

**Caracterización social, demográfica y de salud del adulto mayor de los
Centros Vida de Villavicencio-Meta**

Jhon Edison Correa Rodríguez

Código: 130003406

Angie Tatiana Romero González

Código: 130003530

Universidad de los llanos

Facultad Ciencias de la Salud

Programa de Enfermería

Villavicencio

2017

**Caracterización social, demográfica y de salud del adulto mayor de los
Centros Vida de Villavicencio-Meta**

Jhon Edison Correa Rodríguez

Código: 130003406

Angie Tatiana Romero González

Código: 130003530

**Dirigido al comité de Centro de Investigaciones como opción para optar el
título profesional**

Emilce Salamanca Ramos

Enfermera, Magíster en Enfermería

Universidad de los llanos

Facultad Ciencias de la Salud

Programa de Enfermería

Villavicencio

2017

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	11
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1 Descripción del problema	12
1.2 Formulación del problema	14
2. JUSTIFICACIÓN	15
3. OBJETIVOS	17
3.1 OBJETIVOS DEL MACROPROYECTO.	17
3.1.1 Objetivo general	17
3.1.2 Objetivos específicos	17
3.2 OBJETIVOS ESTUDIANTES	17
3.2.1 Objetivo General	17
3.2.2. Objetivos Específicos	17
4. MARCO REFERENCIAL	18
4.1 MARCO TEÓRICO.	18
4.1.1. Envejecimiento	18
4.1.2. Adulto mayor	19
4.1.3. Determinantes sociales en los adultos mayores	21
4.1.4. Familias del adulto mayor	22
4.1.4. Promoción de la salud del adulto en el adulto mayor	22
4.2 MARCO INVESTIGATIVO	23
4.2.1. Componente social, demográficos y de salud	23

4.2.2. El envejecimiento	24
4.2.3. Familia del adulto mayor (entorno familiar) dinámicas familiares.	26
4.2.4. La Salud en el envejecimiento.	27
4.2.5. Ambiente físico-social en gerontología	29
4.3 MARCO CONCEPTUAL	30
4.3.1. Envejecimiento	30
4.3.2. Envejecimiento activo	30
4.3.3. Tercera edad	30
4.3.4. Vejez	31
4.3.5. Centro Vida	31
4.3.6. Familia	31
4.3.7. Geriatría	31
4.3.8. Gerontología	32
4.3.9. Ciclo de vida	32
4.3.10. Estilo de vida saludable	32
4.4 MARCO LEGAL	32
4.4.1. Constitución política de Colombia de 1991	32
4.4.2. Ley 271 de 1996	33
4.4.3. Ley 1151 de 2007 Plan Nacional de Desarrollo	33
4.4.4. Ley 1251 de 2008	33
4.4.5. Ley 1276 de 2009	33
4.4.6. Ley 1850 de 2017	33
4.4.7. Política colombiana de envejecimiento humano y vejez, 2014-2024	34
4.4.8. Acuerdo N° 278 de 2015	34

5. MARCO METODOLÓGICO	35
5.1. ÁREA DE ESTUDIO.	35
5.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.	35
5.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.	35
5.3.1 La población	35
5.3.2 La muestra	36
5.4. INSTRUMENTOS.	36
5.4.1 Enfoque cuantitativo	36
5.4.2 Enfoque cualitativo	37
5.5. UNIDAD DE OBSERVACIÓN Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN.	37
5.6. PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS.	37
5.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.	38
6. ANÁLISIS DE RESULTADOS	40
6.1. Caracterización social y demográfica.	40
6.2. Condiciones de salud del Adulto Mayor.	48
6.2.1 Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.	48
6.2.2 Detección del riesgo de caída.	49
6.2.3 Nivel cognitivo y estado afectivo.	50
6.2.4 Percepción del estado de salud.	51
6.3. Percepción del entorno familiar del adulto mayor	53
6.3.1 Necesidades especiales del adulto mayor	53
6.3.2 Entorno familiar	56
6.3.3 Proceso de envejecimiento	61
7. DISCUSIÓN	68

7.1 Caracterización social y demográfica de adultos.	68
7.2. Condiciones de salud del adulto mayor.	69
7.2.1 Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.	69
7.2.2 Detección del riesgo de caída.	69
7.2.3 Nivel cognitivo y estado afectivo.	70
7.2.4 Percepción del estado de salud.	71
7.3. Percepción del entorno familiar del adulto mayor.	72
7.3.1 Necesidades especiales del adulto mayor	72
7.3.2 Entorno familiar	72
7.3.3 Proceso de envejecimiento	74
8. CONCLUSIONES	75
9. RECOMENDACIONES	76
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
11. ANEXOS	94

LISTA DE FIGURAS

Pág.

<i>Figura 1. Estado civil adultos mayores de Villavicencio. 2017</i>	40
<i>Figura 2. Tenencia de vivienda de los adultos mayores de Villavicencio. 2017</i> ...	41
<i>Figura 3. Estrato socioeconómico de las viviendas en donde habitan los adultos mayores de Villavicencio. 2017</i>	42
<i>Figura 4. Último nivel de estudios cursado por los adultos mayores de Villavicencio. 2017</i>	42
<i>Figura 5. Proveniencia de los ingresos económicos de los adultos mayores de Villavicencio. 2017</i>	43
<i>Figura 6. Ingresos económicos familiares mensuales de los adultos mayores de Villavicencio. 2017</i>	44
<i>Figura 7. Conformación de las familias de los adultos mayores de Villavicencio. 2017</i>	45
<i>Figura 8. Personas con las que viven los adultos mayores de Villavicencio. 2017</i>	45
<i>Figura 9. Ciclo vital en el que se encuentra la familia que acoge al adulto mayor de Villavicencio. 2017</i>	46
<i>Figura 10. Calidad de la relación con la familia de los adultos mayores de los Centros Vida de Villavicencio. 2017</i>	46
<i>Figura 11. Clasificación IMC (Kg/m²) adultos mayores Centros Vida de Villavicencio. 2017</i>	47
<i>Figura 12. Clasificación IMC (Kg/m²) rodilla talón adultos mayores Centros Vida de Villavicencio. 2017</i>	48
<i>Figura 13. Valoración actividades básicas de la vida diaria Barthel adultos mayores Centros Vida de Villavicencio. 2017</i>	48
<i>Figura 14. Valoración actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody adultos mayores Centros Vida de Villavicencio. 2017</i>	49

<i>Figura 15. Valoración escala de Tinneti adultos mayores Centros Vida de Villavicencio. 2017</i>	49
<i>Figura 16. Valoración Mini Examen Cognoscitivo (MEN) adultos mayores Centros Vida de Villavicencio. 2017</i>	50
<i>Figura 17. Escala de depresión geriátrica de Yesavage adultos mayores Centros Vida de Villavicencio. 2017</i>	51
<i>Figura 18. Índice de comorbilidad de Charlson adultos mayores Centros Vida de Villavicencio. 2017</i>	51
<i>Figura 19. Autopercepción de salud adultos mayores Centros Vida de Villavicencio. 2017</i>	52
<i>Figura 20. Autopercepción de salud adultos mayores Centros Vida de Villavicencio. 2017</i>	52

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Instrumento de caracterización	94
Anexo 2. Instrumento de Barthel	98
Anexo 3. Escala de Lawton Y Brody	101
Anexo 4. Escala de Tinetti	104
Anexo 5. Examen cognitivo mini mental	107
Anexo 6. Test de Yesavage	110
Anexo 7. Índice de Charlson, versión resumida	112
Anexo 8. Entrevista semiestructurada	113
Anexo 9. Consentimiento informado	116

Nota de aceptación: .

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Villavicencio, 27 de noviembre del 2018

INTRODUCCIÓN

El presente informe final encontrará los resultados de la investigación titulada Características social, demográficas y de salud de la población adulto mayor en los Centros Vida de la ciudad de Villavicencio - Meta. Esto surge por la preocupación que existe a nivel mundial dado que ha venido en aumento la esperanza de vida y la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad.

El proyecto se realizó a través de la investigación descriptiva con variables cuantitativas y cualitativas. Se aplicaron algunos instrumentos planteados en la guías del ministerio de protección social de Colombia y el libro Salud del anciano como lo fueron el instrumento Barthel, la Escala de Lawton y Brody, la sub escala de Tinetti, el examen cognoscitivo MINI-MENTAL, el test de Yesavage, el índice de Charlson. La población y muestra objeto de estudio fueron los adultos mayores que pertenecen a los Centros Vida de la ciudad de Villavicencio. Para el análisis de resultados se utilizó el programa SPSS® (Statistical Product and Service Solutions) versión 20 y las herramientas que ofrece Excel y el Word.

En el municipio de Villavicencio el tema sobre el adulto mayor es algo nuevo y bastante importante debido a que existe poca evidencia científica, lo que contribuirá esta investigación a generar conocimiento en temas del Adulto Mayor y las Familias, que serán de utilidad para los entes territoriales, los programas de primer nivel y la academia en la formación de profesionales altamente sensibles y con conocimiento científico en temas como el envejecimiento y el manejo del adulto mayor. Además de creación de planes de trabajo con enfoques en las dinámicas y sus características sociales, demográficas y de salud que promuevan una buena calidad de vida en adultos mayores y el fomento de un envejecimiento activo.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

En los últimos decenios la esperanza de vida ha mejorado mucho en el mundo (1). La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados. Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo (2). Actualmente, por primera vez en la historia, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Hoy en día, hay 125 millones de personas con 80 años o más. Para 2050, habrá un número casi igual de personas en este grupo de edad (120 millones) solamente en China, y 434 millones de personas en todo el mundo. Para 2050, un 80% de todas las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos (3).

Latinoamérica y el Caribe están presentando un "fenómeno de envejecimiento" que tendrá un gran impacto en el perfil de salud de la región (4). En todos los países de América Latina y el Caribe la proporción y el número absoluto de personas de 60 años y más se incrementa sostenidamente en los próximos decenios. Se trata del segmento poblacional que crece más rápidamente y a un ímpetu mayor que la población de edades más jóvenes (5). América Latina y el Caribe han entrado en la segunda fase de transición demográfica, caracterizada por el descenso vertiginoso de las tasa de natalidad hasta equiparar valores reducidos junto con la mortalidad; como consecuencia los países de la región están experimentando cambios en las estructuras poblacionales por edad evidenciándose principalmente una reducción en la población infantil y un aumento en la población de personas mayores. Se proyecta que la población entre 0 y 14 años se reduzca en un 22%, la población entre 15 y 59 años aumente en un 4% y

la población mayor de 60 años crezca en un 18% (6).

A 2016 Colombia cuenta con 48.747.708 habitantes y es un 12,01% (5.859.116 habitantes) más poblado que en 2005; el 49,37% (24.069.035) de la población son hombres y el restante 50,63% (24.678.673), mujeres. El proceso de envejecimiento por el que atraviesa el país donde los índices de infancia y juventud han tendido al descenso y los de vejez y envejecimiento son cada vez más altos. La población mayor de 65 años representa el 7,68% de toda la población mostrando incremento en 1,42 puntos porcentuales con respecto a 2005 y se proyecta que para 2020 la proporción continúe aumentando hasta llegar a un 8,50% (6).

La Región Amazonía-Orinoquía es la menos habitada del país, con una densidad poblacional de 595.298 para el año 2012 muestra un incremento del 7,96% con respecto al año 2005; cuenta con una esperanza de vida en mujeres de 77.51 años y en hombres de 70.67 años para un total 74 años, esta ha aumentado significativamente en las últimas décadas e igual la mujer logra una diferencia debido al efecto de la Violencia que afecta más al género masculino. El 51,09% está compuesto por hombres y el restante 48,91% por mujeres, es decir que por cada 100 mujeres hay 106,31 hombres. Entre el año 2005 y 2012 se evidencia un descenso en el índice de infancia y un incremento en el de juventud, vejez y envejecimiento; por lo tanto, los índices de dependencia demográfica e infantil han decrecido, mientras que el de dependencia en mayores se ha incrementado. Este comportamiento se mantendrá para el año 2020 (7) (8).

Actualmente el Meta cuenta con un total de 924.821 habitantes, Villavicencio representa el 49,9% del total de la población del departamento (463.121 personas). Para el Departamento del Meta en el quinquenio 2010-2015, la esperanza de vida en los hombres es de 67,8 años, para las mujeres es de 76,4 años. En general se observa que del año 1985 al 2020 hay un aumento en la esperanza de vida tanto de hombres como mujeres de 7,8 años, un 1,5 por debajo

del nivel nacional. La pirámide poblacional de Villavicencio es regresiva e ilustra el descenso de la fecundidad y natalidad con un estrechamiento en su base para el año 2013 comparado con el año 2005. Los grupos de edad con mayor grupo poblacional son los intermedios y a medida que avanza, se evidencia el estrechamiento que representa a la población adulta-mayor, además del descenso en la mortalidad. Se proyecta que para el año 2020 la pirámide poblacional se siga estrechando en su base y aumente la población en edades más avanzadas. En el año 2013 por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años hay 20,7 personas mayores de 65 años (9).

Actualmente en Villavicencio en pro de mejorar la situación de vulnerabilidad por la que se encuentra atravesando las personas de la tercera edad se da inicio al programa llamado Centro Vida donde cuentan con un total de 1.200 adultos mayores que son atendidos y reciben apoyo integral por parte del Gobierno 'Unidos Podemos' (10).

Con lo anteriormente dicho se evidencia la necesidad de investigar la población adulto mayor en el municipio de Villavicencio. Actualmente son mínimas las investigaciones en este campo, siendo fundamental la presente investigación donde el aporte científico fortalecerá el nivel social, económico, político y de salud de esta población. El proyecto hace parte del macroproyecto de investigación titulado CARACTERIZACIÓN SOCIAL DEMOGRÁFICA Y DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DE CUATRO MUNICIPIOS DEL PIEDEMONTE LLANERO.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son las características sociales, demográficas y de salud de los adultos mayores de los Centros Vida de la ciudad de Villavicencio?

2. JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial ha venido en aumento la esperanza de vida y la disminución de la tasa de fecundidad además de que la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad. Con la siguiente investigación se dará a conocer las condiciones de salud de la población adulto mayor, su condición demográfica y social. En el municipio de Villavicencio el tema sobre el adulto mayor es algo nuevo y bastante importante debido a que existe poca evidencia científica además de que este grupo etario va en crecimiento constituyendo un reto así para las organizaciones gubernamentales y la sociedad, que debe adaptarse para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad. Por tal motivo contribuirá en el conocimiento de los aspectos significativos que se presentan en este ciclo vital para lograr mejorar su calidad de vida, dinámica familiar y apoyo social. Para que los entes territoriales, fortalezcan los programas de salud orientados a los adultos mayores y las políticas públicas del municipio.

Es pertinente realizarlo ya que se originarán un producto que la Universidad de los Llanos puede utilizar en el ámbito académico para los diferentes programas que oferta ayudando así a sensibilizar al futuro profesional para conocer la realidad de esta población. Para la Facultad Ciencias de la Salud a través de sus programas de pregrado y posgrado se desarrollaran nuevos enfoques del plan de estudios de las dinámicas familiares y sus características sociales, demográficas y de salud en esta población e identificar problemas y así realizar intervenciones que promuevan una buena calidad de vida en adultos mayores y el fomento de un envejecimiento activo.

A los investigadores aporta de manera significativa en la adquisición de generar conocimientos los cuales retroalimentan a futuro las acciones a realizar como profesionales en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud. De tal manera que responda a las necesidad del contexto y se prepare para situaciones como un cambio demográfico significantes en las comunidades. Para los entes territoriales, a fortalecer los programas de salud orientados a los adultos mayores en la región y las políticas públicas del municipio y del departamento.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS DEL MACROPROYECTO.

3.1.1 Objetivo general

Caracterizar las condiciones sociales, demográficas y de salud de los adultos mayores de los Centros Vida de los cuatro municipios del piedemonte del departamento del Meta.

3.1.2 Objetivos específicos

- Describir las características sociales y demográficas de la población mayor de 60 años de los centros vida de los municipios seleccionados.
- Establecer la percepción y condiciones de salud y entorno familiar de la población de adulta mayor de los Centros vida de los municipios seleccionados.

3.2 OBJETIVOS ESTUDIANTES

3.2.1 Objetivo General

Caracterizar la condiciones sociodemográficas y de salud de los adultos mayores en los Centros Vida de la ciudad de Villavicencio - Meta

3.2.2. Objetivos Específicos

- Identificar las características sociales y demográficas de la población mayor de 60 años de los centros vida de la ciudad de la ciudad de Villavicencio.
- Determinar la condición de salud de los adultos mayores de los centro Vida de la ciudad de Villavicencio.
- Describir el entorno familiar de la población adulta mayor de los centros vida de la ciudad de Villavicencio

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 MARCO TEÓRICO.

4.1.1. Envejecimiento

Según la teoría biológica de Aristóteles desde el siglo XIX se crea una visión del envejecimiento en la que se plantea una desorganización cognitiva. Por tal motivo una vez que se alcanza la madurez viene en forma progresiva el deterioro cognoscitivo; Estas teorías del envejecimiento se dividen en teorías biológicas, psicológicas y sociológicas (11).

La teoría biológica se divide en programadas que son las que sostienen que el envejecimiento sigue un horario biológico y representa la continuación del ciclo de crecimiento y desarrollo; siendo esta una fase del ciclo vital que no siempre está propenso a la dependencia, hay quienes afrontan la vejez de modo preventivo con hábitos de autocuidado. Y de error que enfatizan las agresiones ambientales del sistema humano y la permanente necesidad del organismo de producir energía a través de las funciones metabólicas generan productos tóxicos que ponen en peligro la función normal del cuerpo y la reparación celular (11).

Según Erik Erickson considera la ancianidad como la etapa de la integración versus la desesperación. La integridad es vista aquí como la disposición a defender la dignidad del propio estilo de vida contra la amenaza física y económica. Alcanzar la integridad consiste en haber logrado un especial estado de espíritu cuyo componente especial es la auto-aceptación (12).

El envejecimiento activo es una estrategia de promoción de la salud en 1999 por la asamblea mundial el cual hace referencia al proceso de optimización de las oportunidades de salud, Participación (social, económica, cultural, espiritual cívica) y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen (13).

La OMS definió el envejecimiento activo como el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. En las políticas de «envejecimiento activo», se trata de potenciar las capacidades de la persona cuando envejece, de llevar una vida productiva en la sociedad y en la economía. El término activo se refiere a la participación en asuntos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos y no solos a estar activos física o económicamente.

El envejecimiento activo es aplicable tanto a los individuos como a los grupos de población permite a las personas hacer que el potencial bienestar físico social y mental se desarrolle plenamente a lo largo del curso vital y participar en la sociedad de acuerdo a sus necesidades deseos y posibilidades a la vez que se les proporciona la protección adecuada seguridad y cuidados en el momento que requieran asistencia (14).

La OPS comprende tres pilares principales del envejecimiento activo los cuales son Participación salud y seguridad los cuales ayudan al proceso de optimización de las oportunidades y a mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen contribuyendo así a mejorar los determinantes (15).

4.1.2. Adulto mayor

En el adulto mayor se produce una serie de cambios que afectan tanto al aspecto biológico como al psicológico, además, se produce una transformación en el papel social que este ha desarrollado (16).

El deterioro en la capacidad de los órganos de los sentidos es uno de los principales cambios en el adulto mayor. La persona notará cambios en la vista, oído, tacto y demás sentidos, que disminuirán la sutileza de cada uno de ellos. Los ojos, darán una visión más incompleta o presbicia; el oído perderá la posibilidad de captar los sonidos más sutiles o presbiacusia y así en igual medida para el

resto de órganos, cada uno de ellos acompañado de sus propios síntomas seniles y sus propios defectos (17).

La palabra cognición incluye en su seno a todo el abanico de facultades intelectuales humanas clasificadas desde distintas perspectivas y denominaciones: percepciones, memoria, raciocinio, toma de decisiones, resolución de problemas, cálculo, integración de conocimientos complejos, etc. (18).

Si evaluamos las capacidades cognitivas por lo que podemos encontrar:

1) Procesado de la información. Existe un enlentecimiento en general que puede ocasionar un enlentecimiento también en la emisión de respuestas (18).

2) Inteligencia. Se mantiene estable durante la etapa de la vejez aunque suele aparecer un enlentecimiento y un aumento del tiempo de respuesta frente a un problema (18).

3) Memoria. La memoria reciente la que empieza a mostrar déficits, con dificultad de la persona para recordar hechos muy recientes (18).

4) Lenguaje. La capacidad de lenguaje se mantiene. La forma (sintaxis) no se altera y el proceso comunicativo se mantiene razonablemente bien, aunque puede estar enlentecido (18).

5) Afectividad emocional. La vejez está marcada por las pérdidas (familiares, laborales, sociales, físicas, etc.). La afectividad depende de la personalidad del propio individuo y de su capacidad para enfrentarse a los cambios y pérdidas (18).

Los cambios sociológicos afectan a toda el área social de la persona: su entorno cercano, su familia, su comunidad y la sociedad en general. Hay cambios en el rol individual en una familia, empieza a presentar un estilo de vida

más sosegado, menos ajetreado en lo social, basado principalmente en ampararse bajo el cariño y el afecto de sus seres queridos (17), (18).

4.1.3. Determinantes sociales en los adultos mayores

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (19).

Los cambios del adulto mayor son inherentes a todo ser humano, pero a su vez son el resultado de contextos multidimensionales como la situación económica, estilos de vida, satisfacciones personales y entornos sociales que influyen de forma directa en el proceso de envejecer; además de estar determinados biológicamente, están determinados social, política y culturalmente. Estas personas cuentan con menor apoyo familiar en cuidados y compañía debido a cambios en la estructura familiar, condiciones de pobreza y desigualdad (20), (21). El envejecimiento Activo comprende unos determinantes de salud lo cuales son Determinantes (sociales, económicos, entorno físico, sanidad y servicios sociales, conductuales, culturales y personales) (23).

La parte de seguridad social y económica en donde la vejez es una etapa de la vida caracterizada por la disminución de actividades en gran medida laborales, implica también una disminución de los ingresos. En los países en desarrollo sólo una minoría de los ancianos cuenta con los beneficios de un sistema de jubilación. La inseguridad económica es un problema que afecta a todos los ancianos, pero particularmente a aquellos que desarrollaron actividades laborales en el sector informal y que no cotizaron para recibir una jubilación o una pensión en la vejez (21).

La salud en la vejez es un proceso acumulativo que dependerá también, en gran medida, de los estilos de vida y comportamiento que se adoptaron a lo largo de la

existencia. La trayectoria de vida de los hombres y las mujeres los colocan con una marcada diferencia en la salud en edades de la vejez. Así, la carga de la enfermedad en la vejez refleja grandes divergencias por sexo, que van de acuerdo con la acumulación de riesgos asociados a los papeles sociales desempeñados a lo largo de la vida (21).

4.1.4. Familias del adulto mayor

El apoyo familiar es fundamental para solventar las necesidades básicas para la subsistencia como la vivienda, alimentación medicamentos entre otros y además, la convivencia con otros grupos generacionales se convierte en apoyo para realizar las labores cotidianas, a más de, colaborar con algunas actividades de la vida diaria de los hogares y el cuidado de los niños lo cual se convierte en acciones gratificantes por el sentido de apoyo y sentimiento de ser “útil” a la familia (22). En un estudio realizado en la ciudad de Mar del Plata, se constató que los adultos mayores consideraban que el disponer de buenas relaciones familiares y sociales era un aspecto de gran relevancia para la calidad de vida en la vejez. En este sentido, el 85% lo incluyó como uno de los factores determinantes, y 43% lo ubicó entre los primeros tres lugares (23).

Existe una falsa idea, a saber, que es la gente mayor la que recibe el cuidado de la familia. Ello es parcialmente cierto y ocurre, sobre todo, en las personas mayores con serios problemas de salud. Sin embargo, son las personas mayores las que, en mayor proporción, las que son cuidadoras de los otros miembros de la familia. En un estudio reciente se pone de relieve que el 20% de las mujeres y el 13% de los hombres mayores cuidan a otros adultos y que el 40%, tanto de hombres como de mujeres mayores cuidan a niños a sus nietos (24).

4.1.4. Promoción de la salud del adulto en el adulto mayor

Es una obligación moral del estado como de toda la sociedad mejorar y promover mejores condiciones y calidad de vida para los adultos mayores. Una estrategia es la promoción de la salud a través de información, sensibilización, la comunicación

y la educación. El programa de desarrollo integral del adulto mayor tiene como objetivo mejorar la calidad de vida (considerando el concepto ideográfico y nomotético) de las personas adultos mayores en los espacios donde ellos viven, construir comunidades saludables, construcción de entornos físicos y sociales saludables, participación comunitaria y social articulada para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar y la participación activa de las personas mayores en el desarrollo de la promoción y el mantenimiento de la salud y bienestar en todas las edades (25).

Por medio del modelo de promoción y prevención de Nola J Pender vamos a caracterizar los comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orientar hacia las conductas saludables; para así identificar en el individuo los factores cognitivos y perceptuales que han sido modificados por la edad, las características situacionales personales e interpersonales (26).

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables (26).

4.2 MARCO INVESTIGATIVO

4.2.1. Componente social, demográficos y de salud

La proporción de personas mayores será cada vez mayor en Colombia, las barreras de acceso a los servicios de salud fue la dimensión más inequitativa. Dos patrones de desigualdad fueron identificados: una exclusión marginal en el 60% de los adultos mayores con más ventajas y oportunidades; y un patrón de gradiente lineal presente sólo en la incidencia de pobreza. El quintil 3 fue el grupo de departamentos más afectado por la inequidad a los largo de las dimensiones evaluadas. Versión aceptada y revisada por pares; la definitiva tendrá cambios en corrección, formato y estilo

Discusión: Este estudio aporta evidencia sobre

patrones de desigualdad en la mortalidad del adulto mayor. A nivel de tendencias, sólo fue posible conocer que la brecha ha empeorado en incidencia de pobreza. Lo que recomiendan centrarse en cinco áreas de acción para lograr un contexto deseable para el abordaje del envejecimiento poblacional y la reducción de las desigualdades como desafíos del sistema de salud y de protección social, y que pueden socavar la realización progresiva de la cobertura universal en salud y el logro de los objetivos de desarrollo sostenible para 2030 (27).

De igual manera al analizar los factores sociodemográficos y servicios de salud asociados a la percepción del estado de salud en adultos mayores, se reportó que los adultos mayores tenían en promedio 68 años de edad, con escolaridad primaria, predominó el sexo femenino, afiliados al régimen subsidiado y reciben apoyo de las familias. A menos edad es mejor la percepción de su salud y son las mujeres, las que conviven en unión libre y quienes no tienen escolaridad, quienes tienen una percepción negativa de su estado de salud. En cuanto a los servicios en salud, sufrir dos, cuatro o más enfermedades, no recibir tratamiento y consultar con psicología entre dos y cuatro meses, perciben un mal estado de su salud (28).

Sin embargo en otro estudio sus consecuencias unidas a características socio-demográficas pueden afectar la calidad de vida. La aparición del concepto calidad de vida y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo, es relativamente reciente. La idea comienza a generalizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en diferentes ámbitos, como son: salud, salud mental, educación, economía, política y el mundo de los servicios en general. Conocer los aspectos relacionados con la calidad de vida del adulto mayor y su relación con el envejecimiento, nos motivó a la realización de este trabajo (29).

4.2.2. El envejecimiento

Este es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. A pesar de ser un fenómeno natural conocido por

todos, es difícil aceptarlo como una realidad innata a todo ser. El hecho de analizar el concepto de envejecimiento a través de la metodología propuesta por Walker y Avant, estrategia a través de la cual se examinan las características que definen un concepto y sus atributos: proceso irreversible, único, individual, universal de cambio que involucra todas las dimensiones del ser humano, disminuye la velocidad de los procesos del cuerpo, entre otros. El conocimiento de este fenómeno permitirá profundizar en el entendimiento del concepto así como proponer estrategias de intervención, y guiar la práctica de cuidado en el envejecimiento (30).

El envejecimiento poblacional plantea importantes desafíos: sanitarios, económicos, laborales, una longevidad con más salud y mejor calidad de vida resultan el objetivo primordial a lograr. Objetivo: exponer las determinantes y contribuciones sobre envejecimiento activo implementadas en el área internacional. Conclusiones: se precisa un desarrollo en políticas de coordinación institucionales para la protección de la dependencia; que promuevan: la autonomía, la participación y el derecho de los mayores a un envejecimiento activo. Para promover el envejecimiento activo es ineludible la implicación de los sujetos, las políticas sociales y de la sociedad en su conjunto (30).

Así mismo el creciente envejecimiento poblacional, plantea el desafío de identificar los factores que propician un envejecimiento satisfactorio. La Autoeficacia entendida como los juicios que cada individuo tiene sobre sus capacidades, constituye un aspecto positivo para la comprensión del proceso del envejecimiento saludable y competente. El objetivo del presente trabajo es identificar diferencias entre hombres y mujeres respecto a las creencias de eficacia para envejecer. Para tal fin, se aplicó la Escala de Autoeficacia para Envejecer (EAEE) a una muestra de 120 personas de ambos sexos de entre 44 y 86 años, residentes en la ciudad de Mar del Plata. Los resultados muestran que las mujeres poseen creencias más favorables que los hombres sobre sus capacidades para afrontar los cambios

propios del envejecimiento. Los resultados efectúan aportes para la comprensión de los diferentes modos de envejecer según su género, así como el diseño para dispositivos de intervención acordes a diversas necesidades (31).

4.2.3. Familia del adulto mayor (entorno familiar) dinámicas familiares.

En un contexto de envejecimiento reciente y en vía de aceleramiento en los países de América Latina, los estudios relativos a las prácticas cotidianas de las personas mayores se hacen indispensables para aprehender las nuevas necesidades en términos de políticas sociales y ordenación del territorio que atenderán a esta población cada vez más numerosa. Este artículo propone una introducción sobre el análisis de las prácticas cotidianas de los adultos mayores que traducen las movilidades cotidianas y residenciales y de la influencia que éstas tienen bajo el conjunto familiar. Queremos, a través de este enfoque, destacar las diferencias o incluso las desigualdades que emanan de las prácticas cotidianas de los individuos que componen la población estudiada en un contexto urbano. El proceso de envejecimiento supone una pérdida de autonomía progresiva y formas de dependencias que tienen que ser observadas para comprender las prácticas diferenciadas entre individuos. El papel de la familia, principalmente en los países de América Latina, es fundamental para comprender las diferentes estrategias residenciales y cotidianas que serán adoptadas, de manera constreñida o voluntaria, por los adultos mayores (32).

Así mismo se realizó una investigación con una muestra de 120 adultos mayores, 98 mujeres y 22 hombres, de 65 a 89 años, se comparó el estado de salud mental (incluida la depresión) y el funcionamiento familiar entre mujeres y hombres. Los instrumentos aplicados fueron: Cuestionario demográfico, Inventario de depresión beck, scl-90-r y Escala de Clima Social en la familia. Los resultados referentes a la salud mental y la depresión indican que las mujeres presentan mayor número de síntomas que los hombres. En cuanto al funcionamiento familiar ambos sexos se encuentran en un nivel medio indicando que la familia cubre funciones asignadas.

Se discute sobre la relevancia de prevenir los problemas de salud mental y brindar orientación a la familia (33).

Por otro lado las redes de apoyo social y familiar con que cuenta el adulto mayor del área urbana del Municipio de Angelópolis, Antioquia durante el año 2011 donde se realizó un estudio descriptivo transversal, que determinó a través de la experiencia de la población, el apoyo social recibido por los 239 adultos mayores del área urbana del Municipio de Angelópolis, Antioquia. Los datos se obtuvieron por medio de fuentes primarias y se realizó análisis univariado y bivariado de la información. Resultados Los adultos encuestados fueron en su mayoría mujeres (59,8 %), con edad entre 60-74 años (66,9 %). El estado civil con mayor porcentaje fue casado (47,3 %) aunque en las mujeres el estado civil viuda tuvo mayor proporción (40,6 %). El 69,5 % tenían nivel de educación primaria y un 16,7 % sin ningún nivel educativo; El 60,3 % estaban afiliados al régimen subsidiado. El apoyo recibido por la familia y los amigos fue valorado como satisfactorio, se encontró una relación estadísticamente significativa entre el sexo y la no realización de actividades diferentes a las cotidianas (valor de $p=0,004$). El estudio mostró que la soledad es un aspecto que lleva a los adultos mayores a sentirse desamparados y vulnerables. A pesar de encontrarse satisfechos por el apoyo de la familia, algunos manifiestan, en especial las mujeres, sentirse maltratados. Los anteriores aspectos junto con la falta de actividad que les ocupe el tiempo deben ser tenidos en cuenta para plantear estrategias de intervención efectiva en redes de apoyo (34).

4.2.4. La Salud en el envejecimiento.

Reseñar la importancia, beneficios y ventajas de la evaluación geriátrica integral en el manejo de los ancianos y sus dominios, así como la metodología e instrumentos empleados en la realización de dicha valoración. Desarrollo: La población mundial anciana sobrepasa el 11% y alcanza en Cuba el 18,3%. Ello determina el empleo de métodos específicos para conocer el estado de salud de

estas personas, definido como la capacidad funcional para desenvolverse como individuo en su medio social y familiar, así como para realizar las actividades del diario vivir, y no por el número de enfermedades que presentan. Ello complejiza el diagnóstico dada la expresión usualmente distorsionada que tienen las enfermedades teniendo en cuenta sus signos y síntomas clásicos. La evaluación geriátrica integral incluye la evaluación biomédica, funcional, social, psicológica y preoperatoria (cuando corresponda) de los adultos mayores, para lo cual se utilizan diferentes instrumentos o escalas. Los adultos mayores no tienen enfermedades propias, estas solo cambian su forma de aparición con repercusiones funcionales, psíquicas y sociales en el anciano y su entorno, parámetros que definen su estado de salud. Para medirlos se emplea la evaluación geriátrica integral. El estudio de los dominios de la evaluación con el empleo de instrumentos que cumplan requisitos de validez, fiabilidad, factibilidad, sencillez y brevedad de aplicación, permite diagnosticar problemas de salud en todas las esferas, facilita la atención médica y mejora la calidad de vida de los ancianos (35).

Por esto mismo en un estudio realizado en Santiago de Chile con la finalidad de aplicar el proceso de enfermería en un estudio de familia a nivel primario de atención a una familia. El desarrollo de este estudio de familia nace ante la sospecha de maltrato identificada por un profesional de enfermería durante el control de salud realizado al jefe del hogar. El proceso de enfermería se inicia con la recolección de datos por medio de una revisión de la ficha digital del caso índice, en la segunda etapa se realiza la visita domiciliaria donde se continúa con la etapa de valoración para caracterizar a la familia y su ambiente, análisis del tipo de familia, tareas del desarrollo y etapa del ciclo familiar según Duvall, y funciones familiares. Asimismo, se elabora genograma, ecomapa, círculo familiar, APGAR y test Zarit. Se desarrollan las etapas de diagnóstico, se dio prioridad a un diagnóstico individual y a uno familiar, que corresponden a la sobrecarga del cuidador y a familia negligente. Posteriormente, se procede a realizar el plan de

atención con objetivos a corto, mediano y largo plazo; del mismo modo, se realiza la evaluación de estructura, proceso y resultado, y se analizan los indicadores de resultado de los objetivos a corto plazo. Conclusiones. Se muestra la aplicación del proceso de enfermería en una familia, donde se logra que los implicados alcancen los objetivos planificados; de esta forma, se contribuye a mejorar las problemáticas detectadas y se demuestra la utilidad del uso del proceso de enfermería en el estudio de familia (36).

4.2.5. Ambiente físico-social en gerontología

El estudio reflexiona sobre el análisis de los ambientes físico-sociales que determinan la calidad de vida de las personas mayores en América Latina desde el enfoque de la gerontología ambiental. A través de la literatura, se favorece la discusión sobre las implicaciones socio-espaciales urbanas y rurales en las dimensiones residenciales (entorno construido), sociales, económicas, de salud, asistenciales (servicios sociales) y culturales, y que promueven el envejecimiento saludable en el lugar. También, se abordan las principales cuestiones teóricas y metodológicas de las implicaciones socio-espaciales para la gerontología ambiental, donde destaca la contribución de la geografía, a través de una revisión de las complejas relaciones entre el espacio geográfico y las personas adultas mayores. Así, en la región existe la necesidad de un enfoque interdisciplinario que enfatice la investigación sobre el análisis de los atributos y funciones del entorno físico-social en el envejecimiento de la población, contribuyendo a la planificación gerontológica desde una perspectiva holística (37).

En el estudio Envejecimiento de la población, salud y ambiente urbano en América Latina reflexiona sobre los desafíos del envejecimiento de la población en las zonas urbanas de América Latina, destacando la importancia de la planificación gerontológica del entorno físico y social en la salud y calidad de vida de las personas mayores. La metodología consistió en una revisión de la literatura científica, principalmente revistas indexadas a Scopus y Thomson-Reuters. Los

resultados indican que en la región el crecimiento urbano agrava las condiciones ambientales y los problemas de salud de la población de edad avanzada, una situación que se ve afectada por el contexto de vulnerabilidad social (pobreza, problemas de acceso a los servicios de salud). También, algunas de las claves se discuten en la comprensión de los desafíos de la planificación gerontológica de las ciudades de América Latina, y la participación activa de las personas mayores en el diseño de entornos construidos dinámicos y estimulantes, en especial, hogares y espacios públicos. Además, en la región el avance del envejecimiento de la población urbana va a generar una fuerte demanda de los gerontólogos ambientales, especialmente arquitectos, urbanistas y profesionales de la salud ambiental, con formación gerontológica en la sensibilidad de diseños favorables para envejecer en el lugar (38).

4.3 MARCO CONCEPTUAL

4.3.1. Envejecimiento

Proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida de la capacidad de adaptación de forma progresiva. Asimismo, es un fenómeno extremadamente variable, influido por múltiples factores arraigados en el contexto genético, social e histórico del desarrollo humano (20).

4.3.2. Envejecimiento activo

El proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen (24).

4.3.3. Tercera edad

Es una etapa evolutiva del ser humano que tiene varias dimensiones. Es un fenómeno biológico porque afecta a la salud física y mental, y tiene una parte sociológica y económica porque se han alargado las posibilidades de vida y se

debe mantener a esas personas. Es también un fenómeno psicológico, ya que se producen cambios en el funcionamiento cognitivo y emocional (20).

4.3.4. Vejez

Es la fase final del proceso de envejecimiento. Equivale a vivir muchos años, en comparación con otras personas del mismo grupo poblacional. Sus límites, excepto la muerte, han sido y son siempre imprecisos y dependientes; sin embargo, la definición de vejez depende del contexto y del grupo de personas al que se refiere. Por otro lado, hace referencia a la última etapa de la vida del ser humano, es el estado de una persona que por razones de aumento en su edad sufre una decadencia biológica en su organismo (20).

4.3.5. Centro Vida

Conjunto de proyectos, procedimientos, protocolos e infraestructura física, técnica y administrativa orientada a brindar una atención integral, durante el día, a los Adultos Mayores, haciendo una contribución que impacte en su calidad de vida y bienestar (39).

4.3.6. Familia

Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos “La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado” (40).

4.3.7. Geriatria

Rama de la medicina que estudia la sintomatología clínica, tratamiento y readaptación en todos los procesos patológicos donde las alteraciones debidas a la edad contribuye de una manera decisiva (OMS) (41).

4.3.8. Gerontología

Estudio de los aspectos relacionados con el envejecimiento de la población y sus manifestaciones sociológicas, biológicas, psicológicas, ambientales y especialmente sanitarias (OMS) (41).

4.3.9. Ciclo de vida

Cambios y novedades propias del desarrollo, en tanto proceso, ocurren de manera secuencial y progresiva hacia estructuras más complejas en las formas de relación con el mundo. Así mismo, se considera el desarrollo humano como un proceso continuo y acumulativo en el cual cada momento es importante y crítico por sus implicaciones; si bien se reconocen diferencias individuales, el que se desarrolla pasa por secuencias identificables (ciclos). La edad cronológica es un criterio relativo, pues el desarrollo no puede entenderse solamente como un conjunto de comportamientos asociados con la edad (42).

4.3.10. Estilo de vida saludable

La OMS recomienda que se adopte un estilo de vida saludable a lo largo de todo el ciclo vital, con el fin de preservar la vida, mantenerse sano y paliar la discapacidad y el dolor en la vejez. Los entornos adaptados a las necesidades de las personas mayores, la prevención, la detección precoz y el tratamiento de enfermedades mejoran el bienestar de los mayores. Si no se adoptan medidas, el envejecimiento de la población dificultará la consecución de los objetivos de desarrollo socioeconómico y humano (43).

4.4 MARCO LEGAL

4.4.1. Constitución política de Colombia de 1991

Artículo 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. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia (44).

4.4.2. Ley 271 de 1996

Se establece el Día Nacional de las Personas de la Tercera Edad y del Pensionado. Artículo 1º. Establece el Día Nacional de las Personas de la Tercera Edad y del Pensionado, el cual se celebrará el último domingo del mes de agosto de cada año (45).

4.4.3. Ley 1151 de 2007 Plan Nacional de Desarrollo

Por el cual el Ministerio de la Protección Social tiene la obligación de definir y desarrollar la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez (46).

4.4.4. Ley 1251 de 2008

Tiene como objeto proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez (47).

4.4.5. Ley 1276 de 2009

La protección a las personas de la tercera edad (o adultos mayores) de los niveles I y II de Sisbén, a través de los Centros Vida, como instituciones que contribuyen a brindarles una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida (39).

4.4.6. Ley 1850 de 2017

Por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se señala el deber de que estos sean acogidos en los centros vida, en los casos que hayan sido víctimas de violencia intrafamiliar como medida de protección y prevención (48).

4.4.7. Política colombiana de envejecimiento humano y vejez, 2014-2024

Tiene la obligación de promover la garantía, realización, restitución y protección del conjunto de los derechos humanos y las libertades fundamentales para todos; promover el ejercicio efectivo de los derechos y el cumplimiento de las obligaciones ciudadanas en todos los niveles de la sociedad; promover la igualdad y la equidad entre hombres y mujeres y proteger los derechos de las personas adultas mayores (49).

4.4.8. Acuerdo N° 278 de 2015

Se adopta la política pública de envejecimiento y vejez 2015-2023 en el municipio de Villavicencio como un instrumento de orientación de los principios del adulto mayor así como la planeación, ejecución de programas y proyectos que propendan la garantía plena e integral del goce efectivo de derechos de los adultos mayores y su familia (50).

5. MARCO METODOLÓGICO

5.1. ÁREA DE ESTUDIO.

Los centros vida se encuentran reglamentados por la Ley 1276 de 2009, su función es prestar un servicio de atención gratuita a los adultos mayores de los niveles I y II del SISBEN. En Villavicencio es el municipio más grande del piedemonte y del Meta. El área urbana de Villavicencio se encuentra dividida en 8 comunas y siete corregimientos con un total de 56 veredas. Es importante mencionar que existen asentamientos informales que están localizados en todas las comunas especialmente en la comuna 4 y 5 y solo 11 de éstos, están por fuera del perímetro urbano de la Ciudad. En la actualidad se registran 446 barrios de los cuales 319 son informales. El territorio se ha venido transformando al ritmo del crecimiento de la población, al punto que hoy se tienen barrios, conjuntos cerrados y proyectos de vivienda que no hacen parte de la planeación del territorio, como resultado del patrón desordenado de crecimiento urbano. La ciudad de Villavicencio para el año 2016 contaba con 506.012 personas.

5.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

La presente investigación se desarrolló con un enfoque descriptivo, con variables cualitativas y cuantitativas. Los estudios descriptivos permiten describir y analizar cada una las categorías y variables necesarias para la caracterización social, demográfica y de salud de los adultos mayores de los centros vida.

5.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.

5.3.1 La población

Estuvo conformada por los Adultos mayores que pertenecen a los Centros Vida de la ciudad de Villavicencio durante la vigencia de 2017. Para la vigencia de 2017 se contaba con 30 Centros vida, con un promedio de 40 adultos mayores, para un total de cobertura de 1200 adultos mayores.

5.3.2 La muestra

El muestreo fue no probabilístico discrecional; se seleccionaron las personas que asistieron al programa un día en particular y que cumplieran los siguientes criterios de inclusión:

- Ser mayor de 60 años.
- Estar inscrito en el programa de los Centros Vida.
- Aceptar participación voluntaria en el estudio.
- Contar con un estado de salud mental aceptable.

5.4. INSTRUMENTOS.

Los instrumentos utilizados en la presente investigación fueron determinados según el enfoque.

5.4.1 Enfoque cuantitativo

- **Caracterización sociodemográfica:** Se elaboró una encuesta que contemple variables sociales y demográficas de la población además de componentes nutricionales con los parámetros establecidos por el ministerio de protección social (Anexo 1).
- **Actividades básicas de la vida diaria (AVD) y Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD):** Se empleó el instrumento Barthel (Anexo 2) y la Escala de Lawton y Brody (Anexo 3).
- **La valoración de la movilidad:** Se utilizó la sub escala de Tinetti (Anexo 4).
- **La valoración cognitiva y afectiva:** Se utilizó el examen cognitivo MINI-MENTAL, adaptación español (Anexo 5) y el test de Yesavage (Anexo 6).
- **Valoración de la comorbilidad:** Se utilizó el índice de Charlson, versión resumida (Anexo 7).

Los instrumentos son de uso libre y se han aplicado en población de América Latina, incluyendo a Colombia.

5.4.2 Enfoque cualitativo

- **La Observación:** instrumento visual y esencial para la recolección de información. La observación es “el acto de mirar algo sin modificarlo con la intención de examinarlo, interpretarlo y obtener unas conclusiones sobre ello”
- **Entrevista semiestructura:** Se abordaron las siguientes categorías: Dinámica familiar; desde la situación socioeconómica y la percepción del fenómeno del envejecimiento; desde las necesidades del adulto mayor (Anexo 8).

5.5. UNIDAD DE OBSERVACIÓN Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

La unidad de observación fueron los adultos mayores. Los criterios de inclusión para los participantes al momento de desarrollar la investigación fueron los siguientes: Ser mayor de 60 años, estar en el programa de los Centros vida, aceptar participar voluntariamente del estudio.

5.6. PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS.

El análisis de la información se utilizó el programa SPSS® (Statistical Product and Service Solutions) versión 20 y las herramientas que ofrece Excel y el Word. Para el proceso de recolección, el procesamiento y el análisis de la información se tuvieron en cuenta los siguientes momentos:

➤ **Momento uno: Un acercamiento a la comunidad**

Se identificaron los Centros Vida y los adultos mayores que participaron en la investigación. También permitió conocer el contexto donde se encuentra los adultos mayores y sus familias, y las características de los centros vida.

➤ **Momento dos: Recolección de la información**

Se aplicaron los diferentes instrumentos que permitieron recolectar la información que ayudaron a resolver las variables cuantitativas. Además se realizó las

observaciones y las entrevistas con miras a identificar las variables cualitativas que permitieron conocer la percepción de salud y las dinámicas familiares de los adultos mayores.

➤ **Momento tres: El procesamiento de la información**

Se procedió a incorporar los datos cuantitativos en el programa seleccionado para el respectivo análisis. Se creó una máscara en el programa SPSS, la cual se valoró junto con la directora del proyecto, posteriormente se ingresó los datos de los instrumentos que mencionan en el contenido del proyecto.

Los datos cualitativos producto de la observación y la entrevista, se realizaron las lecturas necesarias para identificar subcategorías y categorías que emergieron de las narrativas de los adultos mayores, teniendo en cuenta las categorías preestablecidas desde la dinámica familiar, desde la situación socioeconómica, percepción del fenómeno del envejecimiento.

➤ **Momento cuatro: El análisis de la información:**

Se tuvo en cuenta los objetivos propuestos en el proyecto, con las variables de cada uno de los aspectos sociales, demográficos y de salud donde se realizó la confrontación de los resultados obtenidos con el marco referencial.

➤ **Momento Quinto: Producción de informe final y artículos científico.**

Se tuvieron los parámetros establecidos por la Facultad en la opción de grado EPI para la elaboración del informe final. Para la producción de artículo científico, los criterios fueron tomados de la revista seleccionada para la presentación del artículo.

5.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Para la realización del proyecto se respetaron los parámetros éticos contenidos en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia y el Código de

Ética de Enfermería que se establece en la ley 911 de 2004, aplicando los principios de confidencialidad, veracidad y beneficencia y no maleficencia. Para ello se realizó el consentimiento informado previo a la aplicación del instrumento, donde se garantizó la libre participación en el estudio (Anexo 9).

6. ANÁLISIS DE RESULTADOS

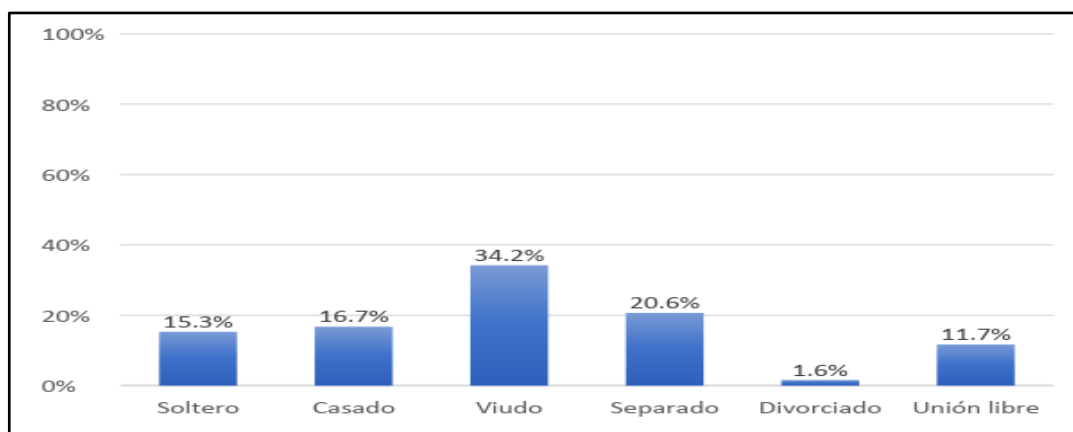
6.1. Caracterización social y demográfica.

La muestra utilizada comprende 635 adultos mayores que asisten a los programas de los Centros Vida ubicados en la ciudad de Villavicencio.

De los 635 adultos mayores objeto de este estudio un 47,4% son hombres y el 52,6% son mujeres con edades entre los 60 y 100 años, con una edad mediana de 73 años. Se encontró que los adultos mayores provienen de 274 municipios, distribuidos en 21 departamentos; el departamento del que más proceden adultos mayores es Cundinamarca (28,8%), seguido por el departamento del Meta (18,9%); en contraste se encuentra que el 9,0% de los entrevistados provienen del municipio de Villavicencio. De lo anterior, se evidencia un fenómeno de migración en donde los entrevistados provienen en su mayoría de municipios diferentes a Villavicencio, incluso de Departamentos diferentes al Meta.

Respecto al estado civil, se encuentra que el 34,2% son viudos, el 20,6% separados, el 16,7% casados, el 15,3% son solteros, el 11,7% vive en unión libre; y el 1,6% son divorciados (Figura 1).

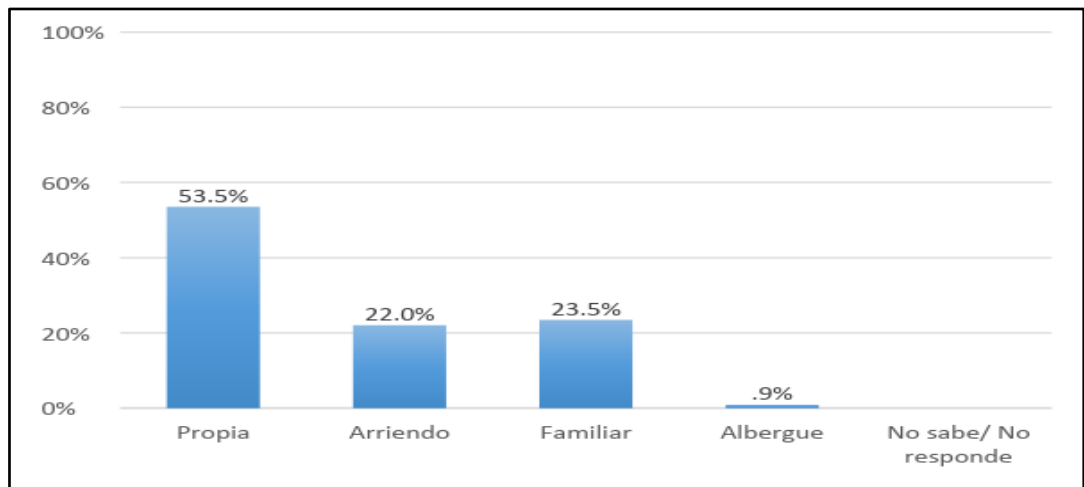
Figura 1. Estado civil adultos mayores de Villavicencio. 2017



Fuente: Elaboración propia

El 53,5% de los adultos mayores poseen vivienda propia, el 23,5% vive en casa familiar, el 22% paga arriendo y el restante 0,9% vive en un albergue (Figura 2); se encuentra que el 88,4% de las viviendas cuenta con todos los servicios públicos. Se detecta que el 6,8% de las viviendas no cuentan con el servicio público de Gas Natural. Estas viviendas son habitadas por desde 1 y hasta 18 personas con mediana de 3 personas.

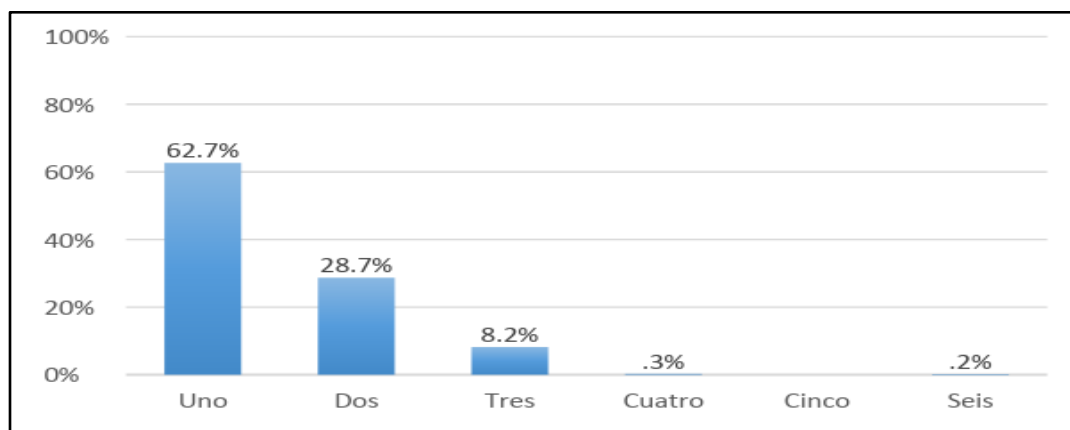
Figura 2. Tenencia de vivienda de los adultos mayores de Villavicencio. 2017



Fuente: Elaboración propia

En primer lugar, se tiene que los estratos predominantes son uno y dos, con esto se evidencia que la mayor parte de la población (62,7% de los entrevistados viven en estrato uno, y el 28,7% en estrato dos) pertenece a los sectores más vulnerables de la ciudad de Villavicencio. Además, se encuentra que el 8,2% de los adultos mayores objeto de estudio viven en estrato 3, y el restante 0,5% viven en estratos mayores a 3 (Figura 3).

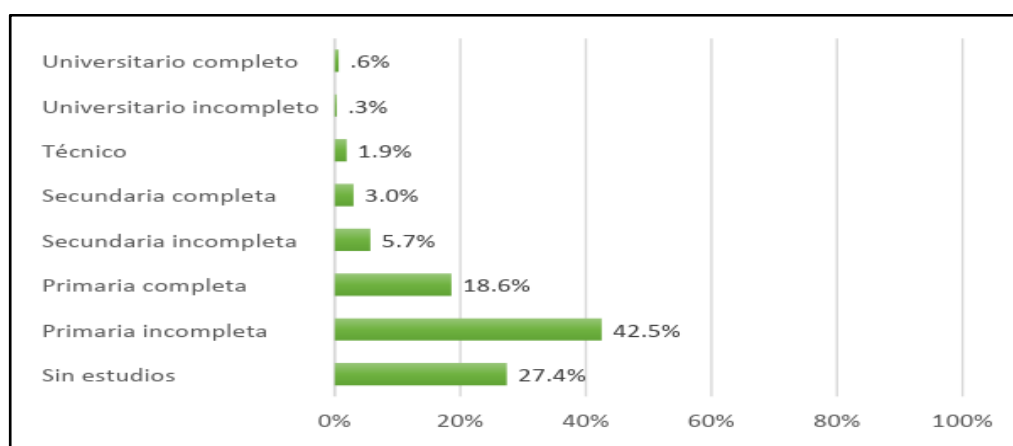
Figura 3. Estrato socioeconómico de las viviendas en donde habitan los adultos mayores de Villavicencio. 2017



Fuente: Elaboración propia

En el último nivel de estudios cursado por los adultos mayores, un 27,4% no tiene estudios académicos, 42,5% tiene primaria incompleta, 18,6% tiene primaria completa, 5,7% secundaria incompleta, 3,0% secundaria completa, y el restante 5,8% posee estudios superiores a secundaria (Figura 4).

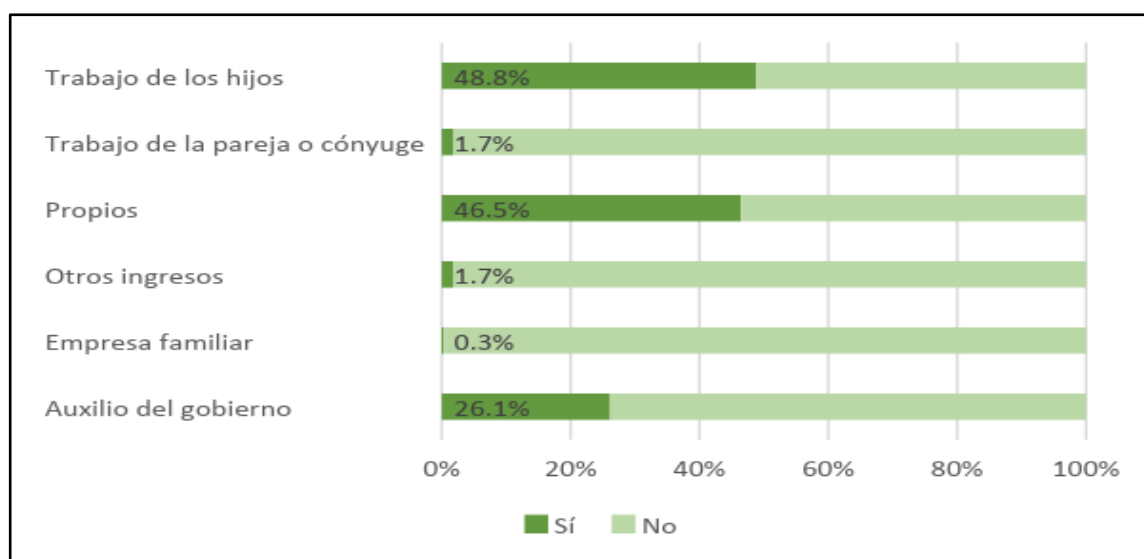
Figura 4. Último nivel de estudios cursado por los adultos mayores de Villavicencio. 2017



Fuente: Elaboración propia

Se reportaron 59 oficios u ocupaciones diferentes en las que se desempeñan los entrevistados, la mayoría se dedica al Hogar (49,1%), la agricultura (9,0%) y las ventas (5,2%). En cuanto a la proveniencia de los ingresos económicos, se nota una relativa relación con la dedicación al hogar. Los ingresos económicos de los entrevistados provienen principalmente del trabajo de los hijos (48,8%), ingresos propios (46,5%) y de auxilios del gobierno (26,1%) (Figura 5).

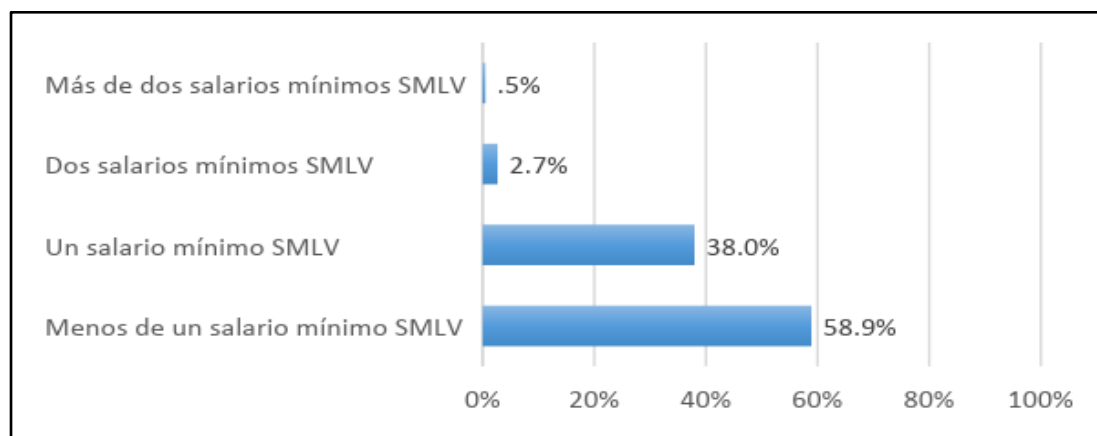
Figura 5. Proveniencia de los ingresos económicos de los adultos mayores de Villavicencio. 2017



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los ingresos económicos familiares mensuales, la mayoría de adultos mayores tiene ingresos de menos de un salario mínimo SMLV (58,9%), el 38% tienen ingresos de un salario mínimo SMLV, y el restante 3,1% tiene ingresos superiores a un salario mínimo. Este comportamiento de los ingresos familiares mensuales, evidencia que los entrevistados son una población vulnerable (Figura 6).

Figura 6. Ingresos económicos familiares mensuales de los adultos mayores de Villavicencio. 2017

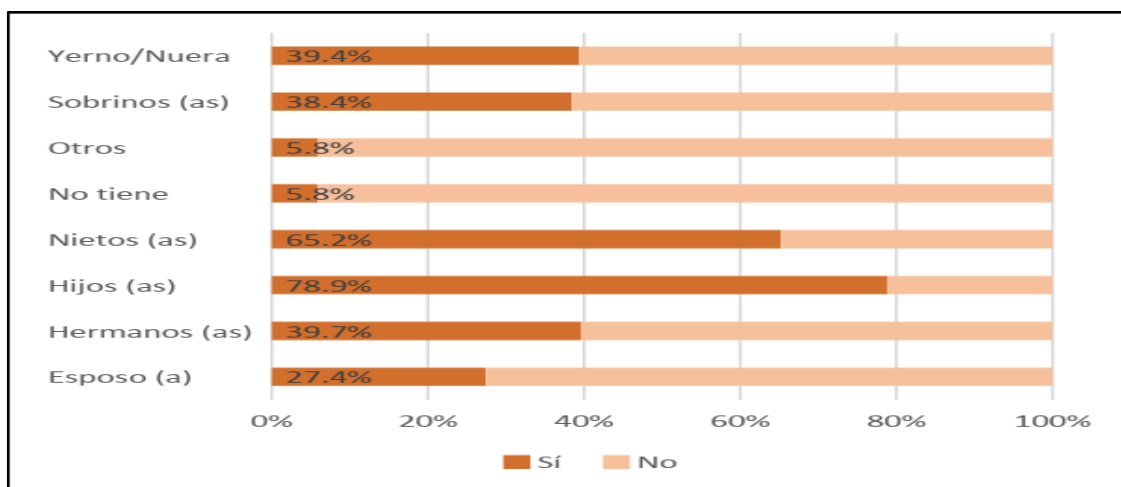


Fuente: Elaboración propia

En cuanto al régimen de seguridad social, la mayoría están afiliados al régimen subsidiado, mientras el restante 4,4% se encuentra afiliado a otro régimen de seguridad social. Por otro lado, se encontró que el 65,2% correspondiente a 414 personas valoradas padece actualmente alguna enfermedad y el restante 34,8% correspondiente a 221 personas no presentan problemas de salud.

Se encontró que las familias de los entrevistados están conformadas por hijos (78,9%), nietos (65,2%), hermanos (39,7%), yerno o nuera (39,4%), sobrinos (38,4%); tan solo en el 27,4% de las familias de los adultos mayores valorados hace parte la pareja sentimental, este hecho está relacionado con que la mayoría de los participantes del estudio son viudos. Resulta importante mencionar que el 5,8% de los adultos mayores reportan que no tienen familia; y otro 5,8% dice que tiene otros familiares (Figura 7).

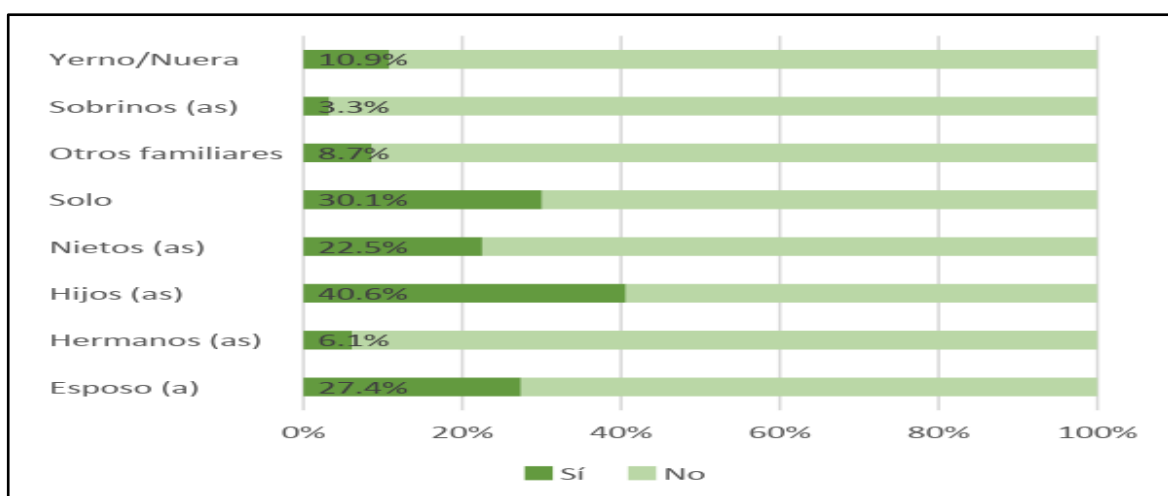
Figura 7. Conformación de las familias de los adultos mayores de Villavicencio. 2017



Fuente: Elaboración propia

Se encontró que un 40,6% de los adultos mayores viven con los hijos, 22,5% con los nietos, 6,1% con los hermanos, 10,9% con el yerno o nuera, 3,3% con los sobrinos; 27,4% vive con la pareja sentimental, 8,7% con otros familiares, y 30,1% viven solos (Figura 8).

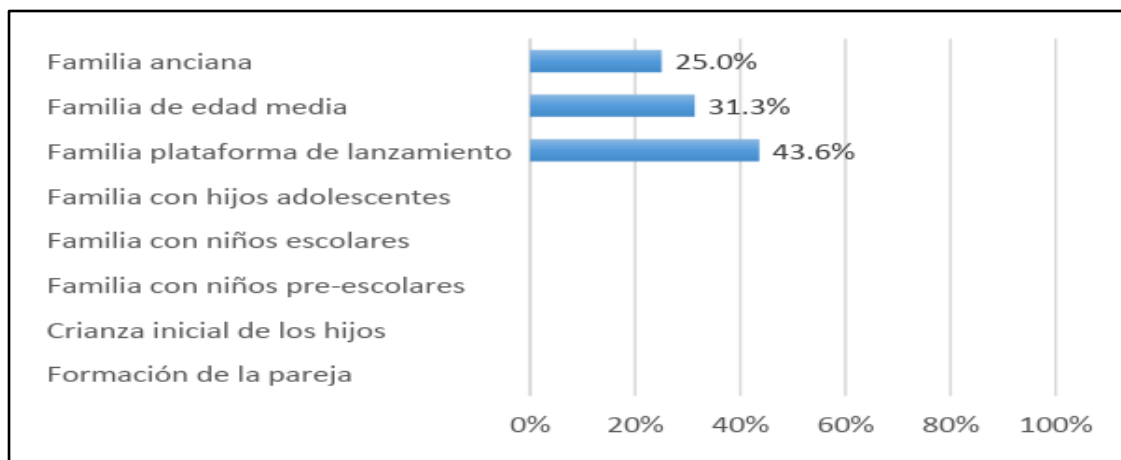
Figura 8. Personas con las que viven los adultos mayores de Villavicencio. 2017



Fuente: Elaboración propia

Un 43,6% de los adultos mayores tiene familia plataforma de lanzamiento, 31,3% familia de edad media y el restante 25% tiene familia anciana (Figura 9).

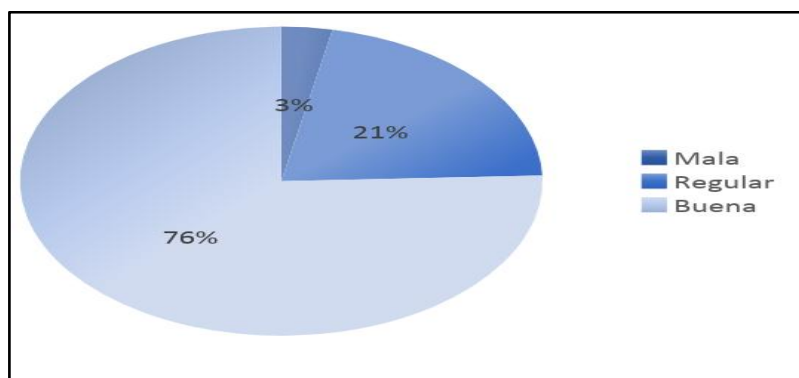
Figura 9. Ciclo vital en el que se encuentra la familia que acoge al adulto mayor de Villavicencio. 2017



Fuente: Elaboración propia

La mayoría de los adultos mayores (75,6%) tienen buena relación con su familia, el 21,3% tiene una relación regular, y el restante 3,1% tiene una mala relación (Figura 10).

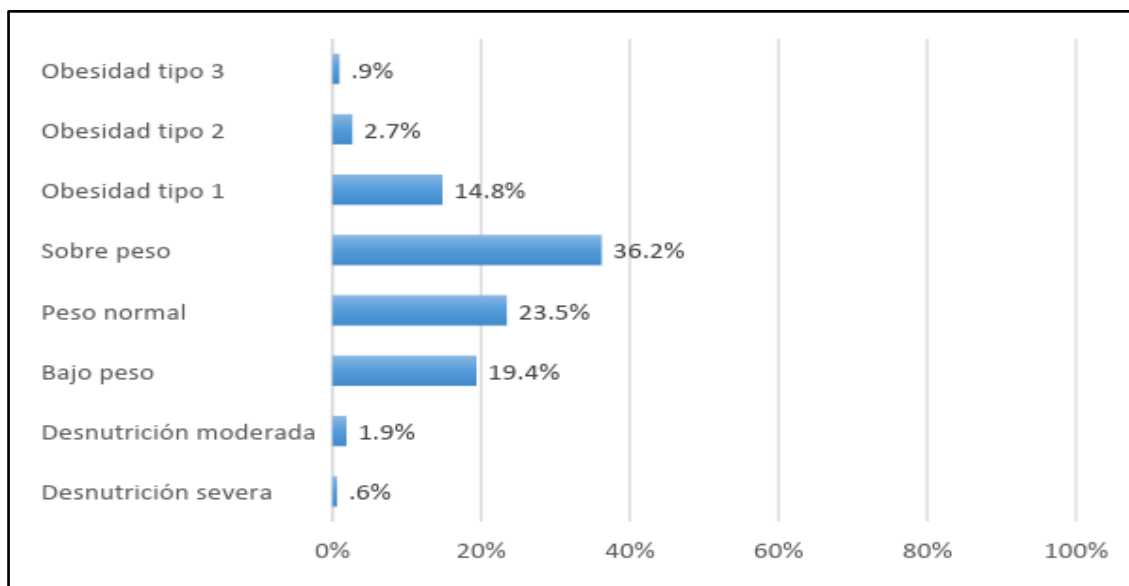
Figura 10. Calidad de la relación con la familia de los adultos mayores de los Centros Vida de Villavicencio. 2017



Fuente: Elaboración propia

Según la clasificación IMC (Kg/m²), el 36,2% de los adultos mayores presenta sobrepeso, seguido del 23,5% con un peso normal, en los extremos encontramos que el 0,6% presenta desnutrición severa y el 0,9% tiene obesidad tipo 3 (Figura 11).

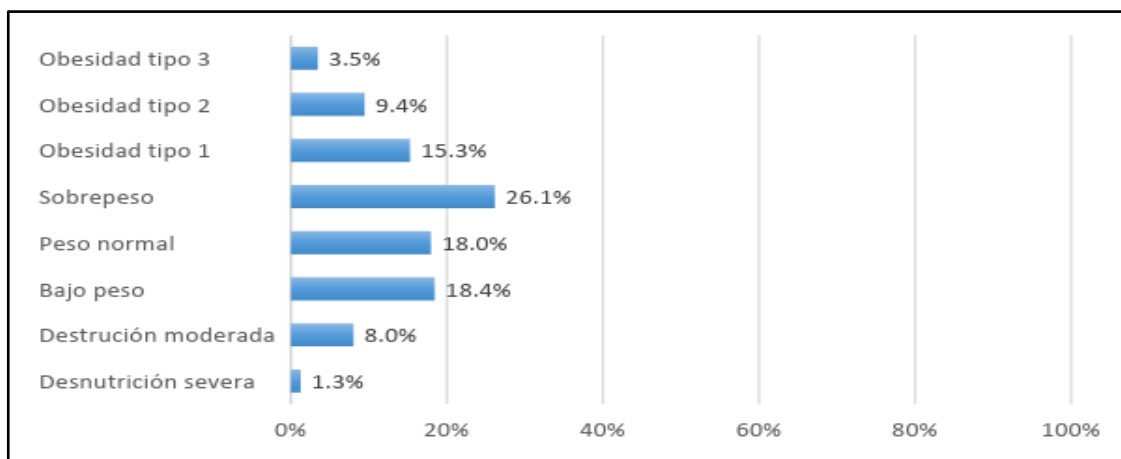
Figura 11. Clasificación IMC (Kg/m²) adultos mayores Centros Vida de Villavicencio. 2017



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la clasificación IMC (Kg/m²) rodilla talón, un 26,1% de los adultos mayores presenta sobre peso, 18,4% bajo peso, 18% peso normal, 15,3% obesidad tipo1, 9,4% obesidad tipo 2, 8% desnutrición moderada, 3,5% obesidad tipo 3, y el restante 1,3% presenta desnutrición severa (Figura 12).

Figura 12. Clasificación IMC (Kg/m²) rodilla talón adultos mayores Centros Vida de Villavicencio. 2017



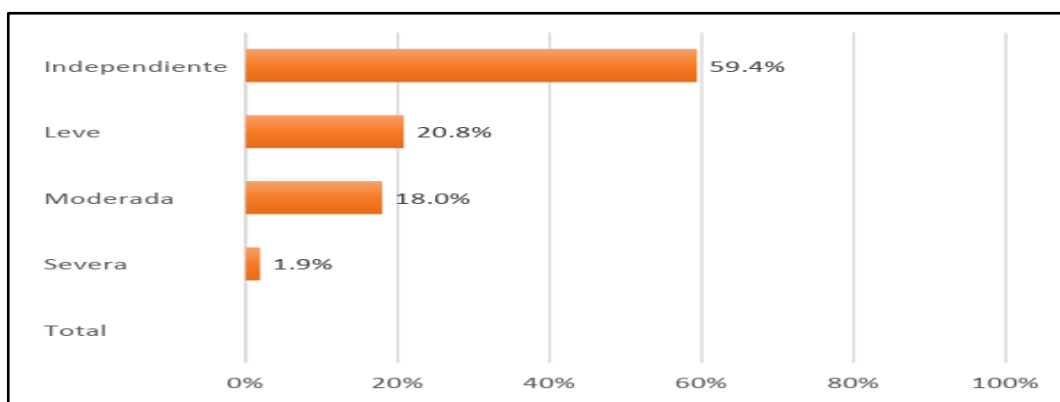
Fuente: Elaboración propia

6.2. Condiciones de salud del Adulto Mayor.

6.2.1 Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Según la valoración de la vida diaria de Barthel un 59,4% de los adultos mayores presenta valoración de independientes, 20,8% cuentan con valoración leve, 18% tienen una valoración de moderada y el restante 1,9% presenta una valoración de severo (Figura 13).

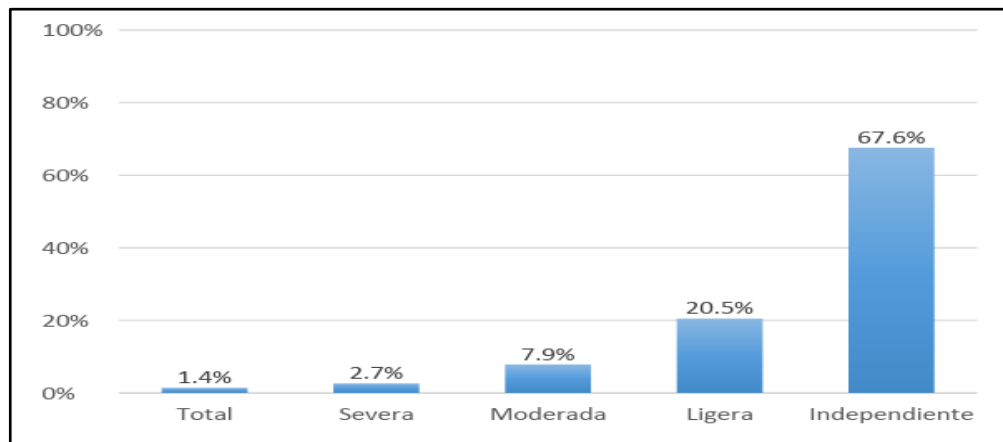
Figura 13. Valoración actividades básicas de la vida diaria Barthel adultos mayores Centros Vida de Villavicencio. 2017



Fuente: Elaboración propia

Se tiene que el 67,6% de los adultos mayores presentan una valoración de independiente, 20,5% ligera, 7,9% moderada, 2,7 severa, y el restante 1,4% total. (Figura 14).

Figura 14. Valoración actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody adultos mayores Centros Vida de Villavicencio. 2017

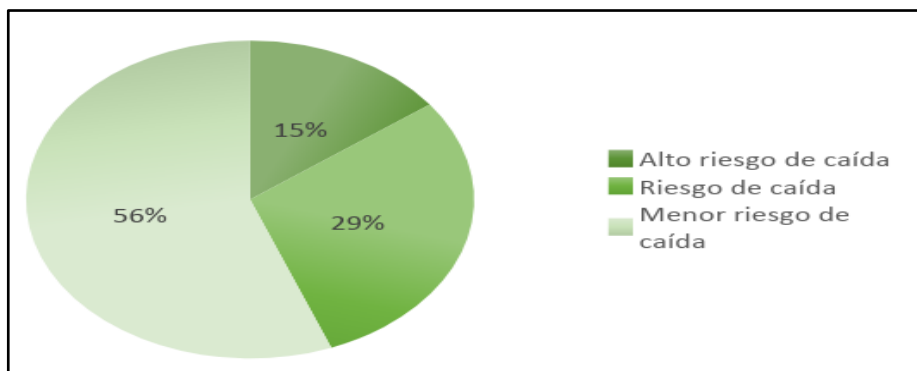


Fuente: Elaboración propia

6.2.2 Detección del riesgo de caída.

En cuanto a la escala de Tinetti, se encontró que el 55,9% de los adultos mayores presentan una valoración de menor riesgo de caída, en el 29,3% se detectó riesgo de caída, y el restante 14,8% tiene un alto riesgo de caída (Figura 15).

Figura 15. Valoración escala de Tinetti adultos mayores Centros Vida de Villavicencio. 2017

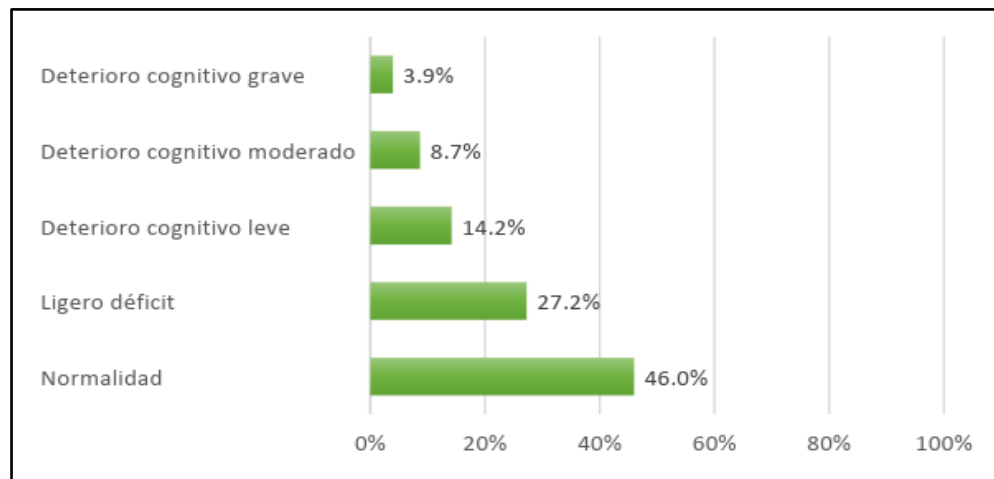


Fuente: Elaboración propia

6.2.3 Nivel cognitivo y estado afectivo.

En cuanto al Mini Examen Cognoscitivo (MEN), se evidencia que el 46% de los adultos mayores tienen una valoración de normalidad, 27,2% presenta un ligero déficit, 14,2% tiene deterioro cognitivo leve, 8,7% muestra deterioro cognitivo moderado y finalmente 3,9% sufre un deterioro cognitivo grave (Figura 16).

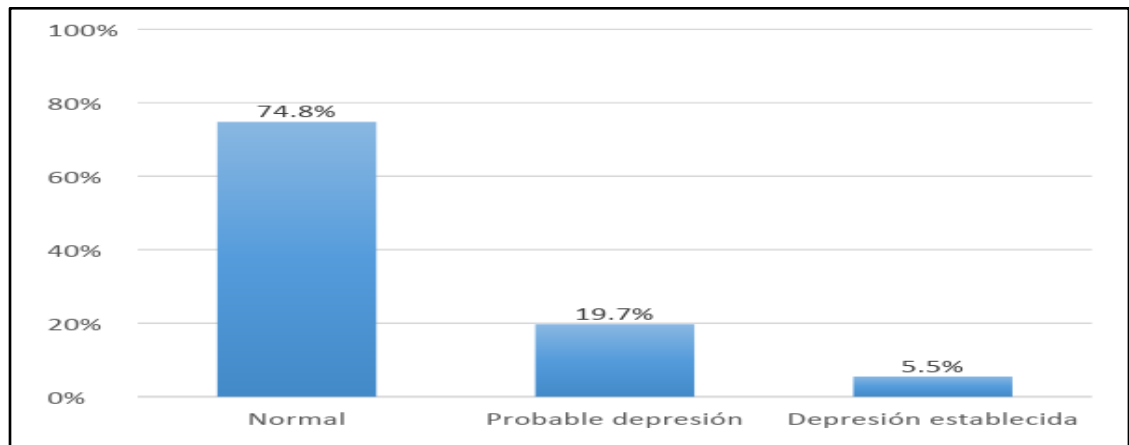
Figura 16. Valoración Mini Examen Cognoscitivo (MEN) adultos mayores Centros Vida de Villavicencio. 2017



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la depresión geriátrica, con base en la escala de Yesavage se encuentra que un 74,8% de los entrevistados presenta un nivel normal, 19,7% presenta probable depresión, y el restante 5,5% tiene depresión establecida (Figura 17).

Figura 17. Escala de depresión geriátrica de Yesavage adultos mayores Centros Vida de Villavicencio. 2017

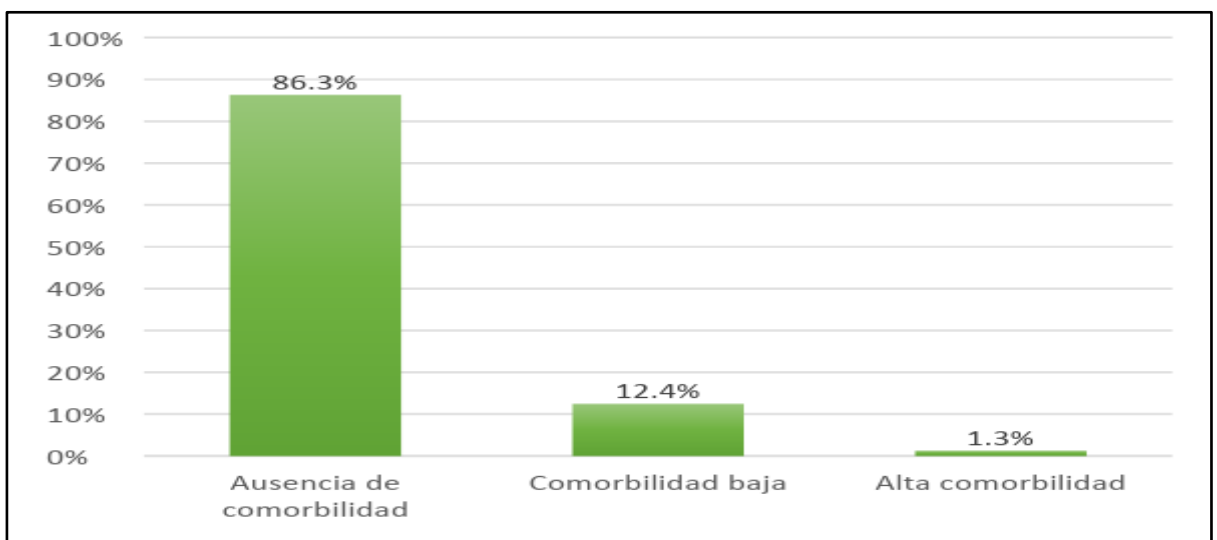


Fuente: Elaboración propia

6.2.4 Percepción del estado de salud.

Se tiene que un 86,3% de los adultos mayores presentan ausencia de comorbilidad, 12,4% tienen comorbilidad baja, y el restante 1,3% padece de alta comorbilidad (Figura 18).

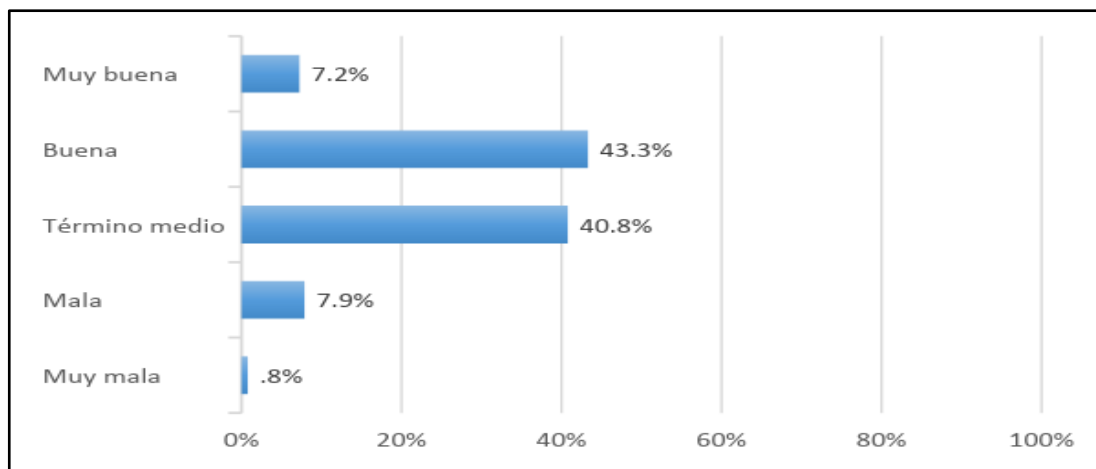
Figura 18. Índice de comorbilidad de Charlson adultos mayores Centros Vida de Villavicencio. 2017



Fuente: Elaboración propia

Un 7,2% de los entrevistados percibe su salud como muy buena, el 43,3% siente que su salud es buena, el 40,8% piensan que su estado de salud es regular, por otro lado, el 7,9% dice que su salud es mala, y el restante 0,8% percibe que su salud es muy mala (Figura 19).

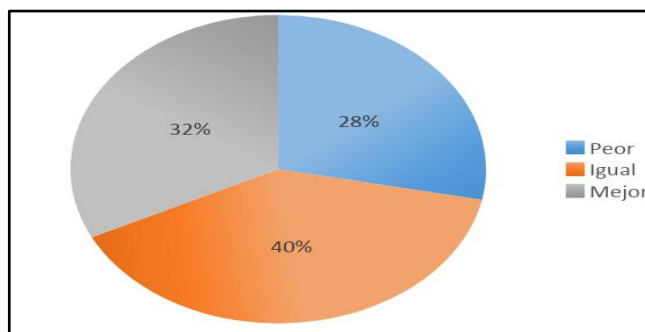
Figura 19. Autopercepción de salud adultos mayores Centros Vida de Villavicencio. 2017



Fuente: Elaboración propia

Se indagó a los entrevistados por su estado de salud hace un año, el 39,5% respondió que se encontraban igual, el 32,3% se siente mejor, y el restante 28,2% piensa que se encuentra peor (Figura 20).

Figura 20. Autopercepción de salud adultos mayores Centros Vida de Villavicencio. 2017



Fuente: Elaboración propia

6.3. Percepción del entorno familiar del adulto mayor

De acuerdo a los datos recolectados mediante las entrevistas realizadas a 15 adultos mayores de los centros vida y 15 familias de los adultos mayores, emergieron 3 categorías de las cuales se revisarán a continuación:

6.3.1 Necesidades especiales del adulto mayor

Desde el adulto mayor y las familias

Para esta categoría se tomó como base teórica La “Teoría de la Motivación Humana” de Abraham Maslow, propuesta en 1943, la cual propone 5 necesidades considerando un orden jerárquico ascendente de acuerdo a la importancia para la supervivencia y la motivación: Necesidades fisiológicas, Necesidades de seguridad, Necesidades de amor, afecto y pertenencia, Necesidades de estima, Necesidades de autorrealización.

Para el caso de esta investigación se evidencia que los adultos mayores tienen necesidades especiales, en general se identifican principalmente las necesidades fisiológicas como necesidades satisfechas; mientras que las necesidades que aumentan en jerarquía como lo son las necesidades de seguridad y amor y afecto se perciben como necesidades menos satisfechas. Finalmente las necesidades ubicadas en la punta de la pirámide (estima, auto-realización) no se evidencian en la investigación.

Para esta categoría se evidenciaron 3 sub-categorías:

- **Necesidades fisiológicas:**

Se percibe que los adultos mayores consideran que sus necesidades fisiológicas están satisfechas, EA3C7 “Pero esto uno no lo hace por venir por un alimento, porque uno el alimento en la casa Dios no se lo deja faltar” EA5C2 “por lo menos, puedo dormir puedo comer, claro que ahora bajito de sal y de azúcar me toca eso me dijo el médico” EA7C8 “entonces yo vengo a almorzar aquí porque comida no nos dan”. En lo que respecta a la vivienda se evidencia que para los adultos mayores la vivienda es una necesidad muy importante, los que cuentan con una vivienda propia se aferran a ella mientras que los que no de alguna manera

añoran tenerla. EA7C22 “No puedo conseguirme una casita porque con qué? soy desplazado y ya llevo 3 años que pase papeles y me dijeron que esperara y estoy esperando” EA8C9 “Pues... que digamos todo todo, es muy difícil tener... pero si más o menos tengo la casita, la tengo bonita, hasta que pude trabajar la tengo bonita hoy si ya no puedo hacer nada ni asentar un ladrillo si quiera”.

- **Necesidades de seguridad:**

Respecto a las necesidades de seguridad se evidencia que para los adultos mayores los ingresos que reciben no son suficientes, algunos adultos mayores deben trabajar a pesar de la edad EA7C7 “ yo me voy a las 12 de la noche y a las 6 ya estoy desocupado y me vengo para el hogar y duermo de 6 a 12 de la noche ya es una costumbre que tengo en 4 años reciclando y con eso pago”, mientras otros reciben el apoyo económico de sus hijos EA5C19 “La hija mía me compra lo que necesito”, sin embargo, agradecen el subsidio que les da el Estado. EA1C8 “es que 150 que le den a uno es una plática que uno no la tiene y que uno la recibe mejor dicho para nosotros que la aprovechamos, la utilizamos en lo que se necesita”, EA4C23 “Por ejemplo a nosotros nos dan una pensionista de 150 pero cada 2 meses, entonces eso se va en ayudar a la casa, que si se ofreció que comprar una ropa o algo”.

Por otro lado, respecto a los servicios de salud, en general los adultos mayores consideran que no son adecuadas para ellos, EA6C12 “Pues cuidados como médicos sí hacen falta, que lo atiendan a uno cuando uno lo necesita porque por lo menos yo de los ojos llevo un año y nada, ni gotas siquiera alla las que le echan a uno” EA1C23 “yo le dije al Doctor y el doctor me dijo disque era un fantasma enamorado (Risas), que como yo no le paraba bola por eso me hacía pff pff pff y con eso me salió y no me hizo más nada (Risas)”.

- **Necesidades de amor, afecto y pertenencia:**

Según Maslow, cuando las necesidades de seguridad y de bienestar fisiológico están medianamente satisfechas, la siguiente escala de necesidades contiene el amor, el afecto y la pertenencia un cierto grupo social y están orientadas, a

superar los sentimientos de soledad. En esta investigación se identifica que para los adultos mayores aunque cuentan con el afecto de su familia EA2C21 “Mi familia que me brinda afecto”, su única relación social se da en el contexto del centro vida EA5C22 “En el centro vida me siento Bien, gracias a Dios”, las relaciones vecinales son cordiales pero distantes EA2C7 “No, yo llego de acá (Centro vida) y me encierro en mi pieza. No tengo problemas con nadie y tampoco interactué”, EA5C8 “Bien, con los vecinos no hay problema de ninguno”.

Por otro lado, se evidencia que las relaciones de pareja cumplen un papel fundamental para los adultos mayores EA4C17 “Después de que murió mi marido me empecé a sentirme más vieja”, EA1C24 “Un novio... (Risas) no, no quiero saber de novios, ya llevo 25 años que estoy sola y no quiero novio...”, así mismo, las comunidades religiosas se evidencian como un espacio en donde los adultos mayores pueden desarrollar relaciones sociales EA5C28 “estamos muy bien con la ayuda de la iglesia cristiana”, EA12C20 “yo no pues de vez en cuando salgo y voy a la iglesia”.

La espiritualidad está presente en la mayoría de los adultos mayores: Al analizar las entrevistas realizadas emerge una cuarta categoría relacionada con la espiritualidad de los adultos mayores TODOS los entrevistados relacionaron sus narrativas con Dios y sus creencias, se identificó que para ellos la relación con Dios (respetando la diversidad de credos) es muy cercana, reconocen a Dios como el todopoderoso, un dador, su relación con Dios está basada en el agradecimiento EA1C17 “No pues bien, gracias a Dios”, EA2C28 “Pidiéndole mucho a Dios que me quite el mal genio, me quite muchas cosas”, EA4C12 “Pues a la iglesia si toca, primero Dios”, EA5C28 “Bien, los pongo a todos en las manos de Dios, que los cuide”, EA7C27 “Pues que mi Dios les socorra salud y que sigan adelante ya como nosotros de viejos (risas)”, EA10C8 “Por eso estoy contento en el que Dios lo dejó llegar a uno a esa edad”, EA9C6 “estoy a la voluntad de Dios que hay veces que no tengo ni para comprarme un dulce ni una galleta”, EA5C12

“Es mejor estar con Dios no perjudicando ni haciendo cosas malas”, EA9C28 “que Dios la bendiga y todo eso”, EA13C23 “gracias a Dios valiente y con ganas”.

6.3.2 Entorno familiar

Desde el adulto mayor

El entorno familiar, es definido como el espacio que permite establecer las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia. Cada familia vive y participa en estas relaciones de una manera particular, de ahí que cada una tenga características que las diferencian de otras. Dentro de la presente investigación se identificaron algunas subcategorías como las relaciones familiares, comunicación, afecto, estructura familiar entre otros aspectos que influyen en el entorno familiar del adulto mayor.

En lo relacionado con las relaciones familiares desde la perspectiva del adulto mayor; se identifica que para los adultos mayores las relaciones familiares son importantes, en general se percibe que para ellos las relaciones con sus hijos son las más significativas EAC11 “mis hijos son para mí son una bendición” EA1C28 “Pues... muy, muy bonito... muy como dijera yo... pues muchas gracias a Dios por mis hijos” EA3C15 “mis hijos son excelente hijos”.

Se observa que los principales cuidadores de los adultos mayores son los hijos, especialmente las hijas EA1C2 “mis hijos me visitan todos los días... dos que hay aquí en Villavo”, EA2C3 “Son tres varones y ella, pero cada quien tiene su vida ya, y ella es la que me da la mano”, EA5C23 “Mi hija y mis nietas me cuidan, pues me cuidan en la comida, que no salga sola que no me vaya” EA12C2 “Si, yo dependo de ella (hija) para todo”; sin embargo, no todos los hijos suelen participar en el cuidado del adulto mayor EA4C2 “Esa es la que viene a recogerme, a veces viene la hija y a veces viene ella, porque el otro hijo, él trabaja él no puede estar ahí, hasta por la tarde viene” EA11C8 “Pues con unos y no con todos porque son digamos como retirados por no decir nada más” EA13C5 “Pues todos son mis

hijos, yo sufrí para tenerlos para criarlos entonces para mí ningún hijo es feo, si no quieren venir a verme que no me vean”, EA6C15 “Pues que esos otros hijos que ayudaran y colaboraran pero no igual al papá, borracho ahí” EA14C25 “Sí, yo la consiento mucho y dice Lisbeth que es mi otra hija, "Ay es que mi mamá la tiene muy consentida, hay mire ella es la mejor hija para usted", le dije pero ¿qué hago? no ve que ella es la que me cuida, usted me puede querer yo la quiero a usted, pero ella es la que me está apoyando aquí”.

Respecto a la calidad de las relaciones familiares se identifica que existen algunos conflictos entre los miembros de la familia los cuales suelen solucionar EA1C31 “Pero si el uno ve en problemas al otro eso se les olvida que están bravos... corren a ayudarse” EA2C9 “Emmm hablando la verdad a veces tenemos nuestros problemas... yo soy la que más canso en la casa por el desorden de los nietos y de mi hija... todos tres”, EA6C5 “Emmm hablando la verdad a veces tenemos nuestros problemas... yo soy la que más canso en la casa por el desorden de los nietos y de mi hija... todos tres”.

En cuanto a la estructura familiar en general se percibe que la familia del adulto mayor está conformada por las familias de sus hijos; es decir, sus nietos y yernos o nueras. EA2C1 “Mi hija y dos nietos” EA4C1 “Yo vivo con dos hijos en mi casa y con la nieta”, EA5C3 “Con mi hija Nubia y las nietas, cuatro nietas, Maria, Tatiana, Vanessa y Felipe” EA6C1 “Vivo con mi hija, con mi yerno y tres nietas”, EA8C5 “Mmmm vivo con dos hijos... y un nieto”.

Por otro lado se aprecia que la mayoría de los adultos mayores son viudos, solteros o separados, lo que para algunos produce sentimiento de soledad EA2C4 “Él ya murió”, EA4C4 “Yo soy viuda hace 30 años”, EA5C4 “yo no tengo esposo, él vive por allá con otra”, EA10C5 “nunca más conseguí otra pareja, ay padre de Dios de eso ni hablar”, EA13C5 “Desde que murió él yo me siento más vieja”. Aunque algunos aún conviven en pareja EA15C6 “con mi esposa ya tenemos más de sesenta y pico de años de casados”.

Respecto a la comunicación familiar y teniendo en cuenta a Kaplún (1998), hemos de decir que es un término que admite diversas definiciones, en todo caso, se debe dejar claro que no debemos confundir informar con dialogar, aunque los dos términos pueden ser descritos como actos de comunicación es importante entender que los procesos que realmente fortalecen las relaciones son los procesos basados en el diálogo, recordando que el diálogo es un proceso horizontal en el que los actores involucrados intercambian constantemente de papeles es decir entre emisor y receptor permitiendo que todos logren expresar sus ideas, sentimientos y emociones. Para las familias se considera que la comunicación adecuada entre los miembros de la familia es la base de las relaciones familiares.

En esta investigación los adultos mayores reconocen que la comunicación familiar no está basada en el diálogo, EA6C6 “Es que cuando están de malgenio como que me gritan y les digo no soy sorda hija a mí me respeta”, EA2C10 “La diferencias con ella es por el desorden, entonces ella se me enoja y ella trata como de subirme la voz”, algunos manifiestan que cuando hay conflictos prefieren guardar silencio y no dialogar al respecto EA6C22 “Y cuando peleo con mi hija, pues me toca callarme y dejar que ella se le pase”, EA1C30 “No, ellos se ponen... por ejemplo hay veces ellos se ponen bravos... pero cualquier cosa por lo menos no sé qué días estaban bravos los dos que están acá... por bobadas por nada por bobadas porque ellos nunca discuten si no que se dicen con una palabra o dos palabras que se dicen ya... chao”. EA10C18 “uno les dice algo y lo que le contestan a uno es estamos en la nueva era”.

Desde la familia.

Para interpretar las relaciones familiares es importante tener en cuenta el concepto de la familia como sistema, como lo expresa Ángela Hernández, quien desde la revisión sistemática concibe a la familia como un “todo diferente a la suma de las individualidades de sus miembros, cuya dinámica se basa en

mecanismos propios”. En el que la familia es un sistema social natural y un sistema en la medida en que está constituida por una red de relaciones. Siendo una perspectiva las relaciones familiares dado a que hace parte de la funcional la cual está relacionada con los patrones y fenómenos de interacción.

Las relaciones familiares están constituidas por las interacciones que se llevan a cabo entre los miembros que integran el sistema (familia); a partir de estas interacciones se establecen los lazos que son la base fundamental y los que les permiten a los miembros de la familia permanecer unidos y luchar por alcanzar las metas propuestas. En esta subcategoría se tomaron todo tipo de relaciones que se presentan con el entorno, tanto dentro del contexto de familia como las relaciones con el entorno comunitario y social del adulto familiar.

Los familiares de los adultos mayores perciben las relaciones familiares con ellos de manera diversa pero en general refieren tener dificultades por la terquedad, enojo, y algunos cambios que son muy notorios en la vejez, al igual que se se encontró como son en muchas situaciones difíciles por las dificultades económicas, que los llevan a entrar en discusiones con la familia extensa. Evidenciando como cualquier factor que afecte al sistema genera en las relaciones un cambio tanto para el adulto mayor y la familia. Sin embargo para el caso de la investigación y de las familias entrevistadas es evidente que las relaciones en general son buenas y se basan sobre todo en el buen trato y la aceptación del adulto mayor. Las siguientes narrativas nos muestran sus respuestas y sentir con respecto a esta gran subcategoría familiar. En el contexto familiar se evidencian las siguientes narrativas:

- *E2DF9. “No la iba bien con la mujer, pero nosotros que como esta, que como se siente”. E4DF10. “estamos pendientes de ellos, que si les falta algo, brindándole amor”. E11DF10. “Las llamaditas y visitas siempre pero la demás familia alejadita”. E12DF13. “Visitándolo, ósea dándole tiempo de compañía, diciéndole palabras bonitas yo más que todo, porque mis hermanos no, mis hermanos le dicen "hola papá" y nada más porque él ni saluda ni le da la*

mano, mi hermano viene a darle la mano y él no le da la mano, entonces es difícil si me entiende...esa relación". E13DF4. "Vivimos muy bien y las relaciones son buenas" E13DF7. "Echamos chisme y me ayuda".

Para el contexto familiar con el entorno comunitario se tienen las siguientes narrativas:

- *E6DF3, "Ella es saludadora y charlatana". E4DF5. "Mantiene dándose vueltas por el pueblo y hablando por ahí". E14DF12. "No, ella es muy recochera, la quieren mucho los vecinos".*

En cuanto a la Estructura familiar y al revisar los conceptos y definiciones, no satisfacen los requerimientos para la misma y los resultados obtenidos en la investigación, se decide construir un concepto propio. Considerando la estructura familiar como los espacios y las personas con quien cohabita o vive el adulto mayor, calidad de la vivienda, las condiciones de la casa y el tipo de propiedad. Esto dado porque de las entrevistas surgió respuesta de con quien vive, como vive y si están las condiciones adecuadas para vivir. Que surgen de los patrones interaccionales del funcionamiento familiar. La narrativas indican:

- *E1FD4. "Es duro vivir con él". E2DF1. "Yo le tengo su pieza, vive bien". E4DF2. "Vive con la esposa pero no revueltos y la pasan muy rico". E12DF1. "Vivimos juntos y pagamos arriendo". E5DF1. "El vive alejadito en un rinconcito de la casa". E10DF1. "Vivimos en casa propia con mis padres". E13DF3. "La casa es muy seguro para ella"*

La comunicación familiar puede ser entendida como un proceso simbólico transaccional que se da en el interior del sistema familiar. Es un proceso en el que se incluyen mensajes de comunicación verbal y no verbal, sentimientos, emociones, pensamientos, conocimientos y percepciones de los integrantes del grupo familiar que intervienen y se dan en el diario vivir. Para Gallego, 2006, p.94. La interacción del sistema familiar y de la comunicación familiar ocurre en un contexto cultural, ambiental e histórico el cual tiene como resultado crear y compartir significados.

Tesson & Younnis (1995) y Noack & Krake (1998) perciben la comunicación como un escenario decisivo para renegociar roles y transformar las relaciones para que el ambiente es menos hostil y rodeado de coherencia y reciprocidad.

Desde estos conceptos es importante tener en cuenta que los familiares entrevistados al igual que en las relaciones familiares encuentran una circularidad en la comunicación familiar por tanto la diversidad encontrada en las entrevistas no es distante la una de la otra y en ellas encontramos la expresiones verbales y no verbales con las que se comunican con el adulto mayor y el resto de los integrantes de la familia.

Para esta subcategoría se lograron obtener las siguientes narrativas de las entrevistas realizadas a los familiares de los adultos mayores.

- *E5DF10. “Fríos y poco expresivos”. E2DF6. “Mi hermano y yo nos queremos mucho”. E2DF8. “A veces se pone aburrido por los hijos, no se acuerdan de él”. E2DF10. “Mis hijos y mis nietos lo estiman mucho”. E2DF12. “Yo le hablo mucho a mi hermanito y le ofrezco cositas”. E4DF10. “Estamos pendientes que no le haga falta nada y ofreciendole amor y muchos abrazos”. E7DF13. “no soy lamberuca yo les digo normal que los quiero” E5DF8. “Todos los días nos vemos y conversamos”. E8DF7. “Abrazos y buena comida”. E10DF12. “Con cariño y gracias”. E11DF8. “Si, ella dice gracias. Con un gracias, un por favor. Con las palabras claves”. E13DF9. “No somos muy expresivos pero estamos juntos”. E12DF13. “Cariño solo con visitas no hay palabras”. E13DF9. “No somos muy expresivos pero estamos juntos”. E14DF13. “No es muy expresiva, nos cuida, siempre”.*

6.3.3 Proceso de envejecimiento

Desde el adulto mayor.

Los cambios en el envejecimiento, se resalta que para los adultos mayores los cambios más notorios son los que se dan a nivel físico.

Aunque los cambios en el proceso de envejecimiento son esperables, la mayoría de ellos manifiesta la aparición de diversas enfermedades durante la vejez. EA4C7 “Otra cosa es que yo no veo casi y toca que me hablen duro porque yo no oigo”, EA1C20 “Pues que día por día pues el cuerpo se va arrugando, se va perdiendo las fuerzas, va perdiendo la vista, va perdiendo el odio, la memoria”, EA5C16 “Nada, yo soy la misma. En lo físico? la viejera, que se vuelve uno viejo y se va arrugando, que no puede ni comer, no mira casi mira muy nublado”, EA2C19 “por dolerme la rodilla y que en veces me molesta la columna, pero de resto no. Le salen las pepitas en la piel”, EA9C17 “Pues que día por día pues el cuerpo se va arrugando, se va perdiendo las fuerzas, va perdiendo la vista, va perdiendo el odio, la memoria”, algunos de ellos también manifiestan cambios sociales durante la vejez EA13C16 “Lo más difícil es que uno no tiene con quién compartir con quien charlar con quien reír, pues porque yo he sido poco amiguera poco me gusta la vecina, no he sido mucho así como de mucho compinche”. EA15C23 “Antes uno trabajaba y tenía amigos ya todos se murieron o se fueron” EA13C2 “Pues yo de joven salía mucho, no ha tomar trago y eso porque no... pero si me gustaba bailar, ya hasta caminar me duele”, EA5C14 “Cuando uno se envejece...Canson se pone uno, aburrido, que no me gusta esto, que no me gusta lo otro”.

En cuanto a la Percepción de la vejez, vemos que la percepción es entendida 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 esta investigación se quiso profundizar a cerca de la forma como perciben los adultos mayores la vejez, encontrando que para la mayoría la vejez es percibida como sinónimo de pérdida de la independencia o funcionalidad, EA2C14 “Pues yo la vejez la considero... llegar a un término que uno ya no sirve para nada, no como antes que hacia uno las cosas a su manera”, EA3C9 “No pues uno ya... a ratos es

duro en muchos sentidos, uno ya no es el mismo, uno ya trabajar no puede, no puede uno a decir que va a trabajar, como en el caso mío a mí me gustaría y todavía me siento capaz de ir a arreglar una casa, de ir a hacer un oficio, pero los pulmones no, porque el polvo me hace daño si yo trapeo mucho me asfixio, si yo corro mucho me asfixio entonces tengo es que mirar a bregar como a tener tranquilidad”, EA7C27 “Yo vivo muy contento desde que no me duelan los pies yo llego aquí al hogar y hago todo”, EA8C20 “Porque ya uno no puede valerse por uno mismo ni salir y decir yo voy a coger este azadón o esta hacha y me voy a ir para el rastrojo a sembrar una mata de plátano o de yuca porque no puede, ahí es cuando uno necesita”, EA12C23 “yo ya no tengo esa facultad físicamente para ir a visitar mi otra familia que tengo por padre que viven en Medellín”. Por otro lado, un porcentaje menor de adultos mayores viven el proceso de envejecimiento de manera positiva EA8C1 “Pues es una experiencia muy grande porque a esta edad uno recuerda, yo por ejemplo me recuerdo de todas las maravillas que pase en mi juventud y el modo de trabajar y todo eso... si... se acuerda uno y es una cosa muy linda...”

Lo relacionado a la etapa final de la vida; Durante el proceso de análisis de entrevistas surgieron narrativas importantes frente al final de la vida, que aunque no son muchas, sí fue interesante conocer cómo los adultos mayores siente su cercanía a la muerte y asumen este proceso con resignación EA1C4 “No pues yo...aceptarlo”, EA1C4 “está a nombre de ellos hasta el día en que yo me muera”, EA2C20 “Sí, es un destino que uno tiene”, EA5C13 “Esperar que Dios le de bote al mundo”. EA12C18 “Pues le digo que yo quisiera que ya mi Dios me eligiera... si, uno solo pues”.

Desde la familia.

De las entrevistas con los familiares de los adultos mayores emergieron las siguientes sub-categorías que tienen que ver con la percepción de la vejez, en el que se evidenciaron las siguientes narrativas:

Los análisis y estudios que se han realizado con respecto a la definición del término de vejez han estado muy relacionados con el ciclo de vida en el que se pasan por una serie de etapas pero en el que además se da el desarrollo humano, donde la mayor influencia está dada por la cultura. Es así como se ha considerado que la vejez es la última etapa del ciclo de la vida.

En general los familiares entrevistados ven la vejez como una etapa al final de la vida en la que se tienen cambios y dificultades y en los que muchos no desearían llegar, por la carga que significan para la familia, si llegaran a ser dependiente de algo o de alguien en esta etapa. Los familiares entrevistados consideraron que definitivamente no se cuidan para la vejez y que es una etapa muy difícil, otros cuantos concluyeron que es una bonita.

Las siguientes narrativas expresan la subcategoría: la **vejez como parte indiscutible de la vida del ser humano**.

- E3DF7. *“Doctora yo pienso de la vejez en primera medida como miedo de ver que miro tanto adulto mayor que lo tengan que mover que por acá por allí a eso le tengo miedo, yo le pido al señor que mis últimos días que yo tenga vida me pueda mover yo sola... virgen santísima”.*
- E5DF5. *“Pues que yo no quiero llegar a eso... yo digo que la vejez es algo que pues... uno quiere que la mamita y el papito siempre estén ahí pues yo personalmente yo por ejemplo digo que eso es duro llegar uno tan viejito, porque pues mucho hijos quieren los papás y los ayuda, otros no... Muchas veces una persona muy viejita es un estorbo porque todo toca darles, hacerles para aquí para allá y no todos los hijos tienen la misma paciencia”.*
- E5DF11. *“Yo no quiero pensar en eso, yo nunca he pensado en eso, pero... pues ojala tener una casita y vuelvo y digo en el comportamiento de uno cuando uno ya no puede hacer nada, defenderse por sí solo pues para eso están los hijos, eso es lo que he escuchado decir, que los hijos son el bordón de la vejez... entonces toca pedirle a mi Dios que nos de salud y tener donde vivir”.*

- E10DF6. *“Terrible, me da miedo... porque de pronto no había pasado... uno mira viejitos así... pero hasta que uno vive la situación uno dice uy no terrible. Pero las que no han vivido la situación dicen no, no, que bueno tener los viejitos que bueno tener la mamá, pero no es así”.*
- E11DF5. *“Pues yo por mi parte entiendo que la vejez es una etapa de la vida que uno ya ha recorrido una vida y llega la etapa de la vejez que ya es como un descanso, digamos uno descansa del trabajo. En especial ella, ella me cuenta que trabajó mucho, en la vida de ella trabajo mucho, ella trabajo en casas de familia, en fincas, en trabajo que a ella le salía, entonces a ella le llegó la etapa de estar descansando, de no estar trabajando, no estar para aquí para allá”.*
- E12DF5. *“Pues yo pienso que la vejez es bonita siempre y cuando uno se pueda valer por uno mismo, una vejez que tenga poderse uno valer, no ser un obstáculo o estorbo para los demás yo pienso que una vejez así sería hermosa”.*
- E15DF6. *“Que es muy dura, porque... digo yo miro abuelitos y digo que eso depende de la vida que uno se dé, ósea eso depende es de uno, el cambio va es de uno, si usted se da su calidad de vejez, eso depende de uno mismo como u lo viva como u lo sienta”.*

Las siguientes narrativas expresan la sub-categoría **cambios en la vejez**:

- E3DF9. *“En Cosme que él era muy alegre, en la casa de los papás de él lo que era el 8 de diciembre era muy alegre, porque eran los cumpleaños del papá de él sacrificaban reses, hacían mamona, él bailaba, él cantaba, el muy alegre, muy alegre y ahora todo eso se acabó doctora. Eso allá en esa casa eran 3 días de fiesta cuando los papás cumplieron 50 años de casados... fueron 3 días de fiesta dos mamonas... todo eso se acabó. La mamá amaba a ese señor”.*
- E4DF8. *“Más males les resultan, mas enfermitos, por las mismas enfermedades ellos se siente como aburrido y como impotentes”.*

- E6DF7. *“La alegría que a ella la caracterizó tanto, la elegancia porque ella a pesar de todo ella viene bien vestida, ella le encanta que yo le haga peinados y todo eso... y ya no la va viendo apagarse, yo por ejemplo esta semana el jueves empezó a estar enfermita y estuvo pero malísima, yo decía Dios mío señor, ella fue una persona muy trabajadora pero así mismo enfermiza, ella todo el tiempo estuvo enferma de una cosa y de otra, trabajó mucho en el campo. Y le decía a mi hermana mire como mi mami como esta, se van apagando y tiene uno que aceptar”.*
- E7DF6. *“Ellos llegan a un estado de volver a ser niños otra vez se vuelven muy tercos, muy caprichosos en eso”.*
- E7DF7. *“Pues claro, pues la edad opaca mucho a los papás, claro uno viene de verlos a ellos fuertes, trabajando para allá y para acá... en ese ámbito moviéndose haciendo cosas y ya llegar uno por ejemplo llegar uno en este momento se sienta uno y los ve, es duro. Pues ahorita en este momento ellos tienen una habitación alquilada y pues ellos ahorita de ahí es donde se están sosteniendo y eso porque a veces nosotros le ayudamos y cuando podemos... también”.*
- E8DF4. *“Pues... que se arruga uno un poquito, las enfermedades... pero yo siempre he dicho que eso llega con el tiempo, uno se cuida, digamos yo a mi mami la cuido en lo de la sal y yo también estoy en las mismas, entonces ya estoy acostumbrada a comer bajito de sal y de dulce”.*
- E9DF6. *“Por ejemplo más que toda la memoria, a él le está fallando mucho la memoria eso sí ha cambiado mucho en él y... (Pensando).”*
- E10DF8. *“Pues sí, la independencia, yo nunca considere que ella fuera a terminar así, porque la enfermedad de ella fue una cosa diferente, fueron unas llagas en las piernas que se le miraba el hueso ya con el poder de Dios y con inyecciones se mejoró de eso, pero ahorita le dio fue un depresión eso es una lloradera ahí que le duele aquí que le duele allí, que ya no es aquí... para llevarla al médico le colocan ampolletas y nada le quita”.*

- E12DF7. *“Hay cambios que a veces uno no los acepta, uno no acepta esos cambios que es normal que pase, todo tiene que acabarse todo tiene que llegar a su término, ¿no? entonces uno dice o yo digo yo quisiera llegar a los 50 y ya no más, o llegar a la vejez que uno pueda valerse. Mi papá se ha vuelto de malgenio, aburrido, solitario, camina muy despacio ya está como la canción, ahora ya camina lento y solo muy solo y ha perdido el odio él es sordo, ha perdido la vista porque como la diabetes le produjo el glaucoma entonces la tensión también lo ha deteriorado más, ósea no ha venido teniendo una vejez bonita”.*
- E13DF10. *“Las arrugas y el malgenio depende del abuelo, digamos mi abuela tiene épocas de malgenio”.*
- E14DF8. *“Pasan los años, hay cambios... se le va arrugando más, cuando camina arto ya se tira a caerse y toca ayudarla a levantar... esta mas canosa, mas arrugadita, la visión ya casi no mira bien, repite mucho, se le olvidan las cosas, le gusta mucho la calle, salir sola y que nadie le de la mano para pasar la avenida”*
- E15DF7. *“Pues que se va limitando las capacidades que uno tiene de todo físicas, de conocimiento de entendimiento se van deteriorando se van limitando”.*

7. DISCUSIÓN

7.1 Caracterización social y demográfica de adultos.

Con relación a las características sociodemográficas se encuentra mayor predominio de mujeres (52,6%), en coherencia con otros estudios donde indica un incremento paulatino de la feminización de la vejez (51). De igual forma las proyecciones poblacionales muestran que el 6,57% son mujeres adultas mayores en relación a los hombres adultos mayores que solamente son el 5,4% (DANE 2018) (52).

Por edades, se observa el 21,88% se encuentran entre los 70 – 74 años, en Colombia para el año 2013, la población mayor (60 y más años de edad) es de 10.53% del total de la población (53), produciendo un tránsito rápido en el proceso de cambio demográfico, habiendo un incremento de la expectativa de vida pasando de 72,6 años (2000-2005) a 76 años (2015-2020) lo que ha incidido en el cambio de la estructura por edad, esto acompañado de la disminución de la mortalidad, el descenso de las tasas de la fecundidad de su población haciendo que el envejecimiento progresivo de la población conlleva un incremento de dependencia por edad (54), (55).

En cuanto a nivel de estudios académicos en Colombia las personas mayores de 60 años presentan las tasas de analfabetismo superiores al 25% (56), así mismo en el estudio la presencia de analfabetismo en los Adultos Mayores fue de (27,4%+42,5%), y según diversos autores los adultos no superan el nivel de básica primaria (57), (58), (59), esto puede indicar un factor de riesgo importante, al tener un nivel de educativo menor son considerados más pobres donde más del 70% de adultos mayores reingresan en el mercado laboral en condiciones de informalidad e inequidad en la remuneración, donde cerca del 59% obtienen ingresos inferiores a un salario mínimo mensual legal vigente (60).

La mayoría de los adultos mayores tienen buena relación con su familia, en concordancia con otros estudios donde un alto porcentaje de hombres y mujeres se sienten satisfechos con la convivencia familiar. Resaltando así que la familia es un elemento protector en el trayecto de vida ayudando a mejorar la calidad de vida del adulto mayor (61), (62).

Según diversos estudios donde las personas adultas mayores es gran porcentaje se encontraban casadas 39% y 47,3% respectivamente, la viudez predomina en este estudio encontrando que 34,2%, esto trae consigo incremento en el riesgo de presentar depresión y ansiedad (61), (63).

7.2. Condiciones de salud del adulto mayor.

7.2.1 Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

En relación a las (ABVD) en el estudio realizado por Bejines-Soto, *et al.* En México donde el 72,1% de los adultos mayores presentan algún grado de dependencia (64), caso contrario encontrado en el presente estudio donde el 40,6% presentan algún grado de dependencia, dato similar encontrado por Hernández-Narváez, *et al.* En Cuba donde el 49% de la población presentó algún grado de dependencia (65). En cuanto a las (AIVD) predominó la independencia, situación similar en los estudios presentados por Hernández-Narváez, *et al.* En Cuba 63,3% (65) y Monroy-Rojas, *et al.* En México 82% (66).

Sin embargo llama la atención que un porcentaje significativo se reporta con un grado de dependencia tanto para la ABVD como para la AIVD, donde se plantea factores de riesgo como la presencia de analfabetismo y un número importante de adultos mayores que viven solos produciéndose así un abandono de estos mismos.

7.2.2 Detección del riesgo de caída.

En cuanto a la escala de Tinneti, Silva-Fhon, *et al.* En Perú identificaron que 61,4% de adultos mayores presentaron un riesgo o alto riesgo de caída (67) caso opuesto a lo encontrado por Quino-Ávila y Chacón-Serna en Colombia donde

prevalece el riesgo de caída mínimo (68) similar a lo encontrado en este estudio donde el 55,9% de los adultos mayores presentan un riesgo de caídas mínimo. Siendo importante que en la región generen factores protectores que fomente el envejecimiento activo y mantener el estado de salud actual de los adultos.

7.2.3 Nivel cognitivo y estado afectivo.

El deterioro en el estado mental de las personas empieza a decaer, el ser mujer, no haber cursado ningún tipo de estudio, tener una relación débil con el entorno familiar son factores de riesgo que aumentan la probabilidad de generar un deterioro mental más progresivo, esto lo corroboran estudios como el de Segura Cardona, et al (2018) en donde se evidencio mayor predominio de deterioro cognitivo en la edad mayor de los 75 años, tener bajo nivel de escolaridad, vivir solo debido a viudez, separación o soltería (69).

El deterioro cognitivo progresa a medida que va transcurriendo las etapas de la vida, como se evidencia en este estudio, a mayor edad existe un mayor deterioro cognitivo lo que puede llegar a ocasionar Alzheimer, esto se ve reflejado en la investigación realizada por López Trigo, et al (2017) donde la edad es el factor de riesgo más importante para desarrollar enfermedad de Alzheimer, duplicándose cada 5 años hasta los 85 años (70).

El porcentaje más alto de adultos mayores presentan una valoración de normalidad mientras que el menor porcentaje sufre un deterioro cognitivo grave, a diferencias de estudios donde el deterioro cognitivo es leve y el menor porcentaje no evidencia deterioro cognitivo (71).

Los adultos mayores que no tenían ningún tipo de estudio académico, el 77,4% presentan algún deterioro cognitivo, en coherencia con estudios donde hay un alto índice de personas analfabetas (15; 25%), lo cual pudo ser un factor de riesgo para presentarse deterioro cognitivo (72). Sin embargo otros estudios indican que cuando la familia es disfuncional existe mayor deterioro cognitivo (73), esto lo encontramos en este estudio donde los adultos mayores que tenían una relación

familiar regular o mala presentaban mayor deterioro cognitivo que aquellos que tenían una buena relación familiar.

El grupo etario entre 65 a 69 años tiende a sufrir una probable o depresión establecida. Resultado similar encontrado por Borda Pérez et al., (2013) donde la prevalencia de depresión de acuerdo con el test de Yesavage predominó en el grupo de edad de 65 a 70 años (73). Sin embargo lo encontrado por González y Marín (2015) con respecto al grupo etario el más frecuente en presentar rasgos depresivos fue el de 70 a 74 años (74).

El grupo poblacional con mayor prevalencia de tener una probable depresión o establecida fue el de las mujeres con un 58,7% este resultado se puede comparar con lo encontrado por González y Marín en 2015 identificaron que el tener una probable o depresión establecida el sexo femenino presenta mayor prevalencia (74).

En un estudio realizado en Colombia en el 2018 se encontró una prevalencia moderada de depresión, esta no se asoció con el declive cognitivo presentado por los adultos mayores (75), pero, en la presente investigación entre mejor nivel cognoscitivo del adulto existe una mayor posibilidad de presentar una depresión probable o establecida. Caso contrario en lo encontrado por Vilchez-Cornejo, et al, donde encontró que aquellos que tenían depresión severa se asociaba a padecer deterioro cognitivo (76).

7.2.4 Percepción del estado de salud.

Ferrer, et al. Observó una mediana de comorbilidades de 2 [1,00; 3,00], y existían 129 (47,3%) sujetos con un índice de Charlson ≥ 2 (77) caso contrario encontrado donde solamente el 13,7% presentaron esta valoración de una comorbilidad baja o alta.

En el estudio realizado por Peláez, *et al* en Argentina donde la mayor proporción de las personas mayores 60,1% tuvieron una percepción positiva de su salud. (78). Situación similar encontrada en el estudio donde el 50,5% tuvieron una

percepción positiva (Excelente, muy buena y buena) y según Castaño-Vergara y Cardona-Arango, los adultos con 68 años y más, tienen menor probabilidad de percibir mal la propia salud (79).

Finalmente se encuentra una incoherencia entre la morbilidad sentida donde un número significativo de adultos percibe una salud negativa mientras que lo encontrado en el instrumento evidencia un porcentaje importante de ausencia de comorbilidad.

7.3. Percepción del entorno familiar del adulto mayor.

7.3.1 Necesidades especiales del adulto mayor

Actualmente, los ancianos no solo buscan la satisfacción de sus necesidades materiales (vivienda, salud, entre otras), sino también de otras que antiguamente no eran importantes, tales como participar, hablar, decidir, comprometerse, divertirse, recrearse, aprender e intervenir en grupos. Hoy día, el adulto mayor se queja de su falta de autoridad en el núcleo familiar, dada por la independencia que toman los hijos, la dependencia económica hacia ellos, la imposibilidad de realizar todas las actividades hogareñas que antes realizaba, entre otros factores (80). Caso encontrado en la investigación donde se evidencia que para los adultos mayores los ingresos que reciben no son suficientes, algunos adultos mayores deben trabajar a pesar de la edad además de que se identifica que para los adultos mayores aunque cuentan con el afecto de su familia su única relación social se da en el contexto del centro vida

7.3.2 Entorno familiar

Relaciones familiares.

La vejez implica el apoyo social y familiar a las personas que desean continuar viviendo en la comunidad, ser cuidadas en familia, para poder seguir haciéndolo, al tiempo que siguen desarrollándose todas sus potencialidades hasta el último momento. Eso conlleva el apoyo material y afectivo a los familiares (81) la cual

según la presente investigación las relaciones familiares son importantes y están basadas sobre todo en el buen trato y la aceptación donde para el adulto mayor las relaciones con sus hijos son las más significativas.

Los cuidadores familiares son personas que otorgan cuidado informal, no reciben remuneración o retribución económica, donde el cuidador principal se caracteriza por ser mujer, con lazos de parentesco, generalmente la esposa o una hija (82) lo cual se ve reflejado en la presente investigación donde los principales cuidadores de los adultos mayores son los hijos, especialmente las hijas, donde mencionan satisfacción de contar con un adulto en su familia.

Estructura familiar

En general se percibe que la familia del adulto mayor está conformada por las familias de sus hijos; es decir, sus nietos y yernos o nueras, una familia extensa donde el apoyo mutuo es uno de los motivantes, el hecho de vivir en familia extensa acarrea una serie de conflictos por la determinación de roles, pero también trae bondades, como son, apoyo económico relacionado en la administración de bienes, cuidado del hogar, apoyo moral y afectivo donde el adulto mayor participa en ocasiones en el cuidado de los nietos en el hogar. Los hombres tienden a apoyar más en lo económico e instrumental en cambio las mujeres se involucran en todos los aspectos de apoyo y del cuidado (83).

Comunicación familiar

Se evidencia que la adecuada comunicación verbal y no verbal entre el adulto mayor y el resto de los integrantes de la familia es la base de las buenas relaciones. Bowlby (1990) afirma que el intercambio afectivo, es una de las interacciones más importantes en la vida del ser humano, debido a que el sentirse amado, respetado y reconocido potencia la satisfacción personal y el desarrollo humano al interior del grupo familiar; así mismo, el afecto es clave para comprender la dinámica familiar (84).

Aunque los adultos mayores reconocen que cuando hay conflictos la comunicación familiar no está basada en el diálogo y que prefieren guardar silencio. Según Agudelo (2005) la comunicación dañada, en la que las relaciones familiares está sellada por intercambios que se basan en “reproches, sátiras, insultos, críticas destructivas y silencios prolongados”. (p.9). Este tipo de comunicación hace que afloren la distancia y el silencio entre quienes conforman la familia, y una dinámica familiar con vínculos débiles (84).

7.3.3 Proceso de envejecimiento

Los cambios en el envejecimiento, se resalta que para los adultos mayores los cambios más notorios son los que se dan a nivel físico, aunque los cambios en el proceso de envejecimiento son esperables, la mayoría de ellos manifiesta la aparición de diversas enfermedades durante la vejez. Encontrando que para la mayoría la vejez es percibida como sinónimo de pérdida de la independencia o funcionalidad. La percepción de la calidad de vida general se mejoraría en la tercera edad, a pesar de lo afectada que pueda estar la salud física, si se trabaja con las personas en un equilibrio dinámico que fortalezca y haga emerger aspectos resilientes y protectores de la personalidad de los sujetos y de los grupos, con el propósito de prepararlos psíquicamente para las edades donde la salud se verá quebrantada (85).

8. CONCLUSIONES

En las características sociales y demográficas se evidencia un nivel de analfabetismo y un grupo solos, sienten un factor de riesgo importante para la presencia de depresión, deterioro cognitivo y un nivel de dependencia, situación que empeora cuando los Centros Vida no generan acciones que fomenten actividades a favor del envejecimiento activo.

En el proyecto se ha evidenciado que en la ciudad de Villavicencio existe una feminización de la vejez además del tránsito rápido en el proceso de cambio demográfico acompañado de que los adultos mayores se evidencian un fenómeno de migración hacia la capital del Departamento del Meta.

Los centros vida de la ciudad de Villavicencio son un sostén para el adulto mayor que ayudan a mejorar la calidad de vida promocionando un desarrollo de las capacidades físicas, cognitivas, psicológicas, afectivas y de relación interpersonal.

La familia en el adulto mayor ejerce un papel protector brindando el acompañamiento que requiere el adulto mayor en esta etapa de la vida con vínculos fuertes permitiendo un desarrollo significativo de la autonomía del mismo.

9. RECOMENDACIONES

Para los entes departamentales y municipales, orientar las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para generar un manejo social del riesgo además la convivencia social en los adultos jóvenes y adultos mayores, de tal manera que la aplicación de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez sea eficaz, efectiva, de manera transversal y con equipo multidisciplinario para el manejo social del riesgo, orientado a un envejecimiento activo.

Para los Centros Vida, en su plan de acción incluir a las familias de los adultos mayores para que de esta manera se fortalezcan los vínculos afectivos entre los mismos además del acompañamiento que estos brindan en la calidad de vida de los adultos mayores y de las mismas familias.

Para la Universidad de los Llanos dar a conocer los resultados con los docentes y estudiantes para promover nuevas investigaciones en el ámbito académico en los diferentes programas que oferta ayudando así a sensibilizar al futuro profesional para conocer la realidad de esta población.

Para la Facultad Ciencias de la Salud a través de sus programas de pregrado y posgrado desarrollar nuevos enfoques del plan de estudios teniendo en cuenta las dinámicas demográficas, de salud, sociales y familiares presentes en la población.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estadísticas sanitarias mundiales [Internet]. Organización mundial de la salud. 2014 [cited 3 October 2017]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf?ua=1&ua=1&ua=1
2. Datos interesantes acerca del envejecimiento [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 [cited 23 September 2017]. Available from: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
3. Envejecimiento y salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2015 Nota descriptiva N° 404 [cited 23 September 2017]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
4. Loewy M. La vejez en las Américas. La revista de la Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2014 [cited 12 December 2017]; volumen 9(Número 1). Available from: http://www1.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero19_articulo02.htm
5. Acerca de Envejecimiento [Internet]. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2016 [cited 8 December 2017]. Available from: <https://www.cepal.org/es/temas/envejecimiento/acerca-envejecimiento>
6. Ministerio de salud y protección social. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS) COLOMBIA, 2016. Bogotá; 2016 p. 28-30. [cited 23

September 2017] Available from:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/asis-colombia-2016.pdf>

7. Ministerio de salud y protección social. Análisis de Situación de Salud según regiones Colombia. 2013 p. 19. [cited 23 September 2017]. Available from:
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/An%C3%A1lisis%20de%20situaci%C3%B3n%20de%20salud%20por%20regiones.pdf>
8. SITUACIÓN DE SALUD PARA LA ZONA DE LOS LLANOS Y LA ORINOQUIA COLOMBIANA [Internet]. UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS. 2011 p. 11 - 16 [cited 29 September 2017]. Available from:
<http://web.unillanos.edu.co/docus/SITUACI%C3%93N%20DE%20SALUD%20ORINOQUIA%20COLOMBIANA%20%2029%20DE%20NOVIEMBRE%20DE%202011.pdf>
9. Ministerio de salud y la protección social. Análisis de Situación de Salud del Municipio de Villavicencio. Villavicencio; 2013 p. 32-37. [cited 23 September 2017]. Available from: http://saludmeta.gov.co/apc-aa-files/37353762653134633337613535333031/asis_vcio-def.pdf
10. Secretaria de Gestión Social y Participación Ciudadana. CENTROS VIDA, ESTRATEGIA DEL GOBIERNO MUNICIPAL PARA BRINDAR APOYO A LOS ADULTOS MAYORES. Villavicencio: Alcaldía de Villavicencio; 2017. . [cited 23 September 2017]. Available from:
<http://www.villavicencio.gov.co/NuestraAlcaldia/SaladePrensa/Paginas/Cent>

ros-Vida,-estrategia-del-Gobierno-municipal-para-brindar-apoyo-a-los-adultos-mayores.aspx

11. Rocha L. La vejez en movimiento. Un enfoque integral. Buenos Aires: DUNKEN; 2013. [cited 23 September 2017]. Available from: https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=pYdOAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA43&dq=teor%C3%ADas+envejecimiento+psicologico&ots=OcuLMfSv2Q&sig=1T8_TM_E5DbOL9rc9tPflxvzajl#v=onepage&q&f=false
12. Bruna M., Reinoso Z., San Martín R. EL ABANDONO UNA PROBLEMÁTICA EN EL ADULTO MAYOR [Internet]. Medicina Uach. [Cited 29 September 2017]. Available from: [http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Vi%F1a%20del%20Mar%202003/Abandono una problematica en el adulto mayor.pdf](http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Vi%F1a%20del%20Mar%202003/Abandono%20una%20problematica%20en%20el%20adulto%20mayor.pdf)
13. Envejecimiento activo y saludable [Internet]. OPS / OMS. 2015 [cited 26 September 2017]. Available from: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/mexico-japon/03_AYALA_envejecimiento_activo.pdf
14. Vicente López J. Envejecimiento Activo. 1st ed. España: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Secretaría General de Política Social y Consumo Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2011. [cited 30 September 2017]. Available from: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf

15. Envejecimiento saludable oportunidades a futuro [Internet]. Organización panamericana de salud. 2012 [cited 1 October 2017]. Available from: <http://www.riicotec.org/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/amgvega.pdf>
16. El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales [Internet]. España; [cited 1 October 2017]. Available from: <http://spain-s3-mhe-prod.s3-website-eu-west-1.amazonaws.com/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf>
17. Cobo Domingo J. atención sociosanitaria a personas en el domicilio [Internet]. [cited 1 October 2017]. Available from: <https://www.logoss.net/file/571/download?token=9FdhUTUP>
18. Castanedo Pfeiffer C, Sarabia Cobo C. Enfermería en el Envejecimiento [Internet]. [cited 1 October 2017]. Available from: <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/643/course/section/633/Tema%25203%2520Cambios%2520psicologicos.pdf>
19. OMS| Determinantes sociales de la salud [Internet]. Who.int. [cited 1 October 2017]. Available from: http://www.who.int/social_determinants/es/
20. Alvarado García A., Salazar Maya Á. Análisis del concepto de envejecimiento [Internet]. Scielo. 2014 [cited 29 September 2017]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002

21. Salgado de Snyder N., Wong R. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. Salud pública Méx [Internet]. 2007 Jan [cited 2017 Sept 28] ;49(Suppl 4): s515-s521. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342007001000011>.
22. Guerrero N, Yépez MC. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. Rev Univ. salud. 2015;17(1):121-131 Scielo [Internet]. [cited 27 September 2017]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a11.pdf>
23. Arias C. El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad. Kairos gerontología [Internet]. 2013 [cited 28 September 2017];. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/20024/14899>
24. El papel de la familia en el envejecimiento activo [Internet]. instituto internacional de estudios sobre la familia. 2013 [cited 28 October 2017]. Available from: <http://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Informe20132.pdf>
25. Barraza A, Castillo M. El envejecimiento [Internet]. Chile; 2013 [cited 30 September 2017]. Módulo I: Tendencias en Salud Pública. Available from: http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202006/El_envejecimiento.pdf
26. Modelo de promoción de la salud [Internet]. 2008 [cited 1 October 2017]. Available from: <https://enfermeriavulare16.files.wordpress.com/2016/05/teorc3ada-nola-i-pender-modelo-de-la-promocic3b3n-de-la-salud.pdf>

27. Rivillas JC, Gómez-Artistizabal L, Rengifo-Reina HA, Muñoz-Laverde EP. Envejecimiento poblacional y desigualdades sociales en la mortalidad del adulto mayor en Colombia ¿Por qué abordarlos ahora y dónde comenzar? Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 2017; 35(3): p1. [cited 30 September 2017]. Available from: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/325933/20785314>
28. Castaño-Vergara D M, Cardona-Arango D, Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores. Revista de Salud Pública 201517171-183. [cited 30 September 2017]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42241778002>.
29. Rubio Olivares D Y, Rivera Martínez L, Borges Oquendo L d I C, González Crespo F V, “Calidad de vida en el adulto mayor”. VARONA 2015 1-7. [Cited 30 September 2017]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360643422019>.
30. Ramos Monteagudo A M, Yordi García M, Miranda Ramos M d I Á, El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. Archivo Médico de Camagüey 201620330-337. [cited 1 October 2017]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211146067014>
31. Pavón M, Arias C, La percepción de autoeficacia para envejecer desde una perspectiva de género. psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica 2013574-80.[cited 1 October 2017]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333129928004>.

32. QUIROGA P, Prácticas cotidianas de los adultos mayores en el contexto familiar latinoamericano. *Oculum Ensaíos* 20151249-59. [cited 1 October 2017]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=351733757005>.
33. Escalona Pérez B, Ruiz Martínez A O, Salud mental y funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo, Estado de México. *Psicología Iberoamericana* 20162438-46. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133947583005>.
34. Zapata-López B I, Delgado-Villamizar N L, Cardona-Arango D, Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia 2011. *Revista de Salud Pública* 201517848-860. [cited 1 October 2017]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42244105003>
35. Sanchoyerto López R, Rodríguez Rodríguez J, Tabares V, Silva Jiménez , Cervantes Ramos M. Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. *Panorama Cuba y Salud [Internet]*. 2014 [cited 1 October 2017];3(1):1. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cubaysalud/pes-2014/pes141f.pdf>
36. Parra-Giordano D, González-Molina D, Pinto-Galleguillos D, Proceso de enfermería en un estudio de familia de persona adulta mayor en atención primaria de salud. *Enfermería Universitaria* 20171467-75. [cited 1 October 2017]; Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358751558009>.

37. Sánchez González D. Ambiente físico-social y envejecimiento de la población desde la gerontología ambiental y geografía: Implicaciones socioespaciales en América Latina [Internet]. Scielo. 2015 [cited 1 October 2017]. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-34022015000100006&script=sci_arttext
38. Salas-Cardenas S M, Sánchez-González D, Envejecimiento de la población, salud y ambiente urbano en América Latina. Retos del Urbanismo gerontológico. Contexto. Revista de la Facultad de Arquitectura de la Universidad Autónoma de Nuevo León 2014 VIII31-49. [cited 1 October 2017]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=353632354004>.
39. Consulta de la Norma: LEY 1276 DE 2009 [Internet]. Alcaldiabogota.gov.co. 2009 [cited 1 October 2017]. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=34495>
40. Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. [cited 29 September 2017]. Available from: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
41. Conceptos Generales Geriátrica: decisiva. (OMS) [Internet]. Studylib.es. [cited 30 September 2017]. Available from: <http://studylib.es/doc/36809/tema-1--conceptos-generales-geriatr%C3%ADa--decisiva.--oms->

42. CICLO DE VIDA: - ...:Ministerio de Educación Nacional de Colombia:.. [Internet]. Mineducacion.gov.co. 2017 [cited 30 September 2017]. Available from: <http://www.mineducacion.gov.co/1621/article-79398.html>
43. OMS | Campaña del Día Mundial de la Salud 2012 [Internet]. Who.int. 2017 [cited 30 September 2017]. Available from: <http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/campaign/es/>
44. ConstitucionColombia.com [Internet]. Constitucioncolombia.com. [cited 30 September 2017]. Available from: <http://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-46>
45. Ley 271 de 1996 -Legislacion Colombiana Lexbase [Internet]. Lexbase.co. 1996 [cited 27 September 2017]. Available from: <http://www.lexbase.co/lexdocs/indice/1996/I0271de1996>
46. Consulta de la Norma: [Internet]. Alcaldiabogota.gov.co. 2007 [cited 30 September 2017]. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=25932>
47. Derecho del Bienestar Familiar [LEY_1251_2008] [Internet]. Icbf.gov.co. 2008 [cited 28 September 2017]. Available from: http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1251_2008.htm
48. LEY 1850 19 JUL 2017 [Internet]. EL CONGRESO DE COLOMBIA. 2017 [cited 28 September 2017]. Available from:

<http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201850%20DEL%2019%20DE%20JULIO%20DE%202017.pdf>

49. Política colombiana de envejecimiento humano y vejez. Ministerio de salud y protección [Internet]. 2014 [cited 29 September 2017];. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/POCEHV-2014-2024.pdf>

50. Consejo municipal de Villavicencio. Acuerdo N° 278. Villavicencio; 2015 p. 1. [Cited 29 September 2017];. Available from: <http://www.villavicencio.gov.co/Transparencia/Normatividad/Acuerdos/Vigencia%20%202015/ACUERDO%20No%20278%20DE%2028%20DE%20NOVIEMBRE%20DE%202015.pdf>

51. Reloj de población [Internet]. Dane.gov.co. 2018 [cited 20 April 2018]. Available from: <http://www.dane.gov.co/reloj/>

52. Encuesta Nacional de Demografía y Salud [Internet]. Bogotá; 2015 [cited 7 April 2018]. Available from: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%201.pdf>

53. Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020 dinámica demográfica y estructuras poblacionales [Internet]. Bogotá; 2013 [cited 20 April 2018]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>

54. Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005 - 2020 [Internet]. 7th ed. Bogotá; 2010 [cited 20 April 2018]. Available from: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/7Proyecciones_poblacion.pdf
55. ANTOS PÉREZ M, VALENCIA OLIVERO N. Envejecer en Colombia. América Latina Hoy [Internet]. 2015 [cited 20 April 2018];71:61-81. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/308/30843703004.pdf>
56. Borda Pérez M, Anaya Torres M, Pertuz Rebolledo M, Romero de León L, Suárez García A, Suárez García A. Depression older adults in four nursing homes of Barranquilla (Colombia): prevalence and risk factors [Internet]. Scielo.org.co. 2013 [cited 24 March 2018]. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522013000100008
57. Melguizo Herrera E, Ayala Medrano S, Grau Coneo M, Merchán Duitama A, Montes Hernández T, Payares Martínez C et al. Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena (Colombia) [Internet]. Scielo.org.co. 2014 [cited 25 March 2018]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v14n4/v14n4a08.pdf>
58. Cardona D, Segura A, Segura Á, Osley Garzón M. Efectos contextuales asociados a la variabilidad del riesgo de depresión en adultos mayores, Antioquia, Colombia, 2012. [Internet]. 2012 [cited 25 March 2018];. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v35n1/v35n1a10.pdf>
59. Dulcey Ruiz E, Arrubla Sánchez D. Envejecimiento y vejez en Colombia [Internet]. 2013 [cited 21 April 2018]. Available

from: <http://www.profamilia.org.co/docs/estudios/imagenes/3%20-%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ%20EN%20COLOMBIA.pdf>

60. Zapata-López B, Delgado-Villamizar N, Cardona-Arango D. Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia 2011. Revista salud pública [Internet]. 2015 [cited 21 April 2018];17(6):848-860. Available from: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642015000600003&script=sci_arttext&tlng=en
61. Rubio Olivares D, Rivera Martínez L, Borges Oquendo L, González Crespo F. Calidad de vida en el adulto mayor. Revista Científico-Methodológica [Internet]. 2015 [cited 21 April 2018];61:1 - 7. Available from: <http://www.redalyc.org/html/3606/360643422019/>
62. Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador y México [Internet]. [cited 21 April 2018]. Available from: http://www.oiss.org/IMG/pdf/Situacion_necesidades_y_demandas_de_las_personas_mayores_en_Bolivia_Colombia_Costa_Rica_Ecuador_y_Mexico_a_mpliado_marzo_2008_.pdf
63. Segura-Cardona A, Cardona-Arango D, Segura-Cardona A, Muñoz-Rodríguez DI, Jaramillo-Arroyave D, Lizcano-Cardona D, et al. Factores asociados a la vulnerabilidad cognitiva de los adultos mayores en tres ciudades de Colombia. Aquichan 2018; 18(2): 210-221. [cited 22 April 2018]. Available from: Doi: 10.5294/aqui.2018.18.2.8
64. Bejines-Soto M, Velasco-Rodríguez R, García-Ortiz L, Barajas-Martínez A, Aguilar-Núñez L, Rodríguez M. Valoración de la capacidad funcional del

adulto mayor residente en casa hogar. Revista enfermería México seguro soc [Internet]. 2015 [cited 23 April 2018];23(1):9-15. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151c.pdf>

65. Hernández-Narváez María Guadalupe, Olivares-Luna Ana María, Carillo-Hernández Aleyda, Tovar-Méndez Griselda Margarita, González-Pedraza Avilés Alberto. Prevalence of visual disorders and their relationship with functionality of the older adults. Rev Cubana Oftalmol [Internet]. 2015 Jun [cited 23 April 2018] ; 28(2): 190-197. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200005&lng=es.
66. Monroy-Rojas A., Contreras-Garfias M.E., García-Jiménez M.A., García-Hernández M.L., Cárdenas-Becerril L., Rivero-Rodríguez L.F.. Estatus funcional de adultos mayores de Tláhuac, Ciudad de México. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2016 [cited 23 April 2018] ; 13 (1): 25-30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.01.005>.
67. Silva-Fhon Jack Roberto, Porrás-Rodríguez Milagros Mariela, Guevara-Morote Graciela Adilberta, Canales-Rimachi Reyda Ismaela, Fabricio-Wehbe Suzele Cristina Coelho, Partezani-Rodríguez Rosalina Aparecida. Riesgo de caída en el adulto mayor que acude a dos Centros de Día. Lima, Perú. Horiz. Med. [Internet]. 2014 Jul [cited 23 April 2018] ; 14(3): 12-18. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2014000300003&lng=es.
68. Quino-Ávila Aura Cristina, Chacón-Serna Magda Juliette. Capacidad funcional relacionada con la actividad física de idosos en Tunja, Colombia.

Horiz. sanitario [revista en la Internet]. 2018 Abr [cited 23 April 2018] ; 17(1): 59-68. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000100059&lng=es. <http://dx.doi.org/10.19136/hs.a17n1.1870>.

69. López Trigo J., et al. Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor [Internet]. España; 2017 [cited 22 April 2018]. Available from: <https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf>
70. Moncada Ramos E, Mogollón Rodríguez M. Deterioro cognitivo y estilo de vida del adulto mayor del hospital walter cruz vilca de miramar – 2017 [Internet]. Trujillo - Perú; 2018 [cited 22 April 2018]. Available from: [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/3749/1/Re enfe elizabeth.moncada mariana.mogollon deterioro.cognitivo datos.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/3749/1/Re%20enfe%20elizabeth.moncada.mariana.mogollon.deterioro.cognitivo.datos.pdf)
71. Camargo-Hernández K del C, Laguado-Jaimes E. Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. Rev Univ. Salud. 2017;19(2):163-170. [cited 22 April 2018]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n2/0124-7107-reus-19-02-00163.pdf>
72. Tigre Bueno J. Estado cognitivo y funcionalidad familiar de los adultos mayores de la Zona 7. Ecuador, 2016. [Internet]. Loja- Ecuador; 2016 [cited 23 April 2018]. Available from: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18401/1/ESTADO%20COGNITIVO%20Y%20FUNCIONALIDAD%20FAMILIAR%20DE%20LOS%20ADULTOS%20MAYORES%20DE%20LA%20ZONA%207%20-%20JAIME%20TIGRE.pdf>

73. Borda Pérez M, Anaya Torres M, Pertuz Rebolledo M, Romero de León L, Suárez García A, Suárez García A. Depression older adults in four nursing homes of Barranquilla (Colombia): prevalence and risk factors [Internet]. Scielo.org.co. 2013 [cited 24 April 2018]. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522013000100008
74. Sánchez Gonzáles L, Marín A. Depresión en adultos mayores de Costa Rica: situación y factores de riesgo en centros diurnos. Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud (RHCS) [Internet]. 2015 [cited 24 April 2018];1(2). Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5279938>
75. Segura-Cardona A, Cardona-Arango D, Segura-Cardona A, Muñoz-Rodríguez DI, Jaramillo-Arroyave D, Lizcano-Cardona D, et al. Factores asociados a la vulnerabilidad cognitiva de los adultos mayores en tres ciudades de Colombia. Aquichan 2018; [cited 24 April 2018] 18(2): 210-221.
76. Vilchez-Cornejo J, Soriano-Moreno A, SaldañaCabanillas D, Acevedo-Villar TH, Bendezú-Saravia P, Ocampo Portocarrero B, et al. Trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos peruanos de tres regiones. Acta Med Peru. 2017; [cited 24 April 2018] 34(4):266-72
77. Ferrer A, Formiga F, Sanz H, Monserrate E, Verges D. Envejecimiento satisfactorio e indicadores de fragilidad en los mayores de la comunidad. Estudio Octabaix. Atención Primaria [Internet]. 2014 [cited 25 April 2018]; 46 (9): 475-482. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714000675>

78. Peláez E, Acosta L, Carrizo E. Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores. *Revista Cubana de Salud Pública* [Internet]. 2015 [cited 26 April 2018];41(4):638-648. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2015.v41n4/o7/es>
79. Castaño-Vergara D, Cardona-Arango D. Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores. *Revistas de salud pública* [Internet]. 2015 [cited 26 April 2018]; 17(2):171-183. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n2/v17n2a02.pdf>
80. Rosales Rodríguez R, García Díaz R, Quiñones Macías E. Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor. *MEDISAN* [Internet]. 2014 [[cited 26 April 2018]];18(1):61 - 67. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2014/mds141i.pdf>
81. Rubio Olivares, DY, Rivera Martínez, L, Borges Oquendo, LdIC, González Crespo, FV. "Calidad de vida en el adulto mayor". *VARONA* [Internet]. 2015; [cited 26 April 2018] (61):1-7. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360643422019>
82. Flores G Elizabeth, Rivas R Edith, Seguel P Fredy. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2012 [cited 27 April 2018] ; 18(1): 29-41. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000100004>.

83. González Quirarte, N. and Lillo-Crespo, M. (2016). Funcionalidad familiar en familias extensas. Significado para el adulto mayor de vivir en familia extensa. Doctorado. Universitat d'Alacant - Universidad de Alicante. [Internet]. [cited 27 April 2018] ; Available from: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/61988/1/tesis_gonzalez_quirarte.pdf
84. Gallego Henao, AM. Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. Revista Virtual Universidad Católica del Norte [Internet]. 2012; [cited 27 April 2018] (35):326-345. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194224362017>
85. Sánchez Padilla Luis Manuel, González Pérez Ubaldo, Alerm González Alina, Bacallao Gallestey Jorge. Psychological quality of life and physical health in elderly individuals. Rev haban cienc méd [Internet]. 2014 Abr [cited 27 April 2018]; 13(2): 337-349. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000200017&lng=es.

11. ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de caracterización

INSTRUMENTO CARACTERIZACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS VIDA

Código: _____

Objetivo:

Recolectar información que permita describir las características sociales y demográficas de los adultos mayores que asisten a los Centros Vida del Departamento del Meta – Colombia.

Instrucciones:

El instrumento tiene como propósito explorar variables sociales, demográficas y económicas, de los adultos mayores que asisten a los programas de los Centros Vida del departamento del Meta – Colombia.

El instrumento está compuesto de 22 preguntas, unas para marcar con una X y otras abiertas, la aplicación tiene una duración aproximada de 15 minutos y se requiere previamente diligenciar el formulario del Consentimiento Informado.

1. Edad: _____ Género: F ___ M ___

2. Número de hijos: _____

3. Grupo poblacional al que pertenece.

Desplazado/a ___ Discapacitado/a ___ Afrodescendiente ___ Indígena ___ Otro _____

4. Estado Civil:

Soltero/a ___ Casado/a ___ Viudo/a ___ Separado/a ___ Divorciado/a ___ Unión Libre___

5. Lugar de Procedencia:

Municipio _____ Departamento: _____

6. Lugar de Residencia:

Barrio _____ Municipio _____ Departamento _____

7. La vivienda que habita es:

Propia ___ Arriendo ___ Familiar ___ Albergue ___ No sabe / No responde _____

8. ¿La vivienda cuenta con todos los servicios públicos? Sí ___ No ___

Si su respuesta es No: Cuales hacen falta en la vivienda

9. Número de personas que habitan en el hogar: _____

10. Estrato socioeconómico: 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___

11. Mayor nivel de estudios cursado

Sin estudios ___ Primaria Incompleta ___ Primaria Completa ___ Secundaria
Incompleta ___

Secundaria Completa ___ Técnico ___ Universitario Incompleto ___
Universitario Completo ___

12. Oficio u ocupación: _____

13. Sus ingresos económicos provienen de

Propios ___ Trabajo de Esposo - Cónyuge /a ___ Trabajo de hijo/a ___
Empresa Familiar ___

Otros ___ ¿Cuál? _____

14. Ingresos económicos mensuales familiares:

Menos de un salario mínimo SMLV ___ Un salario mínimo SMLV ___

Dos salarios mínimos SMLV ___ más de dos salarios mínimos SMLV ___

15. Afiliación a Régimen de Seguridad Social

Contributivo ___ Subsidiado ___ Vinculado ___ Otro ___

¿Cuál? _____

Nombre de la EPS: _____

16. Padece actualmente de alguna enfermedad?

SI ___ NO___

¿Cuál/es? _____,

17. Conformación de la familia: Hijos/hijas ___ Esposo/esposa ___ Nietos/Nietas ___
Hermanos/Hermanas ___

Sobrinos/sobrinas___ Yerno/Nuera ___ Otros ___ Cual?

18. ¿Con quién vive? (nombre por parentesco las personas según la pregunta 17)

19. Ciclo Familiar que se encuentra la familia que acoge el Adulto Mayor

(Tenga en cuenta el ciclo vital de Evelyn Duvall).

20. Calidad de la relación con su familia:

Buena___ Regular: _____ Mala:_____

21. ¿Existen conflictos en su familia? SI: _____ NO: _____

Cuales _____

22. Tiempo que participa en los programas de los Centros Vida (años):

Para la valoración del estado nutricional del Adulto mayor, diligencie los siguientes datos Antropométricos:

Peso (kg): _____ Talla Estimada (m): _____ IMC (Kg/m²): _____

Circunferencia de Pantorrilla (cm): _____

Altura Rodilla Talón (cm): _____

Clasificación: _____

Formula:

Peso. Esta medición fue realizada con ropa mínima y antes de recibir el almuerzo.

Talla: Se estimó a través de la formula altura rodilla – talón de Chumlea y colaboradores.

IMC: Se calculó dividiendo el peso en kilogramos entre el cuadrado de la talla en metros (kg/m²).

Gracias por la información suministrada.

Grupo Investigador.

Anexo 2. Instrumento de Barthel

DESCRIPCIÓN

Escala que permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria tales como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o silla de ruedas a la cama, subir y bajar escaleras, etc.

Características de recogida: Puede realizarse auto administrado, por observación directa, preguntando al paciente o a su cuidador.

Tiempo estimado de administración: 5 minutos.

ALIMENTACIÓN		
10	Independiente	Come solo en un tiempo razonable. Es capaz de poder utilizar cubiertos si lo necesita, de cortar el alimento, usar sal, extender mantequilla, etc.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para alguna de las actividades previas.
0	Dependiente	Necesita ser alimentado.
BAÑO		
5	Independiente	Es capaz de bañarse o ducharse, incluyendo salir o entrar de la bañera y secarse.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
VESTIRSE		
10	Independiente	Es capaz de ponerse, quitarse y colgar la ropa, atarse los cordones, abrocharse botones o utilizar cremalleras (o bra- guero o corsé). Se excluye la utilización de sujetador.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para al menos la mitad del trabajo de estas actividades. Debe de hacerlo en un tiempo razonable.
0	Dependiente	
ARREGLARSE		
5	Independiente	Es capaz de lavarse las manos y cara, peinarse, maquillarse, limpiarse los dientes y afeitarse.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
DEPOSICIONES		
10	Continente	Es capaz de controlar deposiciones. Es capaz de colocarse un supositorio o un enema
5	Incontinencia	Tiene incontinencia ocasional o requiere ayuda para supositorio o enema.

	ocasional	
0	Incontinente	
MICCIÓN		
10	Continente	Es capaz de controlar micción día y noche. Es capaz de cuidar la sonda y cambiar la bolsa de orina
5	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o no le da tiempo a llegar al baño o necesita ayuda ocasional para cuidar la sonda uretral.
0	Incontinente	
RETRETE		
10	Independiente	Es capaz de bajarse y subirse la ropa, de no mancharla, sentarse y levantarse de la taza, de usar papel higiénico. Si lo requiere puede apoyarse sobre una barra. Si requiere cuña, debe ser capaz de colocarla, vaciarla y limpiarla.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para guardar el equilibrio, en el manejo de la ropa o en la utilización del papel higiénico.
0	Dependiente	
TRASLADARSE desde la cama al sillón o a la silla de ruedas		
15	Independiente	Es capaz de realizar con seguridad, el traslado del sillón a la cama, tanto con andador o silla de ruedas –levantando reposapiés, cerrando la silla-, conseguir sentarse o tumbar-se en la cama, e igualmente volver de la cama al sillón.
10	Mínima ayuda	Necesita ayuda mínima para algún paso de esta actividad o ser supervisado física o verbalmente en los distintos pasos
5	Gran ayuda	Necesita gran ayuda para levantarse de la cama o para trasladarse al sillón. Puede permanecer sentado sin ayuda.
0	Dependiente	
DEAMBULAR		
15	Independiente	Puede caminar 45 metros sin ayuda o supervisión, espontáneamente o con muletas (no andador). Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela solo.
10	Necesita ayuda	Necesita ayuda o supervisión para caminar 45 metros. Deambula con andador.
5	En silla de ruedas	Puede empujar la silla 45 metros y manejarla con soltura. (Doblar esquinas, girar, maniobrarla por la casa, etc.)
0	Dependiente	Camina menos de 45 metros. Si utiliza silla de ruedas debe ser empujada por otra persona.
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS		
10	Independiente	Es capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede usar bastones o muletas o apoyarse en la barandilla.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda física o verbal.

0	Dependiente	
---	-------------	--

VALORACIÓN:

La escala se debe realizar para valorar dos situaciones:

- La situación actual del paciente
- La situación basal, es decir la situación previa al proceso que motiva una consulta cuando se realiza durante un ingreso o un proceso agudo.

La valoración se realiza según la puntuación de una escala de 0 a 100 (dependencia absoluta e independencia, respectivamente) siendo 90 la puntuación máxima si va en silla de ruedas. Los diferentes tramos de puntuación son interpretados luego con una valoración cualitativa. Han sido propuesta diferentes interpretaciones para una misma puntuación. Por ejemplo un resultado de 70 puede ser interpretado como una dependencia leve o moderada según diferentes publicaciones. Por ello es muy importante que el resultado sea registrado en valores absolutos y no en una escala cualitativa.

Es también de gran utilidad el registro de las puntuaciones parciales de cada actividad, para conocer las deficiencias específicas de cada persona.

Estratificación:

Diraya'		Proceso APP''	
Puntuación	Dependencia	Puntuación	Dependencia
0-20	Total	< 20 (0-15)	Total
25-60	Severa	20-35	Grave
65-90	Moderada	40-55	Moderada
95	Leve		Leve
100	Independencia	100	Independencia

Anexo 3. Escala de Lawton Y Brody

DESCRIPCIÓN:

Escala que permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad (hacer la compra, preparar la comida, manejar dinero, usar el teléfono, tomar medicamentos, etc.). Evalúa actividades más elaboradas y que, por tanto, se pierden antes que las actividades básicas de la vida diaria.

Características de recogida: Debe de realizarse heteroadministrado preguntando al paciente o a su cuidador.

Desarrollo: Para evaluar correctamente los ítems de estas escalas resulta importante diferenciar si el paciente podría llevar a cabo, previamente, esa actividad. Esta escala da mucha importancia a las tareas domésticas, por lo que en nuestro entorno los hombres suelen obtener menor puntuación. La disponibilidad de electrodomésticos y otros utensilios pueden influir también en la puntuación.

Tiempo estimado de administración: 5-10 minutos

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No es capaz de usar el teléfono	0
HACER COMPRAS	
Realiza independientemente todas las compras necesarias	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	

Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional para trabajos pesados	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA	
Lava por sí solo toda su ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0

No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
Incapaz de manejar dinero	0

VALORACIÓN

Recomendamos su utilización registrando cada una de las actividades para conocer las deficiencias específicas de cada persona. Una valoración global se realiza según puntuación en una escala de 0 a 8 (dependencia máxima e independencia, respectivamente) según la siguiente estratificación.

Estratificación:

Puntuación	Dependencia
0-1	Total
2-3	Severa
4-5	Moderada
6-7	Ligera
8	Independencia

Anexo 4. Escala de Tinetti

Indicada: Detectar precozmente el Riesgo de caídas en ancianos a un año vista.

Administración: Realizar una aproximación realizando la pregunta al paciente

¿Teme usted caerse? Se ha visto que el Valor Predictivo positivo de la respuesta afirmativa es alrededor del 63% y aumenta al 87% en ancianos frágiles.

Tiempo de cumplimentación 8-10 min. Caminando el evaluador detrás del anciano, se le solicita que responda a las preguntas de la subescala de marcha. Para contestar la subescala de equilibrio el entrevistador permanece de pie junto al anciano (enfrente y a la derecha).

La puntuación se totaliza cuando el paciente se encuentra sentado.

Interpretación:

A mayor puntuación mejor funcionamiento. La máxima puntuación de la subescala de marcha es 12, para la del equilibrio 16. La suma de ambas puntuaciones para el riesgo de caídas.

A mayor puntuación>>>menor riesgo

<19 Alto riesgo de caídas

19-24 Riesgo de caídas

Propiedades psicométricas: no está validada en español y en nuestro contexto.

ESCALA DE TINETTI. PARTE I: EQUILIBRIO

Instrucciones: sujeto sentado en una silla sin brazos	
<i>EQUILIBRIO SENTADO</i>	
Se inclina o desliza en la silla.....	0
Firme y seguro.....	1
<i>LEVANTARSE</i>	
Incapaz sin ayuda.....	0
Capaz utilizando los brazos como ayuda.....	1
Capaz sin utilizar los brazos.....	2
<i>INTENTOS DE LEVANTARSE</i>	
Incapaz sin ayuda.....	0
Capaz, pero necesita más de un intento.....	1
Capaz de levantarse con un intento.....	2
<i>EQUILIBRIO INMEDIATO (5) AL LEVANTARSE</i>	
Inestable (se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco)...	0
Estable, pero usa andador, bastón, muletas u otros objetos.....	1
Estable sin usar bastón u otros soportes.....	2
<i>EQUILIBRIO EN BIPEDESTACION</i>	
Inestable.....	0
Estable con aumento del área de sustentación (los talones separados más de 10 cm.) o usa bastón, andador u otro soporte.....	1
Base de sustentación estrecha sin ningún soporte.....	2
<i>EMPUJON</i> (sujeto en posición firme con los pies lo más juntos posible; el examinador empuja sobre el esternón del paciente con la palma 3 veces).	
Tiende a caerse.....	0
Se tambalea, se sujeta, pero se mantiene solo.....	1
Firme.....	2
<i>OJOS CERRADOS</i> (en la posición anterior)	
Inestable.....	0
Estable.....	1
<i>GIRO DE 360°</i>	
Pasos discontinuos.....	0
Pasos continuos.....	1
Inestable (se agarra o tambalea).....	0
Estable.....	1
<i>SENTARSE</i>	
Inseguro.....	0
Usa los brazos o no tiene un movimiento suave.....	1
Seguro, movimiento suave.....	2

TOTAL EQUILIBRIO / 16

ESCALA DE TINETTI. PARTE II: MARCHA

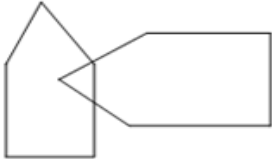
Instrucciones: el sujeto de pie con el examinador camina primero con su paso habitual, regresando con “pasó rápido, pero seguro” (usando sus ayudas habituales para la marcha, como bastón o andador)

<i>COMIENZA DE LA MARCHA (inmediatamente después de decir “camine”</i>	
Duda o vacila, o múltiples intentos para comenzar.....	0
No vacilante.....	1
<i>LONGITUD Y ALTURA DEL PASO</i>	
El pie derecho no sobrepasa al izquierdo con el paso en la fase de balanceo.....	0
El pie derecho sobrepasa al izquierdo.....	1
El pie derecho no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase del balanceo.....	0
El pie derecho se levanta completamente.....	1
El pie izquierdo no sobrepasa al derecho con el paso en la fase del balanceo.....	0
El pie izquierdo sobrepasa al derecho con el paso.....	1
El pie izquierdo no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase de balanceo.....	0
El pie izquierdo se levanta completamente.....	1
<i>SIMETRÍA DEL PASO</i>	
La longitud del paso con el pie derecho e izquierdo es diferente (estimada).....	0
Los pasos son iguales en longitud.....	1
<i>CONTINUIDAD DE LOS PASOS</i>	
Para o hay discontinuidad entre pasos.....	0
Los pasos son continuos.....	1
<i>TRAYECTORIA (estimada en relación con los baldosines del suelo de 30 cm. de diámetro; se observa la desviación de un pie en 3 cm. De distancia)</i>	
Marcada desviación.....	0
Desviación moderada o media, o utiliza ayuda.....	1
Derecho sin utilizar ayudas.....	2
<i>TRONCO</i>	
Marcado balanceo o utiliza ayudas.....	0
No balanceo, pero hay flexión de rodillas o espalda o extensión hacia fuera de los brazos.....	1
No balanceo no flexión, ni utiliza ayudas.....	2
<i>POSTURA EN LA MARCHA</i>	
Talones separados.....	0
Talones casi se tocan mientras camina.....	1

TOTAL MARCHA / 12

TOTAL GENERAL / 28

Anexo 5. Examen cognitivo mini mental

Paciente.....	Edad.....	
Ocupación.....	Escolaridad.....	
Examinado por.....	Fecha.....	
ORIENTACIÓN]		
• Dígame el día..... fecha..... Mes..... Estación..... Año.....		___5
• Dígame el hospital (o lugar).....		
Planta..... ciudad..... Provincia..... Nación.....		___5
FIJACIÓN		
• Repita estas tres palabras; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda)		___3
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO		
• Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando?		___5
• Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás		___3
MEMORIA		
• ¿Recuerda las tres palabras de antes?		___3
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN		
• Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj		___2
• Repita esta frase: En un trigal había cinco perros		___1
• Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?		___2
• ¿Que son un perro y un gato?		___3
• Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa		___1
• Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS		___1
• Escriba una frase		___1
• Copie este dibujo ___1		
		
		Puntuación máxima 35. Punto de corte Adulto no geriátricos 24 Adulto geriátrico 20

APLICACIÓN DEL TEST

Orientación:

Seguir las indicaciones del test (un punto cada respuesta correcta).

Fijación:

Repetir claramente cada palabra en un segundo. Se le dan tantos puntos como palabras repite correctamente al primer intento. Hacer hincapié en que lo recuerde ya que más tarde se le preguntará.

Concentración:

Si no entiende o se resiste, se le puede animar un poco, como máximo reformular la pregunta como sigue: “si tiene 30 euros y me da 3 ¿Cuántos euros le quedan? y a continuación siga dándome de 3 en 3 (sin repetir la cifra que él dé). Un punto por cada substracción correcta, exclusivamente. Por ejemplo 30 menos 3 = 28 (0 puntos); si la siguiente substracción es de 25, ésta es correcta (1 punto). Repetir los dígitos lentamente: 1 segundo cada uno hasta que los aprenda. Después pedirle que los repita en orden inverso y se le da un punto por cada dígito que coloque en oposición inversa correcta.

Por ejemplo, 592 (lo correcto es 295); si dice 925 le corresponde 1 punto.

Memoria:

Seguir las instrucciones del test, dando amplio margen de tiempo para que pueda recordar, pero sin ayudarle (un punto por cada palabra recordada)

Lenguaje y construcción:

Seguir las instrucciones puntualizando que: Leerle la frase despacio y correctamente articulada. Para concederle 1 punto tiene que ser repetida a la primera y correctamente articulada, un fallo en una letra es 0 puntos.

Semejanzas; para darle un punto en verde-rojo tiene que responder inexcusablemente “colores”. Para la semejanza perro-gato la contestación correcta exclusiva es animales o animales de “x” características o bichos.

En las órdenes verbales, si coge el papel con la mano izquierda es un fallo en ese apartado. Si lo dobla más de dos veces otro fallo. Dependiendo de la posición del paciente se podrá modificar la orden de poner el papel en la mesa o en el suelo. Cada una de las partes de la orden ejecutada correctamente es un punto, hasta un máximo de 3.

Para los test de la lectura y escritura, pedir al paciente que se coloque sus gafas, si las usa, y si es preciso escribir la orden y los pentágonos en trazos grandes en la parte posterior del papel, para que los vea perfectamente. Se le concede un punto si, independientemente de lo lea en voz alta, cierra los ojos sin que se le insista verbalmente. Recalcar antes, dos veces como máximo que lea y haga lo que pone en el papel.

Para escribir una frase instruirle que no sea su nombre. Si es necesario puede usarse un ejemplo, pero insistiendo que tiene que escribir algo distinto. Se requiere sujeto, verbo y complemento para dar un punto (las frases impersonales sin sujeto). Figuras: la ejecución correcta (1 punto) requiere que cada pentágono tenga exactamente 5 lados y 5 ángulos y tienen que estar entrelazados entre sí con dos puntos de contacto.

Anexo 6. Test de Yesavage

DESCRIPCIÓN:

- Especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que las escalas ordinarias de la depresión tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos, de menos valor en este grupo de pacientes. Su máxima utilidad radica en el screening general del paciente anciano (detección), y en facilitar el diagnóstico diferencial con una posible demencia de inicio.
- Su USO puede mejorar el infradiagnostico de la depression en estas edades, donde, muchas veces, no es posible detectarla con la entrevista clínica ordinaria.
- La escala plantea un interrogatorio de respuestas dicotomicas, puntuando la coincidencia con el estado depresivo, es decir, las afirmativas para los síntomas negativos y las negativas para las cuestiones normales.

Existen 2 versiones, una complete de 30 items y una abreviada de 15 items es más recomendable en Atención Primaria por su fácil manejo (no requiere entrevistador entrenado) y rapidez (5-8 minutos).

VERSIÓN REDUCIDA		
¿En general está satisfecho/a con su vida?	SI =0	NO =1
¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI =1	NO =0
¿Siente que su vida está vacía?	SI =1	NO =0
¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI =1	NO =0
¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI =0	NO =1
¿Teme de algo malo pueda ocurrirle?	SI =1	NO =0
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI =0	NO =1
¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	SI =1	NO =0
¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas	SI =1	NO =0
¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	SI =1	NO =0
¿En este momento, piensa que es estupendo estar vivo?	SI =0	NO =1
¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI =1	NO =0
¿Piensa que su situación es desesperada? ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI =1	NO =0
¿Se siente lleno/a de energía?	SI =0	NO =1
¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que	SI =1	NO =0
TOTAL		

VALORACIÓN

- En la versión breve se considera un resultado normal los valores de 0 a 5 puntos.
- Valores entre 6 y 9 son sugestivos de probable depresión, y valores de 10 o más de depresión establecida.
- Las sensibilidades y especificidades son muy altas para ambos puntos de corte.

Estratificación: Normal = 0 – 5 puntos. Probable depresión = 6 – 9 puntos.

Depresión establecida = > 9 puntos.

Anexo 7. Índice de Charlson, versión resumida

Índice de comorbilidad de Charlson (Versión abreviada)	
Enfermedad vascular cerebral	1
Diabetes	1
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1
Insuficiencia cardiaca/cardiopatía isquémica	1
Demencia	1
Enfermedad arterial periférica	1
Insuficiencia renal crónica (diálisis)	2
Cáncer	2
Total =	

Comentarios:

En general, se considera ausencia de comorbilidad entre 0 y 1 puntos, comorbilidad baja cuando el índice es 2 y alta comorbilidad cuando es igual o superior a 3 puntos. Aunque aparentemente pueda parecer menos preciso que la versión original completa, su utilidad pronóstica es similar a corto plazo, aunque no hay estudios con seguimiento a largo plazo (Robles MJ, et al. Rev Esp Geriatr Gerontol 1998; 33 [Supl 1]: 154) (Farriols C, et al. Rev Esp Geriatr Gerontol 2004; 39 [Supl 2]: 43).

Anexo 8. Entrevista semiestructurada

Guía de Entrevista semiestructurada

Instrucciones: Este instrumento es una guía para realizar las entrevistas a la familia y el Adulto Mayor. Las categorías preestablecidas que permiten orientar la entrevista para dar cumplimiento al objetivo específico son cuatro: Dinámica familiar, situación socio económica, percepción de envejecimiento, necesidades del adulto mayor. Antes de iniciar la entrevista es necesario aplicar previamente el formulario del Consentimiento Informado. También es necesario advertir a los participantes que la conversación se va a grabar y que tan pronta se transcriba se procederá a borrar las grabaciones.

Objetivo: Identificar la percepción de salud y las dinámicas familiares que se presentan en las familias de los Adultos Mayores de los Centros Vida del Departamento del Meta.

1. Preguntas para el Adulto Mayor:

Antes de iniciar ésta entrevista, haga estas preguntas al adulto mayor, para conocer la Auto percepción de salud: (marca una sola opción)

- Salud General: Considera su salud: ___ Muy buena ___ Buena ___ Término medio ___ Mala ___ Muy mala
- Comparado su salud hoy con la de hacer un año, considera que esta: ___ Esta mejor ___ Igual ___ Peor

Categorías preestablecidas	Preguntas de apertura para indagación
Situación socioeconómica	Indague teniendo en cuenta la encuesta de caracterización. Pero solo el aspecto social y económico. Además puede preguntar: ¿Vive con la familia? ¿Tiene un grado de dependencia económica? ¿viven con su

	<p>conyugue de similitud de edad? ¿Su vivienda es adecuada a sus necesidades? ¿las relaciones sociales solo con su familia o vecinos?</p> <p>¿Mantiene relaciones sociales en la comunidad?</p> <p>¿Cuales?</p>
Percepción de envejecimiento	<p>¿Qué piensa usted sobre la Vejez?</p> <p>¿Que cree que ocurre cuando una persona envejece? ¿Qué cambios ha visto usted así notorios?</p>
Necesidades del adulto mayor	<p>¿Cuales son las necesidades que tiene actualmente? (por favor ver la pirámide de las necesidades desde los planteamiento de Maslow: Fisiológicas, de seguridad, de afiliación, de reconocimiento, de autorrealización), realizar las preguntas desde este enfoque.</p>
Dinámica Familiar	<p>¿Quien lo cuida en su familia? ¿Cómo lo cuida?</p> <p>¿Como siente que es cuidado por su familia? ¿Ha tenido problemas con su familia? ¿cuándo pasa esos malentendidos usted como los soluciona?</p> <p>¿Se han solucionado los problemas? ¿Cómo su familia le demuestra los sentimientos?</p>

2. Preguntas para la familia:

Categorías preestablecidas	Preguntas de apertura para indagación
Situación socioeconómica	<p>Indague teniendo en cuenta la encuesta de caracterización. Pero solo el aspecto social y económico. Además puede preguntar:</p> <p>¿Vive con el adulto mayor? ¿usted participa del</p>

	sostenimiento del adulto mayor? ¿Considera que la vivienda de su adulto mayor es adecuado según las necesidades?¿como son las relaciones sociales del adulto mayor? ¿cómo usted participa de las relaciones sociales de su adulto mayor?
Percepción de envejecimiento	¿Qué piensa usted sobre la Vejez? ¿Que cree que ocurre cuando una persona envejece? ¿Qué cambios ha visto usted así notorios en su familiar?
Necesidades del adulto mayor	¿Cuales son las necesidades que tiene actualmente su familiar adulto mayor? (por favor ver la pirámide de las necesidades desde los planteamiento de Maslow: Fisiológicas, de seguridad, de afiliación, de reconocimiento, de autorrealización), realizar las preguntas desde este enfoque.
Dinámica Familiar	¿Quien lo cuida el adulto mayor? ¿Cómo lo cuida? ¿Como recibe el cuidado su adulto mayor? ¿Ha tenido problemas con su familia? ¿cuándo pasa esos malentendidos usted como lo solucionan? ¿Se han solucionado los problemas? ¿Cómo le demuestra los sentimientos a su adulto mayor?

Nota: El investigador puede hacer preguntas que no se encuentran aquí, para ampliar más la información de las categorías preestablecidas

Anexo 9. Consentimiento informado

Universidad de los Llanos – Facultad Ciencias de la Salud

Caracterización social, demográfica y de salud del adulto mayor de cuatro municipios del piedemonte del departamento del Meta.

Fecha _____

Código _____

Investigador Principal: Emilce Salamanca Ramos. Docente Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería, miembros del grupo GESI. Co-investigadoras: Zulma Johana Velasco Paèz, docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Usted ha sido invitado a participar en la investigación sobre identificar Caracterización social, demográfica y de salud del adulto mayor de cuatro municipios del piedemonte del Meta. Si usted acepta participar en este estudio, el Estudiante Principiante de Investigación (EPI), lo abordara de manera individual y reservada para realizarle una serie de preguntas relacionadas con aspectos sociodemográficos y funcionamiento familiar.

Esta investigación cumple con lo establecido en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de la Protección Social sobre las investigaciones con seres humanos en Colombia. Se le garantiza que no estará expuesto a ningún riesgo ni lo hará incurrir en ningún gasto. Se le informa que lo consignado en la encuesta será utilizado para fines estrictamente académicos y la identidad de las familias y adolescentes estará resguardada con su código.

Su participación es absolutamente voluntaria. Se garantiza el anonimato y la confidencialidad, identificándose a través de un código y cuando se publiquen los resultados no será identificado por el nombre.

Su firma indica que usted ha decidido participar voluntariamente en este estudio habiendo escuchado o leído la información anterior.

Firma del Adulto Mayor: _____

Nombre y código del EPI: _____

Firma del docente Investigador: _____