

**Caracterización social, familiar y de salud de los adultos mayores de la
comuna uno de Villavicencio - Colombia**

Laura Marcela Ruiz León

Cód.19103029

Tania Milena Padilla Moreno

Cód.191103025

Universidad de los Llanos

Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud

Programa Especialización en Salud Familiar

Cohorte X

Villavicencio - Meta

2017

**Caracterización social, familiar y de salud de los adultos mayores de la
comuna uno de Villavicencio - Colombia**

**Laura Marcela Ruiz León
Cód.19103029**


**Tania Milena Padilla Moreno
Cód.191103025**

**Proyecto de grado presentado como requisito para optar al
Título de Especialista en Salud Familiar**

**Directora
EMILCE SALAMANCA RAMOS
Magister en Enfermería con énfasis en Salud Familiar**

**Línea de profundización
Investigación Social**

**Universidad de los Llanos
Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud
Programa Especialización en Salud Familiar
Cohorte X
Villavicencio - Meta
2017**

	UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	CÓDIGO: FO-DOC-97	
		VERSIÓN: 02	PÁGINA: 3 de 77
	PROCESO DOCENCIA	FECHA: 02/09/2016	
	FORMATO AUTORIZACION DE DERECHOS	VIGENCIA: 2016	

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ESPECIALIZACION EN SALUD FAMILIAR**

AUTORIZACIÓN

Nosotras **TANIA MILENA PADILLA MORENO** mayor de edad, vecino de Villavicencio, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1121912914 de Villavicencio y **LAURA MARCELA RUIZ LEON** mayor de edad, vecino de Villavicencio, identificada con la cedula No, 1121918762, actuando en nombre propio en mi calidad de autoras del trabajo de tesis, monografía o trabajo de grado denominado **CARACTERIZACIÓN SOCIAL, FAMILIAR Y DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNA UNO DE VILLAVICENCIO - COLOMBIA**, hacemos entrega del ejemplar y de sus anexos de ser el caso, en formato digital o electrónico (CD-ROM) y autorizamos a la **UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS**, para que en los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia, con la finalidad de que se utilice y use en todas sus formas, realice la reproducción, comunicación pública, edición y distribución, en formato impreso y digital, o formato conocido o por conocer de manera total y parcial de nuestro trabajo de grado o tesis.

LA AUTORAS – ESTUDIANTES, manifiestan que el ensayo o tesis objeto de la presente autorización, es original y se realizó sin violar o usurpar derechos de autor de terceros; por tanto, la obra es de nuestra exclusiva autoría y poseo la titularidad sobre la misma; en caso de presentarse cualquier reclamación o acción por parte de un tercero en cuanto a los derechos de autor sobre la obra en cuestión, como autor, asumiré toda la responsabilidad, y saldré en defensa de los derechos aquí autorizados, para todos los efectos la Universidad actúa como un tercero de buena fe.

Para constancia, se firma el presente documento en dos (2) ejemplares del mismo valor y tenor en Villavicencio - Meta, a los 18 días del mes de Diciembre de dos mil Diecisiete (2017).

LAS AUTORAS – ESTUDIANTE

Firma _____
Nombre: _____
C.C. No. _____ de _____

Firma _____
Nombre: _____
C.C. No. _____ de _____

AGRADECIMIENTOS

Principalmente agradecemos a Dios por darnos la sabiduria, entendimiento y salud para culminar exitosamente este paso que emprendimos en nuestra formacion profesional.

Seguidamente agradecemos a nuestros padres por ser parte fundamental en este proceso de formacion y brindarnos apoyo incondicional para no decaer y seguir fortaleciendo cada vez mas la profesion elegida.

Agradecemos a la docente emilice salamanca por ser orientadora y parte fundamental en este proceso de formacion, y por encaminarnos hacia la investigacion de adulto mayor.

Por ultimo agradecer al adulto mayor y su familia por permitirnos entrar a sus relaciones familiares acojiendonos de la manera mas respetuosa y amorosa.

Tabla de contenido

1. Introducción.....	11
2. Planteamiento del problema	12
2.1. Pregunta de Investigación.....	14
3. Justificación.....	15
4. Objetivos del Macro proyecto	17
4.1. Objetivo General.....	17
4.2. Objetivos Específicos	17
4.3. Objetivos del Estudiante.....	17
4.4. Objetivo General.....	17
4.5. Objetivos Específicos	17
5. Revisión de la Literatura	18
5.1. Marco Teórico.....	18
5.1.1. Envejecimiento y Envejecimiento activo	18
5.1.2. Enfoque Sistémico de la Familia	21
5.1.3. Determinantes Sociales.....	22
5.2. Marco Investigativo	23
5.2.1. Familia y Adulto Mayor	23
5.2.2. Salud del Adulto Mayor.....	24
5.2.3. Envejecimiento Activo.....	25
5.2.4. Vejez en Colombia.....	26
5.3. Marco Conceptual	28
5.3.1. Adulto mayor:.....	28
5.3.2. Envejecimiento:	28
5.3.3. Vejez:	29

5.3.4.	Ciclo vital:.....	29
5.3.5.	Entorno familiar:.....	29
5.3.6.	Familia:	30
5.3.7.	Cuidador:	30
5.3.8.	Determinantes sociales:	30
5.3.9.	Envejecimiento activo:	31
5.3.10.	Acción Social integral:	31
5.4.	Marco Legal.....	31
5.4.1.	El ARTÍCULO 46, de la Constitución Política De Colombia:.....	31
5.4.2.	LEY 1171 DE 2007:	32
5.4.3.	LEY 1251 DE 2008:	32
5.4.4.	Esta LEY 1251:.....	32
5.4.5.	POLÍTICA COLOMBIANA DE ENVEJECIMIENTO HUMANO Y VEJEZ (2007 – 2019):	33
5.4.6.	DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS:	33
5.4.7.	Artículo 3. Igualdad De Derechos Para Hombres Y Mujeres.....	34
5.4.8.	Artículos 6,7 Y 8. Derecho Al Trabajo	34
5.4.9.	Artículo 9. Derecho A La Seguridad Social	34
5.4.10.	Artículo 10. Derecho De Protección De La Familia.....	34
5.4.11.	Artículo 11. Derecho A Un Nivel De Vida Adecuado	34
5.4.12.	Artículo 12. Derecho A La Salud Física Y Mental	35
5.4.13.	Artículo 13. Derecho A La Educación Y La Cultura	35
5.4.14.	LEY 1850 DE 2017:	35
5.4.15.	Artículo 1:.....	35
5.4.16.	Artículo 2:.....	35

5.4.17. Artículo 3:	36
6. Metodología	37
6.1. Descripción del contexto	37
6.2. Población:	38
6.3. Muestra:	38
6.4. Instrumentos:	38
6.5. Para las variables cuantitativas se tendrán en cuenta:	39
6.6. Para las variables cualitativas:	39
6.7. Unidad de observación:	40
6.8. Plan de análisis	40
6.9. Consideraciones Éticas	41
7. Resultados	42
7.1. Características sociales y demográficas	42
7.2. Características del estado físico y mental del adulto mayor	42
7.3. Contexto familiar del adulto mayor	44
8. Discusión	49
8.1. Características sociales y demográficas	49
8.2. Características del estado salud físico y mental del adulto mayor	50
8.3. Contexto del adulto mayor	53
9. Conclusiones	57
10. Recomendaciones	58
11. Referencias Bibliográficas	59
12. Anexos	66
12.1. Anexo 1:	66
12.2. Anexo 2:	69

12.3.	Anexo 3:	70
12.4.	Anexo 4:	71
12.5.	Anexo 5 Índice de comorbilidad de Charlson	72
12.6.	Anexo 6:	73
12.7.	Anexo 7:	75

Lista de tabla

Tabla N° 1:.....43

NOTA DE ACEPTACIÓN

EMILCE SALAMANCA RAMOS
Directora del proyecto de investigación

Firma de Jurado

Firma de Jurado

Villavicencio, 18 Diciembre 2017.

1. Introducción

El presente documento es el informe final del proyecto de investigación Caracterización social, familiar y de salud de los adultos mayores de la comuna uno de Villavicencio – Colombia; que corresponde al Macro proyecto titulado Caracterización social, demográfica y de salud de 4 municipios del piedemonte Llanero, que es aprobado y avalado por la Facultad de Salud de la Universidad de los Llanos.

La investigación es de tipo descriptivo con variables cualitativas y cuantitativas, la cual tenía como propósito caracterizar los adultos mayores desde el componente social, demográfico familiar y de salud de un adulto mayor con su familia. Para la valoración de variable cuantitativas se tuvo en cuenta los instrumentos como: escala de actividades de la vida diaria de Barthel, índice para actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody, mini examen cognoscitivo MEC, escala de depresión geriátrica de Yesavage, escala de Tinetti para la valoración de la marcha y el equilibrio, índice de comorbilidad de Charlson, y por último el instrumento de caracterización del adulto mayor. Para la valoración de las variables cualitativas se desarrolló por medio de la observación, diario de campo y entrevista semiestructurada aplicada al adulto mayor y su familia y/o cuidador.

Por último se destaca la elaboración y ejecución del proyecto se hizo con el propósito de conocer la situación en la que vive el adulto con su familia, como son las dinámicas en la familia, que percepción se tiene frente al envejecimiento y como han adoptado esta etapa en sus vidas ya que en esta etapa del ciclo vital es donde se requiere de mayor cuidado en especial a los adultos mayores con dependencia total para la realización de las actividades diarias, además de ellos saber si aún el adulto asiste a eventos sociales no solo en su familia sino con amistades de la juventud y por ultimo conocer las condiciones de la vivienda si son adecuadas y no repercuten para que el adulto mayor se accidente o sufra algún tipo de lesión.

2. Planteamiento del problema

El envejecimiento poblacional es una respuesta a las políticas públicas de calidad de vida de los seres humanos, según OMS (2016) “entre 2015 y 2050, la proporción de la población mundial con más de 60 años de edad pasará de 900 millones hasta 2000 millones, lo que representa un aumento del 12% al 22%. El envejecimiento de la población es más rápido en la actualidad que en años precedentes”, la esperanza de vida ha aumentado generando nuevas expectativas frente a esta población, aun así el hecho de envejecer trae consigo nuevos retos a nivel social, familiar y personal enfrentándose a nuevos desafíos presentes a lo largo de todo el periodo de vida.

El abandono es un tema de gran importancia presente en esta etapa la OMS, (2015) “pronostica que de aquí al año 2050 la cantidad de ancianos que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo.”, razones por las cuales este es un tema en discusión; muchos adultos mayores no pueden ser independientes ya que presentan algunos problemas físicos o mentales, es por esto que tienen que valerse de una persona para poder realizar sus actividades cotidianas, y debido a estas complicaciones algunas familias deciden no realizar acompañamiento, y dejan al adulto mayor, en asilos o en algunos casos sin ninguna protección.

Actualmente en América Latina estas cifras no varían, el adulto mayor se encuentra desprotegido según la Celade “en la región, más de 30 de cada 100 personas de la tercera edad son pobres, en nueve de 15 naciones latinoamericanas analizadas por el Celade, con mayor incidencia de la pobreza en países como Honduras, República Dominicana, Guatemala, Paraguay y El Salvador” (CEPAL, 2012), estas cifras demuestran el abandono en el que se encuentra esta población, creadas leyes y políticas que los protejan. En la actualidad, 13 países latinoamericanos cuentan con leyes de protección de los derechos de las personas mayores: Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua,

Paraguay, Perú, República Dominicana y la República Bolivariana de Venezuela, y al menos otros tres están trabajando en ello.

Enfocándonos en nuestro país, en Colombia no se ha visto un cambio que genere gran impacto en la población adulto mayor según la Facultad de Medicina de la Universidad de la Sabana y la asociación colombiana de Gerontología y Geriatria “para 2020 habrá dos adultos mayores por cada adolescente, pero sus condiciones de vida serán preocupantes” (facultad de Medicina de la Universidad de la Sabana y asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria, 2017, Ser adulto mayor en Colombia, todo un karma). El estudio, que consultó a 30.000 adultos mayores de 250 municipios de Colombia, demostró que el 9,3 % de ellos viven solos, y en Bogotá el 11 % sobreviven en esta condición. La situación empeora porque no hay suficientes médicos para atenderlos solo hay 80 geriatras en el país para atender a una población que, según el DANE, asciende a 5.750.000 personas. (DANE, 2016).

En cuanto al departamento del Meta la población adulto mayor comprende un índice de 70.000 personas y el total de la población supera los 90.000, debido al alto número de esta población el departamento crea una ruta integral de atención y centros de vida los cuales, buscan beneficiar al adulto mayor en todo el departamento sin excepción en las áreas rurales.

Aunque estas estrategias intentan obtener grandes resultados en el beneficio de esta población, se ve nublada por las diferentes falencias que presenta la ciudad de Villavicencio, el panorama del adulto mayor en esta ciudad es muy precaria, un porcentaje de esta población se encuentra en un abandono total por parte de sus familiares y las instituciones gubernamentales están al límite y no pueden brindar una atención óptima, este es el panorama actual de esta ciudad según un informe realizado por el periódico el TIEMPO (2015).

Actualmente, la Alcaldía tiene a cargo 200 adultos mayores en los hogares Divino Niño, San Francisco de Asís, San Camilo y Las Mercedes.

Nos ubicamos en la comuna 1, barrio el emporio de la ciudad de Villavicencio donde encontramos un establecimiento que atienden a una gran cantidad de adultos mayores en condición de abandono, por lo cual con este proyecto de investigación se pone en marcha una elaboración y pronta ejecución, con el fin de brindar soluciones no solo con el apoyo de la comunidad sino también por parte del estado, los cuales beneficien de manera directa a esta población tan olvidada.

Como punto final podemos analizar que el envejecimiento representa un aumento cada vez más alto en nuestra sociedad y que por ello trae consigo algunas consecuencias, las cuales se ven reflejadas de la siguiente manera:

- Problemas de salud
- discapacidad para realizar las actividades cotidianas
- problemas económicos
- Maltrato intrafamiliar
- Abandono

2.1. Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las características sociales, familiares y de salud de los adultos mayores de la comuna uno de Villavicencio – Colombia?

3. Justificación

Según la organización Mundial de la Salud, las personas mayores se ven como una carga para los demás y como consecuencia de ello pasan el tiempo pensando que su vida no tiene valor, lo cual genera que se consuman en la depresión, el aislamiento social y hasta el abandono, de aquí surge la importancia de nuestro proyecto, ya que nos lleva a la búsqueda de cuáles son los factores que influyen de manera negativa en esta etapa del ciclo vital y por qué no tienen participación social, comunitaria y familiar. OMS (2016)

En América Latina, Pérez, Delgado, Naranjo, Álvarez & Díaz (2012), realizaron un estudio el cual buscaba caracterizar los tipos de familia y conocer como era las relaciones con el adulto mayor, allí encontraron que las familias evaden la responsabilidad de cuidado y afecto hacia esta población, además de ello también se evidencio que hay altos índices de abandono, retomamos este estudio desde la parte de caracterización debido a que se enfoca en el trabajo que se realizó con el adulto mayor y su familia.

Del mismo modo y enfocándonos ya en Colombia podemos decir que el aumento de la población adulto mayor se incrementa rápidamente por lo que es importante resaltar el papel fundamental que tiene el estado para con dicha población, por ello es necesario mencionar de manera textual el siguiente párrafo. “Una política nacional debe establecer un marco de referencia y una gran finalidad de carácter permanente que le dé sustento a las distintas acciones que se programen y realicen en favor de este sector. La política nacional definida debe, por lo tanto, constituirse en el factor dinamizador de programas de acción. Por lo tanto al hablar de una política nacional se está señalando la necesidad de asumir la vejez y el envejecimiento de la población como una preocupación no sólo de Gobierno, sino también, de toda la sociedad. Es necesario destacar, que los problemas y situaciones que viven los Adultos Mayores no se solucionan o superan sólo con la acción del Estado. Por el contrario, parte importante de la problemática del Adulto

Mayor debe ser resuelta por la propia comunidad y, muy especialmente, al interior de la familia, la cual debe ser ayudada en esta tarea por toda la sociedad.

Por último, La Universidad de los Llanos desde la Especialización en Salud Familiar, ubico a las estudiantes en las diferentes comunas de la ciudad de Villavicencio, con la finalidad de elaborar y ejecutar el proyecto de investigación, el cual tuvo como propósito conocer las dinámicas sociales, familiares y de salud del adulto mayor con su familia.

4. Objetivos del Macro proyecto

4.1. 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.

4.2. 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.

4.3. Objetivos del Estudiante

4.4. Objetivo General

Describir las características sociales, familiares y de salud de los adultos mayores de la comuna uno de la ciudad de Villavicencio – Colombia.

4.5. Objetivos Específicos

- Caracterizar los adultos mayores desde los aspectos sociales y demográficos.
- Valorar el estado de salud físico, mental y social de los adultos mayores de la comuna uno de la ciudad de Villavicencio.
- Describir el contexto familiar del adulto mayor de la comuna uno de la ciudad de Villavicencio.

5. Revisión de la Literatura

5.1. Marco Teórico

5.1.1. Envejecimiento y Envejecimiento activo

El envejecimiento es una condición natural en todos los seres humanos, es una etapa de la vida la cual no se puede evitar; sin embargo en nuestra sociedad entendemos la vejez como un tiempo en el que llegan los problemas de salud, las enfermedades, dolencias, y hasta la dependencia para realizar actividades habituales como pueden ser: bañarse, vestirse, alimentarse, entre otras. El término envejecimiento, posee diferentes enfoques que permiten definirlo claramente. Ruiz, Z. P., & Vasconcelos, L. R. (2014), expone algunos de ellos:

Enfoque biológico: el envejecimiento es definido por este enfoque como “proceso que está asociado generalmente a una disminución en la eficiencia del funcionamiento orgánico, y que lleva, más tarde o más temprano, a la muerte” Ruiz, Z. P., & Vasconcelos, L. R. (2014), esto hace referencia a la disminución de las habilidades que le permiten al individuo desenvolverse en su entorno (enfermedades hereditarias, traumas) basadas principalmente en sus funciones fisiológicas.

Enfoque socioeconómico: este enfoque resalta el envejecimiento como una población económicamente activa, relacionándolo con la población pensionada, que se encuentra en retiro de su trabajo; pero esta no es una realidad en nuestro país ya que solo un 10% de las personas que cotizan su pensión la obtienen, actualmente en nuestro país 3,8 millones de personas de más de 60 años no reciben pensión y según cálculos, para el 2050 esta cifra podría incrementarse a 12 millones; determinando su calidad de vida, acceso a la salud, sus relaciones sociales y el mantenimiento de su vivienda.

Enfoque sociocultural: este enfoque define el envejecimiento desde sus diferentes lugares de procedencia, resaltando los aprendizajes y costumbres que poseen y que con el paso del tiempo han transmitido a las personas que los rodean.

Enfoque familiar: el envejecimiento suele verse en algunas ocasiones como una obligación a nivel familiar, ya que los hijos deben encargarse de todas las necesidades básicas del adulto mayor, como el cuidado en el tema de la salud, alimentación, vivienda lo cual los hace sentir discriminados e inútiles en su contexto familiar. Resalta que en algunos casos la familia acoge al adulto mayor como parte de su unidad familiar, dándoles su valor y apoyo ante cualquier situación.

El análisis de estos enfoques nos permite ver la complejidad de este proceso, es importante tener en cuenta que no solo incluyen cambios físicos, sino que también es importante comprender el contexto donde una persona se desarrolla a lo largo de su vida.

El envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo. (Pág. 27, envejecimiento y salud); todos estos cambios o problemas de la salud no son exclusivos de la vejez, ya que está demostrado que mientras hay adultos mayores que no cuentan con buenas condiciones físicas y mentales en su salud, hay una gran parte de ellos que si gozan de un buen funcionamiento físico, mental y no requieren de apoyo para satisfacer sus necesidades básicas; las condiciones y buen funcionamiento de la salud de los adultos mayores está influenciado por el entorno y los hábitos saludables en la juventud.

La (OMS 2012), nos dice que; “El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las

personas mayores, así como su participación social y su seguridad”, a partir de ello una respuesta importante de salud pública al envejecimiento, no es solo considerar estrategias que contrarresten las pérdidas asociadas con la edad avanzada, sino también que refuercen la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial. Estas fortalezas pueden ser particularmente importantes para ayudar a las personas a desenvolverse en los sistemas y reunir los recursos que les permitan hacer frente a los problemas de salud que a menudo se presentan en la vejez (Pág. 27 – 28, envejecimiento y salud). Por lo anteriormente mencionado cabe resaltar que la OMS, propone un programa dirigido a los adultos mayores con el propósito de llevar una vejez activa.

Para la OMS el envejecimiento activo es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. Navarro, E., Calero, M. D., & Calero-García, M. J. (2014). Envejecimiento activo. Infocop. Además de ello es importante permanecer activo social y mentalmente participando en actividades recreativas, actividades con carácter voluntario o remunerado, actividades culturales y sociales, actividades educativas, vida diaria en familia y en la comunidad.

Llevar un envejecimiento activo no es solamente tener cuidados alimenticios o cognitivos sino también en la realización y participación de actividades físicas, cívicas, culturales y sociales; para ello y teniendo en cuenta la diversidad de actividades que pueden incluirse dentro del envejecimiento activo, nos encontramos con (Ragheb 2012), quien agrupa una serie de actividades en 6 categorías, las cuales son:

- massmedia (ver televisión o leer un periódico)
- actividades culturales (teatro, conciertos, danza, etc.)
- actividades deportivas
- actividades al aire libre (camping, jardinería, caza, etc.)

- actividades sociales (visitas a amigos, fiestas, etc.), y hobbies o pasatiempos (fotografía, pintura, coleccionismo, etc.).

De lo anteriormente enunciado, la OMS señala que este tipo de actividades o programas de envejecimiento activo son la herramienta necesaria y efectiva para contrarrestar el fenómeno del envejecimiento de la población, ya que están principalmente enfocados en mejorar la salud, promueven la participación y mejoran la calidad de vida.

5.1.2. Enfoque Sistémico de la Familia

La familia es el núcleo donde normalmente se resuelven los distintos problemas de salud que aquejan a cada uno de sus integrantes, la salud de la familia está limitada por distintos factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, ambientales y relacionales las cuales se manifiestan en cada familia mediante la forma en la que se promueven las experiencias que potencian la salud y la forman en la que asumen cada etapa de desarrollo de los miembros. Es por esto que la salud familiar está determinada por la capacidad de la familia de cumplir con las funciones, adaptarse a los cambios y superar las posibles crisis familiares.

Es importante resaltar que la salud familiar mezcla dos aspectos importantes:

1. La ausencia o presencia de problemas de salud en los miembros de la familia
2. Capacidad de la familia para desarrollar sus funciones y dar respuesta a las necesidades físicas, emocionales, y sociales de sus miembros.

Se debe considerar a la familia como un sistema social abierto que interactúa con la sociedad, es por esto que la salud familiar integra el estado de la salud física y mental individual y el nivel de interacción entre los miembros de la familia, entendiendo este como un proceso dinámico y continuo el cual experimenta cambios a lo largo del ciclo vital. Escuredo, B., & Ramírez (2011).

Según Delgado, J. M. T., & Guerrero, A. R. (2014), la familia es el primer ente en el cual desarrollamos diferentes capacidades, y descubrimos algunas actitudes de marcan la personalidad de cada individuo, pero en esta etapa del ciclo vital la vejez, los roles, las responsabilidades y las funciones cambian en el entorno familiar.

El estudio de las perspectivas teóricas de la familia ha sido analizado desde tres grandes componentes, según estos mismos autores:

- a) **La familia como interacción:** “concepto que articula la relación entre el individuo y la sociedad, la sociedad se constituye por personas y grupos que se encuentran en interacción con el objetivo de lograr sus metas, para lo que elaboran ciertos patrones o formas culturales que facilitan esa tarea”.
- b) **La familia como sistema:** “la familia es un grupo natural que en el transcurso del tiempo ha elaborado pautas de interacción (regularidades observables). Estas pautas o reglas de interacción constituyen la estructura familiar, que rige a su vez el funcionamiento de los miembros, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales que son apoyar la individuación de sus miembros al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia”
- c) **La familia como construcción social:** Remi lenoir (2015), “la familia concentra todos los principios y todas las relaciones según los lo que las categorías sociales distinguen, trátase del matrimonio, modo de vida, costumbres, cultura, educación y vivienda”.

5.1.3. Determinantes Sociales

La OMS (2008), nos dice que 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.

5.2. Marco Investigativo

5.2.1. Familia y Adulto Mayor

La Fundación de la Familia de Chile considera a la familia como el espacio donde se estructuran las relaciones intergeneracionales y se desarrollan las normas sociales y las pautas para convivir en sociedad, por otra parte la Psicóloga Arés Muizo asume la familia como la unión de dos o más personas que comparten un proyecto vital de existencia y que a su vez en este espacio se generan fuertes conexiones y sentimientos. Teniendo en cuenta lo anteriormente enunciado, se puede estimar que la familia cumple con un papel importante y fundamental para el adulto mayor ya que es en esta etapa del ciclo vital donde se necesita fuente de apoyo afectivo para asumir el simple hecho de envejecer; ante esto se puede decir que cuando se entra en la vejez y no pueden cuidarse por sí mismos pasan a ser cuidados por los hijos lo que puede provocar fricciones, por lo general muy serias, llegando a convertirse en una crisis que algunos llaman de desvalimiento. La mejor solución, según plantean estudiosos del tema, es la aceptación realista de las fuerzas, limitaciones y las habilidades para permitirse ser independiente por parte del anciano y que el hijo adulto, tenga la habilidad de aceptar el papel de cuidador y simultáneamente siga siendo hijo (pág. 20). Por otra parte Gómez Suárez (2012), afirma que la familia, además de ser un grupo de gran importancia para el desarrollo humano, es también donde ocurren, hacia su interior y a través de las interacciones familiares, los procesos que determinan su funcionamiento y formas de existencia. Es la familia la institución más importante para el anciano, y donde el adulto mayor, como parte integrante de ella, tiene mucho por contribuir y aportar.

Además de ello verificando lo enunciado en el párrafo anterior Flórez y Rivas (2012), señalan que los cuidadores familiares son personas que otorgan cuidado informal, no reciben remuneración o retribución económica La experiencia de cuidar involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo, provoca un aumento en la carga del cuidador, la cual si no se logra manejar adecuadamente puede traer

repercusiones físicas, mentales y socioeconómicas y, por lo tanto, comprometer la vida, la salud, el bienestar, el cuidado y autocuidado no sólo del cuidador, sino también de la persona dependiente de cuidados, por lo que se requiere de un soporte social más global.

5.2.2. Salud del Adulto Mayor

El estado de salud física y mental de las personas mayores depende en gran parte de la forma de alimentarse en la infancia y la edad adulta. En la calidad de vida y longevidad influyen los hábitos de alimentación y otros factores de tipo psico-social que determinan la seguridad alimentaria y nutricional de este grupo de población como la soledad, la falta de recursos económicos, la baja disponibilidad de alimentos, la anorexia, las enfermedades crónicas entre otras, las cuales determinan el consumo de alimentos y el estado nutricional ante esto la Organización Panamericana de la Salud (2012), enuncia que las necesidades de salud de los adultos mayores son motivos de preocupación entre la población, por lo que requieren porcentajes muy altos de atención y cuidado, incrementando los costos y la incertidumbre por la naturaleza crónica de sus padecimientos, que en muchas ocasiones termina por agotar las reservas de apoyo contenidas en las redes sociales, y la mayor frecuencia con que enferman, trayendo la pérdida de funciones y la dependencia física y económica de los demás miembros de la familia.

Por otra parte Doris Cardona (2012), manifiesta que los cambios biológicos y sociales hacen que el adulto mayor también esté expuesto a otros riesgos que deterioran su estado de salud, como la depresión, la ansiedad, el deterioro cognitivo y la malnutrición, pero son condiciones poco exploradas en esta población, por considerarlas inherentes a la edad, situación que los lleva a la dependencia funcional y económica del Estado, la sociedad y la familia, donde muchas veces pueden ser objeto de abandono, abuso, maltrato y violencia.

Por último y argumentando el párrafo anterior se puede decir que el incremento de la población adulto mayor trae consigo un aumento de enfermedades tanto físicas como mentales por lo cual se presume el aumento de los costos de atención en

salud y demandarán recursos familiares y sociales; las enfermedades mentales, principalmente la depresión, es considerada como el principal problema de salud mental que enfrentará el mundo del futuro. Los trastornos mentales y conductuales perturban la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias. Estado de salud del adulto mayor, (2012).

5.2.3. Envejecimiento Activo

La Organización Mundial de la Salud, OMS (2012), define el envejecimiento activo como el proceso de optimización de las oportunidades de la salud, participación y seguridad con el propósito de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen; además de ello permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo del ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados.

por consiguiente la OMS en el documento envejecimiento activo: un marco político (2002), expone claramente las pautas para llevar una vejez sana y activa; primero se debe tener un buen funcionamiento físico, es decir mantener la actividad física y realizar ejercicio físico con más frecuencia, segundo tener un buen funcionamiento mental y para ello recomienda las actividades que requieran de pensamiento lógico y razonamiento, tercero ser independiente y autónomo al momento de realizar actividades de la vida diaria; por último y lo más importante manifiesta que desde el ciclo vital de la juventud se deben tener los autocuidados efectivos con el fin de prevenir enfermedades en la vejez y lograr una vejez saludable y funcional.

Por otra parte estudios realizados por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2008), manifiestan que la actividad física en personas mayores reduce la depresión, mejora su autoestima y confianza al tener la posibilidad de realizar actividades de forma independiente a través de algún programa de ejercicios y a su vez este puede contribuir también a la reducción de la ansiedad en la medida que reduce la tensión muscular y previene el estrés.

A su vez Guillen (1998), considera que la calidad de vida social presupone la existencia de la salud y de la capacidad funcional de los individuos. La capacidad funcional es determinada a partir del nivel de autonomía que las personas presentan para atender sus propias necesidades y relacionarse con las personas más próximas dentro de la comunidad, o sea, la capacidad de cuidar de uno mismo y de los demás para lograr un envejecimiento saludable. Por tanto, la valoración de la capacidad funcional presupone la capacidad de la persona para llevar a cabo sus actividades físicas de la vida diaria (la higiene personal, alimentarse, vestirse, moverse dentro y fuera de casa, etc.) y las actividades Instrumentales de la vida diaria (el mantenimiento de la casa, cocinar, hacer recados fuera de casa, utilizar transportes públicos, entre otros).

Por último Igdany reyes (2012), reflexiona y manifiesta que se precisa urgentemente conocer de forma integral el proceso de envejecimiento en su real, total y justa dimensión, lo cual facilitará la adopción de medidas precisas y audaces que propicien la satisfacción de las condiciones económicas, sanitarias, sociales y espirituales que garanticen el disfrute de una vejez activa y saludable a este sensible estrato poblacional, en un tiempo relativamente corto, lo cual representa un colosal desafío para los ancianos, la familia, la sociedad e instituciones gubernamentales, que de no enfrentarse adecuadamente, provocará catastróficas consecuencias por su alto costo social y constituirá una violación de los derechos humanos a los ancianos.

5.2.4. Vejez en Colombia

Según encuestas realizadas por el DANE (2016), Colombia vive actualmente un proceso de transición demográfica plena, en el cual han influido el descenso en la mortalidad, la paulatina disminución de la fecundidad y también las migraciones. Con relación a la disminución de la mortalidad, esta ha pasado de un poco más de dieciséis muertes por cada mil habitantes hacia 1950, a menos de cinco por mil, entre 2005 y 2010. Además, la fecundidad ha descendido progresivamente, pasando de 7 hijos por mujer, en la década de 1960, a cerca de 2,5 hijos por mujer

en 2010. Otro aspecto importante a mencionar que la tasa de mortalidad infantil ha descendido desde algo más de ciento veinte a cerca de dieciocho muertes infantiles por cada mil habitantes y la esperanza promedio de vida al nacer, cercanas a los 48 años en 1950, fue de 74 años en el 2010.

Seguidamente el DANE (2016), manifiesta que la población mayor de 60 años en Colombia, ha aumentado a un ritmo superior al 3 %, lo cual contrasta con el ritmo de crecimiento de la población total, cercano al Esperanza de vida al nacer (Mujeres) Esperanza de vida al nacer (Hombres) Al mismo tiempo, la población menor de 15 años viene disminuyendo progresivamente y por consiguiente conviene recordar que los jóvenes de hoy serán los mayores de 60 en 40 años o menos. Esta afirmación, tan obvia, no parece tenerse en cuenta en la práctica, por las personas ni por los gobernantes. De lo contrario, estarían vigentes políticas y medidas orientadas al aprovechamiento de la "ventana de oportunidad demográfica" que actualmente vive Colombia, representada justamente por una población joven y en edad de trabajar, cuyas condiciones educativas y laborales les permitieran, tanto a corto como a largo plazo, vivir con calidad y con respaldo de seguridad social para su vejez.

Por otra parte y reforzando los párrafos anteriores María Zuluaga (2016), considera que El envejecimiento en Colombia se ha venido dando en medio de un contexto de pobreza aguda, desigualdad del ingreso y persistente inequidad social. Los ancianos que viven en pobreza se ven a sí mismos excluidos socialmente y aislados de los procesos de toma de decisiones. Esto no solo afecta sus ingresos, sino que también contribuye a precarias condiciones de vida, mala salud e inseguridad personal. Por tal motivo plantea en este escenario tres estrategias que permitan la creación de valor para que las personas mayores continúen activos en la sociedad, se garanticen ingresos que les permita alternativas de seguridad económica y calidad de vida ante las barreras estructurales que impone el Sistema General de Pensiones.

Por ello La Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez (2014 – 2024) expresa el compromiso del Estado con una población que por sus condiciones y características merece especial atención. Esta incluye medidas normativas, institucionales, administrativas y programáticas a desarrollarse, que puede incluir la sociedad civil y las organizaciones sociales y por otra parte Rodríguez (2011), supone que Colombia, al igual que la mayoría de países de la región, no se ha preparado para asumir el envejecimiento de su población, de hecho el país tiene un acumulado del que no se ha actualizado, relacionado con las formas que adoptó el proceso de salarización, las modalidades de construcción de Estado, el proceso de aseguramiento en salud y pensiones y la configuración de los intereses sociales.

5.3. Marco Conceptual

5.3.1. Adulto mayor:

El Ministerio de Salud (2014), define al adulto mayor como “Las personas adultas mayores son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. Las personas envejecen de múltiples maneras dependiendo de las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante sus cursos de vida, es decir, implica procesos de desarrollo y de deterioro. Generalmente, una persona adulta mayor es una persona de 60 años o más de edad.

5.3.2. Envejecimiento:

El envejecimiento humano según el Ministerio de Salud (2014), se constituye como un proceso multidimensional de los seres humanos que se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible; inicia con la concepción, se desarrolla durante el curso de vida y termina con la muerte; a su vez, es un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos de los individuos en

interacción continua con la vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades, durante el transcurso del tiempo

5.3.3. Vejez:

El Ministerio de Salud (2014), manifiesta que la vejez representa una construcción social y biográfica del último momento del curso de vida humano. La vejez constituye un proceso heterogéneo a lo largo del cual se acumulan, entre otros, necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas humanas.

5.3.4. Ciclo vital:

El Ministerio de Salud y Protección Social (2012), definen el ciclo de vida como un enfoque que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante etapas tempranas del desarrollo humano; además de ello reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes, y que el mayor beneficio de un grupo de edad puede derivarse de intervenciones previas en un grupo de edad anterior. Además, permite mejorar el uso de recursos escasos, facilitando la identificación de riesgos y brechas y la priorización de intervenciones claves.

Así mismo el ciclo vital puede dividirse en diferentes etapas del desarrollo, aunque no deben tomarse en forma absoluta y recordar que existe diversidad individual y cultural. La siguiente clasificación es un ejemplo: in útero y nacimiento, primera infancia (0-5 años), infancia (6 - 11 años), adolescencia (12-18 años), juventud (14 - 26 años), adultez (27 - 59 años) y vejez (60 años y más).

5.3.5. Entorno familiar:

El entorno familiar es definido por Fernández, A. (2014), como el primer contexto de socialización y de aprendizaje del ser humano, donde vive en

comunidad según su cultura, aplicando los valores, conductas y costumbres enseñados. Es eminentemente existencial, donde suelen ocurrir un gran número de experiencias que inducen vivencias íntimas y esenciales derivadas de la convivencia cotidiana con la familia.

5.3.6. Familia:

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos (2012), es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio que, en algunas sociedades, sólo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia, y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros.

5.3.7. Cuidador:

Es una cualidad natural del ser humano, pero además, está determinado por aspectos sociales y educacionales, también es el resultado de los valores personales. A pesar de ser un aspecto intrínseco, el cuidado de otros requiere un aprendizaje que se produce a lo largo de toda la vida y que es la suma de la adquisición de una serie de conocimientos, la experiencia personal y el entorno en el que cada persona se ha desenvuelto. Declaración Universal de los Derechos Humanos (2012).

5.3.8. Determinantes sociales:

Según la Organización Mundial de la Salud (2012), 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.

5.3.9. Envejecimiento activo:

Según la Organización Mundial de la Salud (2012), el envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen, se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población y a su vez permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.

5.3.10. Acción Social integral:

Son el conjunto de acciones que buscan mejorar y modificar las circunstancias de carácter social que impidan al adulto mayor su desarrollo integral, protección física, mental y social hasta lograr la incorporación a una vida plena y productiva de las personas que se hallan en estado de necesidad, desprotección o desventaja física o mental. Fernández, A. (2012).

5.4. Marco Legal

5.4.1. El ARTÍCULO 46, de la Constitución Política De Colombia:

Nos dice que "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; así mismo el Estado está en la obligación de garantizar los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia".

5.4.2. LEY 1171 DE 2007:

Por medio de esta ley se establecen beneficios a las personas adultos mayores, esta tiene como propósito principal conceder a las personas mayores de 62 años beneficios para garantizar sus derechos a la educación, a la recreación, a la salud y por ultimo a propiciar un mejoramiento en sus condiciones de vida.

5.4.3. LEY 1251 DE 2008:

A partir de esta ley se establecen normas, las cuales son tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.

- Derecho a la igualdad y a la no discriminación
- Derecho a la vida y a una muerte digna
- Derecho a la integridad física, psíquica y emocional y a un trato digno
- Derecho a participar en la vida social, cultural y política de la comunidad
- Derecho a un nivel de vida adecuado y a los servicios sociales
- Derecho a la educación y a la cultura
- Derecho al trabajo

5.4.4. Esta LEY 1251:

Es de vital importancia ya que esta “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”.

5.4.5. POLÍTICA COLOMBIANA DE ENVEJECIMIENTO HUMANO Y VEJEZ (2007 – 2019):

La cual nos dice que: “va dirigida a todas las personas residentes en Colombia y en especial, a las personas de 60 años o más; esta se enfoca en aquellas en condiciones de desventaja social, económica, cultural o de género; además de ello Es una Política Pública, de Estado, concertada, que articula a todos los estamentos del gobierno y a las organizaciones sociales con un propósito común: visibilizar, movilizar e intervenir la situación del envejecimiento humano y la vejez de las y los colombianos”

Esta política reconoce:

- 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
- La necesidad de crear entornos económicos, políticos, sociales, culturales, espirituales y jurídicos, favorables para mejorar las condiciones de vida y lograr un mayor grado de bienestar de todas y todos los colombianos, garantizando un envejecimiento activo.
- La Atención Primaria en Salud como una estrategia pertinente, altamente eficiente y eficaz, para garantizar condiciones de disponibilidad, acceso, oportunidad, calidad y longitudinalidad en la prestación de servicios de salud.

5.4.6. DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS:

Los cuales favorecen al adulto mayor en diversos aspectos y contextos sociales.

5.4.7. Artículo 3. Igualdad De Derechos Para Hombres Y Mujeres

Este artículo presta especial atención a las mujeres de edad avanzada y crea subsidios no contributivos u otro tipo de ayudas para todas las personas mayores que, con independencia de su género, carezcan de recursos.

5.4.8. Artículos 6,7 Y 8. Derecho Al Trabajo

El estado debe adoptar medidas que eviten la discriminación por edad en el empleo y la profesión; que garanticen condiciones seguras de trabajo hasta la jubilación, y que otorguen a los trabajadores de edad avanzada empleos que les permitan hacer un mejor uso de su experiencia y conocimientos, además de poner en marcha programas preparatorios de jubilación.

5.4.9. Artículo 9. Derecho A La Seguridad Social

Es deber del estado fijar regímenes generales para un seguro de vejez obligatorio; establecer una edad de jubilación flexible; proporcionar subsidios de vejez no contributivos y otras ayudas a todas las personas que, alcanzada la edad establecida en la legislación nacional y careciendo de ingresos, no hayan finalizado el período de calificación contributivo y no tengan acceso a una pensión de vejez u otro tipo de prestación de seguridad social o ayuda.

5.4.10. Artículo 10. Derecho De Protección De La Familia

Los Gobiernos Y Las Organizaciones No Gubernamentales Deben Crear Servicios Sociales Para Apoyar A La Familia Cuando Existan Personas Mayores En El Hogar, Y Aplicar Medidas Especiales Destinadas A Las Familias De Bajos Ingresos Que Deseen Mantener En Su Seno A Las Personas De Edad Avanzada.

5.4.11. Artículo 11. Derecho A Un Nivel De Vida Adecuado

Las personas mayores deberán lograr satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, ingresos, cuidados y autosuficiencia, entre otras. También deben desarrollarse políticas que favorezcan la permanencia en sus hogares por medio del mejoramiento y la adaptación de sus viviendas.

5.4.12. Artículo 12. Derecho A La Salud Física Y Mental

Este artículo debe efectuar intervenciones sanitarias dirigidas a mantener la salud en la vejez con una perspectiva del ciclo de vida.

5.4.13. Artículo 13. Derecho A La Educación Y La Cultura

Por Ultimo Este Artículo Debe Ser Abordado Desde Dos Ángulos Diferentes Y A La Vez Complementarios:

1. El Derecho De La Persona De Edad A Disfrutar De Programas Educativos, Y
2. La Posibilidad De Poner Sus Conocimientos Y Experiencias A Disposición De Las Generaciones Más Jóvenes.

5.4.14. LEY 1850 DE 2017:

Por medio de esta ley se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia y por consiguiente se modifican las leyes **1251 DE 2008, 1315 DE 2009, 599 DE 2000 Y 1276 DE 2000**, y nos dice que será penalizado el maltrato intrafamiliar, el abandono entre otros, y se dictan otras disposiciones las cuales se verán reflejadas en los siguientes artículos:

5.4.15. Artículo 1:

Se crea un nuevo artículo de la LEY 1315 DE 2009, quedando así:
“**Artículo 17^a**, el presente artículo señala que los centros de protección social y de día, así como las instituciones de atención deberán acoger a los adultos mayores afectados por casos de violencia intrafamiliar como medida de protección y prevención.

5.4.16. Artículo 2:

Este modifica y adiciona los siguientes numerales del **Artículo 28 De La Ley 1251 De 2008**, sobre las funciones del consejo nacional del adulto mayor.

Numeral 11: Asesorar la formación y evaluar el funcionamiento de los planes y programas de protección y lucha contra la violencia que se ejerza a los adultos mayores.

Numeral 12: Promover la creación de redes de apoyo con el fin de asegurar los vínculos, la compañía y el apoyo del núcleo familiar del adulto y así evitar la institucionalización y la penalización. Ya que es necesario involucrar de manera directa a la familia quien es la encargada de suplir la satisfacción de necesidades biológicas y afectivas de los individuos; responde por el desarrollo integral de sus miembros y por la inserción de estos en la cultura; transmisión de valores para que se comporten como la sociedad espera de ellos. De ahí que la pertenencia a una familia constituye la matriz de la identidad individual.

Numeral 13: Promover la formulación de políticas para dar a conocer las obligaciones alimentarias de la familia para con las personas de la tercera edad, conformando grupos de enlace con el Ministerio de Salud y Protección Social.

Por otra parte las secretarías de Desarrollo Social y las Comisarias de Familia deberán

Numeral 14: elaborar un informe anual sobre la aplicación de las funciones del consejo nacional del adulto mayor especificando acciones y retos en cada departamento.

5.4.17. Artículo 3:

Este modifica el **Artículo 229 De La Ley 599 De 2000**, por el cual quedara así:

“El que maltrate física o psicológicamente a cualquier miembro de su núcleo familiar, incurrirá, siempre que la conducta no constituya delito sancionado con pena mayor de 4 a 8 años.

6. Metodología

6.1. Descripción del contexto

El presente proyecto se llevó a cabo en la Ciudad de Villavicencio, capital del departamento del Meta, está se encuentra ubicada en el piedemonte de la Cordillera Oriental, al Noroccidente del departamento del Meta, en la margen izquierda del río Guatiquia; se fundó el 6 de abril de 1840 y cuenta con una población urbana aproximada de 486.363 habitantes; Como capital departamental, alberga las sedes de la Gobernación del departamento del Meta, la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Villavicencio (EAAV), la Empresa Electrificadora Del Meta (EMSA), la sucursal del Banco de la República de Colombia y la Cámara De Comercio De Villavicencio (CCV).

La ciudad de Villavicencio se encuentra organizada por 8 comunas, 235 barrios (de los cuales solo 32 son legalizados), 101 asentamientos, 2 zonas de invasión, 7 corregimientos y 61 veredas en total.

El proyecto fue ejecutado en la comuna 1 de la ciudad de Villavicencio; la cual consta de 22 barrios, los cuales son: Nueva Granada, El Poblado, El Triunfo, Galán, Campiña, La Victoria, 12 de Octubre, El Recuerdo, El Prado, La Pradera, Caudal Norte, Triángulo, Santa Josefa Civil, El Emporio, Chapinerito Alto, Ciudad Oriental, La Grama, Santa Josefa Militar, El Rosal, Chapinerito Bajo, Rondinela, Los Cerezos, Los Alcázares, Panorama, Cataluña, San Felipe, Los Andes, Caudal Oriental, Manaure, La Esmeralda y Virrey.

El barrio el emporio perteneciente a la comuna uno de estrato social 4, es el lugar de residencia del adulto mayor y su familia, este se conecta con el barrio la grama y el barrio villa julia, además de ello a un costado de este pasa el rio Guatiquia y el caño Maizaro por lo que se encuentra en riesgo de inundación en temporada de lluvia; por otra parte podemos concluir que este barrio es inseguro debido al alto fluido de habitantes de calle y personas consumidoras de sustancias psicoactivas.

El proyecto investigativo Caracterización social, familiar y de salud de los adultos mayores de la comuna uno de Villavicencio – Colombia, fue orientado desde la investigación con enfoque cualitativo con una herramienta descriptiva y variables cuantitativas y cualitativas.

La investigación cualitativa estudia la realidad en su contexto natural y como sucede, sacando e interpretando fenómenos de acuerdo con las personas implicadas.

Utiliza variedad de instrumentos para recolectar información como: las entrevistas, imágenes, observaciones, historias de vida en los que se describen las rutinas y las situaciones problemáticas así como los significados de la vida de los participantes.

6.2. Población:

La población estudio fueron los adultos mayores y sus familias, los cuales son residentes del barrio el emporio de la comuna 1 de la ciudad de Villavicencio.

6.3. Muestra:

La muestra conveniencia fue de un 1 adulto mayor y su familia donde se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Ser mayor de 60 años
- Aceptar el consentimiento informado
- Adulto mayor con su familia
- Que pertenezca a la comuna 1
- Que tenga buenas condiciones de salud mental y físicas.

6.4. Instrumentos:

Como el estudio tuvo variables cualitativas y cuantitativas fue necesario tener en cuenta los siguientes instrumentos:

6.5. Para las variables cuantitativas se tendrán en cuenta:

- Actividades básicas de la vida diaria: instrumento Barthel y la escala de Lawton y Brody (anexo 1).
- Valoración de la marcha y el equilibrio: Escala de Tinetti (anexo 2).
- Valoración cognitiva: examen cognitivo MINI-MENTAL (anexo 3).
- Valoración afectiva: test de Yesavage (anexo 4).
- Valorar la comorbilidad: índice de Charlson (anexo 5).
- Caracterización social: encuesta con variables sociales y demográficas (anexo 6).

6.6. Para las variables cualitativas:

Mediante estas se identificó el contexto del entorno familiar, percepción del envejecimiento y necesidades del adulto mayor a través del cuidador, del adulto mayor y familia. Para ello se realizó el uso de los siguientes instrumentos:

- **Observación directa:** se define la observación directa como: “la inspección y estudio realizado por el investigador mediante el empleo de sus propios sentidos, con o sin ayuda de aparatos técnicos de las cosas o hechos de interés social tal como son o tienen lugar espontáneamente.
- **Diario de Campo:** este instrumento permite al investigador monitorear permanentemente el proceso de observación y plasmar los aspectos más importantes para organizar, analizar e interpretar la información que se está recogiendo.
- **Entrevista: semiestructurada:** la entrevista semiestructurada como aquella en la que existe un margen más o menos grande de libertad para formular las preguntas y respuestas (anexo 7).

6.7. Unidad de observación

- **Adultos mayores:** “sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. Las personas envejecen de múltiples maneras dependiendo de las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante sus cursos de vida, es decir, implica procesos de desarrollo y de deterioro. Generalmente, una persona adulta mayor es una persona de 60 años o más de edad”. Ministerio de Salud, MINSALUD (2015).
- **La familia:** Son los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial. Ministerio de Salud, MINSALUD (2015).

6.8. Plan de análisis

Para el desarrollo de este ítem se tuvo en cuenta los siguientes momentos:

Primer momento: acercamiento a la comunidad

Durante este primero momento se hizo acercamiento a la comunidad, recorriendo el contexto sociodemográfico y a su vez hacer el estudio de las familias con un adulto mayor a su cuidado y verificar que se cumplieran los criterios de inclusión; seguidamente se selecciona el adulto mayor con su familia y se hace el acercamiento formal donde se manifiesta cuál es el propósito de la visita y por último se expone el proyecto a desarrollar y del cual será participe de forma voluntaria.

Segundo momento. Recolección de la información

En este segundo momento se hizo la recolección de la información, debido a que el proyecto cuenta con variables cuantitativas y descriptivas cualitativas, se aplicaron los siguientes instrumentos escala de actividades de la vida diaria de Barthel, índice para actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody,

mini examen cognoscitivo MEC, escala de depresión geriátrica de Yesavage, escala de Tinetti para la valoración de la marcha y el equilibrio, índice de comorbilidad de Charlson, y por último el instrumento de caracterización del adulto mayor. Para la valoración de las variables cualitativas se desarrolló por medio de la observación, diario de campo y entrevista semiestructurada aplicada al adulto mayor y su familia y/o cuidador; esto se hizo con el propósito conocer la percepción del envejecimiento, entorno familiar, las relaciones familiares y los estados de salud que tienen tanto el adulto mayor como su familia.

Tercer momento: análisis de los resultados

En este momento para los resultados de las variables cuantitativas se manejó el programa SPS y para los resultados cualitativos se utilizó la herramienta Word y Excel para la identificación de categorías y subcategorías.

Cuarto momento: discusión de resultado a partir de las teorías.

Y por último se discuten los resultados con elementos del marco referencia, se realiza el informe final teniendo en cuenta los criterios de inclusión establecidos y se hace el informe final de investigación y la construcción de un artículo.

6.9. Consideraciones Éticas

En el presente estudio fueron respetados los parámetros éticos para estudios con seres humanos contenidos en la Resolución 008430 de 1993, la cual nos dice que se establecen normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

7. Resultados

7.1. Características sociales y demográficas

El adulto mayor de 87 años, nació en la departamento de Boyacá en el año 1930, donde vivió gran parte de su vida, por motivos de estudio se traslada a la ciudad de Bogotá, allí conoce a su primera esposa, con la cual tuvo sus primeros cuatro hijos, estos estando en el ciclo vital adolescencia pierden a su madre a causa de una enfermedad terminal, por lo cual el adulto mayor queda viudo; tiempo después deciden trasladarse a la ciudad de Villavicencio y este es contratado en la Electrificadora del Meta como técnico electricista, estando en la ciudad de Villavicencio conoce a, su actual esposa con la cual tuvo tres hijos.

Actualmente el adulto mayor vive solamente con su presente esposa, ya que todos sus hijos son adultos y profesionales, por lo tanto ella es la encargada de sus cuidados, alimentación y acompañamiento, viven en el barrio emporio, comuna uno de la ciudad de Villavicencio, la casa es propia y su estrato socioeconómico es cuatro, el adulto mayor no se encuentra activo laboralmente ya que por motivos de edad, la Electrificadora de Meta lo pensiono y este es su sustento a nivel económico.

Por último el adulto mayor no posee ninguna enfermedad que requiera algún tratamiento médico y este a su vez cuenta con una seguridad social de régimen contributivo y se encuentra afiliado a la Nueva EPS.

7.2. Características del estado físico y mental del adulto mayor

Nombre del instrumento	Objetivo	Puntaje	Resultado
1. Actividades básicas de la vida diría de Barthel.	Permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e	100	En cuanto a sus actividades diarias y respecto a la escala de valoración, el adulto mayor es

	imprescindibles de la vida diaria tale como: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse, subir y bajar escaleras, etc.		totalmente independiente.
2. Índice para actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody.	Permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad, evalúa actividades más elaboradas y que por tanto, se pierden antes que las actividades básicas de la vida diaria.	4	El adulto mayor presenta una dependencia moderada, en cuanto a las actividades de la vida diaria con respecto a la independencia en la comunidad.
3. Mini-Examen Cognoscitivo. (MEC)	Permite evaluar el estado cognoscitivo del adulto mayor, a nivel de orientación, fijación, concentración, memoria lenguaje y construcción.	Orientación: 5 Fijación: 2 Concentración: 0 Memoria: 0 Lenguaje y construcción: 11 Puntaje total: 17	Al realizar la aplicación de este test los resultados señalan que el adulto mayor posee un puntaje muy bajo por lo tanto se indica la presencia de un déficit cognoscitivo.
4. Escala de depresión geriátrica de Yesavage.	Permite evaluar el estado afectivo del adulto mayor, destacando los ítems que ayudan a identificar la depresión en estas edades.	1	Teniendo en cuenta estos resultados cabe destacar que el adulto mayor posee un nivel de depresión normal.
5. Escala de Tinetti para la valoración de la marcha y el equilibrio.	Esta escala permite detectar precozmente el riesgo de caída del adulto mayor durante el año	Equilibrio: 11 Marcha: 12 Total: 23	Teniendo en cuenta la sub-escala de Tinetti el adulto mayor posee un riesgo de caída leve

siguiente de su aplicación.			
6. Índice de comorbilidad de Charlson (versión original)	Este índice de evaluación permite medir la esperanza de vida del adulto mayor en un término de diez años	Puntuación del ICM: 4 Supervivencia estimada a los diez años: 53,39%	Teniendo en cuenta la puntuación presentada en el índice de comorbilidad el adulto mayor presenta una supervivencia del 53,39%.

Tabla 1 Características del estado físico y mental del adulto mayor

7.3. Contexto familiar del adulto mayor

En este aspecto se identificaron cuatro categorías: Estabilidad económica en la juventud sinónimo de buena vejez, apreciaciones de la vejez, cuidados en el adulto mayor y sus necesidades esenciales y el adulto mayor y sus necesidades esenciales.

Categoría 1: Estabilidad económica en la juventud sinónimo de buena vejez:

La vejez es la última etapa del ciclo vital, es allí donde se ven reflejados los cambios a nivel físico, mental y social en el ser humano. La capacidad de las personas de poseer diferentes bienes económicos es un elemento clave para una buena calidad en la vejez. En este sentido, la seguridad económica permite a los adultos mayores satisfacer sus necesidades las cuales le agregan calidad de vida y el derecho de poseer independencia en la toma de decisiones, mejorando así su autoestima ya que desempeñan diversos roles significativos. Esta a su vez se divide en las siguientes sub-categorías: “si no hubiera estudiado”, “necesidades básicas del adulto mayor” y “usted se va a vivir por allá”

Sub-categoría 1: si no hubiera estudiado. “si claro, si no hubiera estudiado, quien sabe dónde estaría” AM, “estudie mi bachillerato, ingeniería electrónica y electricidad y de eso vivo de electricidad a mí me gusta hacer planos, calcular”, AM. “si no hubiera estudiado yo sería por ahí obrero o no estaría haciendo nada”, AM.

Sub-categoría 2: necesidades básicas del hogar. “mi pensión y mi arriendo, si con eso tengo para la comida”, AM. “no yo no trabajo, mi esposo es pensionado y tenemos algunas casas en arriendo, con eso nos sostenemos los dos”, FM.

Sub-categoría 3: usted se va a ir a vivir por allá. “al principio la gente decía hay usted se va a ir a vivir por allá que de ese barrio solo salen ladrones que van para el Guatiquia, como yo vivía arriba en el buque, pero yo no he visto nada, todo me queda cerquita el centro todo”, AM. “si todos los servicios los pago, tenemos todos los servicios acá en la casa”, AM.

Categoría 2: apreciaciones de la vejez: La vejez es vista como la etapa de las pérdidas, tanto físicas como mentales, así como la necesidad de depender de otras personas para realizar actividades que antes hacían de manera independiente. Es allí donde esta etapa de vejez siendo un proceso normal del ciclo vital, se convierte en una construcción de estereotipos caracterizados principalmente como negativos asociados con la enfermedad, la fragilidad, a exclusión, la dependencia, y la improductividad, generando en esta población percepciones inadecuadas interviniendo no solo en su percepción como persona sino en su salud física, mental y emocional. Esta categoría se divide en las siguientes sub-categorías: “etapa final de la vida”, “que pasa cuando ya estoy viejo” y “el sexo se acaba”.

Sub-categoría 1: etapa final de la vida. “esperar el turno que me llegue, que llegue chuchito por mí”, AM. “Gracias a chuchito que me tiene aquí, solo espero que me llegue el turno, ya cuando cumpla 90 años espero que chuchito me lleve, coger camino con él”, AM. “es que eso depende de la educación, es que por ejemplo cuando esos abuelos son difíciles porque vienen de una educación..... Pero cuando no, no, y también la salud porque también las personas que por ejemplo cuando sufren de demencia senil bien acentuada, es verraco y la otra es cuando son muy caprichosos, enfermos y caprichosos esos es difícil; pero cuando la persona goza de una completa salud es buena” FM.

Sub-categoría 2: que pasa cuando ya estoy viejo. “aparecen todos los sentimientos, las habladurías, los pensamientos. afán de vivir, la forma de comer la vejez llega así, que he visto los otros ancianos, a mí de vez en cuando me llega lo mío, eso llega por parejo, ya para 80 años”, AM. “A veces, me da gripa y voy al médico de vez en cuando”, AM. “ya decae anímicamente, si, ya se vuelven perezosos porque ya no desarrollan actividades, también viene la nostalgia, cuando ellos llevaron una buena vida y que ya ellos no pueden realizar los trabajos que realizaban entonces, ya ellos como que anímicamente decaen”, FM. “ocurre ya, que en vez de que ellos velen de uno, uno tiene que velar es de ellos ya”, FM.

Sub-categoría 3: el sexo se acaba. “si, pero ya no hago el amor”, AM. “si, ya no hay fuerza de voluntad, ni deseo ya paso todo”, AM. “no, todo sigue igual, sigue bien, la parte sexual si está un poco débil... no mas no como primero era cada rato ahora ya no, muy poco ya se va esa fuerza del amor.(risas)”, AM.

Categoría 3: cuidados en el adulto mayor y sus necesidades esenciales. actualmente el crecimiento de la población adulto mayor es un tema de gran importancia en la sociedad, algunos estudios realizados destacan que es de vital importancia integrarlos de manera activa en el entorno social, ya que en esta etapa son más frecuente los casos de dependencia, discapacidad, aumentando el nivel de acompañamiento por parte de familiares o cuidadores, inicialmente se presenta una disminución en las capacidades visuales y auditivas lo cual hace más severo el acompañamiento o en algunas ocasiones el aislamiento del adulto mayor. A su vez encontramos la siguientes sub-categorías: “no me siento enfermo” y “todavía no necesito ayuda de nadie”.

Sub-categoría 1: no me siento enfermo. “para tener 90 años todavía estoy bueno. Eso es al cuidado de uno alimentarse, no hacer abuso sexual todas esas cositas. Eso es cuidarse de salud”, AM. “solo si solo, usted todavía acá me ve todo bueno y sano”, AM. “si como solo no necesito ayuda de ninguno”, AM. “el presenta necesidades más a nivel afectivo, que la familia lo rodee más y que les hagan sentir que valen mucho todavía, pero como actualmente en muchos casos el anciano

incomoda ya, es una carga entonces ellos ya no se sienten rodeados y es lo que más necesitan, hacerles sentir que ellos siguen siendo esa persona importante y hoy en día muchas veces le ponen más valor a lo material”, FM.

Sub-categoría 2: todavía no necesito ayuda de nadie. “si como solo no necesito ayuda de ninguno”, AM. “yo he tenido toda mi vida plena, mi vida siempre ha sido buena, fui buen trabajador, yo estudie ingeniería, electrotecnia y electricidad y yo estoy bien”, AM. “si, hasta ahora él se encuentra bien, él va al baño solo, come solo es totalmente independiente no necesita ayuda de nadie”, FM.

Categoría 4: el adulto mayor y sus relaciones familiares.

La familia es un elemento importante en el proceso de envejecimiento ya que constituyen la principal fuente de apoyo y acompañamiento del adulto mayor, para esta población la familia es el medio en el cual pueden confiar a las cuales pueden acudir sin importar las circunstancias, además de ello compone un lugar idóneo donde existen relaciones socio-afectivas, en las cuales el adulto mayor puede expresar sus sentimientos con las personas que más quiere. Cabe destacar que esta es una tarea gratificante aunque en algunas ocasiones puede causar algunos cambios en la estructura familiar modificando los roles de las personas que componen el contexto familiar. Esta categoría está compuesta por las siguientes sub-categorías: “yo tengo buenas relaciones familiares” y “mis cotilla me cuida”.

Sub-categoría 1: yo tengo buenas relaciones familiares. “todos me estiman no he tenido problemas con mis cuñados, mi suegro, mi suegra ninguno como yo he sido dos veces casados, la primera me salió buena mis primeros hijos están bien, todos son profesionales; mi segunda mujer que es ella hay estamos bien mis hijos ya todos son profesionales”, AM. “todos se han portado conmigo bien, mi familia, mi costilla, mis hijos todos bien. Todos me estiman no digo que alguno haga algo en contra de mí”, AM. “en armonía, cada que hacemos reuniones familiares lo llevo, en los cumpleaños y fiestas de fin de año le gusta compartir con toda la familia”, FM.

Sub-categoría 2: mi costilla mi cuida. “si como esta joven y bella, ella me cuida a mí, es que uno de viejito debe conseguirse a una mujer joven para que vean por uno que tal uno viejo conseguirse una viejita igual que uno, hay se queda siempre lo mismo ninguna raja ni presta el hacha”, AM. “procurando que sus alimentos sean a las horas adecuadas (.....), que sean los que a él le agradan, preparados de acuerdo a su motricidad que él ya tiene y darle gusto en lo que a él le agrade”, FM.

8. Discusión

8.1. Características sociales y demográficas.

El envejecimiento es considerado la última etapa del ciclo vital, la cual se encuentra caracterizada por múltiples aspectos que impactan de manera positiva o negativa a esta población, según la caracterización realizada, el adulto mayor posee una edad de 87 años siendo este de sexo masculino resaltando que su vivienda se encuentra ubicada en un estrato socioeconómico 4, en comparación a esto un estudio realizado por Paredes, Y. & Rosas, G. (2014), las cuales evaluaron un grupo de 42 adultos mayores evidenciando la relación entre el estrato socioeconómico y el sexo, establecieron que la mayoría de los sujetos pertenecen a los estratos 1 y 2, en los cuales predomina el sexo femenino, los cuales se encontraban en un rango de edad entre los 60 y 87 años.

En cuanto al nivel de escolaridad el adulto mayor realizó estudios profesionales, desempeñando toda su vida una labor de contratista de la electricadora, lo cual le permitió pensionarse a una edad de 55 años, en contraste con estos resultados una investigación realizada por Otero, M. & Pinzón, E. (2014) a 42 adultos mayores de la ciudad de Pasto, identifica que el 36% del total de la población tienen primaria incompleta, resaltando que las ocupaciones más comunes en este grupo poblacional fueron: Ama de casa con un porcentaje de 18,04%, y la agricultura con 11,90%, en cuanto a su ocupación actual se observa que el adulto mayor un 71,4% del sexo femenino se ocupa de su hogar, mientras que un 35,7% de los sujetos pertenecientes al sexo masculino son pensionados. Además, que tanto hombres como mujeres en un 54,8% se dedican a su hogar. En cuanto a la dependencia económica nuestra investigación resalta que el adulto mayor, posee ingresos financieros por medio de arriendos lo que destaca una libertad financiera, mientras que en la investigación realizada

por Farne, E. & Rodríguez D. (2014) encontraron que solo el 25% de los adultos mayores goza de una pensión, que el 47% tiene ingresos propios, laborales y no laborales y un 22% vive en hogares pobres. Los bajos ingresos personales obligan a muchos adultos mayores a permanecer laboralmente activo en trabajos informales.

8.2. Características del estado salud físico y mental del adulto mayor

El envejecimiento poblacional es un fenómeno no exclusivo de países desarrollados, donde los mayores de 60 años alcanzan tasas de 15 a 20% de la población general, La OMS (2015), en el Informe mundial del envejecimiento y la salud, menciona las profundas consecuencias para la salud y para los sistemas de salud, su personal y su presupuesto, que implicará el envejecimiento poblacional; señala también que los desafíos planteados en el presente siglo deben ser enfrentados con prontitud. En el informe se enfatiza que en la mayoría de personas mayores lo más importante es mantener la capacidad funcional, y que el envejecimiento saludable es algo más que la ausencia de enfermedad.

Durante la ejecución del proyecto se aplicaron diferentes instrumentos para valorar el estado de salud físico y mental del adulto mayor, entre ellos el instrumento de las actividades básicas de la vida diaria de Barthel, el cual arrojó un resultado bastante positivo para la edad del adulto mayor siendo esta de 87 años, presentado una lectura de total independencia frente a sus actividades diarias, sin embargo una investigación realizada por Muñoz, P., Rojas O y Marzuca Nassr (2015), resaltan en un estudio ejecutado a 55 adultos mayores en un rango de edad de 70 a 89 años, presentaban dependencia severa ya que la mayor parte de la población tenía una edad avanzada y además presentaban una menor funcionalidad. Con respecto a los datos obtenidos en el índice para actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody, al analizar la capacidad del adulto mayor para realizar las actividades necesarias para vivir de manera independiente en comunidad,

observamos que el adulto mayor obtuvo un puntaje de 4 lo cual indico que el adulto mayor presenta una dependencia moderada en cuanto a estas actividades, en comparación con este estudio Villarreal. A, & Month. A, (2012), ejecutan su investigación con una población de 2551 adultos mayores obteniendo los siguientes resultados en más del 80 % de la población entrevistada, en cuanto a la capacidad funcional, la población de adultos mayores de 65 años conserva una muy buena capacidad para realizarse el cuidado cotidiano, pero presenta algún grado de limitación e incapacidad para realizar trabajo pesado, salir de casa y desplazarse por los espacios de la vivienda; y es más significativo el grado de limitación a medida que avanza la edad. Un porcentaje importante de los adultos mayores tenía dependencia por lo menos en más de dos funciones o en todas.

Al analizar los resultados obtenidos en el Mini Examen Cognoscitivo (mini- mental), se evidencio que el adulto mayor presenta un déficit a nivel cognoscitivo destacando su baja puntuación en los ítems concentración y memoria, teniendo un puntaje de 0, lo cual destaca la importancia de realizar actividades que contribuyan en su óptimo desarrollo, por otro lado según los estudios realizados por Gloria Amarís, Edalcy Arrieta (2015), a una población de 2551 adultos mayores de la ciudad de Sincelejo arrojaron los resultados de la Escala Mini mental los cuales revelaron una escasa incidencia de deterioro cognitivo en la población adulta mayor, aun así es necesario anotar que se incrementa cuando aumenta la edad, y se encontró una asociación significativa entre mayor edad y mayor frecuencia de deterioro cognitivo, con predominio en el sexo femenino; esto puede estar determinado por factores socioculturales y porque la mujer es más longeva. Sin embargo, el déficit no es tan significativo como para originar incapacidad social o laboral.

Cabe destacar que el deterioro cognitivo del adulto mayor está directamente ligado con el aumento de la edad y que esta debe ser potencializada para no tener un decaimiento severo en poco tiempo.

Enfocándonos en otros elementos característicos de la salud física y mental del adulto mayor, la depresión es un elemento del cual esta población no está exenta

de poseer diferentes síntomas, analizando los resultados obtenidos en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage aplicada al adulto mayor de la investigación, obtuvo una puntuación de 1, determinando un nivel de depresión normal, presenta un nivel de vida estable y feliz sin importar las circunstancias en las que se encuentre, la familia juega un papel fundamental en el acompañamiento y ayuda ya que el adulto mayor manifiesta que el afecto en la familia representa felicidad, teniendo en cuenta estas afirmaciones, Alejandro Gonzales & Lucia Torres. (2015). En su artículo Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores, se demostró que aquellas familias con estructuras nuclear tienen mayor funcionalidad, la unidad familiar y el buen trato hacia el adulto mayor influencia en gran manera para que se presente menos episodios depresivos, Por lo tanto, se pudo concluir que: debido al acompañamiento familiar se presentó una baja frecuencia de pacientes en los que se detectó algún grado de depresión.

Con relación a los datos obtenidos en la escala de Tinetti para la valoración de la marcha y el equilibrio, al analizar los puntajes encontrados siendo 11 equilibrio y 12 en marcha, resalta que el adulto mayor posee un riesgo de caída leve; para su edad su estado salud es bueno y no presenta riesgo de caída en su casa ya que se encontró que está bien adaptada, el uso de la escala permitió que estos datos fueran verídicos y confiables; según una investigación realizada por Camila Rodríguez Guevara, Luz Helena Lugo (2012), muestran las caídas como uno de los cuatro síndromes geriátricos con mayor prevalencia en los adultos mayores, incrementan la morbilidad y la mortalidad, y disminuyen la funcionalidad; aproximadamente el 5% de las caídas lleva a hospitalización y el 40% de las admisiones a instituciones geriátricas son por esta causa.

Las caídas en el adulto mayor pueden causar graves lesiones debido a que como lo resalta la OMS (2017), La edad es uno de los principales factores de riesgo de las caídas. Los ancianos son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas, y el riesgo aumenta con la edad. Por ejemplo, en los Estados Unidos de

América un 20 a 30% de las personas mayores que se caen sufren lesiones moderadas o graves, tales como hematomas, fracturas de cadera o traumatismos craneoencefálicos. La magnitud del riesgo puede deberse, al menos en parte, a los trastornos físicos, sensoriales y cognitivos relacionados con el envejecimiento, así como a la falta de adaptación del entorno a las necesidades de la población de edad avanzada.

Así mismo el índice de comorbilidad de Charlson resalta que el adulto mayor posee una puntuación de 4, analizando los resultados el adulto mayor presenta una supervivencia del 56.39% destacando que para su edad se encuentra en muy buen estado de salud ya que no sufre ninguna enfermedad que requiera algún tipo de tratamiento, siendo este instrumento una base para prevenir en el adulto mayor graves afectaciones en su salud; como resaltan Rosas, O. & Peschard. S, (2013), Hasta el momento, han sido creados múltiples índices para evaluar comorbilidad con el objetivo de brindar un método estandarizado para establecer de acuerdo con la severidad un riesgo, controlar el potencial efecto confusor (para mejorar la validez interna de los resultados), modificar la enfermedad o el tratamiento (para mejorar la validez externa de los resultados) y como factor pronóstico, enfocándose en la importancia de la utilización de este instrumento como elemento clave en el pronóstico del adulto mayor.

8.3. Contexto del adulto mayor

Categoría 1: Estabilidad económica en la juventud sinónimo de buena vejez:

La vejez es la última etapa del ciclo vital, es allí donde se ven reflejados los cambios a nivel físico, mental y social en el ser humano. La capacidad de las personas de poseer diferentes bienes económicos es un elemento clave para una buena calidad en la vejez. En este sentido, la seguridad económica permite a los adultos mayores satisfacer sus necesidades las cuales le agregan calidad de vida y el derecho de poseer independencia en la toma de decisiones, mejorando así su autoestima ya que desempeñan diversos roles. Teniendo en cuenta estos elementos estas

comodidades no pertenecen a toda la población adulto mayor actualmente enfrentar la vejez en Colombia es todo un desafío, según un estudio realizado por la Universidad Externado (2015), se encontró que los bajos ingresos personales obligan a muchos de los adultos mayores a permanecer laboralmente activos. Sus trabajos son predominantemente informales (85%) y mayoritariamente independientes (76%) en actividades agrícolas (29%) y comerciales (25%). Este estudio revela la situación precaria del adulto mayor en el contexto Colombiano y para completar se cuenta con un sistema de pensiones que no cumple sus obligaciones frente a esta población.

Categoría 2: apreciaciones de la vejez

La vejez es vista como la etapa de las pérdidas, tanto físicas como mentales, así como la necesidad de depender de otras personas para realizar actividades que antes hacían de manera independiente. Frente a este tema Sagrario Villegas & Rosaura Pérez (2013), manifiestan que la vejez puede ser vista por los individuos y la sociedad como una experiencia positiva, negativa y/o ambas. De ahí que pudiésemos hablar de diversas maneras de ver y de asumir la vejez, de la manera en que en lo colectivo se va construyendo la categoría de “viejos”, en consecuencia estas mismas autoras citan a Beauvoir (1985), el cual resalta que para cada individuo la vejez significa una degradación que él teme; de ahí que señala que la actitud inmediata es negar la vejez. La reacción que existe en diferentes culturas en contra de la presencia de la enfermedad, del dolor, de la pérdida de la fuerza, impotencia y demás, trata de ser ocultada a través de diferentes prácticas culturales llevadas a cabo por sus miembros.

Categoría 3: cuidados en el adulto mayor y sus necesidades esenciales.

Actualmente el crecimiento de la población adulto mayor es un tema de gran importancia en la sociedad, algunos estudios realizados destacan que es de vital importancia integrarlos de manera activa en el entorno social, ya que en esta etapa

son más frecuente los casos de dependencia, discapacidad, aumentando el nivel de acompañamiento por parte de familiares o cuidadores, inicialmente se presenta una disminución en las capacidades visuales y auditivas lo cual hace más severo el acompañamiento o en algunas ocasiones el aislamiento del adulto mayor. La OMS (2015), resalta que Aunque algunas de las variaciones en la salud de las personas mayores son genéticas, los entornos físicos y sociales revisten gran importancia, en particular las viviendas, vecindario y comunidades, así como sus características personales, como el sexo, la etnia o el nivel socioeconómico.

Estos factores empiezan a influir en el proceso de envejecimiento en una etapa temprana. Los entornos en los que se vive durante la niñez –o incluso en la fase embrionaria– junto con las características personales, tienen efectos a largo plazo en la forma de envejecer.

Los entornos también tienen una influencia importante en el establecimiento y mantenimiento de hábitos saludables. El mantenimiento de hábitos saludables a lo largo de la vida, en particular llevar una dieta equilibrada, realizar una actividad física periódica y abstenerse de fumar, contribuye a reducir el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles y a mejorar las facultades físicas y mentales. Aun así los cuidados presentados a esta población deben ser aptos para la condición en la que se encuentran.

Categoría 4: el adulto mayor y sus relaciones familiares.

La familia es un elemento importante en el proceso de envejecimiento ya que constituyen la principal fuente de apoyo y acompañamiento del adulto mayor, para esta población la familia es el medio en el cual pueden confiar a las cuales pueden acudir sin importar las circunstancias, además de ello compone un lugar idóneo donde existen relaciones socio-afectivas, en las cuales el adulto mayor puede expresar sus sentimientos con las personas que más quiere.

Cabe destacar que esta es una tarea gratificante aunque en algunas ocasiones puede causar algunos cambios en la estructura familiar modificando los roles de las

personas que componen el contexto familiar, generando abandono por parte del entorno familiar, como señala Johana Delgado (2012), El abandono familiar aparece como resultado de una sociedad que comienza un retroceso en su evolución, ya que si tenemos en cuenta, antiguamente los adultos mayores, llamados ancianos, eran venerados por las personas por presentar aspectos psicológicos que le permitían conocer y poseer mucha información.

Una de las causas posibles del abandono familiar es por la ignorancia que posee la cultura ecuatoriana como tal, que se ha hecho la imagen y el estereotipo de que una persona que comienza a entrar en una etapa más de la vida debe de dejarse ser valorada, o peor aún debe de ser violentada física, psicológica y hasta de forma sexual. Ya sea porque se ha hecho generalizar que dichos sujetos son grupos “vulnerables”, Pero este no es un tema aislado en Colombia actualmente 400 adultos mayores son abandonados anualmente señala la revista Dinero (2017), este estudio plantea que a los adultos mayores se le deben dar más oportunidades de trabajo y estas deben adaptarse a las condiciones físicas y mentales de ellos. Lo anterior significa mayor apertura –por parte de los empleadores– a la flexibilidad laboral y al incremento de oportunidades de desarrollo y crecimiento humano de estas personas. Lo cual permitiría un reintegro de esta población adulta mayor a la sociedad.

9. Conclusiones

- Se describieron las características sociales y familiares de la muestra, un adulto mayor de la comuna uno de la ciudad de Villavicencio barrio el emporio, se evidencio que el adulto mayor cuenta con una condición económica estable, ya que posee una pensión lo que no genera dependencia económica por parte de sus familiares.
- El adulto mayor del barrio el emporio presenta un buen estado de salud en relación con los test y las escalas realizadas, destacando que para su edad es independiente al momento de realizar sus actividades de la vida diaria además su salud mental se encuentra en óptimas condiciones.
- Las relaciones familiares del adulto mayor del barrio el emporio son afectuosas resaltando el apoyo, la compañía, el respeto y cuidado como bases de aceptación y comprensión a esta etapa del ciclo vital, además se evidencio la importancia de la familia como eje principal de confianza y ayuda.

10.Recomendaciones

- A la Universidad de los Llanos es importante que sigan impulsando la investigación en diferentes contextos, generando en el estudiantado empoderamiento en diferentes temáticas, forjando así espacios de investigación como laboratorios, infraestructuras y dialogo participativo que permitan el desarrollo y apropiación de la investigación generando nuevos conocimientos y solución a diferentes problemas prácticos.
- A la Especialización en Salud Familiar se recomienda seguir incursionando en estas temáticas de adulto mayor, en todos los contextos y situaciones ya que es un tema poco abordado en la región del cual no se posee mucha información.
- A la familia del adulto mayor consideramos que es importante generar diversos espacios en los cuales el adulto mayor pueda fortalecer su estado físico y mental implementando estrategias que potencialicen su desarrollo cognitivo mejorando así su calidad de vida.
- A la comunidad del barrio el emporio se recomienda ser más consiente de la población adulto mayor, transformando las percepciones negativas que se tienen y disminuyendo el índice de vulnerabilidad, rescatando así el valor del adulto mayor como ejemplo y compendio de experiencias construidas durante el transcurso de la vida.

11. Referencias Bibliográficas

- Comisión Económica para América Latina CEPAL. (2012). *boletín informativo los adultos mayores en américa latina y el caribe datos e indicadores*. Tomado de https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/9353/boletin_envejecimiento.PDF
- Ser adulto mayor en Colombia, todo un karma. (06 de enero de 2017). *Semana 35 años, ideas que lideran*. Tomado de <http://www.semana.com/vida-moderna/articulo/calidad-de-vida-de-los-adultos-mayores-en-colombia-2017/527154>
- Abizanda, P., Agámez, C., & Cano, C. (2010). *XIII Seminario de Actualización Cuidado del Adulto Mayor*. Tomado de <https://noticiasenredweb.wordpress.com/2017/08/21/xiii-seminario-de-actualizacion-cuidado-del-adulto-mayor/>
- Preocupantes cifras de adultos mayores abandonados en Villavicencio. (30 de septiembre de 2015). *EL TIEMPO*. Tomado de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16391607>
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2016). *INFORME MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO Y LA SALUD*. Tomado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
- Hernández, J. & León, L. (27 de agosto de 2012). La familia y el adulto mayor. *Revista Médica Electrónica versión On-line ISSN 1684-1824*. Tomado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400010

- Ruiz, Z. P., & Vasconcelos, L. R. (2014). Algunos apuntes sobre el envejecimiento poblacional en el Municipio de Camagüey. *Novedades en Población*, 7(14), 319-337.
- Carrascal, S., (2014). Creatividad y desarrollo cognitivo en personas mayores. *Arte, Individuo y Sociedad*, vol. 26 (1), pág. 9-1. Tomado de <https://revistas.ucm.es/index.php/ARIS/article/viewFile/40100/41533>
- Universidad de Deusto, (2012). La experiencia de ocio y su relación con el envejecimiento activo. Tomado de http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/idi120_06u_deusto.pdf
- Escuredo, B., & Ramírez, E., (2012). Enfoque personal y familiar en atención primaria de salud. *Dialnet*. Tomado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6007260>
- La familia y el adulto mayor. *Revista Médica Electrónica versión On-line ISSN 1684-1824*. Tomado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400010
- Remi, L. (2015), La Familia Como Construcción Social. *Ensayos virtuales*. Tomado de <https://www.clubensayos.com/Temas-Variados/La-Familia-Como-Construcci%C3%B3n-Social/2587186.html>
- OMS, (2012). Determinantes Sociales de la Salud, Tomado de http://www.who.int/social_determinants/es/

- Placeres, F. & Rosales, L. (2012). La familia y el adulto mayor. *Revista Médica Electrónica versión On-line ISSN 1684-1824*. Tomado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400010

- Flórez, E. & Rivas, E. (2012). Desempeño Del Rol Del Cuidador Familiar De Adulto Mayor. *Ciencia y enfermería versión On-line ISSN 0717-9553*. Tomado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100004

- Cardona, D. & Garzón, M. (2012). Estado de salud del adulto mayor de Antioquia, Colombia. *Artigos Originais / Original Articles*. Tomado de http://www.scielo.br/pdf/rbpg/v19n1/pt_1809-9823-rbpg-19-01-00071.pdf

- Menéndez, M. & Brochier, R. (2012). La actividad física y la psicomotricidad en las personas mayores: sus contribuciones para el envejecimiento activo, saludable y satisfactorio. *Textos & Contextos*. Tomado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/8469/6443>

- Reyes, I. & Castillo, J. (2012). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas versión impresa ISSN 0864-0300*. Tomado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002011000300006

- Ruiz, E. & Arrubla, D. (2013). Envejecimiento y Vejez en Colombia. *ISBN: 978-958-8164-36-6 (Internet)*. Tomado de <http://www.profamilia.org.co/docs/estudios/imagenes/3%20-%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ%20EN%20COLOMBIA.pdf>

- Zuluaga, M. & Robledo, C. (2016). Alternativas para garantizar la seguridad económica en la vejez: desafíos para Colombia. *Revista CES Derecho*

Volumen 7 No.1. Tomado de
<http://www.scielo.org.co/pdf/cesd/v7n1/v7n1a05.pdf>.

- Reyes, R. & & González, C. (2012). Suicidio en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 11(Supl. 5), 699-708. Recuperado, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000500017&lng=es&tlng=es.
- Pérez, B. & Castellanos A. (2013). Enfermedades bucales en el adulto mayor. *Correo Científico Médico*, 17(4), 477-488. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400008&lng=es&tlng=es
- Restrepo M. Morales G. & Varela L. (2006). Nutritional Habits in Senior Adults and Its Relationship with Protective or Deteriorating Effects in Health. *Revista chilena de nutrición*, 33(3), 500-510. Tomado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182006000500006>
- Reyes T, & Castillo, A. (2012). A healthy and active human aging process, a challenge for elderly, family and society. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 30(3), 454-459. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002011000300006&lng=es&tlng=en
- Galván, A. & Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(1). Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=es&tlng=es

- Zuluaga C. & Robledo, M. (2016). Alternativas para garantizar la seguridad económica en la vejez: desafíos para Colombia. *Revista CES Derecho*, 7(1), 39-50. Retrieved August 11, 2017, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-77192016000100005&lng=en&tlng=es
- Andina, S. (2012). CEPAL advierte difícil situación para adultos mayores en América Latina, Tomado de <https://www.americaeconomia.com/politica-sociedad/mundo/cepal-advierte-dificil-situacion-para-adultos-mayores-en-america-latina>
- Facultad de Medicina de la Universidad de la Sabana y asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria. (2017). Ser adulto mayor en Colombia, todo un karma. Tomado de <http://www.semana.com/vida-moderna/articulo/calidad-de-vida-de-los-adultos-mayores-en-colombia-2017/527154>)
- Varela, L. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. Tomado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342016000200001&script=sci_arttext
- Silva, C. & Marzuca, N. (2015). Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar. *Investigación Original* Doi: 10.590/1809-

2950/13327822012015. Tomado de <http://www.scielo.br/pdf/fp/v22n1/1809-2950-fp-22-01-00076.pdf>.

- Villarreal, A. & Month. (2012). Condición socio familiar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo Colombia. *Revista Científica Salud Uninorte*, Vol. 28, No 1. Tomado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/rt/printerFriendly/3952/3717>
- Gonzales, A & Torres L. (2015). Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores. *aten fam* 2016; 23(1). Tomado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2016/af161f.pdf>
- Rodríguez, C. & Lugo, H. (2012). Validez y Confiabilidad de la escala de Tinetti para la población colombiana. *Rev. Colombia. Reumatol.* vol. 19 núm. 4 pp. 218-233. Tomado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcre/v19n4/v19n4a04.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Riesgos y Caídas en Adultos Mayores. Tomado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>
- Barbosa, C. (2015). El 85% de los adultos mayores trabaja en la informalidad. *El Espectador*. Tomado de <https://www.elespectador.com/noticias/economia/el-85-de-los-adultos-mayores-trabaja-informalidad-articulo-557612>.

- Villegas, S. (2013). Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez. *revista Kairós, São Paulo, 12(1), pp. 39-58*. Tomado de <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/2779/1814>

- Organización Mundial de la Salud. (2015). Envejecimiento y Salud. Tomado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>

- Delgado, J. (2012). *Abandono Familiar Y Conductas Sociales En Adultos Mayores; Centro Del Buen Vivir Mies Fedhu*. (Tesis de Pregrado). Universidad de Guayaquil. Tomado de http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6456/2/TESIS_COMPLETA_JESSICA.pdf

- Navarro, E., Calero, M. D., & Calero-García, M. J. (2014). Diferencias entre hombres y mujeres mayores en funcionamiento cognitivo y calidad de vida. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 4(3), 267-277*.

- Delgado, J. M. T., & Guerrero, A. R. (2014). La familia funcional como promotora del desarrollo humano e integral de la persona desde la perspectiva femenina. *Nova scientia, 2(3), 151-166*.

- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE).(2016) Encuesta Nacional de la Calidad de Vida- ECV-2016. Recuperado de: https://www.dane.gov.co/index.php/estadísticas_por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/enuesta-nacioonal-de-calidad-de-vida.

12. Anexos

12.1. Anexo 1:

Actividades básicas de la vida diaria de Barthel

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 ocasional	Tiene incontinencia ocasional o requiere ayuda para supositorio o enema.
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, maniobrar 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	

Índice para actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody

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	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta	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	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

12.2. Anexo 2:

Escala de Tinetti para la valoración de la marcha y el equilibrio

Equilibrio (el sujeto está sentado en una silla rígida, sin apoyo para brazos)		
1. Equilibrio sentado		
0 -se inclina o se desliza de la silla		
1 - está estable y seguro		
2. Levantarse de la silla		
0 - es incapaz sin ayuda		
1 - se debe ayudar con los brazos		
2 - se levanta sin usar los brazos		
3. En el intento de levantarse		
0 - es incapaz sin ayuda		
1 - es capaz pero necesita más de un intento		
2 - es capaz al primer intento		
4. Equilibrio de pie (los primeros 5 segundos)		
0 - inestable (vacila, mueve los pies, marcada oscilación del tronco)		
1 - estable gracias al bastón u otro auxilio para sujetarse		
2 - estable sin soporte o auxilios		
5. Equilibrio de pie prolongado		
0 - inestable (vacila, mueve los pies, marcada oscilación del tronco)		
1 - estable pero con base de apoyo amplia (maléolos mediales mayor a 10 cm) o usa auxiliar		
2 - estable con base de apoyo estrecha, sin soporte o auxilios		
6. Romberg sensibilizado (con ojos abiertos, pies juntos, empujar levemente con la palma de la mano sobre el esternón del sujeto en 3 oportunidades)		
0 - comienza a caer		
1 - oscila, pero se endereza solo		
2 - estable		
7. Romberg (con ojos cerrados e igual que el anterior)		
0 - inestable		
1 - estable		
8. Girar en 360°		
0 - con pasos disminuidos o movimiento no homogéneo		
1 - con pasos continuos o movimiento homogéneo		
0 - inestable (se sujeta, oscila)		
1 - estable		
9. Sentarse		
0 - inseguro (equivoca distancia, cae sobre la silla)		
1 - usa los brazos o tiene movimiento discontinuo		
2 - seguro, movimiento continuo.		
Puntaje de equilibrio: ____ / 16		

12.3. Anexo 3:
Examen cognitivo MINI-MENTAL.

**MINI MENTAL STATE EXAMINATION
(MMSE)**

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Nombre: _____ Varón [] Mujer []
 Fecha: _____ F. nacimiento: _____ Edad: _____
 Estudios/Profesión: _____ N. Hª: _____
 Observaciones: _____

¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)	
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)	
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón-Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	Nº de repeticiones necesarias FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)	
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que detee la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (0 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)	ATENCIÓN- CÁLCULO (Máx.5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	RECUERDO diferido (Máx.3)	
.DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 .REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1 .ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1 .LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 .ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 .COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1	LENGUAJE (Máx.9)	
Puntuaciones de referencia 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12: demencia	Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)	

a.e.g.(1999)

12.4. Anexo 4:

Escala de depresión geriátrica de Yesavage

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 nuevas?	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?		
¿Se siente lleno/a de energía?	SI =0	NO =1
¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que Vd?	SI =1	NO =0
TOTAL		

12.5. Anexo 5 Índice de comorbilidad de Charlson

Infarto de miocardio: debe existir evidencia en la historia clínica de que el paciente fue hospitalizado por ello, o bien evidencias de que existieron cambios en enzimas y/o en ECG	
Insuficiencia cardíaca: debe existir historia de disnea de esfuerzos y/o signos de insuficiencia cardíaca en la exploración física que respondieron favorablemente al tratamiento con digital, diuréticos o vasodilatadores. Los pacientes que estén tomando estos tratamientos, pero no podamos constatar que hubo mejoría clínica de los síntomas y/o signos, no se incluirán como tales	
Enfermedad arterial periférica: incluye claudicación intermitente, intervenidos de <i>by-pass</i> arterial periférico, isquemia arterial aguda y aquellos con aneurisma de la aorta (torácica o abdominal) de > 6 cm de diámetro	1
Enfermedad cerebrovascular: pacientes con AVC con mínimas secuelas o AVC transitorio	1
Demencia: pacientes con evidencia en la historia clínica de deterioro cognitivo crónico	1
Enfermedad respiratoria crónica: debe existir evidencia en la historia clínica, en la exploración física y en exploración complementaria de cualquier enfermedad respiratoria crónica, incluyendo EPOC y asma	1
Enfermedad del tejido conectivo: incluye lupus, polimiositis, enf. mixta, polimialgia reumática, arteritis cel. gigantes y artritis reumatoide	1
Úlcera gastroduodenal: incluye a aquellos que han recibido tratamiento por un úlcus y aquellos que tuvieron sangrado por úlceras	1
Hepatopatía crónica leve: sin evidencia de hipertensión portal, incluye pacientes con hepatitis crónica	1
Diabetes: incluye los tratados con insulina o hipoglicemiantes, pero sin complicaciones tardías, no se incluirán los tratados únicamente con dieta	1
Hemiplejia: evidencia de hemiplejia o paraplejia como consecuencia de un AVC u otra condición	2
Insuficiencia renal crónica moderada/severa: incluye pacientes en diálisis, o bien con creatininas > 3 mg/dl objetivadas de forma repetida y mantenida	2
Diabetes con lesión en órganos diana: evidencia de retinopatía, neuropatía o nefropatía, se incluyen también antecedentes de cetoacidosis o descompensación hiperosmolar	2
Tumor o neoplasia sólida: incluye pacientes con cáncer, pero sin metástasis documentadas	2
Leucemia: incluye leucemia mieloide crónica, leucemia linfática crónica, policitemia vera, otras leucemias crónicas y todas las leucemias agudas	2
Linfoma: incluye todos los linfomas, Waldstrom y mieloma	2
Hepatopatía crónica moderada/severa: con evidencia de hipertensión portal (ascitis, varices esofágicas o encefalopatía)	3
Tumor o neoplasia sólida con metástasis	6
Sida definido: no incluye portadores asintomáticos	6

12.6. Anexo 6:

Ficha de caracterización adulto mayor

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 servicio públicos? Si ___ No ___
Si su respuesta es No: Cuales hacen falta en la vivienda _____
9. Número de personas de 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 quien vive? (nombre por parentesco las personas según la pregunta 16)

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): _____

12.7. Anexo 7:

Formato de entrevista semiestructurada.

1. Preguntas para el Adulto Mayor:

Antes de iniciar ésta entrevista, haga estas preguntas al adulto mayor, para conocer la Autopercepción de salud: (marca un 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 dependencia económica? ¿viven con su conyugue de similitud de edad? ¿Su vivienda es adecuada a sus necesidades? ¿las relaciones sociales solo con su familia o vecinos? ¿mantiene relaciones sociales en la comunidad? ¿Cuales?
Percepción de envejecimiento	¿Qué piensa usted sobre la Vejez? ¿Que cree que ocurre cuando una persona envejece? ¿Qué cambios ha visto usted así notorios?
Necesidades del adulto mayor	¿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.
Dinámica Familiar	¿Quién lo cuida en su familia? ¿Cómo lo cuida? ¿Como siente que es cuidado por su familia? ¿Ha tenido problemas con su familia? ¿cuándo pasa esos malentendidos usted como los soluciona? ¿Se han solucionado los problemas? ¿Cómo su familia le demuestra los sentimientos?

2. Preguntas para la familia:

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 el adulto mayor? ¿usted participa del 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?

Anexo 8

Consentimiento informado

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Universidad de los Llanos – Facultad Ciencias de la Salud

Caracterización social, familiar y de salud de los adultos mayores del barrio el retiro – Villavicencio – Colombia

Fecha _____

Código _____

Investigadoras: _____ Estudiantes de Especialización en Salud Familiar. Universidad de los Llanos. Facultad 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) o los estudiantes de posgrado de Salud Familiar, 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, identificándolo 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: _____