modificar hábitos incorrectos (Ferreira, López de Audicana & Aguirre, 2001).

9. Conclusiones

De acuerdo con los resultados obtenidos, se logró como objetivo general diseñar una propuesta de un Programa Integral de Atención dirigido a AM con HTA o DM a partir las percepciones de los adultos mayores institucionalizados, las percepciones del servicio y su propia autopercepción de estado de salud en un Centro Geriátrico de Bogotá. (Anexo 1).

Así, el sano distanciamiento o desprendimiento del vínculo del Am frente a sus familiares, un alto nivel de sensación de autocuidado y autocontrol, independiente del nivel de dependencia física hacia los cuidadores, entre otros aspectos igualmente importantes, permitieron estructurar el Programa de Atención y Cuidado Integral que en un anexo se expone ampliamente.

Entre los factores que facilitan el proceso de adaptación del AM frente a la situación de institucionalización se encontraron aspectos como: el estado de vulnerabilidad del AM, tener pocos o cero vínculos con sus familiares, desarrollar una actitud de agradecimiento hacia el personal de salud, cuidadores y la misma institución y la participación en actividades gratificantes.

Con respecto a los factores que dificultan la adaptación del Adulto Mayor frente al Hogar Geriátrico, se encontraron obstaculizadores como la percepción de abandono de los familiares a los AM, la sensación de “dolor emocional” por encontrarse lejos de su familia, los dolores crónicos propios de la edad avanzada de los participantes y el rechazo a las comidas que llegan a considerar de mala calidad, entre otros.

Identificar tanto los factores facilitantes como los obstaculizadores del proceso de adaptación, permitió realizar una descripción general de los AM con HTA y/o DM frente a la institucionalización en el Hogar Geriátrico, lográndose así el tercer objetivo específico y con ello el cuarto, en la medida que se estructuró el programa integral.

La percepción de la institucionalización en los adultos mayores institucionalizados se relaciona con la forma en que cada uno de ellos vive esta experiencia. Hay situaciones que permiten una mejor percepción como el estar con otras personas, tener un sitio para vivir y personas que cuiden de ellos, entre otros.

Las actividades físicas y la elaboración de manualidades permiten al adulto mayor una mejor autopercepción y adaptación a la institucionalización, pero también mantiene los procesos cognitivos y un mejor autoconcepto.

10. Bibliografía

Abraira C, Coiwell JA, Nuttall FQ. Veterans Affairs Cooperative. Study on glycemic control and complications in type II diabetes: Results of the feasibility trial. *Diabetes Care*. 2012; 18:1113-23.

Alayón A, Altamar-López D, Banquez-Buelvas C, Barrios-López K. (2009). Complicaciones crónicas, hipertensión y obesidad en pacientes diabéticos en Cartagena, Colombia. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 11(6):857-64.

Alba LH, Bastidas C, Vivas JM, Gil F. (2009). Prevalencia de control glucémico y factores relacionados en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Universitario de San Ignacio, Bogotá, Colombia. *Gac Méd Méx*. 145(6):469-74.

Álvarez S, j; Del Castillo A, F; Fernández F, D; Muñoz M, M. (2010). Manual de Valoración de Patrones Funcionales. Comisión de Cuidados Dirección de Enfermería de Atención Primaria Área Sanitaria V – Gijón (Servicio de Salud del Principado de Asturias.) Junio, 2010.

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (2015). Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez del Distrito Capital. Línea Base 2014. Segunda edición. Bogotá, abril de 2015. Secretaría Distrital de Integración Social. Bogotá, Colombia.

Alves, R.J. (2013). Institucionalización del Adulto Mayor: Análisis de la experiencia subjetiva a partir de la creación de un taller literario. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2013.

American Academy of Nursing (2009). Living Legend of 2009. Recognition ceremony. 36th annual meeting & conference creating an agenda for a healthy society November 5–7, 2009 Atlanta Marriott marquis Atlanta, Georgia.

American society of anesthesiologists task force on chronic pain management. 2010. Practice guidelines for chronic pain management. *Anesthesiology*. 112: 810-833.

ASHBURN, M.; STAATS, P. 1999. Management of chronic pain. *Lancet*. 353:1865-1869.

Avila A, A. (2014). Perfiles del adulto mayor dependiente y frágil en México. Instituto Nacional de Geriátría. III Congreso Internacional de Enfermería y Envejecimiento. 18 al 19 de noviembre de 2014. Ciudad de Durango, Estado de Durango, México. Recuperado en

http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/noticias/noticia_congreso_enfermeria.html

Cano Gutiérrez, C. at Coll. (2014). Iluminando las decisiones e intervenciones públicas para la población adulta mayor. Estudio SABE Bogotá. Instituto de Envejecimiento, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana. Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, D.C., Colombia.

Castellanos F. & López, L. (2013). El cuidado popular de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza. 115-135, julio-diciembre de 2013. <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/viewFile/7072/5619>.

CATANANTI, C.; GAMBASSI, G. 2010. Pain assessment in the elderly. *Surgical Oncology*. 19(3):140-148.

Chapman IM. Hypothalamic growth hormone IGF 1 axis. *Endocrinol Aging*. 2000; 20:23-40.

CEPAL (2012). Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situación, experiencias y desafíos. Ciudad de México: Sandra Huenchuan.

Cuenta de Alto Costo. (2015). Información con corte a 30 de junio de 2015. Población BDUA con corte a junio 30 de 2015. Reportes ASIS - ERC y Precursoras. Bodega de datos de SISPRO consultada 12 de mayo 2017.

Conexión Capital (2017). Más de 52 mil casos de diabetes se han diagnosticado en Bogotá. Noviembre 14 de 2017. Recuperado en (<https://conexioncapital.co/casos-diabetes-se-diagnosticado-bogota>)

Congreso de la Republica de Colombia. Constitución Política, Bogotá. 1991.

CLARK, M.; COX, T. 2002. Refractory Chronic Pain. *Psychiatric Clinics North America*. 25:71-88.

Crawford AG, Cote C, Couto J, Daskiran M, Gunnarsson C, Haas K, et al. (2010). Prevalence of obesity, type II diabetes mellitus, hyperlipidemia, and hypertension in the United States: findings from the GE Centricity Electronic Medical Record database. *Popul Health Manag*; 13:151-61.

Cuenta de Alto Costo (2018). Boletín de información técnica especializada. Vol.4. Num.8. Sociedad colombiana de cardiología y cirugía cardiovascular. Fundación colombiana del corazón.

Cuesta Benjumea C. de la (2004). *La Invención Ante la Adversidad*. Medellín. Universidad de Antioquia.

De Reales, E. (1987). Profesor Asociado, Universidad Nacional de Colombia.

Díaz, Alejandro; Sánchez, Norma; Montoya, Soraya, Martínez-Restrepo, Susana; Pertuz, María Cecilia, Flórez, Carmen Elisa y González, Lina. (2015). *Las personas mayores: cuidados y cuidadores* Editorial Fundación Saldarriaga Concha. Bogotá, D.C. Colombia. 103p

Econometría S.A. (2014). Línea base 2014. Política Pública Social para el envejecimiento y la vejez. Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. Colombia.

Eje 21 (2017). En Colombia 3,3 millones de habitantes sufren de diabetes. <http://www.eje21.com.co/2017/11/en-colombia-33-millones-de-habitantes-sufren-de-diabetes/>

Elfenbein, P. & Houben, L. (2012). *Guías de Programas para Adultos Mayores*. Centro Pro Envejecimiento. Universidad Internacional de la Florida.

Eslava Albarracín, D. at Col. (2014). *Trayectorias de cuidado popular de las personas mayores con enfermedades crónicas en áreas urbanas marginales de Bogotá D. C.* Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo (Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha. (2015). Misión Colombia Envejece: cifras, retos y recomendaciones. Editorial Fundación Saldarriaga Concha. Bogotá, D.C. Colombia. 706p.

Federación Internacional de Diabetes 2011 Plan Mundial contra la Diabetes 2011-2021 online 20 julio 2018 <https://www.yumpu.com/es/document/view/14456834/plan-mundial-contra-la-diabetes-2011-2021-international->

Fundación Saldarriaga Concha y Fedesarrollo. (2015). Misión Colombia Envejece: Resumen ejecutivo. Editorial Fundación Saldarriaga Concha. Bogotá, D.C. Colombia. 147 páginas.

Gallegos, C. K., García, P. C., Durán, M. C., Reyes, H. & Durán, A. L. (2006). Autopercepción del estado de salud: Una aproximación a los ancianos en México. Rev. Saúde Pública, 40(5), 792-801.

García L, Ma. V. (2018). Manifestaciones de dependencia de mayor incidencia en la población anciana. En el libro Influencia de los cambios del proceso de envejecimiento en la satisfacción de las necesidades del anciano. Recuperado en <http://www.seegg.es/Documentos/libros/temas/Cap11.pdf>

Gascón, S. & Redondo, N. (2014) Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia. Naciones Unidas. CEPAL - Serie Políticas Sociales N° 207.

Gempp, L. & Benado, D. (2017). Percepción de apoyo familiar de adultos mayores residentes en establecimientos de larga estadía. Rev Chil Salud Pública 2017; Vol 21 (2): 142-149

Girona, L. & Conejero, J. (2018). Urología. Consultado en docplayer.es/2259588-24-urologia-l-girona-j-conejero.html

González Suárez RM, Perich Amador P, Arranz Calzado C. (2010). Trastornos metabólicos asociados con la evolución hacia la diabetes mellitus tipo 2 en una población en riesgo. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2010 [citada 19 de abril de 2017]; 21(2): [aprox. 16 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=>

Gordon, Marjory (1982). Nursing Diagnosis. Mc graw – Hill. Bogotá.

GOTTSCHALK, A.; SMITH, D. 2001. New concepts in acute pain therapy: preemptive analgesia. Am. Fam. Physician. 63:1979-1984, 1985-1986.

GREGORIO, P.; MORENO, A.; RODRÍGUEZ, M.J.; ZARCO, J. 2007. Manejo del dolor del anciano en atención primaria (ADA). Rev. Clin. Esp. 207(4):166-171.

Hernández Zamora, Zoila Edith. (2006). Cuidadores del adulto mayor residente en asilos. Índex de Enfermería, 15(52-53), 40-44. Recuperado en 21 de julio de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100009&lng=es&tlng=pt.

Juliao V, C.L. González F, M. y Umbarila L, P. (2016) Adultos Mayores en Bogotá y su Protección Integral. Colección de Investigación. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales Corporación Universitaria Minuto de Dios.

KATZ, J. 1999. Measurement of pain. Pain control in the perioperative period. Surg. Clin. North America. 79(2):115-123.

Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. (2002).Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Lancet;360:1903-3.

Lorenzo O, T; Maseda R, A. & Millán C, J. (2008). La dependencia en las personas mayores: Necesidades percibidas y modelo de intervención de acuerdo al género y al hábitat. Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias. Grupo de Investigación en Gerontología. Facultad de la Salud. Departamento de Medicina. Universidad de la Coruña. Edita: IGISS. La Coruña, España.

Llibre, J.; Guerra, M. & Perea, E. (2008). Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. En Revista Cubana de Medicina General Integral. No. 24. La Habana, junio de 2008, p. 4.

Machado-Alba J, Moncada-Escobar J, Gaviria H. (2009). Quality and effectiveness of diabetes care for a group of patients in Colombia. *Rev Panam Salud Publica.*; 26(6):529-35.

Manzarbeitia J, Guillén F. Revisiones y actualizaciones en geriatría. Diabetes mellitus en el anciano. *Medicine.* 2003; 8(109):5834-40.

Marchionni, M; Caporale, J.; Conconi, A. y Porto, N. (2011). Enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo en Argentina: prevalencia y prevención. BID. Sector Social División de Protección Social y Salud. Resumen de Políticas # IDB-PB-166. p. 11.

Martínez P, J.; Rodríguez C, M.; Jiménez J.Ma. P.; & Yela M, G. (2006). Estreñimiento e incontinencia fecal. Cap. 15. Tratado de Geriatría para residentes. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG). Príncipe de Vergara, 57-59, 1º B.28006 Madrid. www.segg.es

McColgan G. (2005). A place to sit: resistance strategies used to create privacy and home by people with dementia. *Jour. Contemporary Ethnography.* 2005 Aug; 34 (4): 410-33.

Merodio P, Z., Rivas A, V. & Martínez S, A. (2015). Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor. En *Revista Horizonte Sanitario.* Vol. 14, No. 1. Enero - Abril. de 2015.

Ministerio de Salud de Chile (2009). Manual del cuidado de personas mayores dependientes y con pérdida de autonomía. Programa Salud del Adulto Mayor y Semana. Protege. Red de Protección Social. Gobierno de Chile

Ministerio de Salud y Protección Social. Política Colombiana de Envejecimiento y Vejez. Diciembre de 2007.

Ministerio de la Protección Social – MPS (2007). Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. © 2007 Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. ISBN: 978-958-98220-0-5. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2014-2024

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). SABE Colombia 2015: Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento. República de Colombia.

Naciones Unidas. Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Viena, Austria. 1982.

Naciones Unidas. Declaración Política y Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Madrid 2002.

Naciones Unidas – CEPAL. Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Conferencia Intergubernamental sobre Envejecimiento. 2003; Chile.

Naciones Unidas – CEPAL Declaración de Brasilia. Segunda Conferencia Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe: Hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos. Brasilia; 2007.

Naciones Unidas – CEPAL Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe. San José de Costa Rica; 2012.

OMS (2018). La actividad física en los adultos mayores. Recuperado en https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/es/.

OPS. (2005). Atención Integral en Salud para las Personas Adultas Mayores. Recuperado en <http://www.paho.org>.

OPSOMS. (2013). Día Mundial de la Hipertensión 2017: Conoce tus números, Recuperado en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13257:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=42345&lang=es

Ortiz P. Nutrición. En: Varela L. Principios de Geriátría y Gerontología. Segunda Edición. Lima, Perú: Centro Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011.p 501-511.

Osorio B, L. & Salinas R, F (2016). El Contexto y el Centro Residencial para las Personas Adultos Mayores en Colombia y España. La Empresa Social Una Alternativa Para El Bienestar. (p.205-227) REVESCO N° 121 - Segundo Cuatrimestre 2016 - ISSN: 1885-8031 - www.ucm.es/info/revesco

Padierna A, J. (1991). El impacto del medio ambiente en las instituciones geriátricas y psicogerriátricas. ZERBITZUAN, no. 15 (1991), p. 61-70. Recuperado en <http://www.siiis.net/es/actualidad/hemeroteca/Record/23876/>

Palacios-Ceña, D. & Corral, I. (2010). Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. Revista de Enfermería. Intensiva. 2010 Vol. 21 N° 2 pág. 68-73.

Pargament, K. & Mahoney, A. (2002). Spirituality. En C. R. Snyder & Sh. Lopez. Handbook of Positive Psychology. New York: Oxford University Press.

Pérez F. & Velasco C, E. (2010). Manual de Valoración de Patrones Funcionales. Comisión de Cuidados. Dirección de Enfermería de Atención Primaria. Área Sanitaria V – Gijón (Asturias). España.

Pluguiese, L. (2011). Programas y Servicios para el Cuidado de las Personas Adultas Mayores dependientes. I parte: Revisión conceptual para la caracterización de los sistemas de protección. Asesoría General en Seguridad Social.

Política Pública de Envejecimiento y Vejez. Plan Gerontológico 2017-2027. Alcaldía de Medellín

Presidencia de la República de Colombia. (2017). Sancionada ley que protege a los adultos mayores y penaliza a quienes los maltraten o abandonen. 21 de julio de 2017. Recuperado en <http://es.presidencia.gov.co/noticia/170721-Sancionada-ley-que-protege-a-los-adultos-mayores-y-penaliza-a-quienes-los-maltraten-o-abandonen>

Rodríguez L, Martínez L, Pria M, Menéndez J. (2004). Prevalencia referida de enfermedades no transmisibles en adultos mayores. Ciudad de La Habana. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. P. 1-6.

Rodríguez G, G; Gil F, J; & García J, E. (1996). Metodología de la investigación cualitativa. Ediciones Aljibe. Granada (España). 1996.

Sánchez G, I. & Pérez M, Víctor (2008). El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. Revista Cubana de Medicina General Integral, 24(2) Recuperado en 15 de septiembre de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000200011&lng=es&tlng=es.

San Martín P, C. (2008). Hologramática – Facultad de Ciencias Sociales – UNLZ - Año V, Número 8, V1 (2008), pp. 103 - 120

Sowers JR. (2003). Recommendations for special populations: diabetes mellitus and the metabolic syndrome. Am J Hypertens; 16:S41-5.

Trejo M, F. (2012). Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. Enf Neurol (Mex) Vol. 11, No. 2: 98-101, 2012 ©INNN, 2010. Consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>.

Vaillant.GE. Successful aging. Am J Psychiatry 2001; 158: 839-47

Tiggeman M, W. (2018). The effect of exercise on body satisfaction and self-esteem as a function of gender and age [serial online] Sex Roles New York 43(1/2): 119-18. Available from: <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=63076244&sid=4&Fmt=4&clientId=57083&RQT=309&VName=PQD>.

Triadó, C; Osuna, M J., Solé R, C, Villar, F. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento cuando la estabilidad significa cambio. Revista multidisciplinar de gerontología, ISSN 1139-0921, Vol. 13, Nº. 3, 2003, págs. 152-162.

Universidad de la Sabana. (2017). Repensar la sociedad para los adultos mayores. Facultad de Medicina. Bogotá D.C., Colombia.

Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. (2004). Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*.

Anexo No. 1

PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS.

Introducción:

Como una estrategia de solución se estructuró el Programa de Cuidado Integral de Enfermería con base en los resultados obtenidos a partir de las entrevistas semiestructuradas y el análisis de las categorías establecidas en el estudio. Se procedió al diseño de un Programa siguiendo los estándares de la práctica de enfermería gerontológica propuestos por OPS, 10 patrones que se preseleccionaron de los patrones funcionales de Marjori Gordon, y la inclusión de otras variables fundamentales de la investigación.

El Programa Integral comprende la atención integral para el AM con DM2 e HTA institucionalizado, considerando las actividades de fisioterapia, apoyo psicosocial, dietas nutricionales pertinentes según la individualidad y los lineamientos de acondicionamiento físico.

El programa se basa en las características sociodemográficas de la población de Adultos Mayores institucionalizados, los factores que facilitan la adaptación al centro o al hogar geriátrico, la identificación de factores que dificultan su adaptación, el perfil médico y psicosocial que arrojen los instrumentos de evaluación de cada Adulto Mayor con Diagnóstico de HTA y DM.

Objetivos del programa

- Lograr un proceso exitoso de vinculación y adaptación del AM frente al proceso de institucionalización
- Implementar un servicio de cuidado y atención integral a cada AM con criterios de calidad.
- Mantener altos niveles de motivación y percepción de cada AM frente al servicio de cuidado integral que se le ofrece en la institución.

Para el logro de los objetivos se determinaron unas dimensiones estratégicas, que van desde un marco general hacia campos específicos de intervención, como se describe brevemente a continuación:

Dimensión Institucional. Referente a la infraestructura del centro geriátrico, comprende los procesos de planeación e implementación: vinculación, inducción, motivación, adaptación al proceso de institucionalización, el registro de autoreportes de los AM, monitoreo, referencias y contrareferencias.

Asimismo, se establece un proceso de medición y evaluación de cada AM a través de los registros, la auditoría Interna y el mejoramiento continuo.

Dimensión Espiritual.

Respetando la religiosidad individual, las creencias y convicciones, y los cultos practicados por cada AM, se ofrecerán espacios y actividades para practicar actividades que faciliten la espiritualidad, como una estrategia permanente para promover el bienestar.

Dimensión Psicosocial

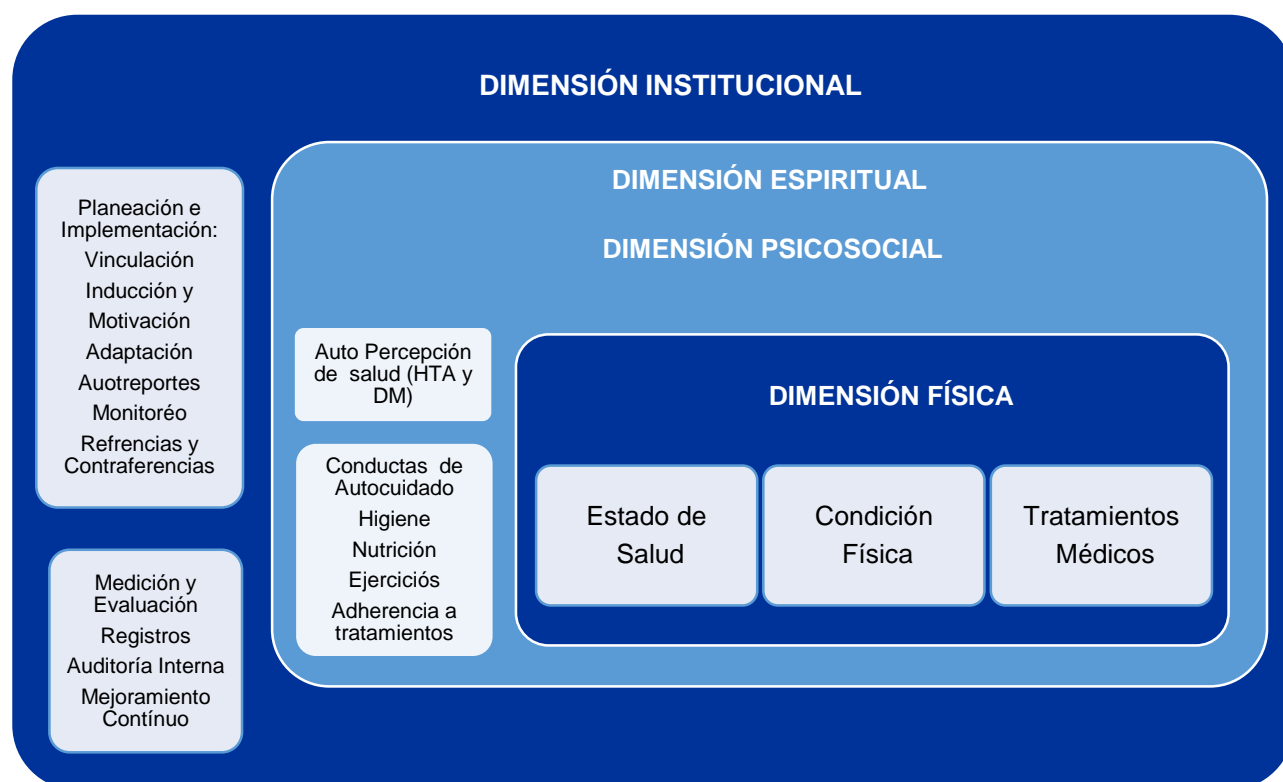
En esta dimensión se registrará de manera frecuente la autopercepción de salud de cada AM frente a sus diagnósticos de HTA o DM, como de otras enfermedades o condiciones especiales de salud, así como también el registro de conductas de autocuidado, higiene, nutrición, práctica de ejercicio y la adherencia a los diferentes tratamientos recibidos.

Dimensión Física

Se realizará el debido entrenamiento, registró y monitoreo del estado de salud, la condición física y los tratamientos médicos aplicados a cada AM.

Ver el Esquema del Programa Preliminar que se expone a continuación:

ESQUEMA DE LA PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE CUIDADO INTEGRAL DE ENFERMERÍA PARA AM INSTITUCIONALIZADOS CON HTA Y DM.



Fuente: Elaboración del Autor.

Los lineamientos y parámetros que rigen el Programa serán los siguientes:**1. Acciones dirigidas al registro de la información**

- Registro de información sobre el estado de salud del adulto, como el: estado físico, familiar, psicológico y social de cada AM, sus patrones de adaptación; estilo de vida anterior; ejecución de actividades de la vida cotidiana; percepción y grado de satisfacción con su estado de salud actual; recursos humanos y materiales disponibles; y cambios fisiológicos esperados por el envejecimiento o problemas de salud física. (valoración por patrones)

2. Diseño e implementación del Plan de cuidados de enfermería basados en principios científicos, tratamientos individualizados y consistentes con el plan de acción en conjunto con los equipos inter y multidisciplinarios.

- Sistematización en el registro y control de signos vitales.
- Planeación personalizada de comidas y dietas según casos específicos de estado de salud, condición física y enfermedades del AM.
- Protocolo de movilización y cambio de posición de los institucionalizados.
- Planeación y seguimiento de prescripción y administración de medicamentos.
- Sistematización de la información y control en la atención para casos crónicos y complejos de los adultos mayores.
- Planeación, registro y dotación de recursos tecnológicos, equipos médicos y demás instrumentos para la prestación de un excelente servicio.

3. Capacitación y retroalimentación permanente en los equipos interdisciplinarios y multidisciplinarios de profesionales y todo el personal directa e indirectamente responsable en la prestación de los servicios de cuidado. (Enfermería, Medicina General y especialidades médicas cuando se requiera, Fisioterapia, Psicología, Terapia Ocupacional, Trabajo Social, Cultura Física, y otros profesionales de ser necesario).

- Evaluación y mejoramiento continuo en la gestión hospitalaria

- Diseño e implementación de servicios gerontológicos especializados según casos individuales de los institucionalizados
- Fortalecimiento de conductas de Autocuidado en los AM institucionalizados y reducción del exceso dependencia médica para AM con mayores niveles de autonomía en Autocuidado.
- Digitalización, actualización y monitoreo permanente de las historias clínicas de los institucionalizados para una comunicación interinstitucional eficaz y mayor eficiencia en los servicios implementados.
- Registro y Evaluación permanente de las percepciones y sugerencias de los adultos mayores frente a su proceso de institucionalización y los servicios gerontológicos recibidos.
- Gestión institucional de Calidad para la creación de un entorno que satisfaga las necesidades básicas de nutrición, salud, desarrollo físico, psíquico, psicomotor, emocional y afectivo;
- Diseño e implementación de programas y subprogramas de recreación, cultura física y desarrollo de deportes, que permita la consolidación de hábitos saludables y de actividad física.
- Fortalecimiento de la comunicación entre el AM institucionalizado y sus familiares como condición fundamental para las necesidades psicoafectivas.
- Planeación e implementación de un Sistema de suministro y aplicación de medicamentos siguiendo las recomendaciones médicas prescritas;
- Diseño y adecuación de Infraestructura óptima para el desplazamiento fácil y seguro de los adultos mayores y en particular la movilización de los que se encuentran en condición de dependencia.
- Diseño e implementación de un plan de atención de emergencias médicas fundamentado en la normatividad nacional Vigente.
- Registro y monitoreo permanente de los siguientes parámetros físicos, biológicos y psicosociales:
 - Piel, Uñas y Pelo
 - Sistema Respiratorio
 - Sistema Cardiovascular

- Sistema Gastrointestinal
- Sistema Urinario
- Sistema Inmune
- Sistema Músculo-Esquelético
- Sistema Nervioso
- Disminución Perceptivo - Sensorial
- Cambios en la visión
- Cambios auditivos
- Cambios del gusto y olfato
- Consumo de fármacos
- Factores psicológicos