

CARACTERIZACIÓN SOCIAL, DEMOGRÁFICA Y DE SALUD DE LOS ADULTOS
MAYORES DEL CENTRO VIDA CASA DEL ABUELO “MÍ DULCE HOGAR” DE LA
CIUDAD DE VILLAVICENCIO – COLOMBIA

ANDREA PAOLA CASTELLANOS PARRA

CINDY LORENA JARAMILLO

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACION EN SALUD FAMILIAR
CURSO INVESTIGACION SOCIAL
VILLAVICENCIO-COLOMBIA

2017

CARACTERIZACIÓN SOCIAL, DEMOGRÁFICA Y DE SALUD DE LOS ADULTOS
MAYORES DEL CENTRO VIDA CASA DEL ABUELO “MÍ DULCE HOGAR” DE LA
CIUDAD DE VILLAVICENCIO – COLOMBIA

ANDREA PAOLA CASTELLANOS PARRA

CINDY LORENA JARAMILLO

DOCENTE: EMILCE SALAMANCA RAMOS

VILLAVICENCIO-COLOMBIA

2017

NOTA DE ACEPTACION

Firma del jurado

Firma del jurado

Villavicencio, Diciembre de 2017

AGRADECIMIENTOS


Las autoras del presente trabajo de investigación expresan sus agradecimientos:

A la Enfermera Emilce Salamanca, directora del proyecto de investigación y tutor del curso Investigación Social, brindó sus aportes, apoyo y enseñanza para obtener buenos resultados

A la Universidad de los Llanos, por ofrecernos un espacio y educación acorde a nuestras necesidades

Al Centro Vida Casa del Abuelo “Mi dulce hogar” de la ciudad de Villavicencio,-Meta por abrirnos las puertas para realizar el proyecto de investigación

A todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron en la realización del presente trabajo.

	UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	CÓDIGO: FO-DOC-97	
		VERSIÓN: 02	PÁGINA: 1 de 106
	PROCESO DOCENCIA	FECHA: 02/09/2016	
	FORMATO AUTORIZACION DE DERECHOS	VIGENCIA: 2016	

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN

Nosotras **Andrea Paola Castellanos Parra** mayor de edad, vecino de Villavicencio-, Meta, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. **40.187.261** de Villavicencio y **Cindy Lorena Jaramillo Mejia** mayor de edad, vecina de Villavicencio, identificada con la cedula de ciudadanía No. **1.121.865.711 de Villavicencio** actuando en nombre propio en calidad de autoras del trabajo de tesis, monografía o trabajo de grado denominado CARACTERIZACIÓN SOCIAL, DEMOGRÁFICA Y DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA CASA DEL ABUELO “MÍ DULCE HOGAR” DE LA CIUDAD DE VILLAVICENCIO – COLOMBIA, hago entrega del ejemplar y de sus anexos de ser el caso, en formato digital o electrónico (CD-ROM) y autorizo 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 mi trabajo de grado o tesis.

EL AUTOR – ESTUDIANTE, Como autor, manifiesto que el trabajo de grado 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 poseemos 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, asumiremos toda la responsabilidad, y saldremos 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).

EL AUTOR – ESTUDIANTE

Firma: _____

Nombre: **Andrea Paola Castellanos Parra**

C.C: **40.187.261** de Villavicencio

Firma: _____

Nombre: **Cindy Lorena Jaramillo Mejia**

C.C **1.121.865.711** de Villavicencio

CONTENIDO

Pág.

i. Lista de tablas	
ii. Lista de anexos	
INTRODUCCION.....	11
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.1 Descripción del problema.....	12
1.2 Formulación del problema.....	14
2. JUSTIFICACION.....	15
3. OBJETIVO DEL MACROPROYECTO.....	16
3.1 Objetivos específicos del macroproyecto.....	16
4. OBJETIVOS DEL EPI.....	17
4.1 Objetivo general.....	17
4.2 Objetivos específicos.....	17
5. MARCO REFERENCIAL.....	17
5.1 Marco teórico.....	17
5.2 Marco investigativo.....	35
5.3 Marco conceptual.....	39
5.4 Marco legal.....	42
6. METODOLOGIA.....	49
6.1 Descripción del contexto.....	49
6.2 Tipo de investigación.....	50

6.3 Población y muestra.....	51
6.4 Instrumentos.....	51
6.5 Unidad de observación.....	52
6.6 Análisis de la información.....	53
6.7 Condiciones éticas.....	54
7. RESULTADOS.....	54
7.1 Características sociales y demográficas del adulto mayor.....	54
7.2 Estado de salud.....	56
7.3 Dinámicas familiares.....	60
7.3.1 Percepción de envejecimiento.....	60
7.3.2 Necesidades del adulto mayor.....	61
7.3.3 Dinámica familiar.....	62
7.3.4 Situación socioeconómica.....	62
8. DISCUSION.....	63
8.1 Características sociales y demográficas del adulto mayor.....	63
8.2 Estado de salud	64
8.3 Dinámicas familiares.....	67
9. CONCLUSIONES.....	69
10 RECOMENDACIONES.....	70
10.1 Recomendaciones para la familia del adulto mayor.....	70
10.2 Recomendaciones para el adulto mayor.....	70
10.3 Recomendaciones para las Instituciones y entes territoriales.....	71

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....72

Lista de tablas

Tabla 1. Resultados de instrumentos cuantitativos

LISTA DE ANEXOS

1. Formato de consentimiento informado
2. Guía de entrevista semiestructurada
3. Instrumento de caracterización de los adultos mayores de los centro Vida
4. Escala de actividades básicas de la vida diaria de Barthel
5. Escala para actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody
6. Mini examen cognoscitivo (MEC)
7. Escala de depresión geriátrica de Yesavage
8. Escala de Tinetti para la valoración de la marcha y el equilibrio
9. Índice de comorbilidad de Charlson

INTRODUCCION

El informe final que se presenta a continuación fue el producto de una investigación realizada en la comuna dos a un adulto mayor y su familia. Esta investigación se deriva del Macro Proyecto titulado Caracterización social, demográfica y de salud de los adultos mayores de los centros vida de cuatro municipios seleccionados del Piedemonte del departamento del Meta, de la Facultad de Ciencias de la Salud.

La investigación se desarrolló a través de un estudio descriptivo con variables cualitativas y cuantitativas, con el propósito de conocer el estado de salud y social del adulto mayor; además de identificar las dinámicas familiares y su entorno comunitarios del adulto a través de una entrevista semiestructurada. Los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados al adulto mayor en esta investigación fueron de gran utilidad para evaluar el estado fisiológico, psicológico, mental y espiritual lo cual permitió mejorar la calidad de vida del adulto participante.

El trabajo de investigación se llevó a cabo con el fin de conocer el contexto familiar del adulto mayor, la caracterización social y demográfica, las condiciones de salud y el contexto familiar del adulto mayor del centro vida casa del abuelo “Mí dulce hogar” de la ciudad de Villavicencio.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

Actualmente, por primera vez en la historia, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Algunas cifras y estadísticas de algunas investigaciones nos permiten ver el aumento de la población adulta a nivel mundial, nacional, regional y local.

De acuerdo a encuesta aplicada por la CEPAL (2012) (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) la población de 60 años y más está aumentando sostenidamente en todos los países. Entre 2025 y 2050 este incremento será de 86 millones de personas. Los países de mayor población de la región (Brasil y México, junto a Colombia, Argentina, Venezuela y Perú) concentrarán la mayor parte de este aumento. América Latina y el Caribe tendrán las siguientes características: crecimiento generalizado en todos los países, a una velocidad mayor que en los países desarrollados y envejecer puede ser negativo en los actuales contextos económicos, sociales, culturales e institucionales.

Francia dispuso de casi 150 años para adaptarse a un incremento del 10% al 20% en la proporción de población mayor de 60 años. Sin embargo, países como el Brasil, China y la India deberán hacerlo en poco más de 20 años. Para mediados de siglo muchos países, por ejemplo Chile, China, la República Islámica de Irán y la Federación de Rusia, tendrán una proporción de personas mayores similar a la del Japón.

Según la OMS, en el año 2000 había 600 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa el 10% de la población total del planeta. En Europa y América, esta población sobrepasa ya el 20% del total. En el Perú, en el año 2020, esta población será el 11% de la población total, con 3,613 000 y, para el año 2025, será

de 4,470 000 adultos mayores. Este crecimiento es debido a los avances de la ciencia y la medicina, la higiene y nutrición y las condiciones y estilos de vida favorables (Palacios, 2017). Sin embargo, la longevidad creciente tiene exigencias propias que no pueden desconocerse y se debe asegurar que el alto costo necesario para llegar a viejo se vea compensado con una vida con calidad, en el adulto mayor.

Según uno de los últimos informes de la ONU (2014), en 2050, España se convertirá en el tercer país más «viejo» del mundo, con un 34,5% de su población por encima de 65 años (Aunión, 2014). Ante este envejecimiento progresivo de la población, «el reto del siglo XXI es asegurar una calidad de vida óptima para las personas de edad y retrasar la aparición de discapacidades propias de la edad. Así, durante la década de 1980, la Unión Europea empieza a desarrollar una nueva política de envejecimiento que supone una transición desde una actitud pasiva a una orientación más proactiva entre las personas mayores.

Colombia no está ajena al envejecimiento de la población exige, por consiguiente es importante conocer la situación actual. Colombia en el año 2015 realiza un estudio nacional, Encuesta SABE (salud, bienestar y envejecimiento), como objetivo de evaluar el estado de salud de las personas adultas mayores de algunas ciudades de la Región y promover un mayor diálogo entre la investigación en salud pública y el estudio del envejecimiento con la colaboración de epidemiólogos, demógrafos, sociólogos y geriatras.

La encuesta SABE (2015) también arrojó datos socioeconómicos, del entorno físico y social, de la conducta, la cognición y el afecto, la funcionalidad, el bienestar mental, las condiciones médicas y de salud, así como el uso y acceso a servicios de salud.

Colombia vive un proceso de plena transición demográfica, con una natalidad descendente y una mortalidad moderada o baja, se espera que la población adulta mayor ascienda al 10,1% en el 2025 y al 18,7% en el 2050.

En la ciudad de Villavicencio según cifras y reportes de la Secretaría de Gestión Social se encuentra mucho adulto mayor abandonados, maltratados, humillados, sin dinero y enfermos son prácticamente 'botados' a la calle algunos abuelos en Villavicencio. Han sido atendidos cerca de 100 adultos mayores en condiciones precarias y que no cuentan con seguridad social, llegando a recibir cada semana entre tres a cuatro casos.

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

Por lo tanto como grupo investigativo intereso describir las características sociales y demográficas, las condiciones de salud y las dinámicas familiares del adulto mayor del centro vida casa del abuelo mi dulce hogar de la ciudad de Villavicencio, permitió analizar y estudiar el envejecimiento, aumento y esperanza de vida de dicha población.

Al igual que fue de gran importancia como especialistas en salud familiar reconocer la atención de la familia y los hijos del adulto mayor, si hubo abandono, falta de afecto, maltrato físico o verbal, unión, comunicación y confianza familiar, negligencia en la atención oportuna de la salud del adulto mayor, la cual sirvió de gran aporte a la investigación.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles fueron las características sociales y demográficas del adulto mayor del centro vida casa del abuelo mi dulce hogar?

¿Cuáles fueron las condiciones de salud del Adulto mayor del centro vida casa del abuelo mi dulce hogar Villavicencio - Colombia?

¿Cuáles fueron las dinámicas familiares del adulto mayor del centro vida casa del abuelo mi dulce hogar?

2. JUSTIFICACION

Investigar la familia del adulto mayor da aportes a nivel internacional del entorno en que se encuentra el adulto y sus condiciones de salud para generar respuestas coherentes frente a la política mundial que nos evoca de generar espacios para el envejecimiento activo que nos lleva a disminuir riesgos como abandono, estigmatización, baja calidad de vida, maltrato, entre otros.

Uno de los grandes problemas que tiene la región es el progresivo maltrato, abandono y situación de mendicidad de los adultos mayores, por lo tanto la investigación que se está planteando conlleva a profundizar esos entornos primarios de las personas mayores, su percepción de la vejez y la preparación que tienen los integrantes de la familia al tener un adulto mayor en su sistema familiar, de tal manera la relevancia de esta investigación es conocer las perspectivas de la familia, el adulto mayor.

Desde la especialización en salud familiar, la investigación fue importante teniendo en cuenta que esta población se encuentra en constante aumento, como profesionales de la salud se requirió conocer esta temática, para tener un dominio y de esta manera tener una participación activa en la obtención de una vida digna y productiva de los adultos mayores, de igual manera poder intervenir, generar programas y estrategias para que los adultos mayores reciban un bienestar y autocuidado.

Fue importante y de gran interés como grupo investigativo valorar y conocer el estado físico, mental, funcional, psicoafectivo, cognoscitivo y sociofamiliar del adulto mayor el cual permitió analizar y estudiar el punto de vista del sujeto de investigación sobre envejecimiento, aumento y esperanza de vida de dicha población.

Al interior del grupo de trabajo se tomó al adulto mayor como eje central de análisis en la investigación debido al aumento de la población en los últimos tiempos. Fue importante adelantar un estudio sobre el envejecimiento y la importancia de la

familia resaltando el papel que juega la familia en el proceso del envejecimiento ya que para el adulto-mayor la ayuda de su familia es la más importante, y más aún la ayuda de sus hijos que constituyen uno de los recursos y principal fuente de ayuda en la población adulta, ya que en consideración la familia es la encargada de prestar atención directa de problemas fisiológicos o psicológicos, velar por su autocuidado, un apoyo en quien confiar y relevante a quien acudir en caso de necesidad o problemas.

Finalmente esta investigación proporcionó elementos para generar planes de acción reflexivos a la sociedad en referencia al trato que se le debe dar al adulto mayor, permitiendo a su vez como especialistas promover en las familias el buen trato hacia las personas de la tercera edad.

3. OBJETIVO DEL MACRO PROYECTO

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

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL MACROPROYECTO:

1. Describir las características sociales y demográficas de la población mayor de 60 años de los centros vida de los municipios seleccionados.
2. 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. OBJETIVOS DEL EPI

4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las características sociales, demográficas y de salud de los adultos mayores del centro vida casa del abuelo mi dulce hogar de la ciudad de Villavicencio.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar los adultos mayores desde los aspectos sociales y demográficos del centro vida casa del abuelo mi dulce hogar
- Describir el estado de salud físico, mental y social de los adultos mayores del centro vida casa del abuelo mi dulce hogar
- Conocer los contextos familiares de los adultos mayores desde la perspectiva de los cuidadores, familia y adulto mayor.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 Marco Teórico

Muchas han sido las investigaciones, estudios y teorías que han surgido sobre el aumento de la población del adulto mayor como son la OMS, OPS, ALMA y sobre el envejecimiento activo, vejez y la familia donde podemos mencionar la Psicóloga Ángela Hernández que realiza su aporte desde el enfoque sistémico.

Teniendo en cuenta el concepto definido por la Organización Panamericana de la Salud (2004) - (OPS), y basados en la esperanza de vida para la ciudad de Medellín-

Colombia, se entiende como adulto mayor a toda persona de 65 años o más, la cual se encuentra en una etapa con presencia de deficiencias funcionales, como resultado de cambios biológicos, psicológicos y sociales, condicionados por aspectos genéticos, estilos de vida y factores ambientales. Envejecer se constituye en un proceso cambiante tanto a nivel fisiológico como social. En un sentido más amplio, se puede asumir que el envejecimiento resulta de la suma de todos los cambios que ocurren a través del tiempo en todos los organismos desde su concepción hasta su muerte.

Otro de los avances en investigaciones de la salud del adulto mayor es la Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor (ALMA) enfocada en las necesidades de atención en salud para los adultos mayores. A través de La evaluación geriátrica integral (EGI) es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que provocan alteraciones que con frecuencia llevan al adulto mayor a la incapacidad como deterioro cognitivo/demencia, trastornos de ánimo/depresión, trastornos del sueño/insomnio, inmovilidad/encamamiento, inestabilidad/ caídas, incontinencia urinaria, deprivación sensorial (vista y audición), malnutrición.(Alonso, 2012).

ALMA ha sido apoyada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Fundación Panamericana de Salud y Educación (PAHEF), y por subvenciones del Instituto Merck de Envejecimiento y Salud (MIAH) y la Fundación Merck.

El concepto de familia

En este trabajo se adopta la concepción de la familia como un sistema natural y evolutivo, por tanto se verá desde la perspectiva sistémica que propone la psicóloga Ángela Hernández (1997).

La familia como construcción cultural

La familia es un constructo cultural, constituido por valores sociales, tradicionales, religiosos y políticos, puestos en acción por sus miembros en la medida en que la forma que adquiere la familia, así como el estilo de relación entre las personas que la componen y las posturas políticas y religiosas inherentes a su constitución, son todas establecidas por el medio cultural (Hernandez, 1997). Sin embargo, cada núcleo familiar interpreta ese dictamen proveniente del gran sistema social, lo modifica y lo concreta según su propia experiencia, en patrones de relación, rituales y celebraciones idiosincráticos que determinan su identidad como familia.

Esos rituales y rutinas ayudan a reducir el impacto negativo de los cambios y de los eventos inesperados de la vida, constituyéndose por lo tanto en fortalezas que favorecen la estabilidad familiar, sin necesariamente restringir su evolución, pues en ese continuo intercambio con el ambiente exterior, las familias re-forman la cultura, re-formulan la tradición y cambian la sociedad.

La familia como conjunto de relaciones emocionales.

De acuerdo con la autora, la familia es una forma de vida común, constituida para satisfacer las necesidades emocionales de los miembros a través de la interacción. El afecto, el odio, la complacencia y todos los demás sentimientos, muchas veces encontrados, proveen un ambiente dentro del cual los individuos viven procesos que determinaran su estilo de interacción en otros contextos, tales como la escuela, el trabajo y sus relaciones afectivas fuera de su núcleo de origen.

Las emociones se actúan inicialmente en la familia, porque en principio, este sería el medio más seguro para practicar la alegría, la rabia, la tristeza, el miedo, el amor, etc. En la medida en que ella proporcione un ambiente protector e íntimo, basado en el afecto incondicional entre sus miembros. Cuando la familia no logra mantener

ese clima, fracasa en su función de satisfacer las necesidades emocionales de sus integrantes.

Envejecimiento activo.

En las últimas décadas, el envejecimiento activo ha emergido como un nuevo paradigma en la Gerontología. El II Plan Internacional sobre Envejecimiento de Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud enfatiza el envejecimiento activo como un concepto clave que ha de promocionarse mediante políticas adecuadas. Para la OMS (2016), el envejecimiento activo es el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida. El objetivo es extender la calidad y esperanza de vida a edades avanzadas.

Según Gómez (2015) La vejez no es una enfermedad; es un proceso multifactorial que se define como la pérdida progresiva de las funciones, acompañada de un incremento de la morbilidad y la disminución de la fertilidad con el avance de la edad. Sin embargo, a veces la vejez se percibe desde el punto de vista clínico como una colección de enfermedades. La confusión acerca de la naturaleza exacta de la relación entre el envejecimiento y las enfermedades es una cuestión que en mucho tiempo, ha impedido la necesaria evolución hacia la comprensión del proceso intrínseco del envejecimiento.

Los factores de riesgo modificables tales como tabaquismo, sedentarismo, malnutrición o falta de acceso a los servicios de salud, contribuyen sustancialmente, al deterioro global asociado al envejecimiento. Los factores antes mencionados influyen negativamente en la calidad de vida de los ancianos y por ende del disfrute de un envejecimiento activo y saludable, definido por la OPS, como el proceso para «la optimización de las oportunidades para la salud, la participación y la seguridad, e incrementar así la calidad de vida de las personas de edad». Se debe prestar especial atención a la disminución o erradicación de la influencia negativa de los

mismos sobre la población envejecida, mediante la realización de investigaciones científicas que permitan conocer puntualmente la prevalencia de estos factores de riesgo y contribuyan al desarrollo de programas educativos, de rehabilitación y a la adecuación de la infraestructura de los servicios de salud que garanticen el acceso, cuidado y atención profesional, a este selecto e importante grupo poblacional.

El anciano necesita mejorar su salud, requiere atención integral, cuidados y solidaridad entre las personas para vivir mucho tiempo con calidad, mediante la adopción de estilos de vida saludables y el estricto control de enfermedades que puedan afectarla (Reyes, 2011). Por otra parte es necesario mejorar su situación económica y asistencia social, fomentar su desarrollo personal e integración social, el uso adecuado y creativo del tiempo libre y la recreación.

Enfoque de familia.

El enfoque familiar el cual se va establecer es desde la mirada sistémica de Ángela Hernández quien plantea que la familia es el grupo natural del ser humano. Es un único y particular. Es un conglomerado social con existencia prácticamente universal que abarca a la gran mayoría de los miembros de una sociedad, y es en ella donde se cumplen las principales funciones de socialización, en cuyo ámbito el sujeto adquiere su identidad y su posición individual dentro de la red intergeneracional. Los padres tienen expectativas de ser retribuidos con afecto, apoyo moral y ayuda financiera o en especies en el caso de los jubilados y atención de los más viejos en casos de enfermedad. Es en el juego de estas expectativas mutuas en el que operan muchos de los nuevos conflictos intergeneracionales entre hijos adultos y padres viejos (Hernandez, 1997).

El ser humano no puede vivir a plenitud estando aislado, pues tiene el instinto gregario muy desarrollado y necesita de su familia, sobre todo y entre otras cosas, cuando se propone llegar a los 120 años con una calidad óptima. De ahí la

importancia que tiene este grupo social en la atención y cuidados al adulto mayor y el papel que juega el anciano como parte integrante de ella.

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.

El análisis de la familia se establece en tres dimensiones fundamentales: el parentesco, que significa los vínculos de sangre entre los miembros, la convivencia, que constituye la unión de miembros de la familia en un hogar común, y la solidaridad, que se refiere a las redes de reciprocidad que se dan entre los miembros de la familia y que funcionan, aunque no vivan bajo un mismo techo. De esas dimensiones es que se han establecido los tipos de familia:

-Elemental (nuclear): padre, madre, hijos.

-De origen (extendida): conformada por lazos sanguíneos tanto verticales (multigeneracionales) como horizontales (parientes), vivos o muertos, geográficamente cercanos o lejanos, conocidos o desconocidos, pero siempre de algún modo psicológicamente relevantes.

-Actual: La familia presente (nuclear o extendida) que necesita organizar una estructura normativa de roles y reglas, un estilo de comunicación, un marco de valores.

Interrelación de la familia con el adulto mayor institucionalizado.

Numerosos estudios han descrito la importancia de las relaciones familiares en la salud de los individuos y en particular de los ancianos.

La familia como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad se convierte en un medio que puede incidir favorable o desfavorablemente en el

proceso salud-enfermedad. Las funciones económicas, biológicas, educativas y la satisfacción de las necesidades afectivas y espirituales que desempeña el grupo familiar son de marcada importancia (Virsedá – Bezañilla, 2014).

La OMS expresa que si los ancianos o pacientes en muchos países representan una carga creciente para los hospitales y los servicios de asistencia social, es consecuencia, en gran parte, de un relajamiento de los vínculos de afecto familiar.

En Cuba los hogares de ancianos y otras instituciones similares acogen a una gran cantidad de personas, en parte, porque por diferentes razones se pierde el vínculo familiar o porque la familia se compone de pocas personas, no todas asalariadas y por una decisión personal y por no grabar la economía familiar, pudiera gestionarse el ingreso del abuelo en un hogar o institución que lo acoja durante el día y regresa a la casa después que ha recibido alimentación, distracción y descanso; también hay ancianos que se quedan solos y prefieren vivir en compañía de otras personas de su edad, con quienes puedan conversar y distraerse al tiempo que son atendidos en sus problemas de salud u otros por personas especialmente preparadas para ello (Rodríguez, 2006).

Vivir en hogares institucionales no es sinónimo de aislamiento familiar. Algunos prefieren mantenerse en contacto pero no habitar necesariamente en la misma casa, porque la vida en familia depende mucho de las relaciones de sus miembros, sus personalidades y gustos.

Teniendo en cuenta que es importante para la vida del anciano la protección que recibe de su grupo familiar y más significativo aún si este se encuentra institucionalizado, se realizó este trabajo con el propósito de valorar la interrelación de la familia con el adulto mayor institucionalizado en un hogar de ancianos.

Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor.

La depresión ha tenido una presencia constante a lo largo de la historia de la humanidad, sin embargo, en las últimas décadas ha experimentado un notable incremento. Hoy en día es tal el impacto que esta enfermedad tiene en la sociedad, que algunos autores no han dudado en señalar esta como la era de la depresión. Según Pérez (2008), en la actualidad 340 millones de personas sufren depresión en el mundo (se calcula que entre el 2 y el 4 % de la población general padece este tipo de trastorno). A escala mundial, la incidencia de esta enfermedad es hasta 2 veces más alta en las mujeres que en los hombres. La depresión es la primera causa de discapacidad dentro de los trastornos mentales, y se estima que en el año 2020 se convertirá en la segunda causa de incapacitación y muerte, tan solo superada por las enfermedades cardiovasculares.

Dicho autor, también afirma que las depresiones también suponen un problema sanitario, económico y psicosocial de urgencia. La dependencia del alcohol y de otras sustancias, así como los suicidios, son problemas graves, y cada vez más difundidos que guardan estrecha relación con la depresión. Es un trastorno mental afectivo caracterizado por la presencia de síntomas como la tristeza, la pérdida de interés y la incapacidad para experimentar sentimientos de placer, que se hace crónica en la mayor parte de los pacientes y que evoluciona en episodios recurrentes.

La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el senescente y su familia. Con un tratamiento adecuado tendrían una vida placentera. Las depresiones subyacentes en los ancianos son cada vez más identificadas y tratadas por los profesionales de salud mental.

Los derechos de las personas mayores.

Un enfoque de la salud basado en los derechos humanos establece que el derecho a la salud “abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones para que las personas puedan llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano”. Por lo tanto, se requiere un amplio espectro de leyes, políticas y acciones para ayudar a crear las condiciones apropiadas que garanticen que las personas mayores puedan disfrutar del más alto nivel de salud posible (OMS, 2015).

Envejecimiento saludable.

Según la OMS (2015) los cambios que constituyen e influyen el envejecimiento son complejos. En el plano biológico, 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. A la larga, sobreviene la muerte.

Pero estos cambios no son ni lineales ni uniformes, y solo se asocian vagamente con la edad de una persona en años. Así, mientras que algunas personas de 70 años gozan de un buen funcionamiento físico y mental, otras tienen fragilidad o requieren apoyo considerable para satisfacer sus necesidades básicas. En parte, esto se debe a que muchos de los mecanismos del envejecimiento son aleatorios. Pero también se debe a que esos cambios están fuertemente influenciados por el entorno y el comportamiento de la persona

Al elaborar una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante no solo considerar estrategias que contrarresten las pérdidas asociadas con la edad avanzada, sino también que refuercen la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial.

Los elementos que entran en juego en la salud de la vejez se expresan, en última instancia, en las capacidades físicas y mentales y en el funcionamiento de la persona mayor.

Con los años, se producen numerosos cambios fisiológicos fundamentales, y aumenta el riesgo de enfermedades crónicas. Después de los 60 años, las grandes cargas de la discapacidad y la muerte sobrevienen debido a la pérdida de audición, visión y movilidad relacionada con la edad y a las enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer y la demencia.

Al evaluar las necesidades de salud de una persona mayor, no solo es importante tener en cuenta las enfermedades concretas que puede presentar, sino también cómo estas interactúan con el entorno y repercuten en las trayectorias de funcionamiento. Tales evaluaciones funcionales exhaustivas de la salud en la vejez predicen considerablemente mejor la supervivencia y otros resultados que la presencia de enfermedades en particular o incluso el grado de comorbilidad.

El Envejecimiento Saludable se define como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La OMS (2015) considera el Envejecimiento Saludable en un sentido amplio, basado en el curso de la vida y en perspectivas funcionales.

La capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características. La

capacidad intrínseca es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona.

El entorno comprende todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida de una persona. El Envejecimiento Saludable comienza al nacer con nuestra herencia genética. La expresión de estos genes puede verse alterada en la vida intrauterina y por las exposiciones en el entorno y los hábitos posteriores. El entorno puede ser una influencia aún más fuerte en la capacidad funcional, ya que determina si con un nivel dado de capacidad intrínseca podemos hacer, en definitiva, las cosas que son importantes para nosotros.

Una forma de evaluar la interacción de las personas con el entorno es a través de la noción de ajuste entre la persona y su entorno. Este indicador refleja la relación dinámica y recíproca entre los individuos y sus entornos. Cuando ese ajuste es bueno, la persona tiene mayores oportunidades de fomentar y mantener tanto su capacidad intrínseca como su capacidad funcional.

Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor.

La salud se manifiesta como una interacción múltiple, y debe definirse como la calidad de la existencia del hombre, determinada por su relación armónica con el medio social-natural que le corresponde; lógicamente la enajenación en la sociedad es inversamente proporcional a la calidad de dicha existencia.

Podemos decir que el envejecimiento es un fenómeno universal progresivo, y este proceso se evidencia en la esfera biológica, psicológica, intelectual y social (Chong, 2012).

En cuanto a lo biológico se producen cambios a escala celular, molecular, en órganos y tejidos. Así mismo ocurren cambios bioquímicos que afectan las capacidades de adaptación, recuperación y defensa del organismo. Observamos cambios biológicos progresivos a nivel estético, en todos los órganos y sistemas, en los órganos de los sentidos, en los sistemas neuromuscular, neuroendocrino y

conjuntivo. Aparecen problemas de salud física tales como: mayor frecuencia de enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus, etc.) con tendencia a la disfunción y la discapacidad; presencia frecuente de más de una patología; alteraciones en la locomoción por la aparición de las osteoartrosis; enfermedades descompensadas por los mismos estilos de vida inadecuados, como las adicciones y la polifarmacia; afecciones por infecciones; procesos neoplásicos y degenerativos.

El envejecimiento psicológico se expresa en el efecto del paso del tiempo sobre las distintas funciones psicológicas; dentro de estas se incluyen las formas en que percibimos la realidad, las relaciones con uno mismo y con los demás, donde la integración de todos estos elementos en una personalidad única e integral, condicionan la forma de reaccionar desde su estructura y a partir de sus componentes cognoscitivos, afectivos y volitivos; existe una alta prevalencia de alteraciones en la forma de pensar, sentir y actuar que pueden afectar la vida del anciano.

El proceso perceptivo en el anciano se ve afectado por la alteración de los órganos sensoriales, lo que provoca una respuesta perceptiva motriz más lenta, y se afecta la capacidad de recibir las informaciones del entorno. La vista, el oído y los otros sentidos, sufren déficit con la edad, sin que esto quiera decir que la mayoría de los ancianos sean sordos o ciegos, ni que estos órganos se deterioren de igual manera.

En el orden intelectual comienzan a deteriorarse la atención y la concentración, se inician fallos en la memoria, y se dificulta o atenúa la velocidad de reacción. La memoria constituye un proceso psíquico y funciona como "índice tradicional" del envejecimiento, tanto normal como patológico. Se divide para su estudio en memoria sensorial, memoria primaria, memoria secundaria y memoria terciaria.

Los ancianos presentan una mayor lentitud en la solución de problemas y elaboración de informaciones, en el tiempo de reacción ante la tarea y en el grado de precisión de esta; la capacidad verbal se deteriora menos que la capacidad

psicomotora. Mientras que el aprendizaje en el anciano necesita más tiempo, no debe tener presión temporal y no debe aprender en contra de sus expectativas.

En los ancianos son frecuentes estados de ánimo particulares de irritabilidad, indiferencia, inestabilidad y pesimismo. Las modificaciones psicoafectivas y biológicas y los cambios por acontecimientos existenciales, hacen del anciano un individuo más expuesto al riesgo de padecer de alteraciones psíquicas.

Las alteraciones de ansiedad generalizadas son comunes en la vejez. En estas edades se complican con síntomas depresivos y enfermedades físicas. La depresión está determinada en buena medida por las fuentes de estrés, el cual se define como un proceso transaccional entre el estímulo o situación estresante y la persona que responde, por lo tanto no puede buscarse de manera aislada en el ambiente o el individuo, sino que concierne a la relación entre ambos.

Se observa también pérdida de intereses, trastornos del sueño, alteraciones de la atención y la memoria, actitud negativa hacia sí mismo, los demás y el ambiente, autovaloración negativa, autoestima pobre, sentimiento de culpa, autorreproche e irritabilidad, así como conducta de aislamiento y disminución de la validez.

Desde el punto de vista macrosocial deben tenerse en cuenta factores como: pérdidas (del cónyuge, amigos, hijos, familia); aislamiento, determinado por la soledad física o espiritual, por falta de comunicación; ausencia de confidente, lo cual es importante desde el punto de vista emocional; la inactividad física, lo cual conlleva a frustraciones, vida sedentaria y enfermedades crónicas; inadaptación a la jubilación.

Desde el punto de vista microsocia, la familia juega roles principales como la adaptación para satisfacer las necesidades del anciano y la aceptación por parte de los miembros de esta de los deseos de los ancianos, a partir de reajustes en el estilo de vida que les permita participar en la discusión de cuestiones familiares. La comprensión y la protección que sean capaces de brindarles, en dependencia de las limitaciones funcionales que puedan presentar, contribuirán en su beneficio.

Determinantes de salud

La buena salud no se basa únicamente en las intervenciones médicas, sino también con las condiciones de vida y las opciones personales. Los determinantes de salud son propiedades basadas en el estilo de vida afectadas por amplias fuerzas sociales, económicas y políticas que influyen la calidad de la salud personal. Estos atributos incluyen pero no se limitan a la enseñanza, el empleo el nivel de ingresos y la distribución, la vivienda, el desarrollo infantil, la seguridad alimentaria y la nutrición, la raza, el género y el estrés. Se ha demostrado que dichos factores tienen asociaciones marcadas con los riesgos para diferentes enfermedades, la esperanza de vida y la morbilidad de por vida. En las últimas décadas, las crecientes disparidades de salud en los países desarrollados y entre países en vías de desarrollo y los países desarrollados han sido asociadas con estos factores sociales. Mientras los trabajadores de salud pública y los políticos tratan de reducir esta brecha, se enfrentan a retos en el diseño e implementación de programas que sean lo suficientemente amplio como para abordar cuestiones que tienen relaciones complejas y causales, de largo plazo con vías de enfermedades específicas. Sin embargo, tanto la motivación como la acción eficaz para desarrollar la investigación y los métodos de intervención seguirán creciendo en este campo de la salud pública.

Determinantes Sociales de la salud en Colombia

De acuerdo con Carmona (2015). El enfoque de los determinantes sociales de la salud (DSS) surgió como un nuevo paradigma en el abordaje de las inequidades en salud (es decir, las diferencias de salud por grupo racial o étnico o por factores socioeconómicos como ingresos y educación) para los hacedores de políticas públicas y la sociedad en general a causa de cierto grado de escepticismo acerca de la idoneidad de los criterios tradicionales de abordaje del proceso salud-enfermedad.

En la década de los años sesenta, el complejo panorama económico y político internacional dejó en evidencia el deficiente estado de los sistemas de salud en muchos países del mundo. La región latinoamericana fue un claro exponente de esta situación, a pesar de implementar políticas desarrollistas enfocadas al crecimiento económico sostenido a fin de obtener mejoras en las condiciones de vida.

En vista del contexto social de la época, en la que no se mostró un avance importante en el estado de la salud, y con el propósito de reanimar la discusión sobre los determinantes a nivel mundial, la OMS creó en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Esta analizaría la problemática y construiría a partir de aportes conceptuales una propuesta para alcanzar la equidad sanitaria en el mundo, pues la reducción de las inequidades en salud requerirá soluciones que aborden sus causas profundas.

El enfoque de los DSS es todavía un tema por profundizar en el contexto colombiano, a pesar de tener amplia difusión e implementación a nivel internacional. Por lo tanto, se hace necesario abordar el estado de la gestión de inequidades a partir de este paradigma en el contexto latinoamericano y colombiano, con el fin de conocer y analizar la efectividad de políticas y mecanismos implementados por el Estado para hacer frente a los persistentes problemas de salud pública en la población colombiana.

La comisión de los DSS sirvió como instrumento unificador de las distintas corrientes que existían hasta aquel momento respecto al tema, al precisar la importancia del análisis de factores estructurales e intermedios que condicionan el estado de salud de una población, partiendo de que aquellos que condicionan la existencia de enfermedades a nivel individual no determinan necesariamente el estado de salud de la población en general.

Por lo tanto, el principal objetivo de la Comisión es esclarecer cómo se evidencian las desigualdades en la distribución de los bienes sociales, tales como: ingreso,

riqueza, estabilidad laboral, alimentación, conductas saludables, acceso a servicios de salud, educación, entre otros, lo cual genera disparidades en el estado de salud de los grupos sociales.

Uso del tiempo libre.

La teoría de Weber va encaminada hacia la utilización adecuada del tiempo libre, en el que han de estar presentes actividades relacionadas con el descanso, los juegos, la diversión, la cultura y el deporte, aunque no llega a diseñar un modelo pedagógico específico.

Este autor fue uno de los primeros investigadores en cuestionarse si las personas requerían una formación para utilizar adecuadamente su tiempo libre, llegando a la conclusión de que la educación en el ocio es imprescindible por dos razones (Trilla 1993, Llull 1999):

* Toda persona necesita una formación para utilizar de forma razonada su tiempo libre y convertirlo en un espacio gratificante y con sentido.

* La utilización adecuada del tiempo libre proporciona armonía en el ritmo de vida de las personas y en la propia organización de los tiempos.

El ocio y la recreación, en el adulto mayor, han de entenderse y apreciarse como algo más allá de lo simplemente personal, en cuanto al empleo del tiempo libre ha de verse más bien como una acción que proyectada desde lo social puede crear las condiciones que faciliten la elevación de la calidad de vida de estas personas, y contribuya al desarrollo de estilos de vida más saludables y autónomos a esta edad. (Dionisio F. Zaldívar Pérez).

Numerosas investigaciones han mostrado que la tercera edad no tiene necesariamente que ser un período de la vida en el que predomine o se haga inevitable un deterioro fatal de las capacidades físicas e intelectuales, ya que si los sujetos muestran la necesaria motivación y la intención de mantener un estilo de

vida activo y productivo, y se les propician las condiciones para desenvolverse en un entorno rico y estimulante, en el cual se favorezcan experiencias de aprendizajes y se reconozcan y estimulen los esfuerzos por alcanzar determinados logros, en cuanto a participación en actividades de diversa índole, la senectud puede evitarse o demorarse.

En la tercera edad, la actividad física-intelectual y el interés por el entorno canalizadas a través de actividades de recreación y ocio productivo, favorecen el bienestar y la calidad de vida de los individuos.

El ocio y la recreación resultan generadores de beneficios múltiples para las personas de la tercera edad, entre ellos podemos mencionar los siguientes:

- * Potenciar la creatividad y la capacidad estética y artística
- * Favorecer el mantenimiento de un funcionamiento psicomotriz adecuado
- * Fomentar los contactos interpersonales y la integración social
- * Mantener, en cierto nivel, las capacidades productivas
- * Hacer frente a las disminuciones y limitaciones físicas
- * Mantener equilibrio, flexibilidad y expresividad corporal
- * Servir como medio de distensión y enfrentamiento activo al estrés y las tensiones propias de esta etapa de la vida
- * Contribuir al mantenimiento del sentimiento de utilidad y autoestima personal
- * Fomentar la creatividad y productividad en el uso del tiempo libre
- * Mantener o desarrollar la capacidad del disfrute lúdico y la apertura hacia nuevos intereses y formas de actividades
- * Fomentar la comunicación, la amistad y el establecimiento de relaciones interpersonales ricas y variadas

* Propiciar el bienestar y la satisfacción personal

La gran mayoría tiene prejuicios con respecto a la edad. Piensan que a determinada edad "ya poco se puede hacer". Otros sin embargo, desearían ocupar ese tiempo y no saben cómo o no tienen recursos a su alcance. Por ello es necesario que las personas que se encargan de nuestros mayores organicen actividades diarias.

Son muchas las actividades que se pueden realizar, como hemos dicho anteriormente todo va depender de las características individuales y el entorno del anciano. Pero, a pesar de todo existen innumerables actividades para adaptarlas a cada individuo:

* Actividades sociales: Pasear con amigos, visitar amigos, visitar a familiares, cuidar de los nietos, acudir a asociaciones, peñas de amigos, tertulias, bailes, asistir a fiestas, etc.

* Actividad física: Está demostrado que la actividad física no solo retrasa el envejecimiento sino que además favorece el bienestar físico y psicológico. Por lo tanto se podrían diseñar programas de ejercicios adaptados a cada persona y menos exigentes, andar al aire libre, hacer excursiones, etc.

* Actividades recreativas: Son actividades que divierten y resultan agradables mientras las están realizando, es decir actividades que proporcionan una satisfacción inmediata. Por ejemplo los juegos de mesa (cartas, dominó, etc.), manualidades, pintura, cuidar las plantas, etc.

* Actividades culturales: ir al teatro, museos, conciertos, conferencias, asistir a hogares y clubes de jubilados, viajes, etc.

* Prestar algún servicio de voluntariado.

5.2 Marco Investigativo

Investigaciones realizadas sobre adulto mayor y familia indican elementos de dependencia social como los que plantea Jiménez-Aguilera y otros (2016) donde “la dependencia funcional en sus inicios, con escalas validadas fáciles de aplicar en el primer nivel de atención, a fin de realizar estrategias de continuidad asistencial y acciones que incrementen la autonomía e independencia del adulto mayor”. En esta misma dirección Takase Gonçalves (2012) indica un “aumento de cuidador masculino; conyugue anciano dependiente de su par; e, inclusión substancial de familiares en el elenco de cuidadores (nietas(os), sobrinos(os), hermanas(os)). A pesar de la dinámica de la familia mostrarse de buena funcionalidad, el estilo de vida del cuidador y la calidad de vida de ambos (cuidador y anciano) se mostraron regulares. Las limitaciones del estudio impiden la generalización de los resultados; sin embargo ofrece subsidios relevantes para el desarrollo del programa de salud familiar y de enfermería de familia”.

Otras investigaciones acerca de las condiciones del adulto mayor como la realizada por Silva-Río y otros (2015) arrojaron que “Predominó el sexo femenino, el adulto mayor más joven, el estado civil casado y la conformación familiar por el cónyuge. La prevalencia de violencia intrafamiliar fue 79.7% y de síntomas depresivos 48.2%. Prevalció la violencia financiera. En la regresión se verificó que aquel que no trabaja tiene mayor chance de sufrir violencia. Entre más años de estudio, disminuye el riesgo de sufrir violencia. Asimismo, aquel que no presenta síntomas depresivos no sufre violencia”. Así mismo el estudio realizado por Marrero, (2011) nos dice que los resultados obtenidos ofrecen una base de datos que pueden ser de ayuda en el establecimiento de programas que beneficien a la familia y por ende al adulto de edad avanzada. El estudio de investigación actual puede ayudar en el establecimiento de estudios de correlación y/o longitudinales.

De acuerdo a la investigación realizada en Colombia acerca de los aspectos protectores y deteriorantes relacionados con la alimentación y nutrición del adulto mayor, se obtuvo como resultado que la alimentación de los adultos mayores del municipio de Caldas en el año 2013, los hábitos alimentarios que contribuyen a su proceso de mayor fragilidad, tales como un bajo consumo de lácteos, carnes, frutas, verduras y alto consumo de grasa. En algunos participantes el consumo se ve afectado por el poco acceso a los alimentos, en otros este se afecta por su estado de ánimo. Los participantes identifican que el bajo acceso a los alimentos genera hambre y enfermedad, manifiestan que anteriormente había mayor disponibilidad de alimentos por la posibilidad de acceder a ellos por medio de la agricultura. Al llegar a la vejez algunos de ellos se enfrentan al aislamiento familiar lo que dificulta la adquisición de alimentos, viéndose en la necesidad de trabajar para su manutención, buscar redes de apoyo o programas de complementación alimentaria. Restrepo- Morales y otros (2013). Otra investigación realizada en la ciudad de Barranquilla sobre “Dinámica familiar del anciano”. Los datos obtenidos muestran evidencia de la forma como se perciben los ancianos con respecto a sus relaciones familiares, siendo sus características sociales un aspecto fundamental que determina sus acciones (Orozco & Martínez, 2012).

En esta misma ciudad se realizó otro estudio referente a la percepción de envejecimiento de los adultos mayores, donde encontraron percepciones en común; “Los participantes no se consideran viejos(as)” y “Se sienten bien porque todo el tiempo fueron activos” y en las mujeres “Envejecimiento está asociado a menopausia”. Dentro de algunas de las expresiones encontradas están: “Sienten que su experiencia y madurez pueden ser de gran aporte a la sociedad”. La percepción está influida por la familia, idiosincrasia y espiritualidad. Los de mejor percepción son aquellos que en etapas previas de la vida se describían activos y con buenas relaciones con la familia, uno de cada diez adultos mayores tuvo percepciones negativas de la vejez. Conclusión: El envejecimiento se percibe como un proceso de carácter multidimensional. La percepción del envejecimiento está

influida por el apoyo social, la salud, la espiritualidad; con respecto al bienestar, la mayoría está conforme con sus logros y éxitos y con los recursos con los cuales cuenta; prevalecen en ellos las percepciones positivas. (Alonso – Payares y otros. 2013).

En Pereira, se realizó un estudio sobre Significado de familia que tienen los adultos mayores donde los resultados obtenidos evidencian que, el concepto de familia que tienen los adultos mayores institucionalizados se ha modificado, debido a que incluyen nuevas personas que les van aportando cuidado, atención, respeto y amor (Gómez Calderón & Montoya, 2016).

De acuerdo a la revisión del estado del arte realizada, se encontró un estudio realizado en Funza, Cundinamarca (Gutiérrez-Velásquez y otros, 2012) sobre Riesgo familiar total en familias con personas mayores. Los resultados indican que la mitad de las familias son extensas, distribuidas en extensas modificadas (46.5%) y extensas (2.8%), con riesgo familiar total alto (47.9%), influido principalmente por las subcategorías “morbilidad en la familia” y “ambiente socioeconómico”. Estos son los coeficientes de correlación entre las subcategorías del instrumento RFT 7-70: estilos de vida familiar con ambiente psicoafectivo (0.566), prácticas de salud con morbilidad familiar (.402), estilos de vida familiar con ambiente físico de vivienda (.388), servicios de salud con ambiente físico de la vivienda (.362) y con la morbilidad (.361). Discusión y conclusiones: En las familias colombianas clasificadas en los estratos socioeconómicos uno a tres, los riesgos familiares son asociados con las características de los miembros, la morbimortalidad, el medio ambiente (socioeconómicos, de la vivienda, psicoafectivo, estilo y prácticas de salud) y la accesibilidad, disponibilidad y aceptación de los servicios de salud. Todas las familias del estudio tienen riesgo, por tanto requieren atención en salud en todos los niveles de cuidado. Son prioritarias las familias de alto riesgo producto de las precarias condiciones económicas, sociales, educacionales y de salud. El RFT es útil para delinear aspectos de investigación y la práctica.

En la investigación sobre Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia realizada por López – Villamizar & otros (2015), se evidencio que los adultos encuestados fueron en su mayoría mujeres (59,8%), con edad entre 60-74 años (66,9%). El estado civil con mayor porcentaje fue casado (47,3%) aunque en las mujeres el estado civil viuda tuvo mayor proporción (40,6%). El 69,5 % tenían nivel de educación primaria y un 16,7% sin ningún nivel educativo; El 60,3% estaban afiliados al régimen subsidiado. El apoyo recibido por la familia y los amigos fue valorado como satisfactorio, se encontró una relación estadísticamente significativa entre el sexo y la no realización de actividades diferentes a las cotidianas (valor de $p=0,004$). Conclusiones El estudio mostró que la soledad es un aspecto que lleva a los adultos mayores a sentirse desamparados y vulnerables. A pesar de encontrarse satisfechos por el apoyo de la familia, algunos manifiestan, en especial las mujeres, sentirse maltratados. Los anteriores aspectos junto con la falta de actividad que les ocupe el tiempo deben ser tenidos en cuenta para plantear estrategias de intervención efectiva en redes de apoyo.

Según revisión bibliográfica sobre las normas promulgadas en Colombia, que benefician o afectan la calidad de vida del adulto mayor de hoy y del mañana En Colombia, las políticas públicas se dirigen al bienestar de los adultos mayores, pero este análisis documental permitió concluir que el adulto mayor colombiano se encuentra desprotegido e indefenso ante obstáculos y situaciones difíciles, por condiciones biológicas, políticas, sociales, económicas y ambientales, haciéndolos vulnerables y con un esquema que sólo beneficia en caso de indigencia y de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con traslado de obligaciones a la familia, a la sociedad y al mismo adulto mayor (Arango & Cardona 2012).

5.3 Marco Conceptual

FAMILIA: La familia describe la organización más general y a la vez más importante de los seres humanos. “es una estructura social que se constituye a partir de un proceso que genera vínculos de consanguinidad o afinidad entre sus miembros. Por lo tanto, si bien la familia puede surgir como un fenómeno natural producto de la decisión libre de dos personas, lo cierto es que son las manifestaciones de solidaridad, fraternidad, apoyo, cariño y amor, lo que la estructuran y le brindan cohesión a la institución.” (Flórez, 2016).

Así mismo, la Política Pública Nacional de Apoyo y Fortalecimiento a las Familias, propende por el desarrollo de capacidades de las familias y la construcción de relaciones democráticas a su interior como sujeto colectivo de derechos y agentes de transformación y desarrollo social.

ADULTO MAYOR: 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 (CEPAL, 2012).

ENVEJECIMIENTO: El envejecimiento humano constituye 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. 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. El envejecimiento como proceso inherente a la vida del ser humano, debe ser visto desde un enfoque integral (Saa, 2016). Igualmente Uchuari (2016), exponen que el

envejecimiento comprende modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas y sociales según el contexto temporo-espacial en el que se desarrolló el individuo en las etapas anteriores a la adultez mayor y que aparecen como consecuencia del paso del tiempo. Dichos cambios se insinúan o aceleran después de haber alcanzado el crecimiento y madurez, alrededor de los 30 años de edad; a partir de entonces como regla general, cada año se pierde el 1% de las potencialidades y reservas fisiológicas del organismo promedio.

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 (Bohorquez, Lemus, 2016).

CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR: según Velandia (1994) es la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez.

MULTIMORBILIDAD: Al envejecer, es más probable que las personas presenten multimorbilidad, es decir, varias enfermedades crónicas al mismo tiempo. Como resultado, puede que el impacto de la multimorbilidad en el funcionamiento, la calidad de vida y el riesgo de mortalidad sea considerablemente mayor que la suma de los efectos individuales de afecciones y medicamentos recetados para varios trastornos (Bazo, 2012).

TIEMPO LIBRE: El tiempo, hoy en día es un bien muy apreciado, por eso es importante usarlo en beneficio propio y del entorno. Es probable que en la tercera edad el tiempo se convierta en un enemigo que nos amenaza y transforma nuestro

día a día en algo poco atractivo, llenar espacios que antes estaban asociados a múltiples actividades no es fácil, tampoco es fácil resignificar el destino que le demos a nuestro tiempo, esta paradoja refleja la complejidad del ser humano, complejidad que nos ha llevado siglos desclasificar (Pérez, 2012).

TIEMPO LIBRE CONSTRUCTIVO: Es importante, entonces, concebir un tiempo libre constructivo muy alejado del antiguo ocio. Para consolidar este tiempo libre como actividad social relevante surge la necesidad de buscar y crear espacios para desarrollar actividades significativas que tengan que ver con lo cognitivo, físico y afectivo, permitiendo al adulto mayor adquirir nuevos roles con los cuales pueda reinsertarse y ser considerados por la sociedad como un integrante activo y no como un ser demandante.

Es un hecho que, en la actualidad, las personas llegan a este ciclo de vida en mejores condiciones físicas e intelectuales que hace un par de décadas, por eso se hace necesario que la sociedad aumente la oferta de alternativas para ocupar el tiempo libre promoviendo la prolongación de la vida autónoma del adulto mayor (Zurita, 2015).

ACTIVIDAD FISICA: será de gran importancia ya que mejorará la eficacia cardíaca, la capacidad respiratoria y mejorará la postura. Hay que tener en cuenta que las personas de avanzada edad llegan a rangos aeróbicos menores que para otros grupos; es necesario considerar la toma de frecuencia cardíaca para controlar la intensidad del ejercicio. Debido a la mayor fragilidad ósea por la osteoporosis y a la propensión a las lesiones de ligamentos y tendones, no se deben recargar las articulaciones con sobrecargas importantes. Debido a la falta de coordinación, se deben ejecutar ejercicios que puedan efectuar en forma apropiada para evitar que se produzcan frustraciones (Angulo, 2016).

DETERMINANTES SOCIALES: Según Ramírez, J. A. G., & Álvarez, C. V. (2013) 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.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

5.4 Marco Legal

Una política pública orientada hacia un grupo social específico está reconociendo la tensión fundamental de las sociedades democráticas entre igualdad y diversidad. Igualdad de derechos ciudadanos otorgados por la Constitución Política y la Ley como mecanismo de legitimidad del Estado Social, y diversidad de libertades propias y específicas de colectivos sociales por etnia, género o edad, en este caso de las personas adultas mayores. La política, reconoce nuevamente los derechos y les da vigencia, crea condiciones para promover y garantizar condiciones de protección social integral, de integración social y para que todas las personas adultas mayores participen como ciudadanos, en la construcción de un proyecto colectivo de orden económico, político y social justo en Colombia.

La Constitución Política Colombiana, los instrumentos internacionales de derechos humanos suscritos por Colombia, la legislación interna y la jurisprudencia constitucional, se constituyen en el marco legal de los derechos humanos en nuestro país. Sólo a partir de 1990 se habla de los derechos humanos de las personas adultas mayores, expresado en los países a través de desarrollos normativos: “Las personas mayores se constituyen en sujetos especiales de derechos”.

Los derechos humanos expresan una responsabilidad compartida entre diferentes actores sociales, incluido el Estado; evidencian tanto responsabilidades y obligaciones estatales como deberes ciudadanos. La aplicación de los mandatos

constitucionales en torno a los derechos humanos exige tanto de los organismos del Estado como garantes de derechos, como de la sociedad y la familia como corresponsables, el aseguramiento de las condiciones materiales y normativas que garanticen el pleno ejercicio de los mismos en todo el territorio nacional.

En general los derechos humanos son:

1. Universales, esto es, pertenecen a todo ser humano en cualquier sociedad, sin distinción de sexo, raza, edad, clase social, origen étnico o religioso, 2. Imprescriptibles, es decir que no se pierden con el transcurso del tiempo e 3. Innatos e irrenunciables, dado que las personas nacemos con ellos y que su existencia deriva de la propia naturaleza humana, se constituyen en un mandato constitucional, realizable, en las obligaciones tanto de efecto inmediato como progresivo. Implica el compromiso de todos los estamentos del Estado y de la sociedad para garantizar el acceso, la disponibilidad, la aceptabilidad y la calidad de todas las acciones que hagan efectiva la preservación de los mismos.

El Estado Colombiano ha adquirido el compromiso de formular políticas públicas orientadas al ejercicio efectivo de los derechos humanos, con las implicaciones que esto conlleva, en términos de disponibilidad de recursos, planes y programas que orienten las acciones del Estado y la sociedad, de modo que permitan avanzar en procesos de democratización toda vez que un “Estado consistente con la democracia, es un Estado que inscribe en su propia legalidad, implementa por medio de sus burocracias y, junto con una sociedad civil presente y activa, apunta a consolidar y expandir los derechos de ciudadanía implicados y demandados por la democracia” (O’Donnell, 2008).

En este sentido, a la fecha de ajuste y actualización de la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez, Colombia avanza en la formulación de una Política Integral de Derechos Humanos, 2014-2034 y en la negociación de una Convención Interamericana de Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores, esta última con el liderazgo de la Organización de Estados Americanos.

Constitución Política de Colombia

Artículo 5: El Estado reconoce, sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona y ampara a la familia como institución básica de la sociedad. Artículo 13: Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptara medidas en favor de grupos discriminados o marginados.

Artículo 46: El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia. Artículo 48: La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por

entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante. Artículo 49: La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud-. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad. Artículo 52: Se reconoce el derecho de todas las personas a la recreación, a la práctica del deporte y al aprovechamiento del tiempo libre. El Estado fomentará estas actividades e inspeccionará las organizaciones deportivas, cuya estructura y propiedad deberán ser democráticas.

El Ministerio de Salud y Protección Social reiteró a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) la atención diferencial al adulto mayor, prevista en la Circular 01 de 2014. Esta estipula la garantía de una atención oportuna, integral y con calidad, orientada hacia un modelo de Atención Primaria en Salud.

En ese sentido, lo anterior representa –en el marco del artículo 23 del Decreto-Ley 019 de 2012- la asignación de citas de medicina general u odontología general sin

necesidad de hacer la solicitud de manera presencial, la cual debe ser asignada sin exceder los tres días hábiles a partir de la solicitud.

Política pública de envejecimiento en Colombia

La Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez está dirigida a todas las personas residentes en Colombia y en especial, a las personas de 60 años o más. Con énfasis en aquellas en condiciones de desventaja social, económica, cultural o de género. Teniendo presente la referencia permanente al curso de vida. 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, durante el periodo 2014-2024.

Reconoce:

La unidad y diversidad de la Nación, las condiciones de desarrollo social, la pluralidad étnica y las diferencias de género, así como la diversidad cultural y territorial.

A la familia como unidad básica de la sociedad, que desempeña una función fundamental en la organización y desarrollo sociales y que como tal, debe ser fortalecida, prestándose atención a los derechos, las capacidades y desventajas y obligaciones de sus integrantes, en torno al cuidado y auto-cuidado de sus miembros, en especial a la de las personas adultas mayores.

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 necesidad de asumir la promoción del envejecimiento activo, satisfactorio y saludable como estrategia con visión de largo plazo y de trabajar en una política renovadora y enriquecedora de extensión del curso de vida, es decir, trascender la visión del envejecimiento humano como problema.

Las limitaciones del Sistema Integral de Información del país para evidenciar la situación del envejecimiento y la vejez y la necesidad de desarrollar un sistema de información sobre el envejecimiento de las y los colombianos, integrado al SISPRO (sistema integral de información de la protección social). Reconoce la necesidad de generar un catálogo de indicadores sobre la situación de la vejez y el envejecimiento en el país, con base en los resultados de la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento –SABE 2014 y otras fuentes de información, estructurado mediante un Observatorio, para apoyar la gestión de políticas públicas.

La necesidad de situar en la agenda pública la vejez y el envejecimiento humano como temas prioritarios para la gestión pública y privada, de la cooperación técnica internacional, de las ONG, de la sociedad civil y de todos los estamentos del Estado.

La necesidad de fomentar y consolidar organizaciones, redes de apoyo y redes de protección social formales e informales, que generen tejido social, así como dinámicas de movilización social para el ejercicio de los derechos, los cambios culturales sobre el envejecimiento humano y la transformación de imaginarios sobre la vejez.

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.

Los avances en el conocimiento encaminados a evidenciar tanto las implicaciones de los momentos iniciales del curso de vida sobre el final de la trayectoria de vida y de las desigualdades acumuladas en la vejez como las consecuencias de las acciones sociales orientadas a la prevención, tratamiento y rehabilitación de dependencias funcionales, a la humanización de los servicios de salud y a la emergencia de los sistemas de cuidados en el marco de los sistemas de protección social.

Política pública de envejecimiento y vejez de Villavicencio 2015-2023

En este documento se presenta la Política Pública de Envejecimiento y Vejez de Villavicencio 2015-2023 concertada entre los diferentes actores involucrados en el tema, después de un proceso de análisis, discusión y acuerdos entre los diferentes participantes del subsistema adulto mayor. Esta Política expresa el compromiso de la Administración Municipal del "Gobierno de la ciudad" con una población que por sus condiciones de vulnerabilidad y características etarias merece especial trato

ALCALDÍA DE VILLAVICENCIO "GOBIERNO DE LA CIUDAD" SECRETARIA DE GESTIÓN SOCIAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA POLITICA PÚBLICA DE DISCAPACIDAD E INCLUSIÓN SOCIAL DE VILLAVICENCIO 2015-2023 atención.

Se plantea una visión de futuro, basada en el desarrollo de procesos de asistencia, protección y empoderamiento (Sen, 2000) de largo plazo al proceso de envejecimiento; y acciones a corto, mediano y largo plazo para la intervención de la situación actual de la población adulta mayor. Igualmente, se asume el reto de su articulación con las políticas públicas de juventudes, de mujer y género, de familias y de discapacidad e inclusión social del orden municipal. Tomando como imperativo la gran deuda que tiene la sociedad colombiana con sus adultos mayores, sabiendo de la situación precaria y muchas veces angustiante en que viven muchos de nuestros mayores, tanto por el envejecimiento en si de la población como por la condición física y mental a la que los llevan la pobreza, la segregación y abandono, el mismo conflicto interno; produjimos un documento de política pública que se

articula a nivel municipal con discapacidad e inclusión, con mujer y género, con familias y juventud; que se basa en la ejecución de las políticas nacionales de lucha contra la pobreza, de reparación y garantía de no repetición a las víctimas del conflicto interno. Veamos entonces, primero, la metodología empleada para desarrollar colectivamente la política, la manera como se construyó colectivamente, participativamente, contando con todos los actores organizados alrededor del sistema de adulto mayor. Luego, veremos los principios rectores de nuestra política pública de envejecimiento y vejez, que recogen el estado del arte y de regulación que manejan las políticas nacionales, que además suman principios y conceptos rectores sobre los cuales van a girar varias de nuestras acciones estratégicas de largo plazo.

6. METODOLOGIA

6.1 Descripción del contexto

La ciudad de Villavicencio es la capital del departamento del Meta, denominada el portal del llano por ser la ciudad principal del departamento y eje central del desarrollo de esta región.

Ubicación. Sus límites municipales son:

- Norte: con los municipios de Restrepo y el Calvario
- Oriente: con Puerto López
- Sur: con Acacias y San Carlos de Guaroa
- Occidente: con Acacias y el Departamento de Cundinamarca

Organización territorial. La ciudad se ubica dentro del Departamento del Meta, departamento que junto al Vichada, Arauca, Casanare, Guainía y el Guaviare conforman los Llanos Orientales. El municipio se encuentra dividido en 8 comunas,

235 barrios (de los cuales 32 son legalizados), 101 asentamientos, 2 zonas de invasión, 7 corregimientos y 61 veredas en total.

El centro vida Casa del abuelo mi dulce hogar es una organización sin ánimo de lucro, se encuentra ubicado en la comuna 2 en el barrio la Azotea y tiene como objetivo brindar cuidado y atención a los adultos mayores provenientes de la ciudad de Villavicencio o de otros municipios. Lo lidera una pareja de esposos que por vocación y amor al adulto mayor tomaron la iniciativa de abrir este centro vida sin recibir ningún lucro personal.

6.2 Tipo de investigación

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

Dentro de las variables cualitativas tendremos la percepción del envejecimiento y el entorno familiar. Entre las variables cuantitativas se analiza las condiciones de salud y las características sociodemográficas de la población estudio.

Además, la investigación cualitativa, sujeto los aspectos individuales de la experiencia humana en su totalidad, es la más recomendable para lograr una visión holística de la experiencia vivida (Casilimas, 1996) de los adultos mayores del centro vida con respecto a sus características sociodemográficas y de salud.

Teniendo en cuenta el tipo de investigación, esta se abordó desde la fenomenología, la cual tiene como objetivo producir una descripción exhaustiva de la experiencia vivida por los individuos en relación a un fenómeno (Gómez, 2012), por lo cual esta metodología nos facilitó conocimiento sobre las condiciones sociodemográficas y de salud de los adultos mayores.

6.3 Población y muestra

La población fueron 19 adultos mayores pertenecientes al centro vida “mi dulce hogar” de la comuna 2 de la ciudad de Villavicencio. La muestra fue un AM y su familia teniendo en cuenta los criterios de inclusión: que tenga una red de apoyo, que sea mayor de 60 años, que acepte el consentimiento informado, que goce de una salud mental con capacidad de razonamiento.

6.4 Instrumentos

Desde la variable cualitativa se pretendió identificar el contexto de entorno familiar, percepción del envejecimiento y necesidades del adulto mayor a través de sí mismo y de su familia, utilizando herramientas como la observación, diario de campo y entrevista semiestructurada. (Anexo 2).

Observación participante: BERNARD (1994), indica que la observación participante requiere del manejo de una cierta cantidad de engaño e impresión. Advierte que la mayoría de los antropólogos necesitan mantener un sentido de la objetividad a través de la distancia. Define la observación participante como el proceso para establecer relación con una comunidad y aprender a actuar al punto de mezclarse con la comunidad de forma que sus miembros actúen de forma natural, y luego salirse de la comunidad del escenario o de la comunidad para sumergirse en los datos para comprender lo que está ocurriendo y ser capaz de escribir acerca de ello. Él incluye más que la mera observación en el proceso de ser un observador participativo; tiene en cuenta además conversaciones naturales, entrevistas de varias clases, listas de control 3, cuestionarios, y métodos que no sean molestos. La observación participante se caracteriza por acciones tales como tener una actitud abierta, libre de juicios, estar interesado en aprender más acerca de los otros, ser consciente de la propensión a sentir un choque cultural y cometer errores, la

mayoría de los cuales pueden ser superados, ser un observador cuidadoso y un buen escucha, y ser abierto a las cosas inesperadas de lo que se está aprendiendo.

Entrevista semiestructurada: Es una conversación cara a cara entre entrevistador/entrevistado, donde el investigador plantea una serie de preguntas, que parten de los interrogantes aparecidos en el transcurso de los análisis de los datos o de las hipótesis que se van intuyendo y que, a su vez las respuestas dadas por el entrevistado, pueden provocar nuevas preguntas por parte del investigador para clarificar los temas planteados. El conocimiento previo de todo proceso permitirá al entrevistador orientar la entrevista. La guía de la entrevista que utilizará el investigador sirve para tener en cuenta todos los temas que son relevantes y por tanto, sobre los que tenemos que indagar, aunque no es necesario mantener un orden en el desarrollo de la entrevista. (Munarriz, 1992).

Desde la variable cuantitativa se tuvo en cuenta los siguientes componentes: actividades básicas de la vida diaria (AVD) se empleó el instrumento Barthel (Anexo 4), y la Escala de Lawton y Brody (Anexo 5). Para la valoración de la marcha y el equilibrio se utilizó la subescala de Tinetti (Anexo 8). Para la valoración cognitiva se utilizó el examen cognitivo Mini-Mental (Anexo 6). Para la valoración afectiva se realizó con el test Yesavage (Anexo 7). Para valorar comorbilidad se utilizó el índice de Charlson (Anexo 9). Para la caracterización sociodemográfica se aplicó una encuesta que contenía variables sociales, demográficas y de salud (Anexo 3).

6.5 Unidad de observación

Para esta investigación y de acuerdo a la definición del Ministerio de salud una persona adulta mayor es un sujeto de derecho, socialmente activo, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismo, 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 edad.

6.6 Análisis de la información

Para esta actividad se tuvieron en cuenta los siguientes momentos:

Primer momento: acercamiento a la comunidad. Se identificó la comuna a trabajar, teniendo en cuenta los criterios de inclusión, presentación formal con la encargada del hogar geriátrico, observación y reconocimiento de la población AM.

Segundo momento: recolección, recopilación y consolidación de la información. En este espacio se aplicaron los instrumentos tanto cualitativos como cuantitativos, también se realizó el contacto con la familia aplicando los principios de confiabilidad, veracidad y beneficencia. Para ello se realizó el consentimiento informado previo a la aplicación de los instrumentos, para garantizar la libre participación en el estudio (Anexo 1).

Tercer momento: Sistematización de la información. En este espacio se realiza análisis de los resultados, se establecen categorías y subcategorías para el análisis cualitativo, recopiladas por medio de documento de la herramienta Word. En referencia a los instrumentos cuantitativos aplicados al adulto mayor, fueron relacionados y comparados entre sí por medio de la herramienta Excel.

Cuarto momento: Análisis de la información. En ella se analiza la información, para posterior elaboración del informe final. Por último, se produce el artículo científico.

6.7 Condiciones éticas

Antes de iniciar la investigación, se solicitó la aprobación ética del estudio. La cuestión del consentimiento informado se abordó por medio de la provisión de hojas de información y de formularios de consentimiento para el adulto mayor, además a través de la transmisión de información verbal sobre los objetivos y el desarrollo de la investigación. Los participantes fueron informados de que su participación es voluntaria y de que pueden retirarse del estudio en cualquier momento.

Otra cuestión ética fue abordar qué ocurre con los datos después de que sean recogidos. El investigador tiene la responsabilidad de informar de los hallazgos con exactitud. Además del compromiso de asegurar que los datos sean usados adecuadamente y en el mejor de los intereses de la población estudiada.

El estudio respetó los parámetros éticos para estudios con seres humanos contenidos en la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de salud de Colombia y el código de Ética del psicólogo que se establece en La Ley 1090 de 2006. Para ello se realizó el consentimiento informado previo a la aplicación del instrumento para garantizar la libre participación en el estudio (Anexo 1).

7. RESULTADOS

7.1 Características sociales y demográficas del adulto mayor.

El objetivo del instrumento consistía en recolectar información que permitiera describir las características sociales y demográficas del adulto mayor perteneciente al centro vida de la comuna dos de la ciudad de Villavicencio. Por tanto, se determinó AM de 61 años de edad es originaria del municipio de Fusagasugá (Cundinamarca) pero actualmente vive en el barrio Azotea de la comuna 2 de la ciudad de Villavicencio.

La vivienda en la que habita es propia, allí vive con su esposo con quien lleva casada 37 años y con el que tuvo dos hijas, la menor trabaja, en un cargo administrativo y es madre soltera de 2 niños, que también viven allí. Su figura paterna es pensionado, pero labora actualmente en un hotel de la ciudad, por tanto es el junto con su hija menor son quienes llevan el sustento económico al hogar.

En lo referente al estado de salud del adulto mayor, cuenta con EPS Medimas, allí se encuentra en control y seguimiento debido a que presenta factores de riesgo como: sobrepeso, lesiones articulares especialmente en extremidades inferiores (artrosis), principios de osteoporosis, alteración de la tiroides e hipertensión. Por tal razón se dedica a las labores del hogar y al cuidado de sus nietos, siendo este último aspecto causante de conflictos familiares debido a que las pautas de crianza no están unificadas entre las figuras de autoridad de los menores.

De acuerdo a la teoría del ciclo vital de Evelyn Duvall, la familia que acoge al AM se encuentra en la etapa de disolución, la cual se caracteriza porque los hijos crecen y abandonan el hogar, sin embargo en el caso del adulto mayor, su hija menor regreso con sus hijos al hogar después de un tiempo.

Dentro de las actividades recreativas que realiza la AM, se encuentra la asistencia ocasional al centro vida, donde participa de las actividades que el lugar realiza y comparte con otros adultos mayores.

7.2. Estado de salud del adulto mayor. Este ítem se resume en el siguiente cuadro:

ANALISIS DE INSTRUMENTOS

INSTRUMENTO	OBJETIVO	RESULTADO	OBSERVACION
BARTHEL (actividades básicas de la vida diaria)	El índice de Barthel (IB) es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia	95 puntos: Dependencia leve	Según el resultado de la escala indica en el sujeto a evaluar incontinencia ocasional, en sus demás actividades básicas, es independiente.
Índice para las 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	6 puntos: dependencia ligera	El adulto mayor requiere del apoyo familiar en realización de algunas actividades de la vida diaria para

	independiente en la comunidad. Evalúa actividades más elaboradas y que, por tanto, se pierden antes que las actividades básicas de la vida diaria.		vivir de manera independiente
Escala de depresión geriátrica de Yesavage	Especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, identifica los síntomas somáticos y es útil para facilitar el diagnóstico diferencial con una posible demencia de inicio.	0 puntos: Normal	Se obtuvo un estado afectivo normal donde se evidencia que la evaluada se siente aceptada dentro de su entorno, tiene conciencia del apoyo familiar, resalta los aspectos positivos de su vida lo que motiva a su deseo de vivir a pesar de las adversidades que

			se pueden presentar dentro de la familia.
Valoración cognoscitiva. Mini examen cognoscitivo	Se trata de una escala psicométrica breve para evaluar el estado cognitivo de las personas. Valora orientación, memoria de fijación, concentración y cálculo, memoria diferida, repetición, comprensión, lectura y escritura en el adulto mayor. Con esta escala se puede identificar el inicio o la severidad del deterioro cognitivo de las personas mayores.	25 puntos: Probablemente sin deterioro	La participante en el resultado obtuvo un estado cognitivo probablemente sin deterioro ya que identifica el tiempo, el lugar, el espacio, atención y lenguaje acorde a la edad

<p>Escala de Tinetti para la valoración de la marcha y el equilibrio</p>	<p>Esta escala valora el estado del equilibrio del adulto mayor y marcha y es útil como predictor para detectar el riesgo de caída y las posibles consecuencias en la calidad de vida de las personas de sesenta años.</p>	<p>Total general: 15 Riesgo severo de caídas</p>	<p>De acuerdo al resultado del instrumento realizado al adulto valorado presenta puntuaciones mayores de riesgo severo de caídas con factores de riesgo como: sobrepeso, lesiones articulares especialmente en extremidades inferiores (artrosis), principios de osteoporosis, hipertensión y alteración de la tiroides.,</p>
<p>Índice de comorbilidad de Charlson</p>	<p>Evaluar la esperanza de vida a los diez años, en dependencia de la edad en que se evalúa, y de las</p>	<p>1 punto</p>	<p>En el adulto evaluado se considera ausencia de comorbilidad, sin diagnóstico de</p>

	comorbilidades del sujeto.		presentar 2 o más enfermedades, discapacidades
--	----------------------------	--	--

Tabla 1. Resultados de instrumentos cuantitativos

7.3. Dinámicas familiares. Para este ítem se aplicó una entrevista semiestructura al adulto mayor y a la familia. En los resultados se detectan 4 categorías que dan respuesta a los objetivos propuestos.

7.3.1 Percepción del envejecimiento. En esta categoría se establece el sentir del adulto mayor a cerca de su proceso de envejecer, con las siguientes subcategorías:

- a. El envejecimiento trae enfermedades, dolores y achaques: “llegan las dolencias como que adquiere, no adquiere porque uno las tiene, se van desarrollando como las enfermedades, que los achaques, que me duele aquí que me duele allá....pienso yo además de que si uno es optimista y todo casi nunca estará viejo, ojala no nos enfermáramos” AM. “Muy notoriamente se ve cambios como de dolor en las piernas, de ánimo” AM.
- b. El envejecimiento no es cuestión de edad: “Yo pienso que hay como varias maneras de envejecimiento el que yo me sienta vieja antes de tiempo y uno ya se ve viejecito” AM
- c. El envejecimiento está relacionado con género: “la mujer, para mí porque a veces mucho sufrimiento, algunas sufren más que otras, muchas veces en el sistema de que uno tiene un problema, yo hablo demasiado hay otras que no hablan sufren más por dentro y hay muchos factores” AM. “A veces el maltrato de la casa e incluso del mismo esposo que hoy

estamos mirando eso: da un ejemplo... que yo digo es que quiero estudiar tengo 20 años como yo dije voy a terminar el bachillerato y dije eso es un maltrato, usted no estudia porque usted la contrate para que lave, planche y otras". AM

- d. La vejez es resignación: "La vejez es algo que uno tiene que aceptar que se ve venir" AM.
- e. Envejecer trae soledad: "con gran tristeza es que la gente se aleja" AM. "Si le gustaría a uno contar con un familiar que en realidad a uno lo estime, como decir uno una hija, pero en esta etapa en que estamos todo el mundo vive ocupado, todo el mundo vive en lo de cada uno si no están trabajando están con un celular y no que yo me voy a trabajar y que yo me voy pa'tal parte" AM. "No lo expresan a veces" AM.
- f. En el envejecimiento se pierde el afecto. "Yo siento que los afectos y los cariños son varias cosas materiales, pero a mí más me gusta que me abracen" AM.

7.3.2 Necesidades del adulto mayor. En esta categoría se refleja, las necesidades básicas para determinar el estilo de vida, carencias del adulto mayor, con las siguientes subcategorías:

- a. La vejez requiere de atención a las necesidades: "A veces no me alimento bien por comer mucha harina porque muchas veces le ofrecen a uno pero uno del predicar al hacer no pasa, yo sé que hay que bajarle al dulce, a las harinas, a la sal porque sube la tensión, son pequeños detalles que uno tiene experiencia y que se pueden hacer de todas manera que es lo importante" AM. "mire que ustedes al comer algo deben comer más temprano, alguien que lo aprecia a uno le dice eso de corazón y uno coloca entonces cuidado a eso precisamente para cuidarse uno en salud" AM.

- b. La vejez exige control médico constante: “los medicamentos me los dan para controlar” AM. “tomarse una pastica todos los días y droga y terapias para la rodilla y otra cita para ver cómo va uno y lo valoran que para ver si me operaban cuando pase por varias terapias”.

7.3.3 Dinámica familiar. En esta categoría se evidencia las relaciones que efectúan el adulto mayor con sus familiares y comunidad, con las siguientes subcategorías:

- a. En la vejez la amistad es una red de apoyo: “son amistades que de todas maneras hacen falta y con los vecinos” AM. “compartimos de los tiempos viejos, de acordarnos de todas las cosas, de saber que conservamos esa amistad todavía” AM. “En mi tiempo libre me gusta ir a visitar como le estaba diciendo si hay un enfermito ir hasta allá a visitarlos” AM.
- b. La vejez es alegría y gratitud. “Me cuidan por ejemplo, pienso yo que eso es cuidar porque me dicen mamita ustedes que van hacer hoy y nos dicen vamos almorzar” AM. “

7.3.4 Situación socioeconómica. En esta categoría se demuestra la estabilidad afectiva, económica, emocional, familiar del adulto mayor, con las siguientes subcategorías:

- a. En la vejez se busca tener estabilidad: “yo siento que es algo que a mí me pertenece” AM, “como Angelita no es así muy explícita pues así yo le cuido los niños él también me da mis cosas y pues a mí me pertenece también y no es tanto pero cada mes tengo mi poquito de plata para mis cosas personales” AM.

- b. En la vejez se aprende a entender a la familia: “Por decir cuando llegaron los nietos, yo siento que no diga que no me quiere pero que reparten un poquito el cariño y el tiempo, pero como ya hemos llevado un hogar no perfecto pero bien, y no descuidamos nada y talvez por eso estamos aún hay” AM.

8. DISCUSION

8.1 Características sociales y demográficas del adulto mayor.

El adulto mayor es de sexo femenino y con una edad de 61 años. Esto indica que la esperanza de vida en los últimos 50 años se ha venido incrementando, principalmente para las mujeres (viven en promedio 5.9 años más (Jaramillo, 2016)). El estrato social es dos y la vivienda es propia, el resultado es similar con el Censo de Población y Vivienda 2005, que dice que el 68.7% de las personas adultas mayores tiene como tipo de vivienda casa, el 24.8% vive en apartamento y el 5.2% reside en habitaciones o cuartos (Castebianco, 2013). Así mismo el Adulto mayor vive con su esposo, según estudios indican que El 39% de las personas mayores de 65 años está casado, el 31% es viudo, el 14,1% es soltero y el 7% restante está separado o divorciado(Jaramillo, 2016).

El adulto mayor tiene dos hijas, actualmente convive con uno de ellos y sus nietos. El comportamiento es muy similar al reporte 2005 donde se encontró que las personas mayores de 65 años conviven en un 98.8% con sus familias. En Colombia la mayoría de los adultos mayores viven en hogares multigeneracionales (**53%**), lo cual avala el enunciado de la CEPAL (1997), en cuanto a que la familia latinoamericana sigue siendo el principal ente cuidador del anciano. (Placeres, 2011). En lo referente al aspecto económico, quienes aportan los ingresos son el esposo del participante que es pensionado pero aun labora y su hija que trabaja en

una oficina, esto corrobora lo indicado por estudios que afirman que en promedio, en uno de cada tres hogares, los recursos aportados por los adultos mayores por concepto de jubilaciones o pensiones representa más de la mitad del ingreso familiar (León, 2016).

En cuanto al estado de salud, investigaciones afirman que la población anciana está considerada como grupo de riesgo de sufrir malnutrición. Dentro de las principales consecuencias de la malnutrición se presentan, mayores enfermedades cardiovasculares (secundarias a sobrepeso, principalmente en el grupo comprendido entre 60 y 79 años), anemia (de diferentes orígenes), úlceras por presión, deterioro cognoscitivo, caídas y fracturas, entre otras (Jaramillo, 2016), en el caso de nuestra adulta mayor presenta sobrepeso, lesiones articulares especialmente en extremidades inferiores (artrosis), principios de osteoporosis, alteración de la tiroides e hipertensión.

La participante, se dedica al cuidado de sus nietos, siendo este aspecto causante de conflictos familiares debido a que las pautas de crianza no están unificadas entre las figuras de autoridad de los menores. De acuerdo con lo anterior, estudios respectivos afirman que en ocasiones los abuelos asumen un papel de Padres subrogantes: asumen grandes responsabilidades en la educación y cuidado de sus nietos, especialmente cuando la madre trabaja fuera del hogar. Suelen ser sobreprotectores (Castebianco, 2013).

8.2 Estado salud

Dentro de la valoración de la actividades básicas (Barthel), el adulto mayor correspondiente a sexo femenino que tiene como ocupación el hogar, obtuvo una puntuación de 95 puntos, lo que corresponde a una dependencia leve, es decir que

realiza con total independencia actividades de la vida diaria relacionadas con la alimentación, higiene personal, capacidad motora y desplazamiento. Lo anterior, coincide con otros estudios realizados que afirman que se observa un porcentaje de dependencia leve en personas que tienen como ocupación labores del hogar (Gómez, 2015). No obstante, otros estudios también indican que el aumento de la frecuencia de enfermedades crónicas a medida que la población envejece, tiende a provocar complicaciones y secuelas que dificultan la independencia y la autonomía de las personas (Patiño, 2012).

En lo referente al índice para las actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody, el participante de la tercera edad obtuvo una puntuación de 6 puntos, indica según la clasificación de la escala una dependencia ligera. Es decir que presenta autonomía para desempeñar actividades relacionadas con hacer las compras, preparar la comida, manejar el dinero, usar el teléfono, tomar medicamentos, entre otras, lo que indica que realiza un rol activo dentro de su dinámica cotidiana. Dicho resultado es similar a estudio realizado en España, donde se comprueba cómo el 63,50% de las mujeres encuestadas son independientes totales, no tienen ningún problema para realizar las actividades instrumentales, comparado con el 50% de los hombres (Acosta, 2014). No obstante, estudios realizados en México difieren con el de esta

investigación debido a que se observó que 66% resultaron con algún nivel de dependencia funcional instrumental, siendo el grado “moderadamente dependiente” el más frecuente del que se presentaron 52 casos (46%), mientras que en el nuestro predominó una dependencia ligera (Fósil, 2015).

En lo concerniente a la evaluación del estado de ánimo del adulto mayor participante de esta investigación, se realizó aplicación de la escala de depresión geriátrica de Yesavage, donde se obtuvo una puntuación de cero (0) que indica estado afectivo normal donde se evidencia que la evaluada se siente aceptada dentro de su entorno, tiene conciencia del apoyo familiar, resalta los aspectos positivos de su vida lo que motiva a su deseo de vivir a pesar de las adversidades que se pueden

presentar dentro de la familia; lo que resulta positivo en comparación con otros estudios realizados en Chile que indican que los sujetos deprimidos tenían una peor auto-percepción de salud, peor funcionalidad para las actividades básicas (BADL) e instrumentales (IADL) de la vida diaria. Así mismo, en este mismo estudio Un 58,2% de los participantes respondió "si" a la pregunta única "¿se siente usted frecuentemente triste o deprimido?", permitiendo evidenciar una alta presencia de depresión en este grupo poblacional (Hoyl, 2013).

En relación con la Valoración cognoscitiva, fue empleado el mini mental, donde se obtuvo una puntuación de 25, correspondiente a: "Probablemente sin deterioro", permitiendo establecer que el adulto mayor identifica el tiempo, el lugar, el espacio, atención y lenguaje acorde a la edad. Esto, conlleva a pensar según estudios realizados en Bucaramanga en un hogar geriátrico, que está relacionado las funciones cognitivas con la actividad diaria que realizan los adultos mayores, ya que en esta investigación se evidencio que las mujeres que tienen poca ocupación tienden a tener mayor deterioro paulatino de todas sus capacidades que las que realizan actividades diariamente (Cerquera, 2013). Así mismo, en un estudio realizado en México se concluyó En cuanto a la función cognitiva, mayor prevalencia de deterioro en el rango de edad de 81-90 (55.5%) y sexo femenino (45.4%) (Duran-Badillo, 2013), lo que explicaría que nuestra adulto mayor presentara normalidad en su capacidad cognitiva ya que se encuentra muy por debajo de la edad promedio del estudio anteriormente mencionado.

En cuanto a la medición de la marcha y el equilibrio, se evaluó por medio de la escala de Tinetti, donde se obtuvo una puntuación total general de 15 que indica riesgo severo de caídas, posiblemente a causa de dificultades de salud con su rodilla y por sobrepeso. Este resultado es contrario a estudios realizados en Risaralda, donde se mostró que 53 (63.9%) pacientes presentaron equilibrio normal; sin embargo, 24 presentaron equilibrio regular (28.9%) siendo el balance en un pie la cualidad más afectada (Pulgarin, 2012).

Por último, fue aplicado el Índice de comorbilidad de Charlson, donde el participante obtuvo una puntuación de 1, que hace referencia a la ausencia de comorbilidad, es decir, en comparación con otros estudios que la comorbilidad está relacionada con el deterioro cognitivo, ya que en dicha investigación las personas con el diagnóstico de demencia o de deterioro cognitivo leve es mayor que en personas sin deterioro cognitivo, y que dicha comorbilidad puede tener un importante papel en la progresión de deterioro cognitivo leve a demencia (Formiga, 2014).

8.3. Categoría I: Percepción del envejecimiento. El AM percibe el envejecimiento visto como una etapa de aceptación, resignación y reconocimiento, se presentan cambios fisiológicos, al sentir enfermedades, dolores y achaques. El adulto mayor considera el envejecimiento la manera como cada uno se siente. Las mujeres son las que más percepción de soledad presentaron y podría estar relacionado con el hecho de los problemas familiares, la ocupación de la familia, lo cual puede generar perdiendo sensación de tristeza, falta de afecto y atención. En algunos estudios se destaca la percepción del envejecer como influyente en el bienestar del anciano, explicada con aportes científicos de la gerontología social. En la literatura se encuentran distintas conceptualizaciones y teorías gerontológicas del envejecimiento: normal, activo y exitoso, y una variabilidad de teorías biológicas de programación genética y de tasas variables. Por otra parte se encuentran teorías sociales como actividad, continuidad y estratificación social. Estas teorías están influenciadas por referentes del desarrollo humano. Algunos estudios se han apoyado en las teorías sociales como las de la actividad y continuidad para explicar el envejecer (Alonso, 2014).

Categoría II: Necesidades del adulto mayor. En adulto mayor necesidades importantes que prevalecen son forma de alimentarse, de cuidarse, quererse a sí mismo, en lo referente a toma de medicamentos, controles médicos asistiendo para mejorar el estado de la salud con bienestar. Calidad de vida del adulto mayor, es la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia

humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez(Castro, 2013).

Categoría III: Dinámica familiar. En el estudio se observó la amistad una red de apoyo primordial, aprendiendo a conservarlas para compartir y ayudarse los unos a los otros cuando se necesite. En la vejez se vive momentos de alegría y gratitud por el hecho de importarle a la familia y a las amistades que demuestran interés de relación e interacción. Las familias se constituyen en el principal referente de los individuos y la sociedad. Un ambiente familiar de afecto, cariño y atención es favorable para la salud; por el contrario, el contexto familiar de desapego y desinterés conduce a sentimientos de abandono y surge la depresión que es campo propicio para las enfermedades; que modifican la vida cotidiana del adulto mayor y la familia. Un estudio realizado por Ortiz y Trujillo (2013) sobre el binomio familia y adulto mayor concluyó que las familias necesitan estar preparadas y sensibilizadas para la convivencia y atención de sus adultos mayores y como consecuencia del proceso de transición demográfica que vive el mundo de hoy, esta afirmación debería tenerse en cuenta y comenzar iniciativas que mejoren las condiciones de los adultos mayores. Las redes de apoyo social cobran un valor significativo para las personas mayores en la medida en que pueden brindar la oportunidad de continuar participando activamente en tareas productivas durante la vejez. En este sentido, es importante que los adultos mayores no sólo sean reconocidos como receptores de servicios sino también como proveedores de apoyos materiales, afectivos e instrumentales, basados en la experiencia y la sabiduría que le han dado los años, desempeñando un papel protagónico en el fortalecimiento de los vínculos

intergeneracionales al interior de la familia y la comunidad tal y como lo afirma Dabas (2014) en el estudio realizado en Argentina.

Categoría IV: Situación socioeconómica. Para el adulto mayor la estabilidad afectiva, económica, emocional, familiar se gana dando lo mejor de sí mismo, con apoyo y entrega. En la vejez se aprende a entender la familia sus emociones, forma de pensar, de dar afecto, amor y tiempo por la llegada de los nietos. En algunos estudios como en el realizado por Wood (2013) el Índice de Bienestar en la Adulter Mayor (IBAM), propuesto por Del popolo (2001), con una puntuación que varía entre 0 y 1, y cuyos indicadores son: Longevidad: esperanza de vida a partir de los 60 años; Conocimiento: porcentaje de alfabetización y promedio de años estudio y, Nivel de vida digno: porcentaje de las personas por encima de la línea de pobreza, cobertura de seguridad social y monto medio de pensiones; fue para Colombia, en 1999 de 0.542, siendo superior en áreas urbanas. Con grandes variaciones a lo largo del país, por ejemplo en Bogotá, era tan alto como 0.90, mientras que en el Chocó era tan bajo como 0.05.

9. CONCLUSIONES

La investigación permitió conocer y comprender el contexto familiar, social, demográfico y de salud que se encuentra del adulto mayor en la ciudad de Villavicencio. El AM se halla con aceptación a los cambios que ha tenido su cuerpo, dolores, enfermedades, achaques, de los cuidados que requiere someterse para llevar una vida tranquila y agradable al lado de su esposo y su familia, como también a las necesidades que actualmente determinan estar expuesto a riesgos por su condición de salud moderada.

Dentro de su dinámica familiar existe red de apoyo por parte de sus hijas, familiares cercanos, grado de dependencia económica por parte de esposo e hija con la que convive al lado de sus hijos y brindan un acompañamiento al AM.

Se refleja buena convivencia con amigos y vecinos, recibe agradecimientos por su apoyo y colaboración hacia los demás, se considera el AM poseer capacidades para desempeñar su rol en la sociedad como un ser servible y amable, ya que interactúa con los demás fácilmente.

Por lo tanto se requiere por parte de las políticas públicas brindar oportunidades y apoyo a los programas donde se involucre e incluya la opinión, el ser participe el AM, donde se garantice el desarrollo de oportunidades y actividades productivas que beneficien el bienestar, estabilidad y calidad de vida del AM de acuerdo a sus necesidades.

10. RECOMENDACIONES

10.1 Recomendaciones para la familia del adulto mayor

- Acompañe a su familiar a las consultas médicas. Ayúdelo a llevar toda su medicación y pídale al médico que le deje indicaciones claras.
- Evite que el adulto mayor de su familia se aíse, ayúdelo a realizar actividades en el barrio, a conservar amistades, a realizar actividad física.
- Cuide que su casa no tenga obstáculos con los que su familiar pueda tropezarse (mantenga el orden), trate de poner antideslizantes en las zonas que puedan ser resbalosas y barandas para sujetarse en la ducha.
- Acompañe a su familiar a las consultas médicas. Ayúdelo a llevar toda su medicación y pídale al médico que le deje indicaciones claras.

10.2 Recomendaciones para el adulto mayor

- De acuerdo a la puntuación obtenida en la escala de Tinetti, donde se evidencio un riesgo severo de caída, se recomienda realizar ejercicios de equilibrio, flexibilidad, coordinación, capacidad aeróbica, resistencia a la fuerza, dentro de los programas de actividad física para el adulto mayor.

- Practicarse los estudios de laboratorio y gabinete indicados por el médico para la evaluación inicial integral y detección oportuna de enfermedades.
- Teniendo en cuenta que el participante obtuvo resultados óptimos en la escala BARTHEL (ABVD) y en el índice para las actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody, es importante continuar fortaleciendo dichos aspectos por medio de la realización de rutinas, actividad física y cognitiva que le permitan al adulto mayor mantenerse activo y conservar su independencia.

10.3 Recomendaciones para las Instituciones y entes territoriales

- Se sugiere que las entidades oficiales del municipio ejecuten y acompañen de forma oportuna los programas gubernamentales que protegen al adulto mayor
- Es importante que la universidad de los llanos que se destaca en la región por su labor social y por su gestión investigativa, promueva en la facultad de ciencias de la salud proyectos que continúen beneficiando y promoviendo el bienestar de la población adulto mayor y así contribuya a la reducción de factores de riesgo y vulnerabilidad de los mismos.
- La presente investigación puede servir de base para posteriores investigaciones en comunidades de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados y/o programas de extensión que sean realizados por la facultad de ciencias de la salud de la Universidad de los llanos o cualquier institución educativa del nivel departamental, nacional e internacional cuya línea de trabajo se enfatice en el adulto mayor.
- A la especialización en salud familiar se recomienda desarrollar programas tendientes a fortalecer los vínculos familiares de las/los adultos mayores, con el fin de educar a las familias en cuanto a los

procesos y cambios que se producen en el envejecimiento y la importancia del apoyo familia en esta etapa.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Acosta Grajal, M. C. (2014). Capacidad funcional en personas mayores según el género.
- Alonso, C. (2012). Prevención en Geriatría: II Curso de la Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor. *ALMA. Santiago*.
- Alonso, L. M., da Payares, S. C., Ríos, A. L., Maldonado, A., Quiñonez, D., & Zapata, Y. (2013). Percepción del envejecimiento y bienestar que tienen los adultos mayores del Hogar Geriátrico San Camilo de la ciudad de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 26(2).
- Alonso Palacio, L. M., Ríos, A. L., Caro de Payares, S., Maldonado, A., Campo, L., Quiñonez, D., & Zapata, Y. (2014). Perceptions of aging and wellness of the elderly from San Camilo nursing home at Barranquilla (Colombia). *Revista Salud Uninorte*, 26(2), 250-259.
- Angulo Sarmiento, D. M., & Flores Freire, G. P. (2016). *Efectividad de la técnica de estiramiento y liberación miofascial del diafragma para mejorar la capacidad aeróbica en adultos mayores de 60 a 85 años del programa 60 y piquito de la ciudad de Quito en el periodo de mayo-junio del 2016* (Bachelor's thesis, PUCE).
- Arango, D. C., & Cardona, Á. M. S. (2012). Políticas de salud pública aplicadas al adulto mayor en Colombia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 46(2), 96-99.
- Bazo, M. T. (2012). Envejecimiento poblacional y el reto de la dependencia. *Nau Libres. Valencia*.

- Bernard, H. Russell (1994). *Research methods in anthropology: qualitative and quantitative approaches* (segunda edición) Walnut Creek, CA: AltaMira Press.
- Bohórquez Garzón, S. A., & Lemus Cifuentes, I. N. (2016). Análisis de las estrategias para el empoderamiento de los derechos y deberes de un grupo de personas mayores inscritas al servicio social centro día en el marco de la PPSEV.
- Carmona-Meza, Z., & Parra-Padilla, D. (2015). Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano. *Salud Uninorte*, 31(3).
- Casilimas, C. A. S. (1996). *Investigación cualitativa*. Icfes.
- Castelblanco Niño, M. L., Cerquera Guerrero, L. A., Murillo Álvarez, K. E., Vélez Álvarez, C., & Vidarte Claros, J. A. (2013). Determinantes sociales de la salud (DSS) y la discapacidad en Manizales-2012: Resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad.
- Castro, A. R., Cárdenas, Á. R., Munive, M. V., de la Cruz, E. R., Noguera, T. G., & Salazar, D. P. A. (2013). Calidad de vida del adulto mayor inscrito en los comedores del programa nacional de alimentación para el adulto mayor Juan Luis Londoño De La Cuesta icbf, 2010-II. *Duazary*, 10(1), 26-32.
- CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (2012), Boletín Demográfico 73, enero
- Cerquera Córdoba, A. M. (2013). Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el asilo San Antonio de Bucaramanga. *Universitas Psychologica*, 7(1), 271-281.
- Chong A. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. (2012).

- Durán-Badillo, T., Aguilar, R. M., Martínez, M. L., Rodríguez, T., Gutiérrez, G., & Vázquez, L. (2013). Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enfermería universitaria*, 10(2), 36-42.
- Encuesta SABE Colombia. Sistema Nacional de estudios y encuestas poblacionales para la salud. Ministerio de salud y protección social (2015).
- Fócil, E., & Zavala, M. (2015). Funcionalidad para actividades de la vida diaria en adultos mayores rurales de Cárdenas, Tabasco, México. *Revista Facultad de Salud [revista en Internet] México*, 12-19.
- Formiga, F., Fort, I., Robles, M. J., Barranco, E., Espinosa, M. C., & Riu, S. (2014). Aspectos de comorbilidad en pacientes ancianos con demencia. Diferencias por edad y género. *Revista clinica espanola*, 207(10), 495-500.
- Flórez-Consultora, C. E. Tipologías de Familias en Colombia: Evolución 1993–2014 Documento de Trabajo No. 2016-1.
- Gómez Calderón, M. I., & Montoya, L. A. (2016). Significado de familia que tienen los adultos mayores institucionalizados en el ancianato IPS Paraíso Otoñal.
- Gómez, D. R., & Roquet, J. V. (2012). Metodología de la investigación. México: Red Tercer Milenio. Recuperado de http://www.aliatuniversidades.com.mx/bibliotecasdigitales/pdf/axiologicas/Metodologia_de_la_investigacion.pdf.
- Gómez Gracia, J. D. (2015). *Capacidad funcional del adulto mayor según la escala Barthel en hogar geriátrico Santa Sofía de Tenjo, dulce atardecer y renacer de Bogotá, durante el mes octubre de 2015* (Bachelor's thesis).
- Gutiérrez, V. F. V., Velasquez, F., & Rey, A. (2012). Riesgo familiar total en familias con personas mayores, municipio de Funza (Cundinamarca, Colombia). *Salud Uninorte*, 28(2).

- Hernández, Á. (1997). Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve. El búho.
- Hoyl, T., Valenzuela, E., & Marín, P. P. (2013). Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Revista médica de Chile*, 128(11), 1199-1204.
- Jaramillo Foronda, M. M., Moreno Vergara, A., Ramirez Noreña, E., & Valencia Henao, V. M. (2016). *Humanización del servicio en los CPSAM* (Doctoral dissertation).
- Jiménez-Aguilera, B., Baillet-Esquivel, L. E., Ávalos-Pérez, F., & Campos-Aragón, L. (2016). Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. *Atención Familiar*, 23(4), 129-133.
- León Valerio, K. K. (2016). Determinantes de salud de los adultos del sector "San Miguel" Monterrey Huaraz, 2013.
- Lopez, B. I. Z., Villamizar, N. L. D., & Arango, D. C. (2015). Apoyo social y familiar del adulto mayor del área urbana. Angelópolis, Antioquia 2012. *Revista de Salud Pública= Journal of Public Health*, 17(6), 848
- Marrero, R. M. (2011). Apoyo social que brinda la familia a los adultos de edad avanzada de 65 años o más residentes en el Municipio de Dorado, Puerto Rico (Spanish text).
- Ministerio de salud (2015). POLITICA COLOMBIANA DE ENVEJECIMIENTO HUMANO Y VEJEZ, 2014-2024.
- Munarriz, B. (1992). Técnicas y métodos en investigación cualitativa.
- OMS [Internet]. Ginebra: OMS; c1999-2006 [actualizado 10 Abr 2016; citado 12 Abr 2016]. 52 Asamblea Mundial de la Salud.
- OMS. Organización mundial de la salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud (2015).

- ONU (2014). Declaración de principios de la Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información. Construir la sociedad de la información: Un desafío mundial para el nuevo milenio. (<http://goo.gl/iVXMTy>) (12-03-2014)
- Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones nutricionales para el envejecimiento saludable. En: Mantenerse en forma para la vida, necesidades nutricionales de los adultos mayores. Washinton: Organización Panamericana de la Salud, Universidad Tuft, Facultad de Ciencias y Políticas de Nutrición; 2004. pp. 62-85
- Orozco, C. M., & Martínez, A. C. (2012). Dinámica familiar del anciano residente en el barrio Modelo de la ciudad de Barranquilla. *PSICOGENTE*, 13(23).
- Ortiz, B. J., Trujillo, E. P., & de Snyder, V. N. S. (2013). El papel de la red familiar y social en el proceso de envejecimiento en cuatro ciudades de México. *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana*, 85.
- Palacios Valdiviezo, D. G. (2017). *La calidad de vida y el equilibrio dinámico en el adulto mayor* (Bachelor's thesis, Universidad Nacional de Chimborazo, 2017).
- Patiño, Y. P., & Prieto, E. (2012). Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia. *Revista de Salud Pública= Journal of Public Health*, 14(3), 436
- Pérez Martínez, V. T., & Arcia Chávez, N. (2008). Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(3), 0-0.
- Pérez, S. El tiempo libre en adultos mayores y qué hacer con él. Guioteca. 2012
- Ramírez, J. A. G., & Álvarez, C. V. (2013). América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: políticas públicas implementadas. *Revista de Salud Pública= Journal of Public Health*, 15(5), 731.

- Restrepo, S. L., Morales, R. M., Ramírez, M. C., López, M. V., & Varela, L. E. (2013). Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. *Revista chilena de nutrición*, 33(3), 500-510.
- Revista Dinero, Enero 2017
- Reyes Torres, I., & Castillo Herrera, J. A. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 30(3), 454-459.
- Rodríguez Riscart, M., La Rosa Mustelier, M., & Reyes González, M. (2006). Interrelación de la familia con el adulto mayor institucionalizado. *Revista Cubana de Enfermería*, 22(1), 0-0.
- Saa, P. A. C., & García, M. A. C. (2016). Cambios fisiológicos de la aptitud física en el envejecimiento. *Revista Investigación en Salud Universidad de Boyacá*, 3(2), 176-194.
- Silva-Fhon, J. R., Río-Suarez, D., Defilia, A., Motta-Herrera, S. N., Coelho Fabricio-Wehbe, S. C., & Partezani-Rodrigues, R. A. (2015). Violencia intrafamiliar en el adulto mayor que vive en el distrito de Breña, Perú. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(3), 367-375.
- Suarez, M. Á. (2015). El genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia. *Revista Médica La Paz*, 16(1).
- Takase Gonçalves, L. H., Mendes Costa, M. A., & Martins, M. (2012). La dinámica de la familia de ancianos con edad avanzada en el contexto de la ciudad de Porto, Portugal. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet], 19(3).
- Uchuari, C., & Luis, J. (2016). *La actividad física y la calidad de vida de los adultos mayores del centro de día San José de la ciudad de Loja* (Bachelor's thesis).
- Virseda H. Jose, Bezanilla. *Enfermedad y Familia II*. Universidad autónoma del estado de México. Primera edición junio de 2014. Pag. 26

- Wood, G. J. (2013). *the problem of the old man: manhood, class, and retirement in the united states, 1910s-1950s* (Doctoral dissertation, University of Pittsburgh).
- Zurita, M., & Uvilee, H. (2015). Uso del tiempo libre en el adulto mayor del CAM Huancayo.

ANEXOS

(Anexo 1)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Universidad de los Llanos – Facultad Ciencias de la Salud

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

Fecha _____

Código _____

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

Usted ha sido invitado a participar en la investigación sobre identificar Caracterización social, demográfica y de salud del adulto mayor de cuatro municipios del piedemonte del Meta. Si usted acepta participar en este estudio, el estudiante Principiante de Investigación (EPI) 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: _____

Firma de los familiares: _____

Firma del docente Investigador: _____

(Anexo 2)

Guía de Entrevista semiestructurada

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

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

1. Preguntas para el Adulto Mayor:

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

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

Categorías preestablecidas	Preguntas de apertura para indagación
Situación socioeconómica	Indague teniendo en cuenta la encuesta de caracterización. Pero solo el aspecto social y económico. Además puede preguntar: ¿Vive con la familia? ¿Tiene un grado de dependencia económica? ¿Viven con su 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? ¿Qué cree que ocurre cuando una persona envejece? ¿Qué cambios ha visto usted así notorios?
Necesidades del adulto mayor	¿Cuáles 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? ¿Cómo 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 adecuada según las necesidades? ¿Cómo 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? ¿Qué cree que ocurre cuando una persona envejece? ¿Qué cambios ha visto usted así notorios en su familiar?
Necesidades del adulto mayor	¿Cuáles 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	<p>¿Quién lo cuida el adulto mayor? ¿Cómo lo cuida? ¿Cómo 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?</p>
-------------------	--

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

(Anexo 3)

INSTRUMENTO CARACTERIZACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS VIDA

Código: _____

Objetivo:

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

Instrucciones:

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

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

1. Edad: _____ Género: F ___ M ___

2. Número de hijos: _____

3. Grupo poblacional al que pertenece.

Desplazado/a ___ Discapacitado/a ___ Afrodescendiente ___ Indígena ___

Otro ___

4. Estado Civil:

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

Libre ___

5. Lugar de Procedencia:

Municipio _____

Departamento:

6. Lugar de Residencia:

Barrio _____ Municipio _____ Departamento

7. La vivienda que habita es:

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

8. La vivienda cuenta con todos los 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 quién 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):

Gracias por la información suministrada.

Grupo Investigador.

(Anexo 4)

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE BARTHEL

DESCRIPCIÓN

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

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

Tiempo estimado de administración: 5 minutos.

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

5	Incontinencia 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 tumbarse en la cama, e igualmente volver de la cama al sillón.
10	Mínima ayuda	Necesita ayuda mínima para algún paso de esta actividad o ser supervisado física o verbalmente en los distintos pasos
5	Gran ayuda	Necesita gran ayuda para levantarse de la cama o para trasladarse al sillón. Puede permanecer sentado sin ayuda.
0	Dependiente	
DEAMBULAR		
15	Independiente	Puede caminar 45 metros sin ayuda o supervisión, espontáneamente o con muletas (no andador). Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela solo.
10	Necesita ayuda	Necesita ayuda o supervisión para caminar 45 metros. Deambula con andador.
5	En silla de ruedas	Puede empujar la silla 45 metros y manejarla con soltura (doblar esquinas, girar, maniobrarla por la casa, etc.)
0	Dependiente	Camina menos de 45 metros. Si utiliza silla de ruedas debe ser empujada por otra persona.
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS		
10	Independiente	Es capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede usar bastones o muletas o apoyarse en la barandilla.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda física o verbal.
0	Dependiente	

VALORACIÓN:

La escala se debe realizar para valorar dos situaciones:

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

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

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

Estratificación:

Diraya*		Proceso	
Puntuació	Dependencia	Puntuación	Dependencia
0-	Total	< 20 (0-15)	Total
25-	Sever	20-35	Grave
65-	Moderada	40-55	Moderada
9	Leve	≥60 (60-95)	Leve
10	Independencia	100	Independencia

(Anexo 5)

**ÍNDICE PARA ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA.
DE LAWTON Y BRODY**

DESCRIPCIÓN:

- Escala que permite **valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad** (hacer la compra, preparar la comida, manejar dinero, usar el teléfono, tomar medicamentos, etc.). Evalúa actividades más elaboradas y que, por tanto, se pierden antes que las actividades básicas de la vida diaria.
- Características de recogida: Debe de realizarse heteroadministrado preguntando al paciente o a su cuidador.
- Desarrollo: Para evaluar correctamente los ítems de estas escalas resulta importante diferenciar si el paciente podría llevar a cabo, previamente, esa actividad. Esta escala da mucha importancia a las tareas domésticas, por lo que en nuestro entorno los hombres suelen obtener menor puntuación. La disponibilidad de electrodomésticos y otros utensilios pueden influir también en la puntuación.

Tiempo estimado de administración: 5-10 minutos

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No es capaz de usar el teléfono	0
HACER COMPRAS	
Realiza independientemente todas las compras necesarias	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los	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

VALORACIÓN


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

Estratificación:

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

(Anexo 6)

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)

ORIENTACIÓN TEMPORAL (Cada respuesta vale 1 punto) ¿Sabe en qué año estamos? ¿En qué época del año? ¿En qué mes estamos? ¿Qué día de la semana es hoy? ¿Qué día del mes es hoy?	5
ORIENTACIÓN ESPACIAL . (Pueden sustituirse los lugares originales por los alternativos) ¿Me puede decir en qué país estamos? ¿Sabe en qué provincia estamos? (o comunidad autónoma) ¿Y en qué ciudad (pueblo) estamos? ¿Sabe dónde estamos ahora? (Hospital/Clinica/casa: nombre de la calle) ¿Y en qué planta (piso)? (Casa: piso o número de la calle)	5
MEMORIA DE FIJACIÓN Repita estas tres palabras: PESETA-CABALLO-MANZANA (Acuérdese de ellas porque se las preguntaré dentro de un rato) (Repetirlas hasta cinco veces). Un punto por palabras.	3
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO Si tiene 30 pesetas y me las va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando? 27, 24, 21, 18, 15	5
MEMORIA DIFERIDA ¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? Peseta-Caballo-Manzana	3
NOMINACIÓN ¿Qué es esto? (mostrar un bolígrafo) ¿Qué es esto? (mostrar un reloj)	2
REPETICIÓN Le voy a pedir que repita esta frase. ¿Preparado? "En un trigal había cinco perros"	1
COMPRENSIÓN Escuche atentamente, voy a pedirle que haga algo. Coja este papel con la mano derecha (pausa), doblelo por la mitad (pausa) y pongalo en la mesa (o en el suelo). Cogerlo con la mano derecha, doblarlo por la mitad, ponerlo en el suelo	3
LECTURA Por favor, Lea esto y haga lo que dice ahí: (CIERRE LOS OJOS)	1
ESCRITURA Por favor escriba una frase,... algo que tenga sentido	1
DIBUJO Por favor, copie este dibujo:	1
	

Orientación:

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

Fijación:

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

Concentración:

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

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

Memoria:

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

Lenguaje y construcción:

Seguir las instrucciones puntualizando que:

- Leerle la frase despacio y correctamente articulada. Para concederle 1 punto tiene que ser repetida a la primera y correctamente articulada, un fallo en una letra es 0 puntos.
- Semejanzas; para darle un punto en verde-rojo tiene que responder inexcusablemente “colores”. Para la semejanza perro-gato la contestación correcta exclusiva es animales o animales de “x” características o bichos.
- En las órdenes verbales, si coge el papel con la mano izquierda es un fallo en ese apartado. Si lo dobla más de dos veces otro fallo. Dependiendo de la posición del paciente se podrá modificar la orden de poner el papel en la

mesa o en el suelo. Cada una de las partes de la orden ejecutada correctamente es un punto, hasta un máximo de 3.

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

- Para escribir una frase instruirle que no sea su nombre. Si es necesario puede usarse un ejemplo, pero insistiendo que tiene que escribir algo distinto. Se requiere sujeto, verbo y complemento para dar un punto (las frases impersonales sin sujeto)

- Figuras: la ejecución correcta (1 punto) requiere que cada pentágono tenga exactamente 5 lados y 5 ángulos y tienen que estar entrelazados entre sí con dos puntos de contacto.

Mini-Examen Cognoscitivo. Versión española del Mini-Mental Status Examination de Folstein et al (1975). Validado por Lobo et al (1979-94)

Publicación más representativa: un sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en paciente médicos. Actas Luso-Españolas de Neurología, psiquiatría y ciencias afines vol 3, 189-202, 1979

(Anexo 7)

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

DESCRIPCIÓN:

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

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

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

VALORACIÓN

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

Normal = 0 – 5 puntos.

Probable depresión = 6 – 9 puntos.

Depresión establecida = > 9 puntos.

ANEXO 8

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

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

Administración: Realizar una aproximación realizando la pregunta al paciente ¿Teme usted caerse? Se ha visto que el Valor Predictivo positivo de la respuesta afirmativa es alrededor del 63% y aumenta al 87% en ancianos frágiles.

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

La puntuación se totaliza cuando el paciente se encuentra sentado.

Interpretación

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

A mayor puntuación>>>menor riesgo

<19 Alto riesgo de caídas

19-24 Riesgo de caídas

Propiedades psicométricas: no está validada en Español y en nuestro contexto

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

ESCALA DE TINETTI. PARTE I: EQUILIBRIO

Instrucciones: sujeto sentado en una silla sin brazos

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

TOTAL EQUILIBRIO / 16

ESCALA DE TINETTI. PARTE II: MARCHA

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

<i>COMIENZA DE LA MARCHA (inmediatamente después de decir “camine”</i>	
Duda o vacila, o múltiples intentos para comenzar.....	0 1
<i>LONGITUD Y ALTURA DEL PASO</i>	
El pie derecho no sobrepasa al izquierdo con el paso en la fase de balanceo.....	0 1
... El pie derecho sobrepasa al izquierdo..... El pie derecho no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase del balanceo..... El pie derecho se levanta completamente.....	0 1
El pie izquierdo no sobrepasa al derecho con el paso en la fase del balanceo.....	0 1
... El pie izquierdo sobrepasa al derecho con el paso..... El pie izquierdo no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase de balanceo..... El pie izquierdo se levanta completamente.....	0 1
<i>SIMETRIA DEL PASO</i>	

La longitud del paso con el pie derecho e izquierdo es diferente (estimada).....	0
.. Los pasos son iguales en	1
CONTINUIDAD DE LOS PASOS	

Para o hay discontinuidad entre pasos.....	0
Los pasos son continuos.....	1

TRAYECTORIA (estimada en relación con los baldosines del suelo de 30 cm. de diámetro; se observa la desviación de un pie en 3 cm. De distancia)

Marcada desviación.....	0
Desviación moderada o media, o utiliza ayuda..... Derecho sin utilizar ayudas.....	1
	2

TRONCO

Marcado balanceo o utiliza ayudas.....	0
No balanceo, pero hay flexión de rodillas o espalda o extensión hacia fuera de los brazos..... No	1
balanceo no flexión, ni utiliza ayudas.....	2

POSTURA EN LA MARCHA

Talones separados.....	0 1
Talones casi se tocan mientras camina.....	

TOTAL MARCHA / 12

TOTAL GENERAL / 28

1. Tinetti, M.E.; Williams, T. Frankin; Mayewski, R. (1986). "Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities". *American Journal of Medicine* **80** (3): 429–434. [PMID 3953620](#).
2. Tinetti, M.E., Baker, D.I., Gottschalk, M., Garrett, P., McGeary, S., Pollack, D. y Charpentier, P. 1997, «Systematic home-based physical and functional therapy for older persons afterhip fracture», *Arch Phys Med Rehabil*, 78 (11): 1237-1247.
3. Tinetti, M.E., Mendes de León, C.F., Doucette, J.T. y Baker, D.I. 1994, «Fear of falling and fallrelated efficacy in relationship to functioning among community- living elders», *J Gerontol*, 49 (3): 140-147.

(Anexo 9)

ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON (VERSIÓN ORIGINAL)

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión:

Charlson M, Pompei P, Ales KL, McKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chron Dis 1987; 40: 373-83.

Comentarios:

Original (Charlson M, J Chron Dis 1987; 40: 373-83). Esta corrección se efectúa añadiendo un punto al índice por cada década existente a partir de los 50 años (p. ej., 50 años = 1 punto, 60 años = 2, 70 años = 3, 80 años = 4, 90 años = 5, etc.). Así, un paciente de 60 años (2 puntos) con una comorbilidad de 1, tendrá un índice de comorbilidad corregido de 3 puntos, o bien, un paciente de 80 años (4 puntos) con una comorbilidad de 2, tendrá un índice de comorbilidad corregido de 6 puntos. Tiene la limitación de que la mortalidad del sida en la actualidad no es la misma que cuando se publicó el índice.

En general, se considera ausencia de comorbilidad: 0-1 puntos, comorbilidad baja: 2 puntos y alta > 3 puntos. Predicción de mortalidad en seguimientos cortos (< 3 años); índice de 0: (12% mortalidad/año); índice 1-2: (26%); índice 3-4: (52%); índice > 5: (85%). En seguimientos prolongados (> 5 años), la predicción de mortalidad deberá corregirse con el factor edad, tal como se explica en el artículo

Índice de comorbilidad de Charlson

(versión abreviada)

Enfermedad vascular cerebral	1
Diabetes	1
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1
Insuficiencia cardiaca/cardiopatía isquémica	1
Demencia	1

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión: Berkman LF, Leo-Summers L, Horwitz RI. Emotional support and survival after myocardial infarction.

A prospective, population-based study of the elderly. Ann

Intern Med 1992; 117: 1003-9.

Comentarios:

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