

CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR SEGÚN LA ESCALA DE BARTHEL  
EN HOGAR GERIÁTRICO SANTA SOFÍA DE TENJO, DULCE ATARDECER Y  
RENACER DE BOGOTÁ, DURANTE EL MES OCTUBRE DE 2015

INVESTIGADOR

JULIAN DAVID GOMEZ GRACIA

TUTOR INTERNO:

DR. FERNANDO QUINTERO

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES

U.D.C.A

PROGRAMA DE MEDICINA HUMANA

BOGOTÁ, NOVIEMBRE DE 2015

CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR SEGÚN LA ESCALA DE BARTHEL  
EN HOGAR GERIÁTRICO SANTA SOFÍA DE TENJO, DULCE ATARDECER Y  
RENACER DE BOGOTÁ, DURANTE EL MES OCTUBRE DE 2015

JULIAN DAVID GOMEZ GRACIA

PROYECTO DE INVESTIGACION

TUTOR: Dr. Fernando Quintero

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES

U.D.C.A

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

PROGRAMA DE MEDICINA HUMANA

BOGOTÁ

PÁGINA DE ACEPTACIÓN.

Julián David Gómez Gracia

---

NOTA DE ACEPTACIÓN

---

PRESIDENTE DEL JURADO

---

JURADO

---

JURADO

Bogotá, noviembre de 2015.

## DEDICATORIA

A Dios que me da la vida, salud y el privilegio de contar con todos mis seres amados, a mi madre Patricia Gracia quien me ha apoyado en cada una de mis etapas, mis hermanas, mi padre, mis abuelos y tías quienes son base fundamental en mi vida.

Julián David Gómez Gracia

## AGRADECIMIENTOS

A los hogares geriátricos Santa Sofía de Tenjo, Hogar Renacer y Hogar Dulce Atardecer de la ciudad de Bogotá, quienes por medio de su talento humano facilitaron llevar a cabo esta investigación. Al doctor Fernando Quintero Bohórquez, al doctor Juan Carlos Morales Ruiz, al programa y facultad de medicina humana de la U.D.C.A y a la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, fundamentales para la concreción de este trabajo.

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	12
JUSTIFICACIÓN	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
OBJETIVOS	19
1.1 OBJETIVOS GENERAL	19
1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	19
REFERENTE TEORICO	20
1.1. DISCAPACIDAD	20
1.2. CICLO VITAL	21
1.3. CAPACIDAD FUNCIONAL	22
1.4 INDICE DE BARTHEL	24
METODOLOGÍA	25
6.1. DISEÑO Y POBLACIÓN	25
6.2. TIPO DE ESTUDIO	25
6.3. MUESTRA DE ESTUDIO	26
6.4. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	26
6.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	26
6.6. CRITERIOS DE EXCLUSION	26
6.7. VARIABLES	26
6.8. DESCRIPCION DE LAS VARIABLES	26
6.9. PROCEDIMIENTO	27
6.10. ANALISIS ESTADISTICO	27
7. RESULTADOS	29
8. DISCUSIÓN	49
9. CONCLUSIONES	54
10. RECOMENDACIONES	55

11. BIBLIOGRAFÍA	57
12. ANEXOS	60

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Hogares geriátricos según Índice de Barthel y edad.

Tabla 2. Hogares geriátricos según apoyo familiar según frecuencia de visitas y número de hijos.



## LISTA DE GRAFICAS

Grafica 1. Índice de Barthel y Lawton

Grafica 2. Porcentaje de criterios de inclusión y de exclusión de la población a estudio.

Grafica 3. Índice de Barthel según sexo Hogar Geriátrico Santa Sofía de Tenjo

Grafica 4. Estrato según sexo Hogar Geriátrico Santa Sofía de Tenjo

Grafica 5. Índice de Barthel según edad Hogar Geriátrico Santa Sofía de Tenjo

Grafica 6. Índice de Barthel según ocupación Hogar Geriátrico Santa Sofía de Tenjo

Grafica 7. Índice de Barthel según comorbilidades en el hogar geriátrico Santa Sofía de Tenjo

Grafica 8. Índice de Barthel según sector laboral y ocupación Hogar Geriátrico Santa Sofía de Tenjo

Grafica 9. Apoyo económico según número de hijos y frecuencia de visitas Hogar Geriátrico Santa Sofía de Tenjo.

Grafica 10. Apoyo familiar según Índice de Barthel y edad Hogar Geriátrico Santa Sofía de Tenjo.

Grafica 11. Grafica 1. Índice de Barthel según sexo Hogar Geriátrico Renacer-Bogotá.

Grafica 12. Estrato según sexo Hogar Geriátrico Renacer-Bogotá.

Grafica 13. Índice de Barthel según edad Hogar Geriátrico Renacer-Bogotá.

Grafica 14. Índice de Barthel según ocupación Hogar Geriátrico Renacer-Bogotá.

Grafica 15. Índice de Barthel según sector laboral y ocupación Hogar Geriátrico Renacer-Bogotá.

Grafica 16. Apoyo económico según número de hijos y frecuencia de visitas Hogar Geriátrico Renacer-Bogotá.

Grafica 17. Apoyo familiar según Índice de Barthel y edad Hogar Geriátrico Renacer-Bogotá.

Grafica 18. Grafica 1. Índice de Barthel según sexo Hogar Dulce Atardecer – Bogotá

Grafica 19. Estrato según sexo Hogar Dulce Atardecer - Bogotá

Grafica 20. Índice de Barthel según edad Hogar Dulce Atardecer - Bogotá

Grafica 21. Índice de Barthel según ocupación Hogar Dulce Atardecer - Bogotá

Grafica 22. Índice de Barthel según comorbilidades Hogar Dulce Atardecer - Bogotá

Grafica 23. Índice de Barthel según sector laboral y ocupación Hogar Dulce Atardecer - Bogotá

Grafica 24. Apoyo familiar según número de hijos y frecuencia de visitas Hogar Dulce Atardecer - Bogotá

Grafica 25. Apoyo familiar según Índice de Barthel y edad Grafica Hogar Dulce Atardecer – Bogotá

Gráfica 26. Universidad de Valladolid.2012

## GLOSARIO

**ADULTO MAYOR:** Grupo etario comprendido en personas mayor de 65 años de edad<sup>1</sup>.

**FACTOR DE RIESGO:** Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

**HOGAR GERIATRICO:** Centro que presta servicios integrales con calidad al adulto mayor, brindando servicios de hospedaje, cuidado, bienestar y asistencia social<sup>2</sup>.

**ÍNDICE DE BARTHEL:** Instrumento que mide el grado de dependencia evaluando las actividades básicas de la vida diaria.

**CAPACIDAD FUNCIONAL:** Se relaciona con funciones tales como la capacidad de ventilación, la fuerza muscular, rendimiento cardiovascular<sup>3</sup>.

**ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA:** “Conjunto de actividades primarias de una persona, encaminadas a al auto-cuidado y movilidad, que le dotan de autonomía e independencia elementales, que le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otras”<sup>4</sup>.

## 1, INTRODUCCIÓN

La transición demográfica que afronta Colombia, se refleja en el aumento de la población adulta mayor que genera cambios contundentes por lo cual se requiere un enfoque que represente cambios significativos a partir de intervenciones sanitarias. Se pretende crear un cambio cultural, generando un mejor trato al adulto mayor, proporcionando una percepción diferente del envejecimiento, de la mano con el desarrollo de programas que garanticen la integridad de esta población con el fin de incorporarlos a la sociedad mediante la recuperación de su funcionalidad<sup>5</sup>.

Se han realizado varios esfuerzos para contrarrestar estas problemáticas mencionadas con el fin de mejorar la calidad de vida para los adultos mayores, Donde principalmente la Organización Mundial de la Salud ha realizado esfuerzos para indagar sobre esta condición efectuando estrategias como la realización de asambleas. La primera fue llevada a cabo en en Viena en 1982 con el lema "envejecer en casa" enfocado en la mejoría de las cualidades de vida de los mayores sin tener en cuenta los ámbitos económicos, sociales, culturales que influyen en el proceso del envejecimiento<sup>6</sup>.

Debe entenderse el envejecimiento humano individual correspondiente al proceso de evolución hasta ahora irreversible, el cual es experimentado a lo largo de la vida. A su vez, se debe tener presente el envejecimiento poblacional, el cual se deriva del aumento del adulto mayor.

Por un lado el envejecimiento primario pertenece a esos cambios fisiológicos habituales, comparado con el secundario en el cual intervienen diferentes factores relacionados con problemas de salud de tipo crónico sumergido en diferentes cambios homeostáticos para adaptarse al medio interno. En este sentido se estudia todo aquello relacionado con la causa, manifestación, pronóstico, y posibles secuelas relacionadas directamente con los estilos de vida de la persona<sup>7</sup>.

Forttes <sup>6</sup> refiere que el envejecimiento visto como proceso natural del ciclo vital, es considerado como un fenómeno complejo y multidimensional que trae consigo consecuencias y desafíos, tanto para los sujetos que enfrentan la vejez como para sociedad en conjunto. Las personas mayores viven esta realidad en inestables condiciones de salud, seguridad económica y bienestar social. En los últimos años se ha visto un crecimiento demográfico acelerado y sin precedente histórico.

La dependencia es uno de los principales desafíos que las políticas, planes y programas dirigidos a las personas de edad deben abordar, a pesar de esto la información recopilada no es suficiente para lograr los cambios esperados ya que la

información con la que se cuenta hace referencia a discapacidad y esta es diferente a la dependencia, a pesar de que confluyen en escenarios de vulnerabilidad y fragilidad<sup>6</sup>.

## 2. JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento en tiempos pasados se asociaba con enfermedad, este concepto ha variado en los últimos años, los adultos mayores conforman un grupo poblacional muy importante, debido a que deben adaptarse a los diferentes cambios que genera la sociedad a lo largo de los años. Es de vital importancia reconocer el papel del adulto mayor en las sociedades modernas, partiendo que no es ajeno a los derechos fundamentales que hoy por hoy rigen la vida humana.

El estado funcional de los adultos mayores se caracteriza a menudo como una manifestación en declinación, puesto que en esta etapa del ciclo vital se presentan cambios normales a causa del proceso de envejecimiento, a su vez se asocian a problemas de salud<sup>8</sup>. Para solventar esta condición se requiere apoyo de un equipo interdisciplinar que supla las necesidades del proceso de rehabilitación con metas a que la capacidad funcional de la persona se mantenga en el mayor grado posible, cuando esto no se cumple no se evidenciaran cambios favorables a lo largo del tiempo.

En Chile el CASEN<sup>6</sup> reporta cifras desde el año 1970, en el cual las personas mayores de 60 años representaban el 8% de la población chilena, en el censo de 2002 esta cifra aumento al 11.4% y cuatro años más tarde 13.3%. Con los datos obtenidos se espera que el crecimiento anual sea de un 3.7% de la población total, alcanzando el 20% en el año 2015. Pasando al contexto Colombiano, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística <sup>9</sup>, reporta que en el 2005, el 6.3% de la población tenía 65 años y se proyecta que para el 2020 esta cifra sea de 8.5% por lo que se tendrá un aumento aproximado del 2% para esta grupo poblacional.

La capacidad funcional se considera como un indicador de salud de gran importancia en la población de adultos mayores, ya que brinda un acercamiento a la realidad del estado de salud de una persona, a partir del análisis de este se pueden diseñar estrategias de salud pública, que propenden por un estilo de vida saludable y un mayor grado de autonomía de esta población. Dentro de los cambios que se pueden generar a partir de modificaciones de políticas públicas, se encuentra el diseño y creación proyectos y programas que buscan potenciar las habilidades de esta población, también se podría ampliar la cobertura que ofrece el sistema de seguridad social, dichos cambios generan un impacto directo sobre la calidad de vida<sup>6</sup>.

En Colombia se han realizado estudios previos para evaluar la capacidad funcional del adulto mayor, dichos estudios han revelado que una de las escalas más eficaces para

valorar la funcionalidad en los hogares geriátricos es por medio del Índice de Barthel - IB, el cual es un instrumento que brinda indicadores básicos para identificar cambios a través del tiempo en la autonomía de una persona, necesidades de servicio y carga de tiempo y atención para los familiares y cuidadores, además mide el grado de independencia del paciente para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria<sup>10</sup>.

En cuanto a su validez, lo refiere como buen predictor de mortalidad, necesidad de institucionalización, utilización de servicios sociosanitarios, mejoría funcional y del riesgo de caídas, algunos parámetros concretos del índice como la continencia, la transferencia y la movilidad han demostrado tener un elevado poder de predicción de la puntuación total a alcanzar por los pacientes en el momento del alta hospitalaria. De la misma forma, la capacidad de independencia para vestirse y subir una escalera previa a la fractura de cadera en ancianos, son predictores de recuperación funcional <sup>11</sup>.

Una investigación realizada en la ciudad de Barranquilla, evidencio que a partir de los datos obtenidos por el IB, el mayor porcentaje de dependencia para la realización de actividades básicas de la vida diaria se encuentra relacionado con el sexo femenino en contraste con el masculino, a su vez revela otros aspectos a tener en cuenta son antecedentes personales, el tiempo de institucionalización, lugar de residencia y deambulacion con soporte <sup>12</sup>.

Grafica 1.

el Índice de Barthel y Lawton		
Variables	Frecuencia	Porcentaje
Grado dependencia según Barthel		
Total	21	4,5
Dependencia Grave	32	6,8
Dependencia Moderada	26	5,5
Dependencia Leve	105	22,4
Dependencia Independiente	285	60,8

Patiño. Y & Suarez. E.2012. Universidad Nacional de Colombia y Universidad Simón Bolívar . <sup>12</sup>

En Colombia los adultos mayores con determinada reserva funcional se ven afectados por las consecuencias sociales, económicas y culturales, resultado del proceso de

envejecimiento poblacional. Los estudios demuestran que estos problemas se agudizaran en las próximas décadas debido al crecimiento de la población de adultos mayores que aumentará proporcionalmente en relación a la prevalencia de discapacidad. Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional, la cual provee los datos objetivos que pueden indicar la futura declinación o mejoría en el estado de salud y que permite al personal de salud intervenir de forma apropiada<sup>6</sup>.

Los resultados obtenidos, además de caracterizar al grupo de adulto mayor en los términos propuestos, permiten identificar las bondades que ofrece al profesional del área de la salud al valorar la funcionalidad de los ancianos con la escala e índice señalados para complementar la información requerida en el planeamiento y conducción del cuidado de los adultos mayores con un acercamiento mayor a su realidad sanitaria e integral.



### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Colombia, en diciembre de 2007, se empezó a desarrollar la “Política Nacional de Envejecimiento y Vejez”, la cual aborda el envejecimiento desde cuatro aspectos determinantes que son : el envejecimiento biológico y su relación con el envejecimiento demográfico, los derechos humanos, el envejecimiento activo y protección social integral. La política tiene como objetivo reconocer los derechos de las personas mayores, y promueve la protección social integral y la inclusión social buscando la equidad<sup>6</sup>.

Los lineamientos se enuncian y desarrollan diez derechos dentro de los cuales se encuentran en el derecho a la salud; la seguridad social; al trabajo; a la dignidad y la no discriminación movilidad; y transporte; a la educación; a la participación, y al acceso a las instituciones administrativas y judiciales que deben garantizar a sus derechos<sup>6</sup>.

La esperanza de vida ha aumentado considerablemente con el tiempo: en Europa es de 80 años y se espera que entre el 2010 y el 2030 el número de personas en edades de 65 a 80 años aumente en un 40 %. Según la OMS, en América Latina la esperanza de vida varía de 60 a 79 años<sup>6</sup>.

Aunque las cifras muestran un triunfo para la humanidad debido al aumento de expectativa de vida en el mundo, se discute esta afirmación ya que este aumento de población de las personas mayores se acompaña de las problemáticas de envejecimiento. EN el cual las los sistemas de salud no están preparados para atender a dichas necesidades propias de esta población por el aumento de los costos en los servicios a nivel mundial<sup>6</sup>

En orden de ideas, un estudio realizado por Astrid Fletcher, Elizabet Breeze y Rhiannon Walter en 1999 afirma que las mujeres viven más y tienen mayores condiciones discapacitantes en relación con los hombres. Las discapacidades más comunes en USA son las baja audición y visión, la incontinencia, la inmovilidad, los problemas con las actividades d de la vida diaria que incluyen vestirse y bañarse, y los desórdenes alimenticios; todos estos acompañados de baja pobreza, baja pensiones y sedentarismo<sup>6</sup>.

El envejecimiento hace parte del ciclo vital, entendido como un proceso natural que se vive desde el nacimiento, conformado por cambios progresivos que repercuten en la funcionalidad física de la persona, representada como la suma de capacidades que le permiten realizar actividades por sí mismo. La disminución de la reserva funcional en el adulto mayor está asociada a diversos factores, manifestándose como un estado de vulnerabilidad que tiene como resultado la discapacidad.

En consecuencia, con el tiempo la persona mayor ha ido perdiendo valor social ya que se le discrimina, se asila, y se señala como una molestia que impide el desarrollo de una comunidad. Sin embargo, cabe contemplar la idea de que una persona mayor es un ser humano con derechos, que se encuentra dentro de un marco de vulnerabilidad ligado a la pobreza, la discapacidad y la dependencia vs soledad<sup>6</sup>.

¿Cuál es la capacidad funcional del adulto mayor (personas mayores de 65 años) según la escala de Barthel (medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente) en hogar geriátrico Santa Sofía de Tenjo, Dulce atardecer y Renacer de Bogotá, durante el mes octubre de 2015?

## 4. OBJETIVOS

### 1.1 OBJETIVOS GENERAL

- Medir la capacidad funcional del adulto mayor según la escala de de Barthel en hogar geriátrico Santa Sofía de Tenjo, Dulce atardecer y Renacer de Bogotá, durante el mes octubre de 2015.

### 1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los niveles de capacidad funcional de los adultos mayores del Hogar Santa Sofía de Tenjo, Hogar Dulce Atardecer y Hogar Renacer de Bogotá
- Evaluar la capacidad funcional del adulto mayor en relación con las comorbilidades.
- Realizar caracterización de la población a estudio.

## 5. REFERENTE TEORICO

En Colombia en los últimos 5 años la esperanza de vida ha aumentado, de la mano la cantidad de adultos mayores. En nuestro país se considera un severo problema de salud pública, debido a que va en ascenso es proporcional a la cantidad de demanda de los servicios de salud, el cual requiere un abordaje mucho más amplio<sup>5</sup>.

Se ha visto que el aumento del requerimiento de los servicios de salud en las personas adultas, está influenciado por la numerosa diversidad de patologías asociadas a su edad, asociado al compromiso directo sobre la capacidad funcional de la persona que repercute sobre la calidad de vida. Por ejemplo se ha documentado que hoy por hoy la depresión constituye no solo uno de los trastorno mental más frecuentes, sino que a su vez se comporta como una causa principal de discapacidad y mortalidad en el adulto mayor, generando baja calidad de vida y así lográndose instaurar en uno de los principales problemas de salud en la actualidad del adulto mayor de 65 años, en comparación con los que poseen enfermedades crónicas (HTA DM EPOC IAM ACV Artritis) entre otras<sup>5</sup>.

### 1.1. DISCAPACIDAD

Al analizar al ser humano desde el modelo biopsicosocial en función de la salud y el funcionamiento, es entendido como el resultante de fundamentos biológicos, motivaciones psicológico y condicionamientos sociales, permitiendo explicar los distintos niveles (biológico, personal y social) que engloba la discapacidad el cual ha generado la implementación de políticas dirigidas a incidir de alguna manera sobre cada uno de ellos.

La discapacidad a través de la historia ha tenido diferentes variaciones como sistema conceptual, desde la forma como se concibe a este tipo de individuos pasando por determinaciones como deformidad, castigo, negación hasta la nominación de la discapacidad como elemento agregado y no como características connaturales<sup>13</sup>.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud-CIF-, la define como una compleja interacción entre la condición de salud como el estado de las estructuras, órganos y funciones corporales, los cuales dependen de los factores ambientales, que están conformados por el ambiente físico, social y actitudinal, en el cual las personas viven y conducen sus vidas, en este sentido la discapacidad se

entiende como un proceso continuo de ajustes en el cual hay una interacción entre las capacidades del individuo con una condición de salud específica y los factores externos representando la forma de vivir de la persona, sus expectativas y finalmente exigencias de su entorno<sup>12</sup>.

En términos generales, hoy la discapacidad es uno de los principal trastornos en el adulto mayor convirtiéndose en una problemática de salud pública a nivel mundial. Si bien es cierto un gran porcentaje de adultos mayores padecen de depresión, debido a su condición biopsicosocial y están propensos a presentar síntomas en relación a esta patología, ya sea por su baja productividad, limitación funcional, aislamiento social, y un aspecto que no puede dejarse de lado<sup>22</sup>. En este sentido si bien se sabe que existen diferentes estrategias que se emplean frente a esta problemática social, es de vital importancia articular en esta etapa de la vida las relaciones con cada una de las personas que se involucren con el adulto mayor debido a que será de gran ayuda para su integración con la familia y la sociedad (Aranda, Pando, Flores y Garcia,2001)<sup>14</sup>.

## 1.2. CICLO VITAL

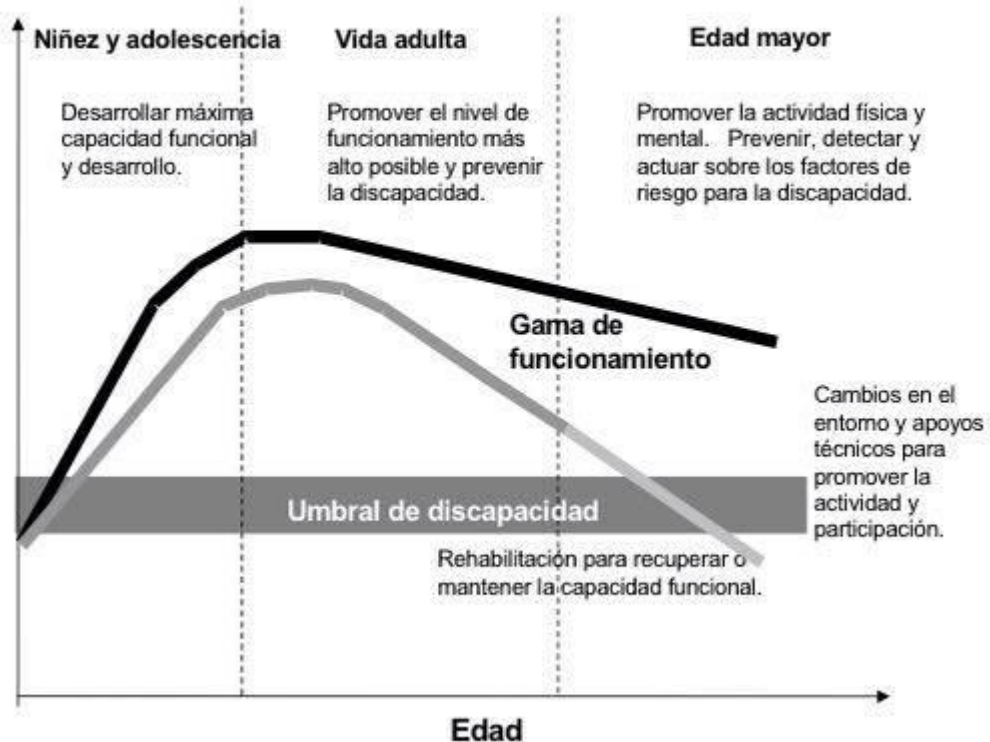
Para comprender el envejecimiento como un proceso dentro del cual se encuentra la vejez, es necesario entender el ciclo de la vida y el desarrollo humano, ya que estos conceptos determinan la comprensión del proceso desde una perspectiva integral.

El ciclo vital lo entendemos como “un concepto que explica el tránsito de la vida que propone el crecimiento y el desarrollo social, es producto de la sucesión de experiencias en los órdenes biológicos, psicológico y social<sup>6</sup>.

Un hallazgo de gran importancia incluye las etapas del desarrollo humano, que va desde el nacimiento hasta la muerte, constituyendo un ciclo en el cual cada una de estas etapas crea exigencias, las cuales generan diferentes enfrentamientos y adaptaciones al entorno inmediato. Pasando por las siguientes etapas:

Etapa Incorporativa (oral), niñez temprana, locomotora genital, de latencia, adolescencia, adulto joven, adulto maduro hasta culminar en adulto mayor. En esta etapa concluye el ciclo vital, después de haber vivido y asegurado que viva la generación siguiente, esto es importante debido se acepta la culminación de esta generación, en la cual se desarrolla sabiduría y filosofía por experiencias de la vida; Cuando no se adquiere la noción de integridad, subyacen sentimientos relacionados con la desesperación y temor hacia la muerte, se presentan como resultados de una vida irrealizada. Esta etapa es a partir de los 65 años<sup>15</sup>.

DIAGRAMA 3.1. ESTADO DE LA FUNCIÓN EN EL CURSO DE LA VIDA<sup>1</sup>



Oyarzún. E (sf). Ciclo vital individual. Universidad de Chile, Facultad de Medicina Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar<sup>15</sup>.

### 1.3. CAPACIDAD FUNCIONAL

Está relacionada con diferentes funciones que desempeña el organismo como lo es el esfuerzo respiratorio, la función cardiovascular, muscular, renal, hepático entre otros. Esta condición tendrá un punto máximo en la edad adulta temprana, estableciéndose una relación directa por diferentes factores externos caracterizados por factores ambientales tales como la pobreza, contaminación y niveles bajos de educación. A su vez, se ve afectado por factores relacionados con el estilo de vida de cada persona, ya sea por estados inadecuados de nutrición, sedentarismo<sup>16</sup>. Y por citar un ejemplo, el hábito de fumar comprendido como un aspecto representativo ya que acelera la

declinación, alterando la capacidad funcional a niveles tan bajos de los cuales no se esperarían en el momento. Esta aceleración que compromete la capacidad funcional es considerada un evento reversible, ya que por el hecho de suspender el cigarrillo y realizar actividad física, minimiza el riesgo de desarrollar un evento coronario<sup>10</sup>. Por esta razón la importancia de implementar políticas que garanticen rehabilitación y condiciones que permitan adaptación a los entornos físicos, puesto que se ha demostrado que mejora en gran medida el umbral de discapacidad, en pocas palabras esto se resume en la reducción notoria del nivel de deterioro de la persona. Dichas estrategias deben estar orientadas a ambientes adecuados para estas personas, acceso al transporte público, disponibilidad de rampas, utensilios de cocina que sean fácil de manipulación, entre otros<sup>4</sup>.

Un aspecto importante del adulto mayor que posee pocos recursos, es asegurar las necesidades básicas, proporcionado el acceso fácil a recursos de agua potable, ya que lo hace independiente a través de estrategias por las cuales se adapte el entorno para las personas mayores con discapacidades, especialmente para las personas mayores cuya capacidad funcional ya no puede recuperarse. Y así, en este sentido se busca mantener estilos de vida saludable, que mejoren su capacidad funcional y de este modo su calidad de vida<sup>4</sup>.

La valoración funcional es un aspecto rutinario que se realiza en diferentes centros de rehabilitación, en los cuales se pretende determinar el grado de discapacidad, principalmente en los adultos mayores donde se evidencia mayor prevalencia en relación a la población general.

La prevalencia de discapacidad en esta población, representa una problemática social en la cual las pérdidas familiares, el abandono social, y déficit en el acceso laboral, comprometiendo negativamente el ambiente y la vida de las personas, reflejando así condiciones propicias para el desarrollo de estilos de vida poco saludables.

Sin embargo, esta es la base para implementar estrategias dirigidas al mejoramiento en la calidad de vida de estas personas, con el fin de garantizar mejoras en la funcionalidad, y de esta manera abrir espacios para la participación de esta población de adultos mayores<sup>24</sup>.

“La incapacidad funcional es una manifestación de la enfermedad (Alvarez Darriba, et al 1997) el cual cursa con una progresiva disminución de la reserva fisiológica con el envejecimientos (Resnick et al.,1994). Especialmente las habilidades en el cuidado de sí mismo y de relación con el entorno, permiten obtener información referente a

aspectos modulares de la enfermedad y del bienestar de las personas mayores (Fernandez de Larrinoa., et al 1996)”<sup>4</sup>.

#### 1.4. INDICE DE BARTHEL

Una forma de evaluar la capacidad funcional de la persona es a partir de la aplicación del Índice de Barthel (IB), el cual es un instrumento que evalúa las actividades básicas de la vida diaria, desarrolladas por Mahoney y Barthel en 1965, el cual evalúa la independencia del paciente para realizar 10 ABVD. Al evaluar este tipo de actividades se le asignan puntos por cada actividad que realice de forma independiente o con algún grado de ayuda que precise, puntuándose de 0 a 100, en el cual las actividades a evaluar son las siguientes: capacidad de arreglarse, bañarse, alimentarse, ir al retrete, deambular, subir escaleras, control de esfínter anal y vesical<sup>4</sup>. A su vez, esta herramienta no solo permite el estado de salud de la persona, sino que es útil en los casos que se pretende registrar de forma rutinaria la evolución de aquellos pacientes en los cuales se encuentran sometidos a programas de rehabilitación<sup>16</sup>.

La puntuación de dependencia será dada de la siguiente manera:

Máxima puntuación: 100 puntos, 90 si usa silla de ruedas

- Total dependencia  $\leq$  Menor a 20
- Grave dependencia 20-35
- Moderada dependencia 40-55
- Leve  $\geq$  60

El índice de Barthel considerado desde sus inicios una medida simple, ya que la obtención e interpretación de los datos se fundamentó en bases empíricas. Al aplicar esta herramienta, arroja información que se puede analizar mediante la puntuación global o permitiendo ser mas específico, evaluando la deficiencia específica que se presenta en determina actividad<sup>16</sup>.

El estado funcional de un individuo ha sido comprendido como las dimensiones físicas, mentales, emocionales y sociales. Para este contexto el término “funcional” debe ser comprendido como aquel elemento que permite identificar el grado de dependencia que puede desarrollar un individuo, a partir de las actividades de la vida diaria y de la deambulación<sup>4</sup>. Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) son definidas como “conjunto de actividades primarias, encaminadas a su autocuidado y movilidad, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros. (Baztán et al., 1994).”



## 6. METODOLOGÍA

### 6.1. DISEÑO Y POBLACIÓN

Para el presente proyecto de investigación se planteó un estudio descriptivo transversal en un periodo de tiempo comprendido octubre de 2015. Se utilizó como muestra una población de 56 personas conformada por hombres y mujeres mayores de 65 años pertenecientes al Hogar Santa Sofía de Tenjo, Hogar Dulce Atardecer y Hogar Renacer de Bogotá. La selección de la muestra se realizó mediante convocatoria voluntaria, se obtuvo consentimiento informado verbal de los pacientes y se aprobó la investigación por parte de la fundación Santa Sofía y la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales siguiendo la normativa legal vigente colombiana que regula la investigación en seres humanos “Resolución 008430 del Ministerio de Salud de Colombia, acta de aprobación N° 01-1802-2013”.

Se les informo a las personas la finalidad de realizar la encuesta, donde de forma voluntaria aportaron información acerca de las actividades que realizan en la vida diaria, aquellos que tuvieron dificultad para ejecutar la encuesta se apoyo la información proporcionada por el personal de salud encargado del cuidado de los adultos mayores correspondientes de cada hogar facilitando la información para realizar las encuestas. A su vez se verifico información pertinente con historias clínicas apoyando datos personales, antecedentes personales, diagnósticos con el fin de verificar información para el estudio.

Con respecto a las variables cualitativas y cuantitativas, estas serán medidas por medio de preguntas específicas en encuestas con las variables pertinentes, las cuales serán tabuladas y analizadas en la matriz correspondiente.

### 6.2. TIPO DE ESTUDIO

Se diseñó un estudio descriptivo de tipo corte transversal.

### 6.3. MUESTRA DE ESTUDIO

De un total de 56 adultos mayores que habitan en el Hogar Santa Sofía de Tenjo, Hogar Dulce Atardecer y Hogar Renacer de Bogotá, 50 cumplían con los criterios establecidos, de los cuales 6 adultos mayores se excluyeron de la muestra de estudio, ya que 5 no asistieron a las citas programada y 1 no colaboro por voluntad propia.

### 6.4. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se aplicó la escala de Barthel a la población a estudio, permitiendo determinar la capacidad funcional en los adultos mayores según las actividades diarias que realicen.

### 6.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Hombre o mujer mayor de 65 años de edad.
- Adultos mayores institucionalizados.

### 6.6. CRITERIOS DE EXCLUSION

- No aceptaron someterse al estudio.
- No se encontraban en el hogar geriátrico.

### 6.7. VARIABLES.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| • Edad.                 | • Nivel escolar.        |
| • Sexo                  | • Comorbilidades.       |
| • Lugar de Nacimiento   | • Estancia              |
| • Estrato               | • Número de hijos.      |
| • Problemas familiares  | • Frecuencia de visitas |
| • Dependencia económica | • Índice de Barthel     |
| • Sector laboral        |                         |
| • Estado civil.         |                         |
| • Apoyo familiar        |                         |
| • Ocupación.            |                         |

## 6.8. DESCRIPCION DE LAS VARIABLES

VARIABLES recopiladas en Excel 2013.

- EDAD: Variable Cuantitativa, Años cumplidos de la persona que reporta la información, según cédula de ciudadanía.
- SEXO: Variable categórica nominal, determinado según su fenotipo.
- LUGAR DE NACIMIENTO: Categórico, nominal. A partir de la información del registro civil, para determinar características demográficas.
- ESTRATO: Variable categórico, ordinal. Nivel socioeconómico del usuario de acuerdo a su nivel de residencia.
- PROBLEMAS FAMILIARES: Categórica nominal. Dificultad en la relación dentro de los integrantes del núcleo familiar.
- DEPENDENCIA ECONÓMICA: Categórica nominal. Condición en la cual requiere un soporte económico proporcionado por su red de apoyo.
- SECTOR LABORAL: Categórico nominal. Medio en el cual desempeñaron su trabajo.
- ESTADO CIVIL: Categórico nominal. Determinado por la distinción del estado civil de una persona.
- APOYO FAMILIAR: Categórico nominal. Red de apoyo con la que cuenta la persona.
- OCUPACIÓN: Categórico nominal. Ámbito de empleo de la persona.
- NIVEL ESCOLAR: Cuantitativa discreta. Máximo nivel educativo completo alcanzado por la persona que da la información.
- COMORBILIDADES: Coexistencia de enfermedades que presenta una persona.

- ESTANCIA: Determinado por el tiempo que lleva viviendo en el hogar geriátrico.
- NÚMERO DE HIJOS: Cuantitativa. Numero de descendientes.
- FRECUENCIA DE VISITAS: Esta dado por el número de visitas realizadas en un tiempo determinado.
- ÍNDICE DE BARTHEL: Categórico ordinal. Nivel de capacidad funcional determinado por una escala que mide el nivel de dependencia según las actividades realizadas en la vida diaria de las personas.

#### 6.9. PROCEDIMIENTO

Una vez determinada la población de estudio, se realizo visita a los diferentes hogares geriátricos en el cual se establecieron citas. Se realizo un formato físico para registrar la información personal de las personas, de esta forma se logro obtener información necesaria para después correlacionarla con la escala Barthel aplicada en las fechas programadas en el mes de Octubre del año de 2015, con el fin de aplicar el cuestionario a la mayor parte de los pacientes de la población de estudio.

Con el fin de recoger los antecedentes relevantes para este estudio, no incluidos en la escala de Barthel (datos personales, frecuencia de visitas, número de comorbilidades, sector laboral, apoyo económico, nivel educativo) se desarrollo una ficha de antecedentes generales.

Luego de todos estos procedimientos, se les aplico el Índice de Barthel en una única oportunidad en forma de entrevista personal, lo cual demoraba aproximadamente 10 minutos. Se incluyeron los antecedentes personales más relevantes, a través de la ficha elaborada previamente, preguntando únicamente aquellos datos que no fueron posible registrar de las historias clínicas.

#### 6.10. ANALISIS ESTADISTICO

Para la obtención de los resultados, se empleo una estadística descriptiva.

Los datos que se exponen en tablas y gráficos, se obtuvieron a través de la ejecución del Índice de Barthel agrupado en base a las variables.

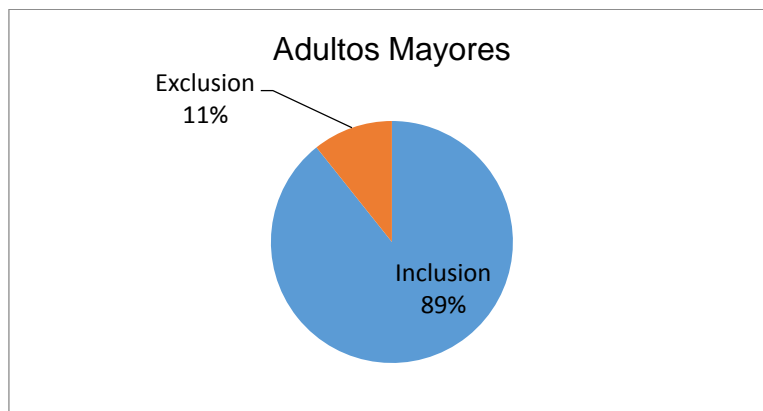
Los datos que se exponen en tablas y gráficos, se obtuvieron a través de la ejecución de Microsoft Excel 2013, agrupados en base a las variables.

## 7. RESULTADOS

Para la obtención de los resultados, se utilizó una estadística descriptiva. Los datos que se exponen en tablas y gráficos, se obtuvieron a través de la ejecución de Microsoft Excel 2013, agrupados en base a las variables.

Como se muestra en la Grafica se obtuvo una muestra de 50 personas representando el 89%, luego de descartar aquellas que cumplían con los criterios de exclusión el 11% de la población (6 personas), de un universo de 56 adultos mayores de 3 hogares geriátricos.

Grafica 3. Porcentaje de criterios de inclusión y de exclusión de la población a estudio.

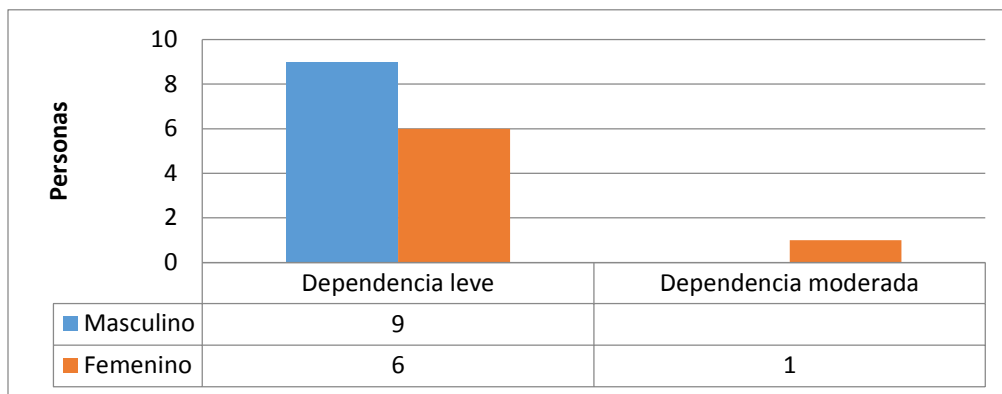


Fuente. autor.

### HOGAR GERIÁTRICO SANTA SOFÍA DE TENJO

En Santa Sofía se representó única prevalencia de índice de Barthel con grado de dependencia moderada en el sexo femenino representando un 6.25%. El sexo masculino evidenció mayor porcentaje de actividad funcional con dependencia leve representando 56.25%.

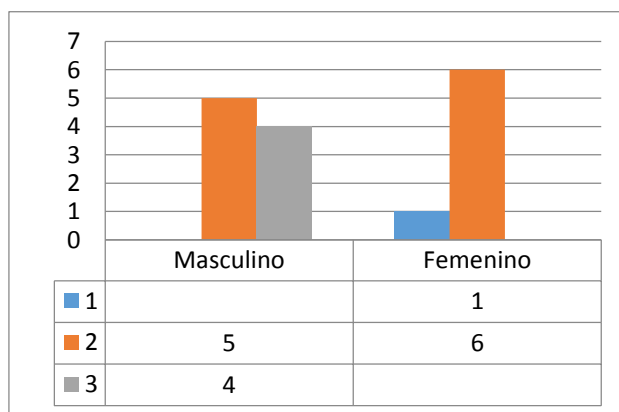
Grafica 4. Índice de Barthel según sexo Hogar Geriátrico Santa Sofía de Tenjo



Fuente: autor.

La población encuestada en el hogar geriátrico de Santa Sofía de Tenjo tuvo una mayor prevalencia en hombres con un 56.25%, y en mujeres 43.75%. La mayoría de los encuestados habitaban en estrato 2 correspondiendo al sexo femenino, en contraste se observa reportes de estrato 3 únicamente del sexo masculino, y en estrato 1 solamente representado por el sexo femenino.

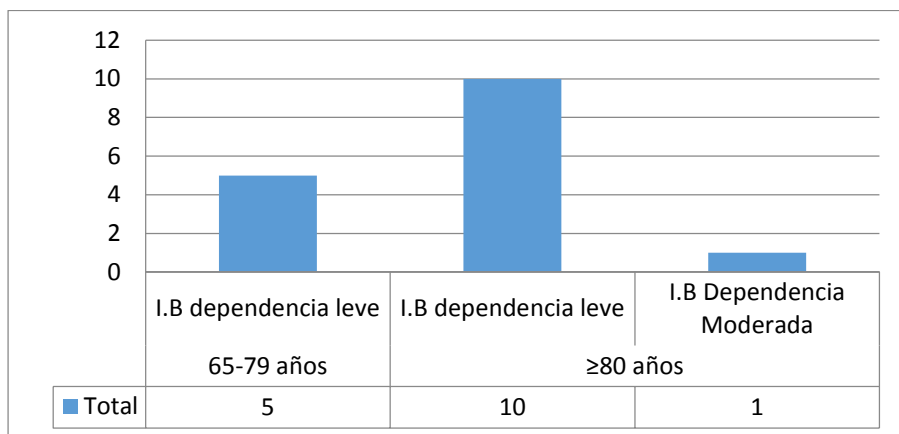
Grafica 5. Estrato según sexo Hogar Geriátrico Santa Sofía de Tenjo



Fuente: autor.

Hogar Geriátrico Santa Sofía de Tenjo evidencia única prevalencia de dependencia leve en el rango de edad 65-79 años, comparado con la población mayor de 80 años que presenta índice de Barthel en grado leve y moderado con mayor porcentaje de dependencia leve.

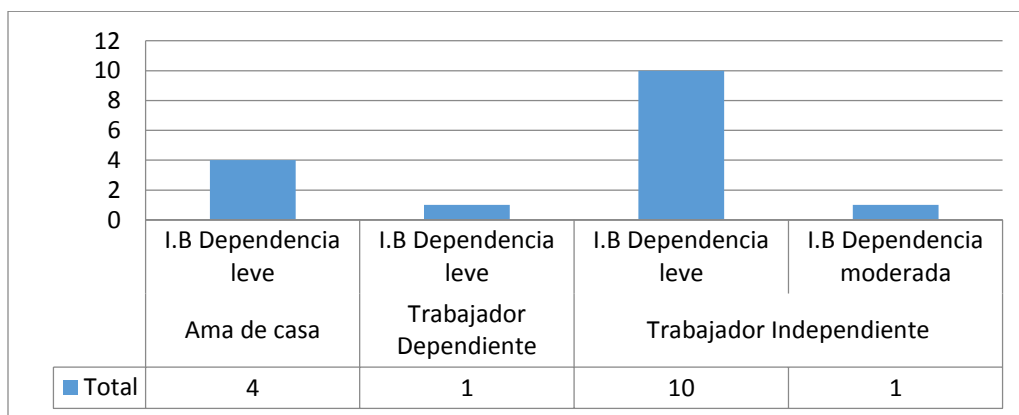
Grafica 6. Índice de Barthel según edad Hogar Geriátrico Santa Sofía de Tenjo



Fuente: autor.

Santa Sofía reporta un 62.25% de dependencia leve en trabajadores independientes asociado con 6.25% de dependencia moderada. A su vez se observa un porcentaje de dependencia leve en personas que tienen como ocupación labores del hogar y con menor porcentaje los trabajadores dependientes.

Grafica 7. Índice de Barthel según ocupación Hogar Geriátrico Santa Sofía de Tenjo

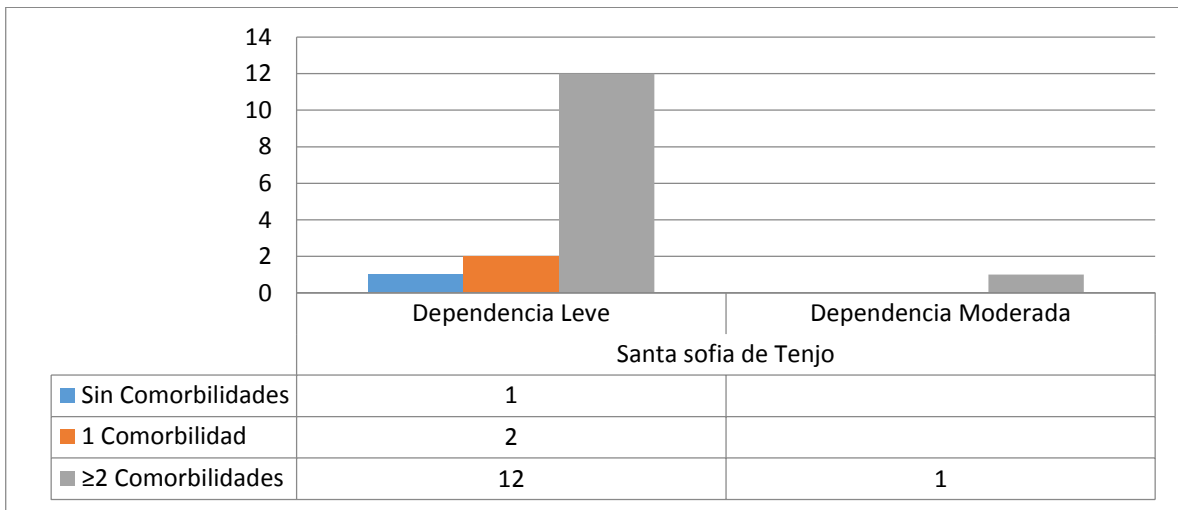


Fuente: autor.



En el hogar geriátrico Santa Sofía de Tenjo se evidenció que gran parte de los encuestados con dependencia leve según el índice de Barthel presentaba dos o más comorbilidades y en menor proporción ninguna comorbilidad, mientras que todos los que se encontraban en dependencia moderada presentan dos o más comorbilidades. Ninguno de los encuestados presenta dependencia grave y total.

Grafica 8. Índice de Barthel según comorbilidades en el hogar geriátrico Santa Sofía de Tenjo

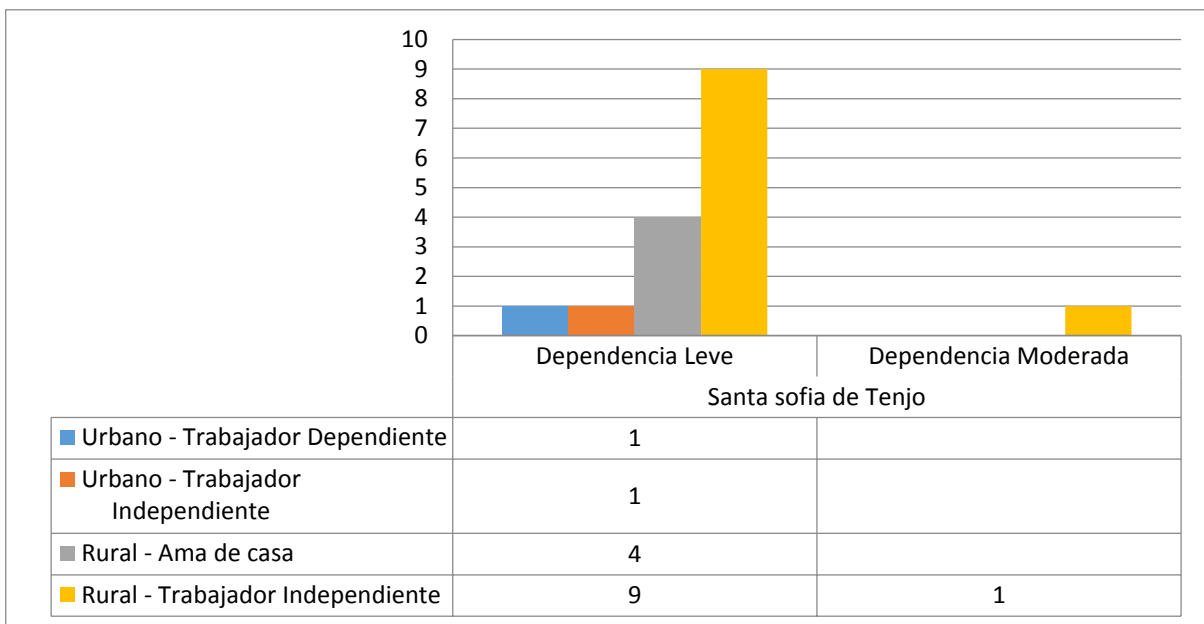


Fuente: autor.

En el hogar geriátrico Santa Sofía de Tenjo se evidencia que de la población encuestada hay una prevalencia de 52.9% dependencia leve según el Índice de Barthel en aquellos que se han desempeñado en zona rural como trabajadores independientes, seguido de un 25% de personas constituido por amas de casa con este mismo grado de dependencia; El grafico expresa que 6.2% de la población se desempeño como trabajador independiente, en zona rural con un compromiso de la funcionalidad dado por una dependencia moderada.

Se observa que los trabajadores dependientes e independientes de la zona urbana, tienen una dependencia leve con un porcentaje de población de 6.2% respectivamente.

Grafica 9. Índice de Barthel según sector laboral y ocupación Hogar Geriátrico Santa Sofía de Tenjo

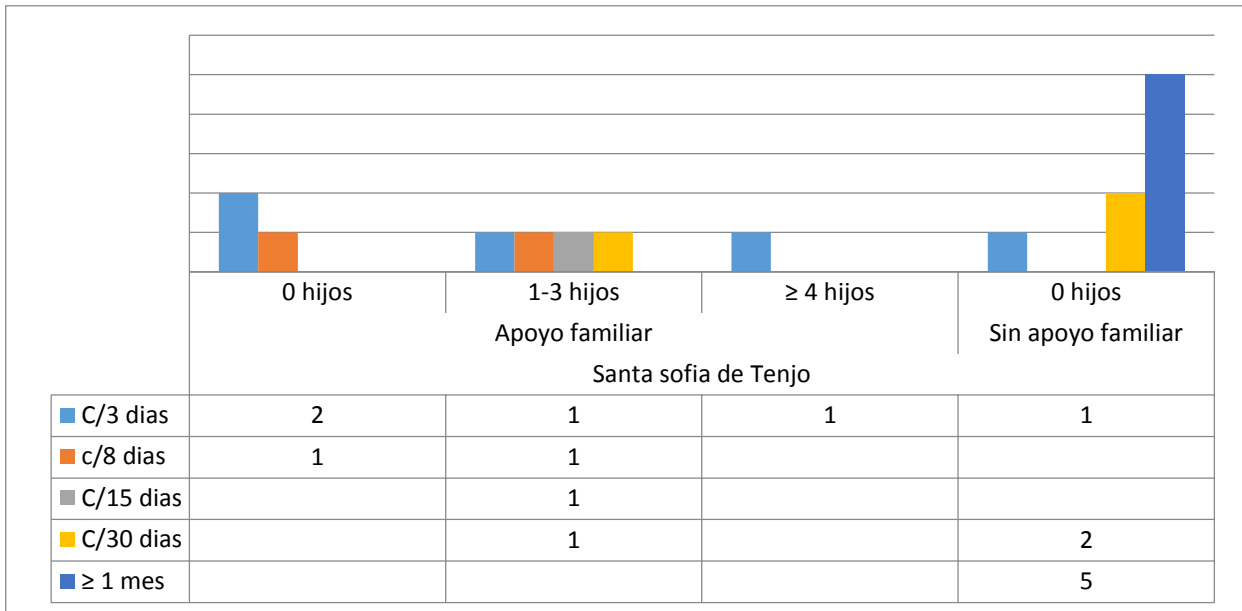


Fuente: autor.

La grafica muestra que el 50% de los encuestados cuenta con apoyo familiar, de los cuales el 25% tienen de 1-3 hijos, 18.7% no tienen hijos y el 6.25% restante tiene más de 4 hijos. Por otro parte el 50% que no cuenta con apoyo familiar no tuvieron hijos.

En cuanto a la frecuencia de visitas se observa que el 31.2% cuenta con visitas superiores a un mes, caracterizados por no tener hijos. En la población con apoyo familiar se observa un porcentaje de 31.2% encuestados, que a diferencia del anterior estos tienen de 1-3 hijos, con una frecuencia de visitas cada 3 días.

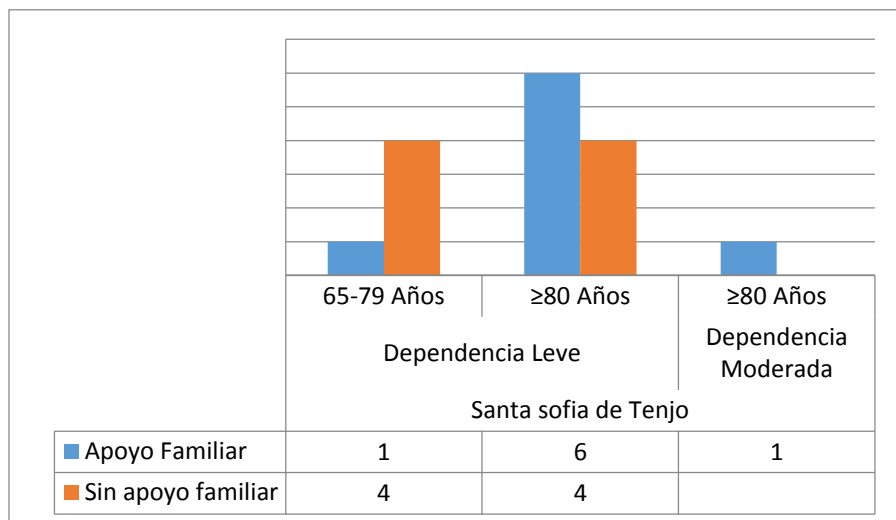
Grafica 10. Apoyo económico según número de hijos y frecuencia de visitas Hogar Geriátrico Santa Sofía de Tenjo.



Fuente: autor.

La grafica indica que el 6.25% de la población, tiene más de 80 años, con única dependencia moderada, contando con apoyo familiar. El 93.75% con dependencia leve, el 62.5% están en un rango de edad de 65-79 años y el 31.25% son mayores de 80 años. Además se encuentra que del total de la población el 25% posee 65-79 años con dependencia leve y no cuenta con apoyo familiar, el otro 25% es mayor de 80 años y no posee apoyo familiar.

Grafica 11. Apoyo familiar según Índice de Barthel y edad Hogar Geriátrico Santa Sofía de Tenjo.

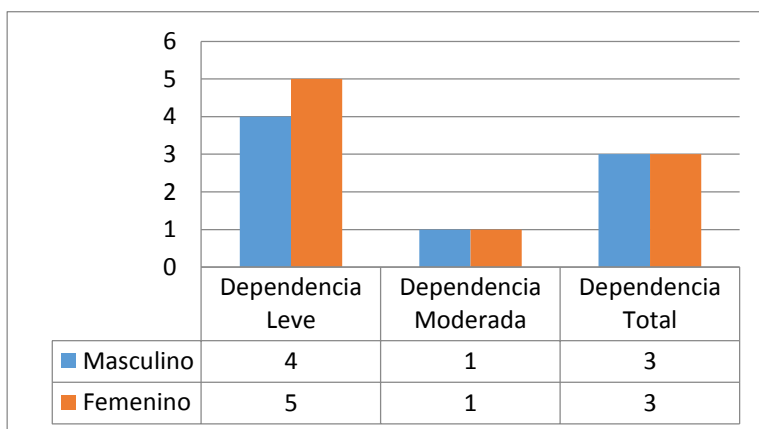


Fuente: autor.

### HOGAR GERIÁTRICO RENACER-BOGOTÁ

En el hogar geriátrico Renacer se presentó prevalencia de índice de Barthel con grado de dependencia leve 52.9%, el cual 29.4% son hombres y el 23.5% son mujeres. En cuanto al grado de dependencia moderada se observa el 11.7%, con el 5.8% hombres y el 5.8% mujeres, se identifica 35.2% encuestados con un grado de dependencia total, con la misma distribución de 17.6% para hombres y mujeres.

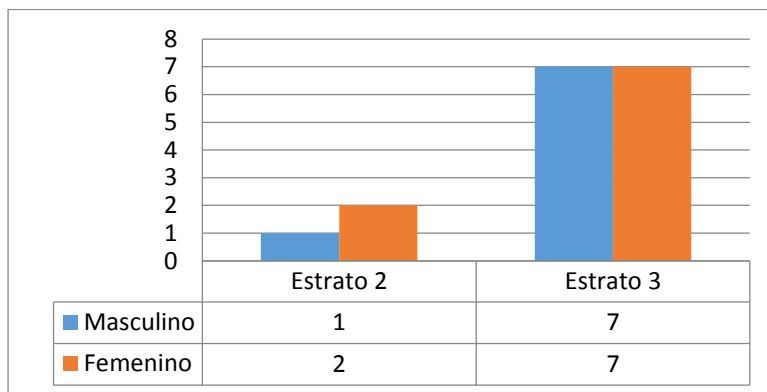
Grafica 12. Índice de Barthel según sexo Hogar Geriátrico Renacer-Bogotá.



Fuente. autor.

La población encuestada en el hogar geriátrico Renacer de Bogotá, presenta una mayor prevalencia de estrato 3 con 82.3 %, con igual distribución de 41.1% para hombres y mujeres. En cuanto a estrato 2 se encuentra un porcentaje de 17.6%, del cual 11.7% son mujeres y 5.88% son hombres.

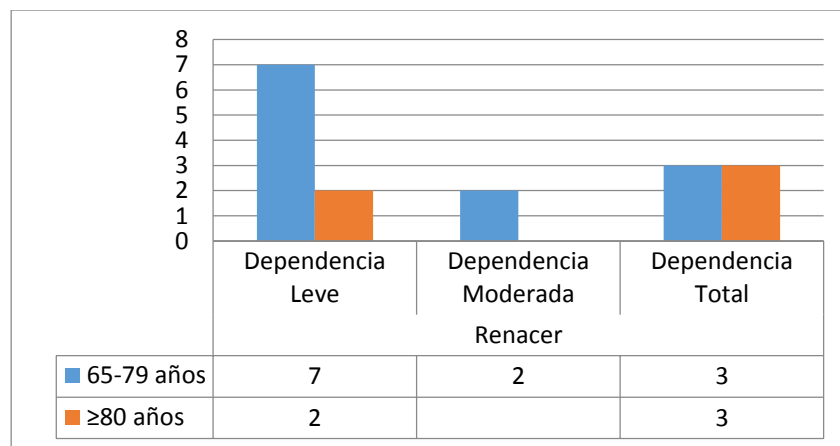
Grafica 13. Estrato según sexo Hogar Geriátrico Renacer-Bogotá.



Fuente. autor.

La gráfica evidencia mayor prevalencia de dependencia leve con 52.9%, 41.1% en rango de edad 65-79 años y 11.7% mayores de 80 años. Se reporta único porcentaje de 11.7% presenta dependencia moderada y están en rango de edad de 65-79 años, el 35.2% representa los encuestados que poseen una dependencia total el cual cuenta con la misma distribución de 17.6% en rango de edad de 65-79 años y mayores de 80 años respectivamente.

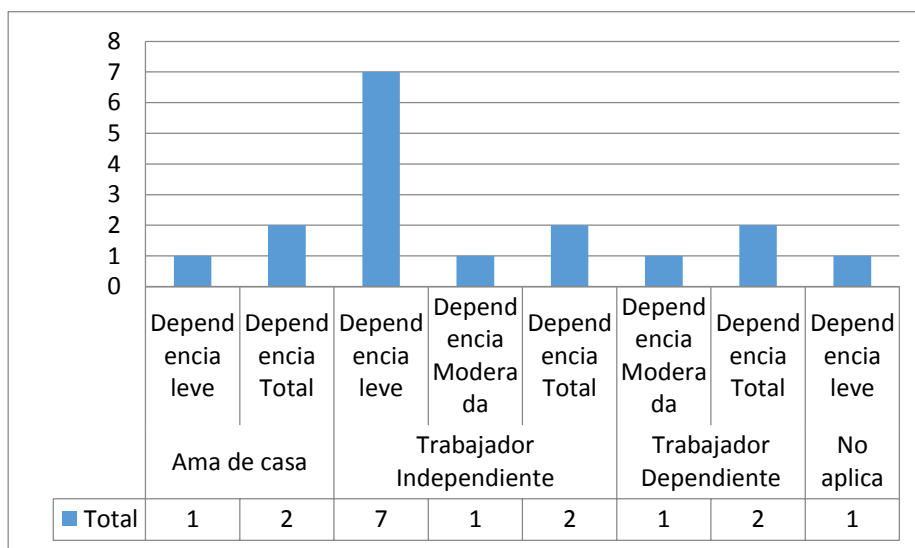
Grafica 14. Índice de Barthel según edad Hogar Geriátrico Renacer-Bogotá.



Fuente. autor.

Renacer reporta un mayor porcentaje de dependencia leve en trabajadores independientes asociado con 41.1%, 5.88% para ama de casa y 5.88% no aplica. En cuanto al grado de dependencia moderada se observa la misma distribución de 5.88% para trabajadores dependientes e independientes. Por último el grado de dependencia total reporta el mismo porcentaje 11.7% para ama de casa, trabajador dependiente e independiente.

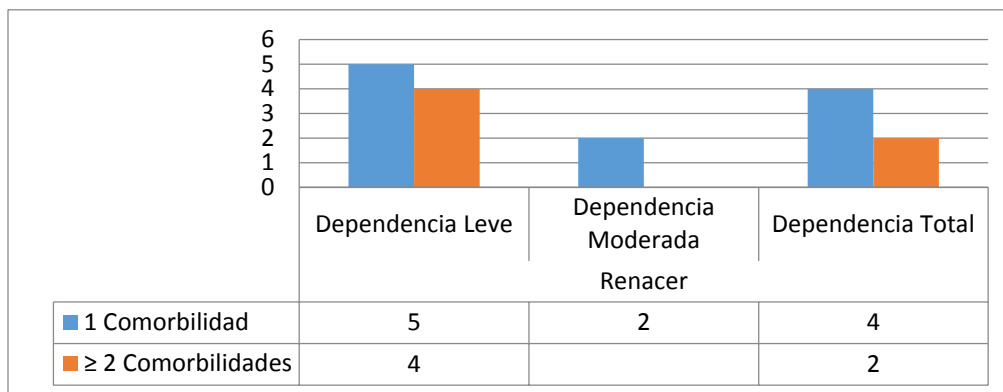
Grafica 15. Índice de Barthel según ocupación Hogar Geriátrico Renacer-Bogotá.



Fuente. autor.

En el hogar geriátrico Renacer- Bogotá se evidenció que 52.9% de la población encuestada presentan dependencia leve de los cuales el 29.4% tienen 1 comorbilidad y el 23.5% más de 2 comorbididades. El 11.7% presentan dependencia moderada con 1 comorbilidad, por ultimo 35.2% con dependencia total, el 23.5% con 1 comorbilidad y 11.7% con más de 2 comorbididades.

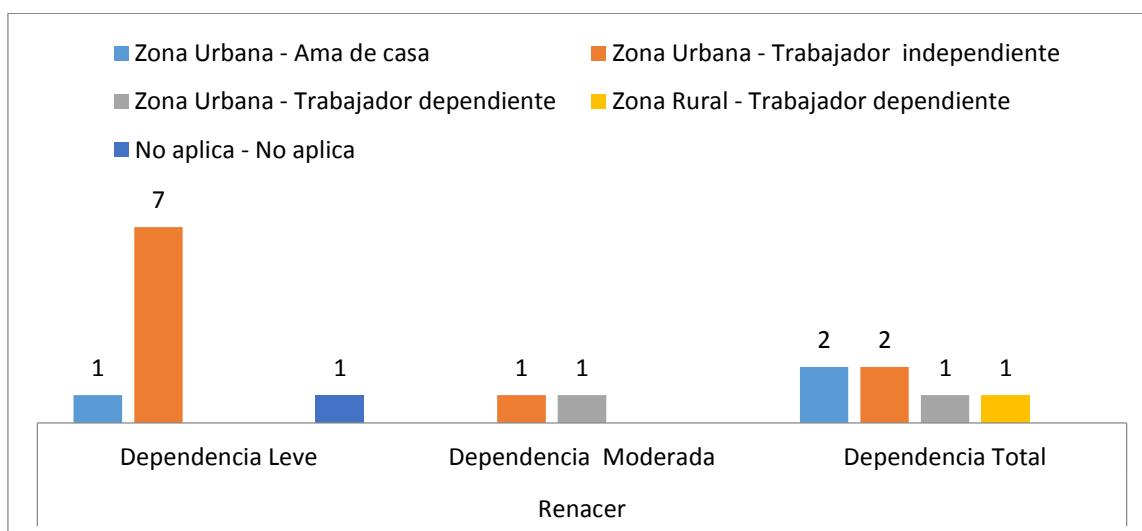
Grafica 16. Índice de Barthel según comorbididades Hogar Geriátrico Renacer-Bogotá.



Fuente. autor.

En el hogar geriátrico Renacer Bogotá, se evidencia que de la población encuestada hay una prevalencia de 41.1% dependencia leve según el Índice de Barthel en aquellos que se han desempeñado en zona urbana como trabajadores independientes, porcentaje de 5.88% para amas de casa en zona urbana. Grado de dependencia moderada con misma distribución de 5.88% para personas que se desempeñaron en la zona urbana como trabajadores dependientes e independientes. Por ultimo 11.7% con grado de dependencia total para trabajadores dependientes y amas de casa en zona urbana y 5.88% para trabajadores dependientes de zona rural y urbana.

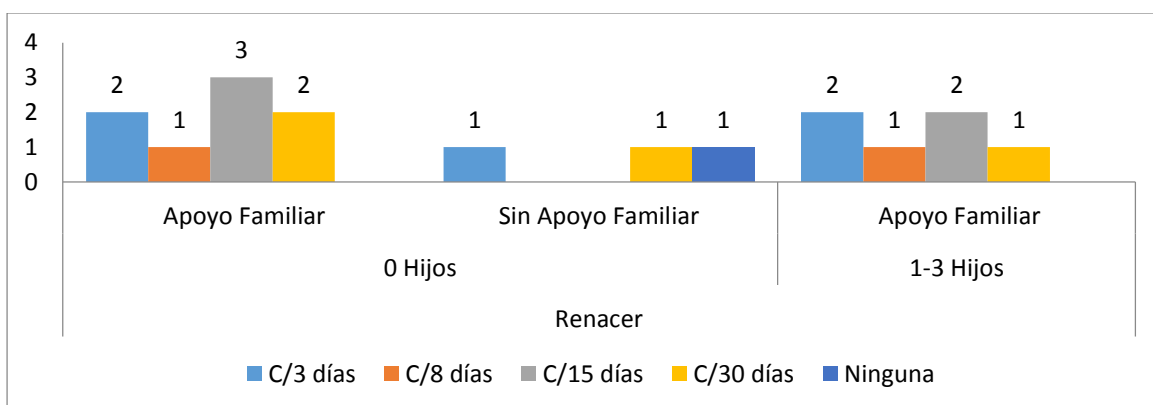
Grafica 17. Índice de Barthel según sector laboral y ocupación Hogar Geriátrico Renacer-Bogotá.



Fuente. autor.

La grafica identifica que el 82.3% de la población presentan apoyo familiar, de los cuales los encuestados que no tienen hijos y que cuentan con apoyo familiar presentan 17.6% visitas cada 15 días, 11.7% los visitan cada 3 días, el otro 11.7% cada 30 días y el 5.88% cada 8 días. El porcentaje de aquellos que tienen apoyo familiar y de 1 a 3 hijos el 11.7% los visitan cada 3 días con un porcentaje igual de visitas cada 30 días. En relación a la población que no tienen hijos y que a su vez no cuenta con apoyo familiar representan el 17.6% de la población, encontrando una distribución igual de 5.88% para aquellos que tienen frecuencia de visita cada 3 días, 5.88% visitas cada 30 días y 5.88% ninguna visita.

Grafica 18. Apoyo económico según número de hijos y frecuencia de visitas Hogar Geriátrico Renacer-Bogotá.

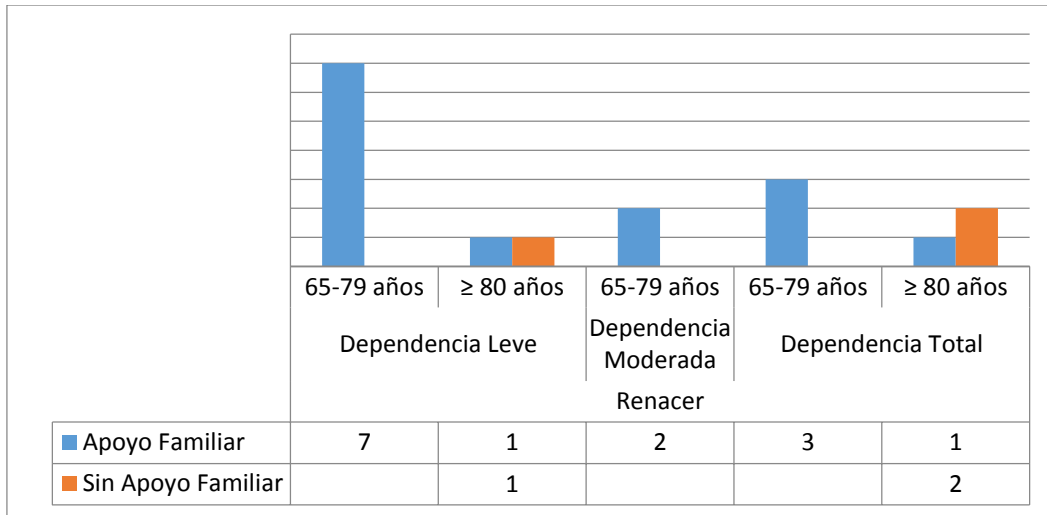


Fuente. autor.

Se identifica que el 52.9% de la población presenta dependencia leve dado por el índice de Barthel, del cual el 41.1% tiene de 65 a 79 años y cuenta con apoyo familiar, el 11.7% tiene más de 80 años donde el 5.88% no presenta apoyo familiar. Por otro lado 11.7% de la población tienen dependencia moderada, con edad de 65-79 años, y cuentan con apoyo familiar. Se observo que el 35.2% de la población tienen dependencia total, donde el 17.6% tienen 65 a 79 años y cuentan con apoyo familiar, el 17.6% son mayores de 80 años del cual 11.7% no poseen apoyo familiar.



Grafica 19. Apoyo familiar según Índice de Barthel y edad Hogar Geriátrico Renacer-Bogotá.

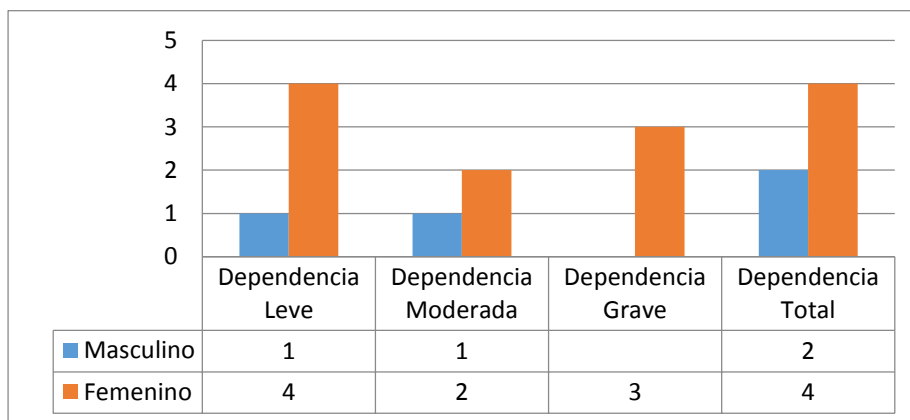


Fuente. autor.

### HOGAR DULCE ATARDECER- BOGOTÁ

En el hogar geriátrico dulce atardecer el 29.4% de los encuestados presento dependencia leve índice de Barthel del cual el 23.5% corresponde al sexo femenino, el 5.88% al sexo masculino. El sexo masculino evidencio mayor porcentaje de actividad funcional con dependencia leve representando 56.25%.

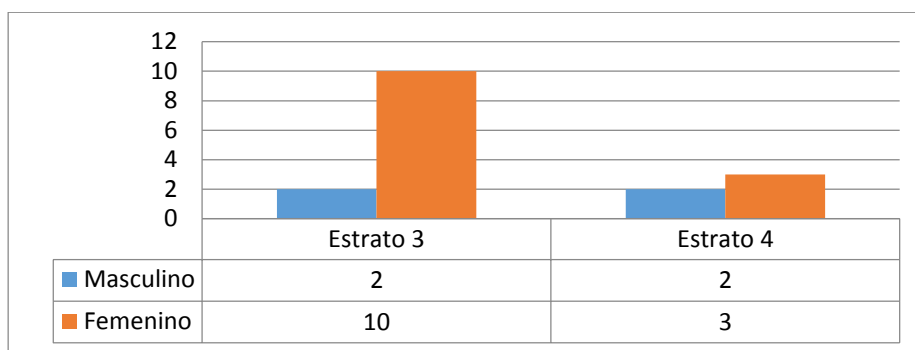
Grafico 20. Índice de Barthel según sexo Hogar Dulce Atardecer - Bogotá



Fuente. autor.

La gráfica identifica que el 76.4% del Hogar Renacer son de sexo femenino, del cual el 58.8% pertenecían a estrato 3 y el 17.6% a estrato 4. Se encontró que el 27.5% correspondía al sexo masculino donde el 11.7% pertenecía a estrato 3 y el restante a estrato respectivamente.

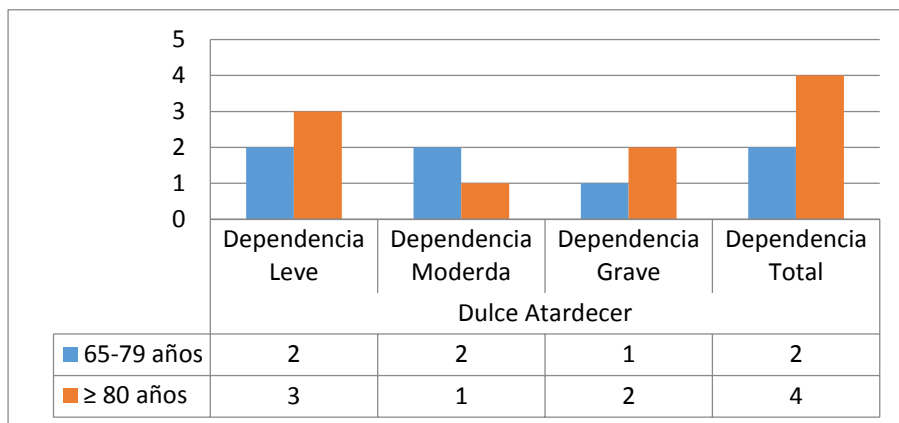
Grafica 21. Estrato según sexo Hogar Dulce Atardecer - Bogotá



Fuente. autor.

En el hogar Dulce Atardecer se encontró que los encuestados con dependencia leve dado por índice de Barthel era de 29.4% del cual el 11.7% tenía de 65 a 79 años y 17.6% tenían mas de 80 años. Los que presentaron dependencia moderada el 11.7% tenía de 65 a 79 años y el 5.88% era mayor de 80 años. A su vez los dependencia grave el 5.88% con edades de 65 a 79 años y el 11.7% mayores de 80 años. Por último se identifico que el 35.2% presento dependencia total, del cual 11.7% tenían edades de 65-79 años y el porcentaje mayor fue dado por las personas mayores de 80 años con 23.5%.

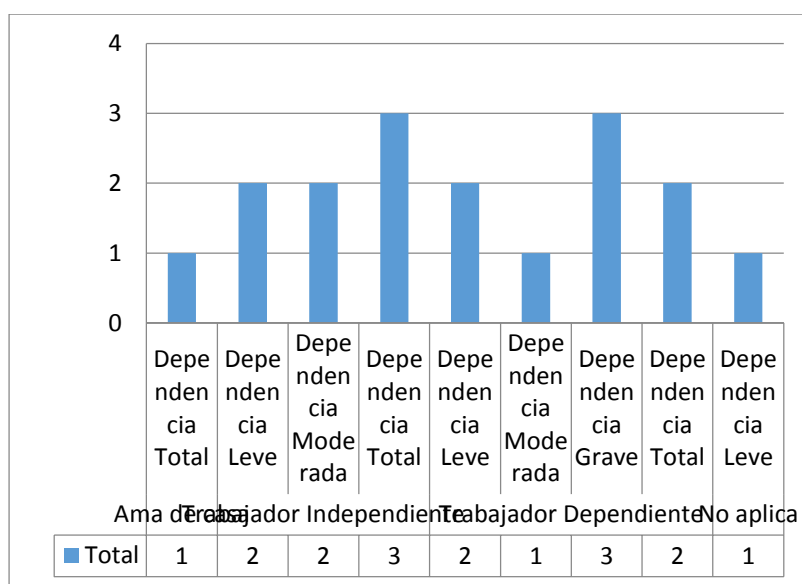
Grafica 22. Índice de Barthel según edad Hogar Dulce Atardecer - Bogotá



Fuente. autor.

La gráfica muestra que de los encuestados las personas que se desempeñaron como ama de casa tuvieron una prevalencia de 5.88% y presentaron única dependencia total dado por la escala de Barthel. De los encuestados el 41.1% corresponde aquellos que fueron trabajadores independientes el 11.7% presentó dependencia leve, el 11.7% presentó dependencia moderada y el 17.6% presentaron dependencia total. El 47.0% de la población se desempeñó como trabajador dependiente, del cual el 11.7% presentó dependencia leve, el 5.88% dependencia moderada, el 17.6% dependencia grave y el 11.7% dependencia total. Por último el 5.88% presentó dependencia leve pero su ocupación no aplica.

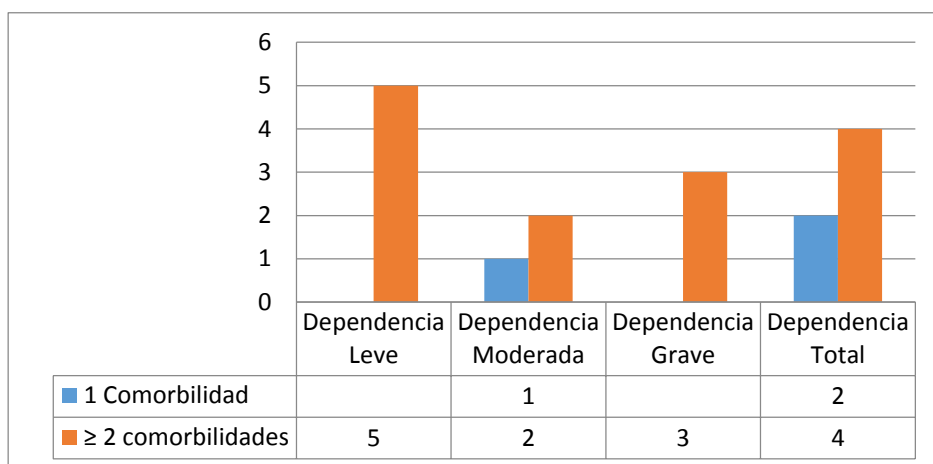
Grafica 22. Índice de Barthel según ocupación Hogar Dulce Atardecer - Bogotá



Fuente. autor.

De la población encuestada se encontró mayor porcentaje en aquellas personas que presentan dependencia leve dado por la escala de Barthel y a su vez tienen más de dos comorbilidades con un resultado de 29.4%. El 17.6% presentaron dependencia moderada del cual el 11.7% presentan más de dos comorbilidades y el 5.88% una sola. El 17.6% de la población presentó dependencia grave con presencia de más de dos comorbilidades. Por último el porcentaje de población con dependencia total fue de 35.2% del cual 11.7% tenía dos comorbilidades y el 5.88% solo una.

Grafica 23. Índice de Barthel según comorbilidades Hogar Dulce Atardecer - Bogotá



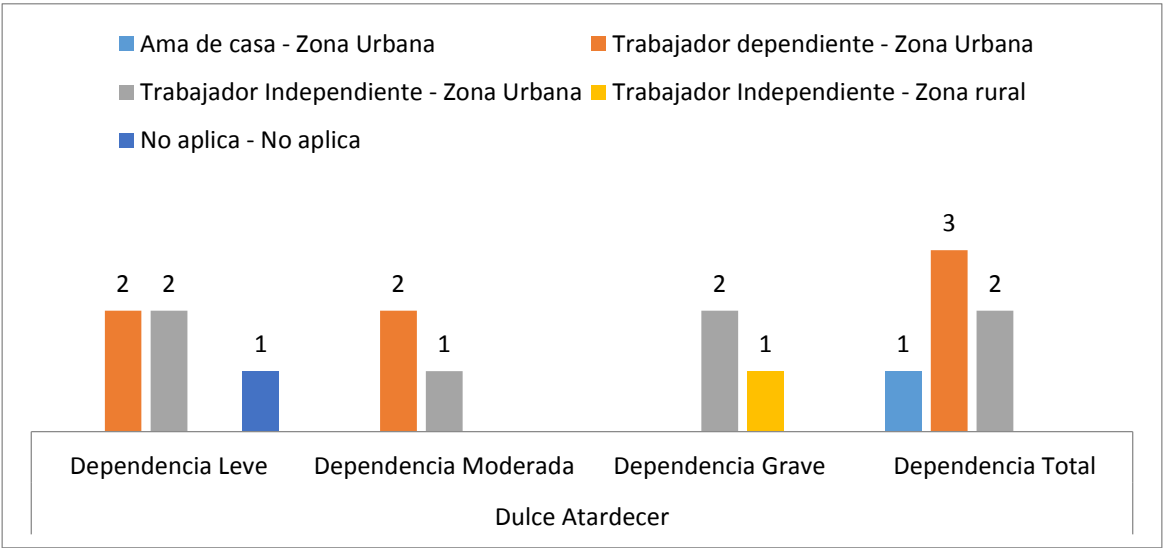
Fuente. autor.

En el Hogar Dulce Atardecer se observó que el 29.4% presentaron dependencia leve del cual el 5.88% se desempeñaron como ama de casa en zona urbana, el 11.7% como trabajador dependiente en zona urbana y el 11.7% como trabajador independiente en zona urbana. El 17.6% presentaron dependencia moderada del cual el 5.88% se desempeñó como trabajador independiente en zona urbana y el 11.7% como trabajador dependiente en zona urbana.

Por otro lado el 17.6% presentó dependencia grave del cual el 5.88% se desempeñó como trabajador independiente en zona rural, y el 11.7% como trabajador independiente en zona urbana. Por último el mayor porcentaje de

población presento dependencia total con un resultado de 35.2% entendido como el 5.88% relacionado con ama de casa en zona urbana, el 17.6% caracterizado por haber sido trabajador dependiente en zona urbana, y el 11.7% como trabajador independiente en zona urbana.

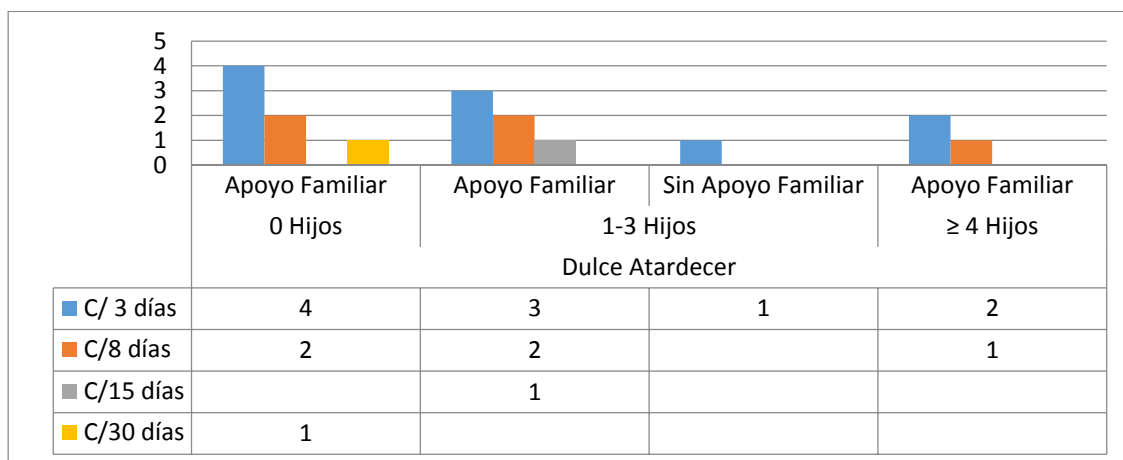
Grafica 24. Índice de Barthel según sector laboral y ocupación Hogar Dulce Atardecer - Bogotá



Fuente. autor.

La grafica identifica que aquellas personas que no tienen hijos representan el 41.1% de la población y a su vez cuentan con apoyo familiar, del cual 23.5% tienen una frecuencia de visitas de cada 3 días, el 11.7% cada 8 días y el 5.88% cada 30 días. Por otro lado el 41.1% tienen de 1-3 hijos, encontrando único porcentaje de personas que no cuentan con apoyo familiar representado por el 5.88% y aquellos que cuentan con apoyo familiar el 17.6% tienen una frecuencia de visitas cada 3 días, el 11.7% cada 8 días y el 5.88% cada 15 días. Por último el 17.6% tienen más de 4 hijos, que a su vez cuentan con apoyo familiar, con una frecuencia de visitas de cada 3 días para el 11.7% de encuestados y cada 8 días para el 5.88%.

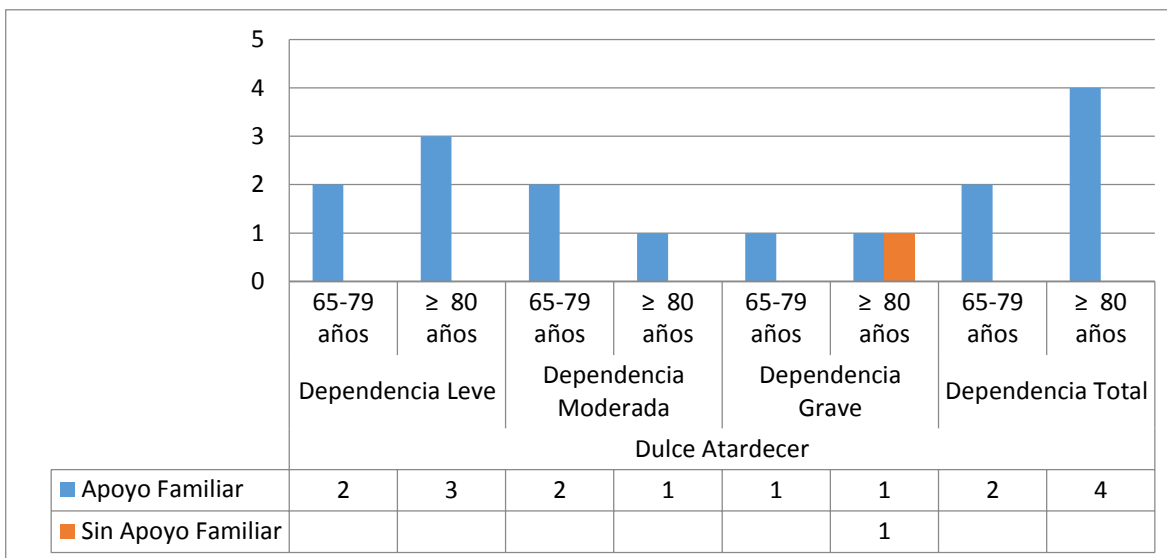
Grafica 25. Apoyo familiar según número de hijos y frecuencia de visitas Hogar Dulce Atardecer - Bogotá



Fuente. autor.

En el hogar Dulce Atardecer se identificó que el 35.2% presentó dependencia leve dado por el Índice de Barthel y cuentan con apoyo familiar, donde el 11.7% estaba en un rango de edad de 65-79 años y el 17.6% eran mayores de 80 años. El 17.6% de la población presentó dependencia moderada y cuentan con apoyo familiar, del cual el 11.7% están en un rango de edad de 65-79 años y el 5.88% son mayores de 80 años. Por otro lado el 17.6% presentó dependencia grave el cual el 5.88% están en un rango de edad de 65-79 años y con apoyo familiar, el 11.7% son mayores de 80 años del cual el 5.88% fue el único porcentaje que reporta ausencia de apoyo familiar. Por último el 35.2% presentan grado de dependencia total y cuentan con apoyo familiar, donde el 11.7% están en un rango de edad 65-79 años y el 23.5% son mayores de 80 años.

Grafica 26. Apoyo familiar según Índice de Barthel y edad Grafica Hogar Dulce Atardecer - Bogotá



Fuente. autor.

## HOGARES GERIATRICOS

En la tabla 1, se comparan los tres hogares geriátricos en los cuales se realizaron las encuestas para conocer el grado de dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Se comparan y analizan las variables del Índice de Barthel con la rango de edad, ante lo cual se observa que el mayor porcentaje relacionado con los tres hogares corresponde al grado de dependencia leve con un 58%, el hogar que presento un mayor porcentaje de este tipo de dependencia correspondiendo Santa Sofía de Tenjo con 30%, el cual predomino con personas mayores de 80 años, representado por el 20% de la población total, entendiendo estos resultados como personas con una capacidad funcional que los hace autónomos de sus propias actividades.

A su vez, el grado de dependencia con el segundo mayor porcentaje corresponde al grado de dependencia total con 18% de la población total, donde el hogar Santa Sofía de Tenjo no presento ninguna persona con dependencia total, por el contrario el Hogar Dulce Atardecer reporto el 12% de personas con esta condición.

Las personas con dependencia moderada y grave, presentaron misma prevalencia 12% respectivamente para cada grado evaluado, el hogar Dulce Atardecer 6% para dependencia moderada y grave, hogar Renacer presenta 6% para dependencia grave únicamente para personas mayores de 80 años y 4% para dependencia moderada únicamente en personas en rango de edad de 65-79 años.

Tabla 1. Hogares geriátricos según I. de Barthel y edad.

I. Barthel	DULCE ATARDECER			RENACER BOGOTÁ			SANTA SOFIA DE TENJO			Total general
	65-79 años	≥ 80 años	Total	65-79 años	≥ 80 años	Total	65-79 años	≥ 80 años	Total	
Leve	2	3	5	7	2	9	5	10	15	29
Moderada	2	1	3	2	0	2	0	1	1	6
Grave	1	2	3	0	3	3	0	0	0	6
Dependencia total	2	4	6	3	0	3	0	0	0	9
Total	7	10	17	12	5	17	5	11	16	50

Fuente: autor.

En la tabla 2, se identifica que las personas con apoyo familiar de Santa Sofía de Tenjo el 4% de la población total presenta visitas cada 3 días, y aquellos que no cuentan con apoyo familiar el 2% no tienen hijos y los visitan cada 3 días. El mayor porcentaje de visitas identificado arrojó una frecuencia mayor a un mes, adicionalmente no cuentan con apoyo familiar representando el 50%.

En el Hogar renacer el 16% con respecto a la población total no tiene hijos y cuentan con apoyo familiar, con una frecuencia de visitas cada 15 días encontrada en el 6% de las personas. El 2% no cuenta con apoyo familiar y a su vez no tiene hijos y recibe una frecuencia de visitas cada 3 días

En el hogar Dulce Atardecer el 14% de las personas con relación a la población total no tiene hijos, del cual el 8% los visita cada 3 días y no tienen hijos. Único porcentaje evidenciado en personas sin apoyo familiar, sin hijos con una frecuencia de visitas cada 3 días representa el 2% de la población total.

Tabla 2. Hogares geriátricos según apoyo familiar según frecuencia de visitas y número de hijos.



SANTA SOFIA DE TENJO								RENACER							DULCE ATARDECER								
FRECUENCIA DE VISITAS	C/3 días	C/8 días	C/15 días	C/30 días	>1 Mes	Ninguna	TOTAL	C/3 días	C/8 días	C/15 días	C/30 días	>1 Mes	Ninguna	TOTAL	C/3 días	C/8 días	C/15 días	C/30 días	>1 Mes	Ninguna	TOTAL	TOTAL	
APOYO FAMILIAR																							
0 HIJOS	2	1	0	0	0	0	3	2	1	3	2		0	8	4	2	0	1	0	0	0	7	18
1-3 HIJOS	1	1	1	1	0	0	4	2	1	2	1	0	0	6	3	2	1	0	0	0	0	6	16
>4 HIJOS	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	3	4
SIN APOYO FAMILIAR																							
0 HIJOS	1	0	0	2	5	0	8	1	0	0	1	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	11
1-3 HIJOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1
>4 HIJOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	5	2	1	3	5	0	16	5	2	5	4	0	1	17	10	5	1	1	0	0	17	50	

Fuente. autor.

## 8. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo fundamental medir la capacidad funcional de los adultos mayores del Hogar Santa Sofía de Tenjo, Hogar Dulce Atardecer y Hogar Renacer de Bogotá, por medio de la escala de Barthel a partir de las actividades diarias que realizan estas personas. A partir de estos resultados se pueden diseñar estrategias de salud pública con el fin de proporcionar un abordaje adecuado a este grupo poblacional, puesto que el grado funcional tiene un impacto ya sea a largo o corto plazo según el estilo de vida de la persona.

Estudios demuestran una preocupación acerca de la implementación de políticas orientadas a prolongar los años de jubilación de las personas, generando problemáticas de salud pública, debido a que este grupo poblacional se encuentra en rápido crecimiento y en constante vulnerabilidad, en el cual se evidencian diferentes grados de capacidad funcional, según el nivel de limitación funcional que posea el individuo<sup>20</sup>.

En la actualidad, las sociedades consideran la vejez como una etapa donde la capacidad funcional y la pérdida de un rol social o de la participación en la comunidad determinan y caracterizan a las personas mayores. . En este sentido, es de gran importancia transformar esta idea, ya que la experiencia y los logros alcanzados por cada persona en esta etapa del ciclo de vida cumplen un papel importante en el proceso de desarrollo humano y calidad de vida, logrando la sensación de satisfacción del trayecto de vida mismo<sup>6</sup>.

Las estrategias para contrarrestar esta problemática deben estar encaminadas en la promoción y prevención de enfermedades, principalmente aquellas con prevalencia de incapacidad alta. En los individuos en quienes se considere beneficioso el proceso de rehabilitación, será de vital importancia realizar un seguimiento en cuanto a la evolución de su proceso de salud-enfermedad<sup>20</sup>. Por consiguiente será de gran valor la intervención de políticas que garanticen la ampliación de la cobertura del sistema de seguridad social en salud, dado que la injustificada demora ó la no ejecución del proceso terapéutico correspondiente, puede comprometer el pronóstico y evolución de la enfermedad, traduciéndose en una variedad de niveles de dependencia determinado por las actividades diarias que pueda realizar el adulto mayor, de esta manera orientar dichas estrategias para garantizar estilos de vida saludables.

Está claro que el IB, representa una forma clara de evaluar la autonomía de los adultos mayores, el cual a partir del resultado obtenido puede proveer datos objetivos que pueden indicar la funcionalidad de la persona, cuales son los

cuidados y necesidades que podrían proporcionarse. Además de usarse como registro de seguimiento en el curso de enfermedad garantizando y facilitando a los profesionales de salud intervenir de forma apropiada<sup>10</sup>.

En cuanto a las necesidades identificadas de esta población, se destaca el papel fundamental de los hogares geriátricos en el acompañamiento del proceso salud-enfermedad, trabajando en conjunto a la red de apoyo del adulto mayor, que favorecerán el bienestar de cada una de estas personas. A pesar de que no se establece una relación directa del grado de dependencia según el apoyo familiar, se encuentra un porcentaje importante de adultos mayores que están en un rango de edad de 65-79 años y presentan un grado de dependencia total, en este orden de ideas se cuenta con un porcentaje de población el cual requiere unas pautas específicas de seguimiento y manejo especializado de las personas que tienen un mejor grado de funcionalidad para desarrollar las actividades de la vida diaria y de esta forma mejorar su calidad vida.

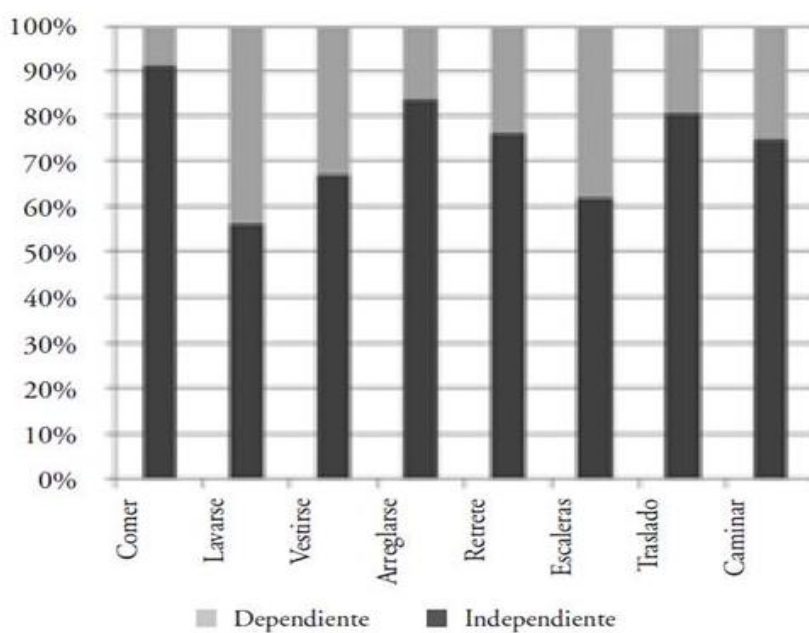
Los resultados identificados a nivel sociodemográfico que fueron relacionados con el índice de Barthel aplicado a la población adulto mayor del Hogar Santa Sofía de Tenjo, evidencio un grado de dependencia inferior comparado con los otros hogares geriátricos. Se comparan y analizan las variables del Índice de Barthel con la rango de edad, ante lo cual se observa que el mayor porcentaje relacionado con los tres hogares corresponde al grado de dependencia leve con un 58%. El hogar que presento un mayor porcentaje de este tipo de dependencia correspondió a Santa Sofía de Tenjo con 30%, en el cual predomino personas mayores de 80 años, representado por el 20% de la población total, entendiendo estos resultados como personas con una capacidad funcional que los hace autónomos de sus propias actividades, esto sin dejar de lado la necesidad de realizar un seguimiento periódico.

Se evidencio que aquellas personas que se desempeñe en el sector rural, tenían menor grado dependencia comparado con el sector urbano, cabe resaltar que no se encontró tal resultado en la literatura revisada, haciendo esto un pilar importante para ampliar los estudios referente a esta condición ya que hace a los adultos mayores mas autónomos.

Los resultados encontrados se comparan con un estudio realizado en país europeo, como España en el cual participaron 156 personas institucionalizadas, en una entidad privada de la ciudad de Soria<sup>7</sup>. El objetivo de este estudio fue evaluar la capacidad funcional con el índice de Barthel, y así mismo correlacionar con las posibles actividades básicas de la vida diaria.

En cuanto al análisis de los resultados, se observa un mayor grado de dependencia con el género masculino, existiendo una correlación con los mayores de 85 años, evidenciando una similitud con el presente estudio, dado que a mayor edad se observa niveles de dependencia mayor. En dicho estudio se tienen en cuenta variables como el tiempo de institucionalización y la percepción del estado de salud propio de cada persona. Concluyen que la dependencia del anciano, está directamente relacionada con la edad, el sexo, mayor tiempo de institucionalización y una mala percepción del estado de salud, un aspecto de gran importancia ya que en la mayoría de estudios no manifiestan esta variable.<sup>17</sup>

Grafica 2.



Fuente. M. et al 2012. Universidad de Valladolid.<sup>17</sup>

En terminos generales el mayor porcentaje de adultos mayores encontrados en estos hogares geriátricos, estuvieron en un rango de edad ente 65 y 79 años con algún grado de depenencia. Si bien es cierto el adulto mayor se asocia a la jubilación ya que desde el punto de vista económico a esta edad las personas culmina su ciclo productivo de vida. Esta condición genera una problemática social, ya un estudio realizado en Colombia evidencio que solo una pequeña parte de la población (30%) estaba pensionada en el 2009, precisando que esto determina su posición social, la calidad de vida y entre otros aspectos de importancia el acceso a salud, el mantenimiento de su vivienda y las relaciones sociales<sup>6</sup>.

En este sentido la disminución en la capacidad funcional conlleva al sedentarismo, la inmovilidad, la discapacidad, el aumento del riesgo de sufrir enfermedades crónicas no transmisibles, y por consiguiente a la problemática psicosocial que se centra en el aislamiento, en la pérdida de un rol social y económico, en la depresión, la baja autoestima, la improductividad y la dependencia reportado en otros estudios<sup>6</sup>.

En segunda instancia se observa que el grado de dependencia con el segundo mayor porcentaje corresponde al grado de dependencia total con 18% de la población a estudio, del cual se destaca que el hogar Santa Sofía de Tenjo no presento encuestados con tal capacidad funcional, por el contrario el Hogar Dulce Atardecer reporto el 12% de personas con esta condición.

En cuanto a los grados de dependencia moderado y grave, se observa un mismo porcentaje del 12% respectivamente para cada grado evaluado. El hogar Dulce Atardecer cuenta con el mayor porcentaje representado por 6% para dependencia moderada y grave, el hogar Renacer presenta 6% para dependencia grave únicamente para personas mayores de 80 años y 4% para dependencia moderada como único porcentaje en rango de edad de 65-79 años. Es importante resaltar que el hogar Santa Sofía de Tenjo solo presento 2% de encuestados con dependencia moderada y ninguno para dependencia grave ni total.

En este sentido se brinda una perspectiva detallada del comportamiento general de los hogares geriátricos en relación a la capacidad funcional, mediante el cual esta información aportaría al diseño de estrategias en pro a la calidad de vida de las personas que habitan dicha localidad, partiendo de aspectos básicos que generen conciencia, y de esta forma empoderarse de esta problemática; Debido a que esta condición hace parte del proceso natural que se presenta en el ciclo vital de la vida, requiriendo intervenciones a partir de políticas de salud pública con el fin de mejorar los factores biopsicosociales que comprende su entorno.

Por otro lado, se encontró un porcentaje mayor de población que presentó mas de dos comorbilidades, en el cual es de gran utilidad reportar que los estudios epidemiológicos realizados a nivel mundial demuestran una tendencia ascendente en la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la diabetes, la enfermedad coronaria, la obesidad, la hipertensión arterial, entre otras, lo cual se posiciona como un indicador importante en la morbi-mortalidad de la población general y se acentúa en la población mayor.

Castanedo C. (et al) afirma que: "El envejecimiento es el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida: es consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Los cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales y funcionales". Estas definiciones plantean la necesidad de interpretar el envejecimiento de diferentes perspectivas<sup>6</sup>.

Puesto que se evidencio un importante apoyo familiar en estos hogares geriátricos, con un mayor porcentaje de frecuencia de visitas cada 3 días en relación aquellos que no tuvieron hijos, es importante resaltar que estudios demuestran que aquellos adultos mayores que tienen hijos, enfrentan una situación en donde los hijos adquieren un hogar propio y dejan su casa materna, por lo tanto tienden a vivir solos. Sin embargo, si por el contrario viven en el núcleo familiar de sus hijos, se sienten discriminados y poco útiles. Por lo anterior, Zetina plantea la necesidad y vinculación interfamiliar de las personas mayores, y además resalta la importancia del apoyo de vecinos y redes de amigos que ayudan a disminuir el aislamiento y la soledad<sup>6</sup>.

El análisis de estos enfoques nos conduce a comprender la complejidad del proceso de envejecimiento y la vejez. Es necesario tener en cuenta que no solo se incluyen aspectos físicos, sino que también es importante el contexto donde una persona se desarrolla a lo largo de la vida, las problemáticas y necesidades tanto individuales como sociales y proyectos de vida satisfactorios encaminados al desarrollo humano hasta el fin de sus días<sup>6</sup>.

Si se aplicara escalas que miden la capacidad funcional de las personas como lo es el IB, a futuro, la medición del grado de dependencia relacionado con la salud sera uno de los indicadores de impacto, seguimiento y efectividad de los programas de rehabilitación.

## 9. CONCLUSIONES

- Una vez analizado los resultados obtenidos de los hogares geriátricos, es necesario precisar la importancia de la funcionalidad debido a la interrelación con los elementos que lo condicionan, finalmente esta condición influye en el concepto de salud, por esta razón es prudente sugerir esta escala en el protocolo de valoración del adulto mayor, garantizando una atención integral.
- En los hogares entrevistados según el Índice de Barthel el principal grado de capacidad funcional encontrado se relaciono con dependencia leve, identificando a su vez la menor proporción de dependencia total en adultos mayores.
- Con respecto al número de comorbilidades que tienen los trabajadores del sector rural se preciso menor grado de dependencia, comparado con el sector urbano.
- La proporción de personas que presentaron mayor grado de dependencia tienen un rango de 65 a 79 años, influenciado positivamente el sector rural que no presento ningún grado de dependencia grave ni total.
- A partir de los datos sociodemográficos encontrados, el porcentaje mayor de la población total no tuvieron hijos, del cual la mayor frecuencia de visitas que reciben oscila cada 3 días.
- Bajo porcentaje de personas no cuenta con apoyo familiar y la frecuencia de visitas no son superiores a un mes.
- En los hogares geriátricos encuestados no se había aplicado el índice de Barthel con anterioridad, resaltando apoyo de ayudas externas representadas en bastones y caminadores en conjunto con valoraciones medicas periódicamente.

- Si se aplicara escalas que miden la capacidad funcional de las personas como lo es el IB, a futuro, la medición del grado de dependencia relacionado con la salud será uno de los indicadores de impacto, seguimiento y efectividad de los programas de rehabilitación.

## 10. RECOMENDACIONES

La metodología empleada en el presente estudio con la aplicación del Índice de Barthel (IB) para la evaluación de la capacidad funcional de los adultos mayores en relación a las actividades diarias que pueden realizar estas personas, puede ser aplicada a diversos tipos de población con o sin discapacidad, independiente de la condición de salud o diagnóstico médico, se recomienda actualmente la utilización del IB el cual tiene acceso al permiso de uso, disponiendo del cuestionario, puntuación para determinar la autonomía de la persona a partir de su grado de dependencia.

Se sugiere continuar consolidando la línea de investigación en calidad de vida, incorporando la capacidad funcional en la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. para explicar la calidad de vida en función de una condición de salud según el grado de dependencia que presente la persona dado que compromete la autonomía del ser.

Capacitar al equipo interdisciplinario que interviene en la ejecución de programas de atención integral en salud, con el fin de aplicar instrumentos que midan la capacidad funcional de las personas relacionada con la salud, y a partir de los datos obtenidos se orientaran acciones para responder a las necesidades de las personas con cada uno de los grados de funcionalidad. En este sentido se reconocerán políticas de salud pública existentes con el fin de involucrar sectores de salud desde los ámbitos locales, en pro del mejoramiento de la calidad de vida, buscando desarrollar propuestas que permitan las modificaciones y así propender el cambio.

Realizar este tipo de evaluaciones a la población adulta mayor, principalmente en el ingreso a los hogares geriátricos con la finalidad de identificar la capacidad funcional de la persona y así determinar las posibles necesidades personales para garantizar protección y quizás diferenciar efectos de un proceso de rehabilitación en aras de un seguimiento.

Los hogares geriátricos tienen el reto de incorporar los resultados de investigación para priorizar las acciones en función de la capacidad funcional de las personas



pertenecientes a cada uno de estos centros prestadores de atención modificando parte de la infraestructura aquellos hogares que tienen mas de un piso, con el fin de facilitar el acceso a los diferentes lugares del hogar.

Al contar con información confiable y oportuna acerca de la capacidad funcional relacionada con la salud de los adultos mayores que presentan diferentes grados de dependencia, se pueden desarrollar y evaluar políticas e intervenciones en salud que favorezcan la inclusión social de este colectivo, y a su vez realzar seguimiento con IB a las personas con dependencia leve a moderada, y darle un manejo multidisciplinario individual aquellos con mayor grado de dependencia.

#### LIMITACION DEL ESTUDIO

1. En el momento de realizar las encuestas, no se conto con encuestadores diferentes a los investigadores que favorecieran una recolección de datos independiente de la perspectiva del investigador.
2. Se conto con único encuestador el cual recolecto la información del cuestionario, no se dividió el procedimiento en cuanto a la documentación de la ficha de datos generales, recolección de variables sociodemográficas y aplicación de IB.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

1. Envejecimiento. Organización mundial de la salud OMS. [Internet]. [Citado el 15 de Oct de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>.
2. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1315 - Hogares Geriatricos. [Internet] .Colombia.2009.[Citado el 25 de Oct de 2015]. Disponible en: <http://aaronabuelos.com/blog/?p=142>
3. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación funcional del adulto mayor.[Internet].[Citado el 10 de Oct de 2015]. Disponible en : <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf>.
4. Baztán et al. Valoración funcional: Índice de Barthel (ABVD) e Índice de Lawton (AIVD).[Internet].[Citado el 25 de Octubre de 2015]. Disponible en: <http://ocw.um.es/cc.-de-la-salud/intervencion-cognitiva-y-funcional-en-demencias/lectura-obligatoria-1/abvd-aivd.pdf>
5. Fernández. LL. El Envejecimiento: ¿ Un Fenómeno de Nuestro Tiempo?. Escuela Abierta [Internet].1999 [Citado 25 Oct de 2015]; 3. Disponible en: [file:///C:/Users/user/Downloads/Dialnet-ElEnvejecimiento-195864%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/Dialnet-ElEnvejecimiento-195864%20(1).pdf)
6. Forttes VP. Las Personas Mayores en Chile: Situación, avanzar y desafíos del envejecimiento y la vejez.[Internet].ed Libro Blanco; 2009 [Citado el 23 de Oct de 2015]. Disponible en: <http://envejecimiento.sociales.unam.mx/articulos/ENVEJECIMIENTO%20ACTIVO.pdf>
7. Caballero GJ. Aspectos Generales del Envejecimiento Normal y Patológico: Fisiología y Fisiopatología. [Internet]. Bilbao; [ Citado 17 de Oct 2015]. Disponible en: <file:///C:/Users/user/Downloads/5115318f944d1-Envejecimiento%20Fisiol%C3%B3gico%20y%20Patol%C3%B3gico.pdf>
8. León BL y Díaz. S.Revisión bibliográfica de la capacidad funcional en trabajadores mayores de 65 años. Revista de Medicina y Seguridad del Trabajo.[Internet].2011.[Citado el 7 de Oct de 2015];57(222):63-76
9. Ministerio de Salud [Internet]. Informe de mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011.Colombia.2011. [citado el 12 de Oct de 2015]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/Informe3-ME-ONS-Definitivo.pdf>.

10. Fernandez. E y Sanchez Gomez. C. Estudio de la capacidad funcional y calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor institucionalizado. TOG (A Coruña) [Internet] Revista de terapia ocupacional Galicia. 2014. [Citado el 30 de Sep de 2015];11(20): 14p. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num20/pdfs/original2.pdf>
11. Ferrín M, Ferreira L y Meijide H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clínica [Internet]. 2011. [Citado 7 de Oct de 2015]. 72 (1): 11-16.
12. Patiño PY, Suarez PE. Funcionalidad física de personas institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla Colombia. Revista de Salud Pública. Rev Salud Pública. [Internet]. 2012. [Citado el 14 de Oct de 2015] 14(3):436-445. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v14n3/v14n3a07.pdf>
13. Venegas GJ, Gil OL. La teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. Hacia la promoción de la salud. Scielo. [Internet]. 2007. [Citado el 17 de Oct de 2015]; 12:51-61.
14. Estrada RA, Cardona AD, Segura CA, Ordoñez MJ, Osorio GJ. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. Scielo. [Internet]. 2013. [Citado el 11 de Oct de 2015]; 12(1), 81-94.
15. Oyarzún NE. Ciclo vital individual. Chile. [Internet]. [Citado el 25 de Oct de 2015]. Disponible en: [http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/528/Clase\\_N\\_2\\_Ciclo\\_vital\\_individual\\_11\\_.pdf](http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/528/Clase_N_2_Ciclo_vital_individual_11_.pdf)
16. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación Funcional del Adulto Mayor. [Internet]. [Citado el 30 de Sep de 2015]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf>
17. Fuentes SM, Bayona MI, Fernandez FJ, Martinez ML & Navas CF. La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el Índice de Barthel. Scielo [Internet]. 2012 [Citado el 14 de Oct de 2015]; 23(1):19-22. Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2012000100004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000100004)
18. Soto M, Velasco R, García L, Barajas A, Aguilar M y Rodríguez L. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. Revista de Enfermería Inst Mex Seguro. [internet]. 2011. [Citado el 7 de Oct de 2015]; 23 (1): 9-15.

19. Jonis M y Llacta D. Depresión en el adulto mayor, cual es la verdadera situación en nuestro país. Rev Med Hered [Internet]. 2013.[citado 07 de Oct de 2015];(24),1: 78-79 . Disponible en:  
<[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2013000100013&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2013000100013&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1018-130X.
20. Zelada RM y Mayta TP. ¿Estamos preparados para la atención primaria del adulto mayor?. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2006, [citado 9 de Oct de 2015]; (23),1:67-69 . Disponible en:  
<[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342006000100010&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000100010&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1726-4634
21. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. 2001. [Citado el 14 de Oct de 2015] IMSERSO. Disponible en:  
<http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/desarrollohumano/oms-clasificacion-01.pdf>
22. Oquendo GM y Soublet M. ¿Es la depresión un problema de salud en un hogar del adulto mayor?. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2003, vol.19, n.2 [citado 9 de Oct de 2015];(19),2. Disponible en:  
<[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192003000200006&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192003000200006&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1561-2961.
23. Araya AP y Yáñez YA. Evaluación de la Calidad de Vida de Pacientes Mastectomizadas, Tratadas en el Instituto Nacional de Cáncer Entre los Años 2003 y 2005. [Internet]. 2006. [Citado el 10 de Oct de 2015]. Disponible en:  
[http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2006/araya\\_p/sources/araya\\_p.pdf](http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2006/araya_p/sources/araya_p.pdf)
24. Quesada DM, Tamayo G. Calidad de vida relacionada con salud en personas con limitación en las actividades de la movilidad del Municipio de Neiva. Facultad de Salud.[Internet].2009. [Consultado el 11 de Oct de 2015]. Disponible en:  
<http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/332/1/INFORME%20FINAL%20CVRS%20EN%20LIMITACION%20ACTIVIDADES%20DE%20LA%20MOVILIDAD%20NEIVA.pdf>
25. Ministerio de la Protección Social. [Internet].Decreto 3039. 2007. Santa fe de Bogotá. [Citado el 13 de Oct de 2015]. Disponible en:  
[http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan\\_desarrollo/decreto\\_3039\\_de\\_2007\\_plan\\_nacional\\_de\\_salud\\_publica\\_2007.pdf](http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/decreto_3039_de_2007_plan_nacional_de_salud_publica_2007.pdf)

## 12. ANEXOS

### HOGAR SANTA SOFÍA DE TENJO

Hogar Santa Sofía de Tenjo Este hogar se encuentra ubicado en el municipio de Tenjo, toda la infraestructura está diseñada en un primer plano, favoreciendo el desplazamiento de las personas que habitan en este centro prestador de servicio. Al realizar el recorrido se observan medidas que protegen al adulto mayor, dentro de los cuales se destaca barandas en las paredes que permiten un apoyo para aquellos que deciden deambular de un lugar a otro, rampas que favorecen el ascenso o el descenso, pasillos largos sin desniveles para las personas que usan caminador o silla de ruedas.

Este hogar cuenta con zonas verdes en la mitad del hogar, donde estas personas pueden interactuar entre ellos mismos y disfrutar del paso del día. Otro lugar importante para estas personas es un recinto espiritual donde pueden asistir en el momento que deseen, también cuentan con un mural en el cual hay fotos con el nombre que identifica a de cada uno de los hospedados. Hay baños distribuidos en todo el hogar facilitando el acceso, en el interior hay barandas, espacios amplios y bien iluminados. Las sillas se encuentran ubicadas en diferentes partes dl hogar y tienen un espacio dispuesto para realizar actividades lúdicas y ejercicios de estiramiento o rehabilitación.



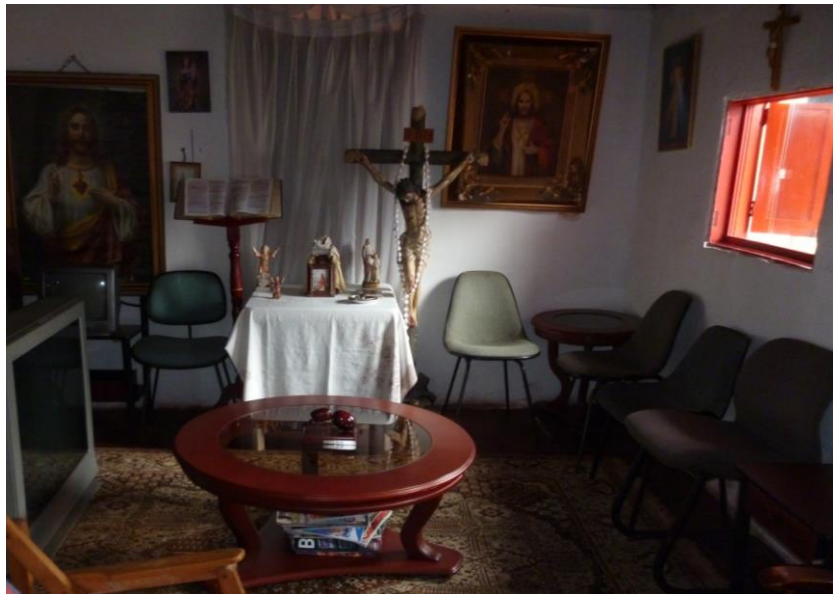
Fotografía. autor.



Fotografía. autor.



Fotografía. autor.



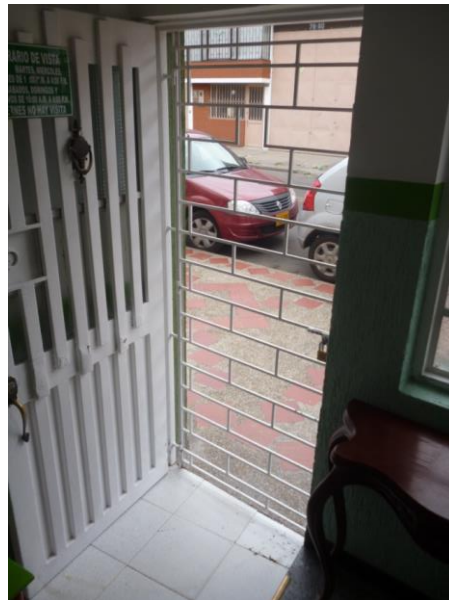
Fotografía. autor.

### HOGAR RENACER – BOGOTÁ

En este hogar al realizar un recorrido por la infraestructura, se identifican tres niveles comunicados cada uno con escaleras, el cual dificulta el desplazamiento de los residentes de este lugar. En este sentido se convierte en un riesgo para el



adulto mayor a pesar de que cuentan con barandas de soporte y antideslizantes en los escalones. Cuentan con diferentes espacios en los cuales realizan actividades lúdicas, favoreciendo la interacción grupal y el fomento del entretenimiento y ocio, así como con un recinto amplio con diferentes muebles para descansar y un comedor comunitario donde las personas manifiestan sentirse a gusto. En la entrada de la puerta hay una reja, brinda mayor seguridad evitando ausentismo o pérdidas humanas.



Fotografía. autor.





Fotografía. autor.



Fotografía. autor.

## HOGAR DULCE ATARDECER

Este hogar alberga personas con mejor condición económica respecto a los anteriores, la infraestructura esta compuesta por dos niveles, con barandas de soporte y antideslizantes que aseguran y disminuyen los riesgos para estas personas, cuenta con lugares específicos para desarrollar actividades lúdicas e interacción con los demás residentes. En la entrada hay una reja que asegura el hospedaje, disminuyendo el riesgo de pérdidas o ausentismo humano. Cuenta con habitaciones personalizadas favoreciendo la privacidad individual.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

DI: \_\_\_\_\_ LUGAR: \_\_\_\_\_

## INDICE DE BARTHEL.

### ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA.

#### COMER

- 10 INDEPENDIENTE. Capaz de comer por si solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- 5 NECESITA AYUDA para cortar la carne o el pan, pero es capaz de comer solo
- 0 DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado por otra persona

#### VESTIRSE

- 10 INDEPENDIENTE. Capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda
- 5 NECESITA AYUDA. Realiza sólo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
- 0 DEPENDIENTE.

#### ARREGLARSE

- 5 INDEPENDIENTE. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
- 0 DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda

#### DEPOSICIÓN

- 10 CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia.
- 5 ACCIDENTE OCASIONAL. Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios
- 0 INCONTINENTE.

#### MICCIÓN (Valorar la situación en la semana anterior)

- 10 CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí sólo.
- 5 ACCIDENTE OCASIONAL. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas u otros dispositivos.
- 0 INCONTINENTE.

#### IR AL RETRETE

- 10 INDEPENDIENTE. Entra y sale sólo y no necesita ayuda de otra persona
- 5 NECESITA AYUDA. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse sólo.
- 0 DEPENDIENTE. Incapaz de manejarse sin una ayuda mayor.

#### TRASLADO SILLÓN – CAMA (Transferencias)

- 15 INDEPENDIENTE. No precisa ayuda
- 10 MÍNIMA AYUDA. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física
- 5 GRAN AYUDA. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
- 0 DEPENDIENTE. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

#### DEAMBULACIÓN

- 15 INDEPENDIENTE. Puede andar 50 metros, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela sólo.
- 10 NECESITA AYUDA. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador.
- 5 INDEPENDIENTE (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión.
- 0 DEPENDIENTE

#### SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

- 10 INDEPENDIENTE. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona
- 5 NECESITA AYUDA
- 0 DEPENDIENTE. Incapaz de salvar escalones.

<20: dependencia total; 20-40: dependencia grave; 45-55: moderada; 60 o más: leve

CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR SEGÚN LA ESCALA DE  
BARTHEL EN HOGAR GERIÁTRICO SANTA SOFÍA DE TENJO, DULCE  
ATARDECER Y RENACER DE BOGOTÁ, DURANTE EL MES OCTUBRE DE  
2015

Consentimiento informado

Sr. (Sra.): .....

El propósito de este documento es entregarle toda la información necesaria para que Ud. pueda decidir libremente si desea participar en la investigación que se le ha explicado verbalmente, y que a continuación se describe en forma resumida:

Al respecto, expongo que:

He sido informado/a sobre el estudio a desarrollar y las eventuales molestias, incomodidades que la realización de la encuesta implica, previamente a su aplicación y con la descripción necesaria para conocerlas en un nivel suficiente.

He sido también informado/a en forma previa a la aplicación, que los procesos que se realicen, no implican un costo que yo deba asumir. Mi participación en el procedimiento no involucra un costo económico alguno que yo deba solventar (hacerme cargo).

Junto a ello he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera éstos produzcan.

Estoy en pleno conocimiento que la información obtenida con la actividad en la cual participaré, será absolutamente confidencial, y que no aparecerá mi nombre ni mis datos personales en libros, revistas y otros medios de publicidad derivadas de la investigación ya descrita.

Sé que la decisión de participar en esta investigación, es absolutamente voluntaria. Si no deseo participar en ella o, una vez iniciada la investigación, no deseo proseguir colaborando, puedo hacerlo sin problemas. En ambos casos, se me asegura que mi negativa no implicará ninguna consecuencia negativa para mí.

Adicionalmente, los investigadores responsables (Julián David Gómez Gracia) han manifestado su voluntad en orden a aclarar cualquier duda que me surja sobre mi participación en la actividad realizada. Para ello, se me informa que el domicilio para estos efectos es la UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES - UDCA ubicado en la Calle 222 #55-37, Bogotá, Cundinamarca tel:(1) 6684700 facultad de ciencias de la salud, programa de medicina, en el período comprendido en la investigación y hasta 6 meses después de concluida ésta.

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Yo, .....Cédula de identidad o pasaporte mayor de edad con domicilio en ....., Consiento en participar en la investigación denominada: CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR SEGÚN LA ESCALA DE BARTHEL EN HOGAR GERIÁTRICO SANTA SOFÍA DE TENJO, DULCE ATARDECER Y RENACER DE BOGOTÁ, DURANTE EL MES OCTUBRE DE 2015

Y autorizo a los investigadores responsables del proyecto y/o a quienes éste designe como sus colaboradores directos y cuya identidad consta al pie del presente documento, para realizar el (los) procedimiento (s) requerido (s) por el proyecto de investigación descrito.

Fecha: ...../...../.....

Hora: .....

Firma de la persona que consiente: .....

Investigador responsable: .....

Nombre

Firma

Co-investigador 1 : .....

Nombre

Firma

Co-investigador 2 : .....

Nombre

Firma

## FICHA DE ANTECEDENTES GENERALES

Nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ C.c \_\_\_\_\_ Hogar Geriátrico: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Comorbilidades: \_\_\_\_\_ Estrato: \_\_\_\_\_

Frecuencia de Visitas: \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Civil: \_\_\_\_\_ Sector Laboral: \_\_\_\_\_

Apoyo Familiar: \_\_\_\_\_ Número de Hijos: \_\_\_\_\_ Problemas Familiares: \_\_\_\_\_

Dependencia Económica: \_\_\_\_\_ Índice de Barthel: \_\_\_\_\_

Estancia: \_\_\_\_\_

Diagnósticos: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL DIRECTOR:

Firma (V.B.)

NOMBRE CODIRECTOR:

Firma (V.B.)

ASESOR METODOLÓGICO:

Firma (V.B.)

Fecha Presentación