

**CARACTERIZACIÓN SOCIAL, FAMILIAR Y DE SALUD DEL ADULTO MAYOR  
(HOGAR CASA DEL ABUELO, MI DULCE HOGAR)**

**Villavicencio - Colombia**

**Nota de informe final: 4,5**

Yuly Eliana Peña Gerena

Martha Berónica Calderón Pabón

**Universidad de los Llanos**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Especialización en Salud Familiar**

**Villavicencio – Meta**

**2017**

**CARACTERIZACIÓN SOCIAL, FAMILIAR Y DE SALUD DEL ADULTO MAYOR**

**(HOGAR CASA DEL ABUELO, MI DULCE HOGAR)**

**Villavicencio - Colombia**

Yuly Eliana Peña Gerena

Martha Berónica Calderón Pabón

INFORME FINAL INVESTIGACION II PARA OPTAR AL TITULO DE

ESPECIALISTA DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

DOCENTE EMILCE SALAMANCA RAMOS

ENFERMERA , ESPECIALISTA EN DESARROLLO INFANTIL CON  
POBLACION DE ALTO RIESGO, MAGISTER EN ENFEREMRIA CON ENFASIS  
EN SALUD FAMILIAR, ESTUDIANTE DE DOCTORADO EN CIENCIAS  
SOCIALES, NIÑEZ Y JUVENTUD. DOCENTE DE LA ESCUELA DE SALUD  
PÚBLICA DOCENTE CATEDRATICA DE INVESTIGACION Y ESTUDIOS DE  
POSGRADO.

**Universidad de los Llanos Facultad de Ciencias de la Salud**

**Especialización en Salud Familiar**

**Villavicencio – Meta**

**2017**

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>pág.</b>
INTRODUCCIÓN	7
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1. Descripción del problema	9
1.2 pregunta problema	11
2. JUSTIFICACIÓN	12
3. OBJETIVOS	17
3.1 OBJETIVOS DEL MACROPROYECTO	17
3.1.1. Objetivo general	17
3.1.2. Objetivos específicos	17
3.2 OBJETIVOS DEL ESTUDIANTE	17
3.2.1. Objetivo general	17
3.2.2. Objetivos específicos	17
4. MARCO REFERENCIAL	18
4.1 MARCO TEÓRICO	18
4.2 MARCO DE INVESTIGACIÓN	28
4.3 MARCO CONCEPTUAL	47
4.3.1 Caracterización	47
4.3.2 Variables sociodemográficas	48
4.3.3 Salud	48
4.3.4 Familia	49
4.3.5 Vejez	49
4.3.6 Adulto mayor	50
4.3.7 Hogar geriátrico	50
4.3.8 Cuidador	50

5. MARCO LEGAL	51
6. METODOLOGÍA	59
6.1 ÁREA DE ESTUDIO	59
6.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	60
6.3 POBLACIÓN MUESTRA	60
6.4 INSTRUMENTOS	61
6.5 UNIDAD DE OBSERVACIÓN	63
6.6 PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS	64
6.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	65
7. RESULTADOS	67
7.1 CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS DE ADULTO MAYOR	67
7.2 ESTADO DE SALUD DEL ADULTO MAYOR	68
7.3 RELACIONES FAMILIARES DEL ADULTO MAYOR	72
8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	82
8.1 CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS DEL ADULTO MAYOR	82
8.2 ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA	83
8.3 ESTADO DE SALUD DEL ADULTO MAYOR	86
9. CONCLUSIONES	92
10. RECOMENDACIONES	94
BIBLIOGRAFÍA	95

## LISTA DE ANEXOS

	<b>pág.</b>
ANEXO 1. Actividades básicas de la vida de Barther	103
ANEXO 2. índice para actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody	104
ANEXO 3. Escala de riesgo de caídas de Tinetti	106
ANEXO 4. Mini examen cognoscitivo (MEC)	108
ANEXO 5. Escala de depresión geriátrica de YESAVAGE	109
ANEXO 6. Índice de comorbilidad de Charlson	110
ANEXO 7. Guía de entrevista semiestructurada	111
ANEXO 8. Instrumento caracterización de los adultos mayores de los Centros vida.	113
ANEXO 9. Observación participante, diario de campo	116
ANEXO 10. Consentimiento informado para participantes de investigación	117

**Nota de Aceptación**

---

---

---

---

**Presidente del Jurado**

---

**Jurado**

---

**Jurado**

## INTRODUCCION

La presente investigación hacer parte del Macro proyecto titulado Caracterización sociodemográfica y de salud de Adulto mayor de los centros vida de cuatro municipios del piedemonte del Meta, que fue aprobada y avalada por la Facultad de ciencias de la Salud de la Universidad de los Llanos.

La cual tuvo como propósito conocer e identificar la percepción de salud y las dinámicas familiares que emergen en el centro vida “Casa del abuelo, mi dulce hogar” del municipio de Villavicencio - Meta, dado que se evidencio que la población mundial está envejeciendo a pasos acelerados, y la esperanza de vida va en aumento a nivel mundial, encontrándose una disminución de la tasa de fecundidad.

La investigación se desarrolló desde un estudio descriptivo con variables cualitativas y cuantitativas. Para valorar las variables cuantitativas se utilizaron los instrumentos que permitieron valorar las actividades de la vida diaria, el estado mental y de salud, entre otros.

Para las variables cualitativas se utilizó la Observación, el Diario de campo y la Entrevista Semiestructurada, permitieron realizar un análisis subjetivo donde se trató de comprender el comportamiento humano y las razones que determina dicha conducta.

El propósito de la investigación fue Identificar las características sociales, demográficas y de salud del adulto mayor (del hogar casa del abuelo, mi dulce hogar) de Villavicencio – Colombia. La información recolectada dentro de esta investigación da respuesta de manera integral y coherente al objetivo propuesto en la misma. Es así que desde la especialización de salud familiar se realizó un abordaje intersectorial que promueve mecanismos de abogacía en la consecución de los objetivos en cuanto al estado de salud del adulto mayor, el concepto de envejecer y la dinámica familiar de los mismos que permitan un abordaje holístico e integral salud- enfermedad.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción del Problema:

La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados, se evidenció que la esperanza de vida va en aumento a nivel mundial y se encuentra una disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. (Naciones Unidas, 2014)

Por tanto, se han producido cambios significativos en la pirámide poblacional a nivel mundial. El envejecimiento de la población está más anticipado en Europa y en América del Norte, pero se va produciendo o comenzará en todas las regiones; La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que para el período comprendido entre el 2000 y el 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará del 11% al 22%, pasando de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo estos cambios se darán más rápido en países en desarrollo y con ingresos medios y bajos predominar. (OMS, 2016)

A nivel de América Latina y el Caribe, existe un gran aumento del número de adultos mayores y se encuentra entre posiciones intermedias, tiene una contribución de 33 millones de personas mayores al crecimiento mundial de la población. En estas regiones es importante resaltar que en promedio uno de cada tres hogares, los recursos aportados por los adultos mayores por concepto de jubilaciones o pensiones representan más de la mitad del ingreso familiar. (NACIONES UNIDAS, 2014)

En Colombia, según el censo realizado por el DANE (1995-2005), existen 42'090.502 habitantes, de los cuales el 6% corresponde a 2'617.240 es mayor de 65 años, el 1,2% de esta población mayor, residen en hogares particulares y lugares especiales de alojamiento (LEA) o centros geriátricos; de la población

total el 54,6% son mujeres y 45,4% hombres, se evidencia que en la medida que ha aumentado la longevidad, principalmente en el sexo femenino, el índice de masculinidad disminuye, una de las razones que influye en lo anterior es el índice de viudez con un 13% para los hombres y 43% para las mujeres (DANE, 2005)

Existe mayor concentración de este grupo etario en la ciudad de Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla, lo anterior se corrobora con la inversión de la pirámide poblacional, en una disminución de la población joven y el incremento de los adultos mayores, se espera que para el 2050 el total de la población sea cercano a los 72 millones y con más del 20% por encima de 60 años. (Arango y Ruiz, 2015)

Según la encuesta SABE para Colombia en la mayoría de los casos (58.2%) del 100% de la población encuestada se evidencio que quienes cuidan son los hijos a los adultos mayores independientemente del sexo y el tiempo que llevan realizando labores de cuidado.

El tipo de cuidado que realizaban con mayor frecuencia fue para ayudar a realizar actividades instrumentales de la vida diaria, como administrar medicamentos, salir a la calle, hacer compras e ir al médico. Solamente el 12,5% del 100% prestaba cuidados especializados como manejo de sondas, equipos médicos o terapias específicas.

Dos terceras partes de las personas cuidadoras familiares manifestaron que realizan las labores de cuidado por iniciativa propia y la distribución de esta y otras razones fue similar para hombres y mujeres. La mayoría de las personas cuidadoras (87.2%) realizaron las actividades del cuidado todos los días, lo cual implica ausencia de tiempo libre o de ocio y conduce a sobrecarga. Cuidar a una persona mayor es una labor continuada que perdura en el tiempo.

Para el departamento del Meta, el municipio de Villavicencio es receptor de población desplazada por la violencia. La demanda que esto ha generado a nivel social hace que la atención humanitaria, de protección, de reparación y de

restitución de tierras sea muy alta, al grado de no poder cumplir con las necesidades generadas por este grupo poblacional.

Villavicencio cuenta con programas como Colombia Mayor para los adultos mayores creados en el 2014, la edad de ingreso igual o superior a 54 años en mujeres y 59 años en hombres, en él los adultos reciben atención integral, soporte económico, entre otros beneficios. El 19 de noviembre del 2014, se amplió la cobertura con un total de 2116 nuevos beneficiarios. (Alcaldía de Villavicencio, 2015)

El municipio cuenta con 27 centros vida distribuidos en la ciudad, lo cuales hacen parte de la política pública y tienen por objetivo permitir al adulto mayor sentirse útil, valorarse en la vida social y familiar. (Alcaldía de Villavicencio, 2015)

Teniendo en cuenta lo descrito anteriormente es importante para el desarrollo, de la implementación de planes de acciones e intervenciones enfocados o encaminados a la promoción del autocuidado de la edad adulta. Para esto, es importante conocer la información anterior pues permite conocer la situación actual de las personas mayores, concientizar a las poblaciones que van a llegar a esta etapa del ciclo vital y evitar las enfermedades para obtener una salud de calidad.

El interés de este proyecto fue indagar las dinámicas familiares de los adultos mayores del municipio de Villavicencio, conocer la percepción que los integrantes de la familia tienen acerca de envejecer, los proceso de envejecimiento y el conocimiento en el manejo del entorno familiar y comunitario del adulto mayor basadas en los principios de independencia, participación ciudadana, autorrealización y dignidad. (Villareal y Month, 2012)

## **1.2. Pregunta del Problema.**

¿Cuáles son las características sociales, familiares y de salud del adulto mayor (hogar casa del abuelo, mi dulce hogar) – Villavicencio Colombia.

## 2. JUSTIFICACIÓN

A nivel del Departamento del Meta y del municipio de Villavicencio a la fecha no se han realizado estudios investigativos sobre la caracterización social, familiar y de salud de los adultos mayores por lo que se hace necesario adelantar un trabajo con la población adulta mayor de la región y así aportar información relevante de su condición socio demográfica y estado de salud.

La presente investigación tuvo como fin dar a conocer las características, familiares sociales y de salud de la familia del adulto mayor (hogar casa del abuelo, mi dulce hogar) de Villavicencio- Meta; que hacen parte del macro proyecto titulado Caracterización sociodemográfica y de salud de Adulto mayor de los centros vida de cuatro municipios del piedemonte del Meta.

La investigación es coherente con las política mundiales del cuidado del adulto mayor; según la Naciones unidas este grupo etario representa gran interés, ya que existe un giro en la pirámide poblacional y un aumento en la esperanza de vida de los adultos mayores de 60 años. Cabe aclarar que la problemática no radica en la esperanza de vida, ya que esto significa un logro con respecto a los retos que se desarrollan a nivel mundial, lo realmente preocupante es la incidencia de este grupo etario con respecto a la población.

El informe de las Naciones Unidas del año 2014, muestra el inicio de planteamientos de retos con respecto a las familias, comunidades y las sociedades en aspectos como el crecimiento económico, la seguridad económica en la vejez, la organización de los sistemas de atención a la salud y la solidez de los sistemas de apoyo familiar.(Naciones Unidad, 2014)

Para continuar es necesario retomar el Plan de acción Internacional con énfasis en el envejecimiento “exitoso”, promoviendo una nueva cultura social positiva de la vejez, una ciudadanía mayor con seguridad económica, acceso a la participación laboral, social y educativa.

De tal manera la investigación pretendió caracterizar algunos aspectos de los determinantes sociales de los adultos mayores que permitan identificar las características socio demográficas y de estado de salud del adulto mayor.

Además, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) solicitó a los estados miembros a que establecieran políticas, planes, programas y servicios nacionales para las personas adultas mayores, haciendo énfasis en los servicios de promoción de la salud, atención primaria y la elaboración de políticas públicas, que favorezcan al adulto mayor en busca de una vejez feliz, propuso fundamentalmente la actividad física como principio clave, para prevenir la enfermedad crónica y la discapacidad en la vejez.

Es inadmisibles como el adulto mayor en América latina, se enfrenta a las mismas circunstancias que el resto de los grupos etarios, sin tener en cuenta la vulnerabilidad física, psicológica, emocional y funcional que presenta; Así mismo, los países en vía de desarrollo son los más afectados con respecto a la pobreza y violencia; lo cual resulta impotente al adulto mayor de no responder con la misma eficiencia que responderían otros grupos etarios. “La discriminación la vive por su condición de debilidad, de fragilidad, viéndose segregados socialmente, marginados de la toma de decisiones.

Para hablar del municipio, es necesario conocer el contexto sociopolítico en el cual se desarrolla la vida social y familiar de las personas en Villavicencio a causa del conflicto interno, que lo convirtió en un municipio receptor de víctimas de la violencia; ya que puede ser causa del aumento en la demanda de servicios sociales y de protección social, el cual es mucho mayor que el promedio nacional.

La situación del adulto mayor es ardua al analizar las circunstancias de oferta; en el acuerdo N° 278 de 2015, se muestra que hay avances tímidos, con respecto a la lucha contra la pobreza extrema y la pobreza moderada y en lo que resta a la

necesidad que plantea el cuidado del adulto mayor, el impacto de las acciones sociales sobre el bienestar general de los adultos mayores, diferente de la lucha contra la pobreza, es mínimo, casi marginal. Así, encontramos que "los cupos otorgados del Programa Colombia Mayor en Villavicencio actualmente son 11.002 de los cuales 10.322 adultos mayores se encuentran activos, 679 adultos mayores se encuentran suspendidos y 1 cupo vacío, todos en situación de vulnerabilidad, edades mínimas de ingreso de 54 años mujeres y 59 años, hombres. En cuanto a la ampliación de cobertura que se realizó el día 19 de Noviembre del 2014 con un total de 2.116 nuevos beneficiarios". (Alcaldía de Villavicencio 2015)

Finalmente, se ha encontrado gran variedad de información acerca de las problemáticas que presentan los adultos mayores, pero escasa con respecto a la interacción que existe en el grupo de apoyo que es la familia, es ahí donde se a vecina el reto, para que el adulto mayor logre vivir una vejez con calidad y en compañía de su seno familiar; muchos países tendrán que adaptar sus políticas y los niveles de prestación de servicios para cubrir las demandas de una población con una proporción de ancianos cada vez mayor.

Teniendo en cuenta lo anterior con respecto a las problemáticas que afectan a , los adultos mayores en el contexto colombiano y para el departamento del meta del municipio de Villavicencio fue importante para la presente investigación definir el concepto del cuidador del adulto mayor ya que, a lo largo de ciclo vital de vida familiar van cambiando roles, funciones y van surgiendo nuevas responsabilidades frente al cuidado del adulto mayor.

Con respecto al tema de los cuidadores del adulto mayor se puede evidenciar que se encuentran varios tipos de cuidadores dentro de los que se encuentran:

Los cuidadores informales quienes no reciben remuneración ni apoyo externo y tampoco están capacitados; estos incluyen a familiares, amigos y vecinos.

Otro tipo de cuidadores son; los profesionales sanitarios altamente capacitados, y también se pueden encontrar personas, que cuentan con distintos niveles de capacitación, conocimientos técnicos, estatus y remuneración.

Es relevante el rol que ejerce un cuidador, pero más importante es si este pertenece a su núcleo familiar. La importancia del apoyo de la familia en un adulto mayor es de gran necesidad ya que ayuda en los aspectos emocionales y afectivos, esto es trascendental ya que es una necesidad del adulto mayor.

Así mismo el proceso de envejecimiento genera una serie de demandas de cuidados y afectos que requieren dedicación y entrega, en la que la familia tiene un deber en el cuidado del adulto mayor, sobre todo los hijos deben aceptarlo como una responsabilidad moral. Por lo cual como primer argumento el rol de la familia en el cuidado del adulto mayor son fundamentales para las necesidades Psico afectivas.

Se puede evidenciar que a lo largo del ciclo vital al no encontrarse cuidadores activos que velen por la protección, y cuidado del adulto mayor al interior del sistema familiar se crean los hogares geriátricos los cuales son una opción para el cuidado del adulto mayor cuando las familias requieren de un apoyo, teniendo en cuenta que un hogar geriátrico “es una institución compuesta por médicos y enfermeros que se ocupa exclusivamente del cuidado y bienestar del adulto mayor.

Teniendo en cuenta que los adultos mayores por su ciclo de vida familiar su estado de salud se vuelve mucho más frágil, desde lo físico y hasta lo psíquico, requiriendo de un cuidado especial y muy preciso que a veces la familia no logra brindar o tampoco puede hacerlo. Por otra parte, puede suceder que el adulto mayor se encuentre solo, entonces, decide ingresar a una institución de este tipo que le garantizará un cuidado y una atención dedicada.

Posterior a ello, emerge la Constitución Política, 1991. La cual en su “Artículo 46, establece que el Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la

asistencia de las personas adultas mayores, y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria Para ello, el Estado garantizará los servicios de la Seguridad Social integral.” (Asamblea, mundial sobre el envejecimiento, 1982)

Como conclusión de la presente problemática de investigación se puede evidenciar que es importante realizar un análisis global de las características, sociales, familiares y de salud de los adultos mayores, para nuestra sociedad, teniendo en cuenta la corresponsabilidad entre estado y familia en el cuidado y protección de los adultos mayores y su condición de vida.

Por lo consiguiente desde la especialización de salud familiar se busca poder tener una mirada integral de estas familias que permita analizar las condiciones actuales que influyen y determinan las situaciones de los adultos mayores en nuestra sociedad. Y concientizar así a los entornos familiares quienes requieren de herramientas para el abordaje, acompañamiento y atención al adulto mayor.

Como breve conclusión la familia es el eje central de la sociedad donde se satisfacen las necesidades Psico afectivas permitiendo así un adecuado desarrollo de su estado físico, mental y social.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivos Del Macro Proyecto**

##### **3.1.1. Objetivo General:**

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

##### **3.1.2. Objetivo específicos:**

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

#### **3.2 Objetivos Del Estudiante**

##### **3.2.1. Objetivo general:**

- Identificar las características sociales, demográficas y de salud del adulto mayor (hogar casa del abuelo, mi dulce hogar) de Villavicencio – Colombia.

##### **3.2.2. Objetivos Específicos:**

- a) Caracterizar los aspectos sociales y demográficos del adulto mayor (hogar casa del abuelo, mi dulce hogar) de Villavicencio – Colombia
- b) Valorar el estado de salud físico, mental del adulto mayor (hogar casa del abuelo, mi dulce hogar) de Villavicencio – Colombia.
- c) Describir las relaciones familiares del adulto mayor (hogar casa del abuelo, mi dulce hogar) de Villavicencio – Colombia.

## 4. MARCO REFERENCIAL

### 4.1. MARCO TEORICO

De acuerdo con datos empíricos que demuestran que; La pérdida de capacidad generalmente asociada con el envejecimiento solo se relaciona vagamente con la edad cronológica de una persona.

Es por ello que se debe tener en cuenta el concepto de envejecimiento activo de la OMS (2002), enunciado como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen . (OMS, 2015)

El término “activo” hace referencia a una participación continua en aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, no solo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra, si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva con una vida más larga. (Alvarado y Salazar, 2014)

De acuerdo con lo anterior es importante mencionar que las condiciones físicas y mentales de las personas mayores, que ha alcanzado más de 60 años y que establece el cese de la vida laboral y el inicio de la vejez continúa realizando una variedad de actividades productivas.

Es por ello que las personas mayores participan activamente en una diversidad de ocupaciones de la vida cotidiana colaborando notoriamente en las dinámicas diarias de la familia y la comunidad que los rodea dentro de las posibilidades que le otorga su condición física y mental. (López, 2016)

De la misma manera la dinámica de la salud en la vejez es compleja, dado que se evidencia un cambio en las capacidades físicas y mentales y en el funcionamiento de la persona mayor.

Desde luego que con los años, se producen numerosos cambios fisiológicos fundamentales, y aumenta el riesgo de enfermedades crónicas, debido a la pérdida de audición, visión y movilidad relacionada con la edad y a las enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer y la demencia. (OMS, 2015)

**ENVEJECIMIENTO ACTIVO** Basando en el concepto de la “OMS”, el envejecimiento activo es un proceso valioso, aunque frecuentemente complejo, y que las personas mayores hacen muchas contribuciones fundamentales a la sociedad. En este informe se considera que es bueno envejecer y que las sociedades están mejor por tener a las personas mayores. ” (OMS, 2015)

**ENFOQUE DE FAMILIA** Ahora bien para la presente investigación es importante tener en cuenta el concepto de familia en donde su mayor expositora es con respecto a la familia y cultura en Colombia es la Autora Virginia Gutiérrez de Pineda quien en su libro la “Familia y cultura en Colombia (2014), en el que presenta una amplia y extensa caracterización de la tipología y estructura colombiana, mediante cuatro complejos culturales o subculturas: complejo cultural andino, complejo santandereano, complejo antioqueño y complejo litoral-fluvio-minero; con ello le dio una nueva dimensión a lo regional y aportó elementos inéditos para comprender la evolución de la economía y sociedad colombiana durante los dos últimos siglos.

Se diría pues que los cuatro tipos de familia de acuerdo con su investigación, se podían apreciar entre los años 50 y aún en los 60 cuatro grandes grupos o cuatro complejos culturales de familias los cuales se describen a continuación:

- La familia andina: Se trata de un fuerte grupo de origen amerindio. Corresponde a los departamentos de Cundinamarca, Nariño, Cauca,

Boyacá y sur de Santander. Es posible encontrar en este grupo, varias instituciones paralelas al matrimonio o previas a él que son claras formas de unión libre. El modelo de autoridad es patriarcal, pero a medida que descende en la escala social se convierte en matriarcado.

- La familia neo hispánica: Es el complejo cultural de los dos santanderes. Posee un ancestro eminentemente blanco que conserva muchas tradiciones de la hidalguía española. Es quizás el grupo racial con mayor énfasis en el culto a la virilidad. Es aquí donde se puede ver el machismo y una desvalorización del estatus de la mujer casi absoluta.
- La familia negroide: Corresponde al grupo cultural ubicado en la Costa Pacífica y Atlántica y antiguos territorios mineros a orillas del Magdalena y del Cauca. El machismo se orienta hacia el sexo. El estatus del varón se adquiere por el número de hijos que tiene con una o con varias mujeres.
- Familia de la Montaña: Corresponde al grupo cultural asentado en Risaralda, Antioquia, Caldas, Quindío, norte del Valle y del Tolima. Es producto de mestizaje de tres etnias: blanco, negro e indio .El catolicismo es el gran ordenador social. Por eso la forma de enlace absoluta es el matrimonio religioso, mientras que las uniones libres o concubinas casi no existen. El machismo se canaliza a través de una actividad febril. El machismo paisa se vuelca en el trabajo”. (Gutierrez,2014)

Por todo lo anterior se concluye que la familia es el objeto de estudio de análisis, de seguimiento, de intervención y de protección como base principal del desarrollo de una sociedad, en donde los individuos en sus etapas del ciclo vital desde la infancia hasta la adultez mayor adquieren herramientas y habilidades que permitan una interacción positiva y proactiva en el ámbito social. De esta manera es importante aprender a reconocer el rol que la familia juega en las diferentes etapas de desarrollo del ser humano siendo esta

su base principal de sustento y de surgimiento en los espacios de desarrollo personales, familiares sociales y comunitarios.

Se entiende por la relación entre familia y adulto mayor que las familias se constituyen en el principal referente de los individuos y la sociedad.

Un ambiente familiar de afecto, cariño y atención es favorable para la salud; por el contrario, el contexto familiar de desapego y desinterés conduce a sentimientos de abandono y surge la depresión que es campo propicio para las enfermedades; que modifican la vida cotidiana del adulto mayor y la familia.

Un estudio realizado sobre el binomio familia y adulto mayor concluyó que las familias necesitan estar preparadas y sensibilizadas para la convivencia y atención de sus adultos mayores y como consecuencia del proceso de transición demográfica que vive el mundo de hoy, esta afirmación debería tenerse en cuenta y comenzar iniciativas que mejoren las condiciones de los adultos mayores .(Gutierrez, et, al, 2015)

Para lo que se tendrá en cuenta el planteamiento de Ángela Hernández en donde hace referencia a: La composición familiar a partir de las cuales se organizan las responsabilidades y la interacción familiar y se prescribe y se limita la conducta de los miembros para mantener estabilidad del grupo.

Las reglas se delimitan y se refuerzan por medio de mecanismos homeostáticos. Y a lo largo de su historia de vida se podrá reorientar y reestructurar su sistema de normas, lo cual debemos tener en cuenta al momento de realizar un pre diagnóstico de intervención familiar. Es así como las familias evolucionan a lo largo de del curso de su ciclo de vida” (Hernández, 2016)

Para realizar el análisis de la Estructura Familiar se deberá tener en cuenta; tres perspectivas de análisis:

1. La perspectiva Estructural que hace referencia a; Jerarquía, límites, roles, y subsistemas.
2. La perspectiva Funcional la cual hace referencia a los patrones y fenómenos de la interacción, y la evolutiva donde se debe considerar a la familia como un sistema morfo genético en creciente complejidad. Y todo esto teniendo en cuenta en un Marco de creencias y Valores.
3. En la perspectiva eco-sistémica se nos brinda una explicación integral para comprender el pre diagnóstico de nuestras familias así; Morin (2013) Y Gregory Bateson (2013), el individuo y la Familia son seres que emergen en la apertura ecológica, en la cual la existencia es la actualidad de un ser que se produce en relaciones de eco-dependencia  
Al aceptar que el entorno es constitutivo de los seres que se alimentan en él a través de relaciones variadas que pueden ser complementarias, concurrentes y antagonistas.

Es por todo lo anterior que las intervenciones en familia son únicas e irrepetibles, toda vez que cada familia se encuentra en una etapa de ciclo vital características y también su funcionamiento es diferente para cada una.

Es por ello que el investigador en familia deberá tomarse el tiempo en identificar las etapas de ciclo de vida por la cual atraviesan las familias y sus estructuras internas antes de entender cada uno de las problemáticas a nivel social, familiar, y demográfico en las que se encuentran los adultos mayores.

Para la presente investigación se tendrá en cuenta el enfoque sistémico el cual hace referencia a los procesos Psico afectivos del ciclo vital de la familia, que proponen Terkelsen (2014), y Olson (2013). Tales como; los cambios en el tamaño de la Familia, los cambios en la edad, los cambios laborales, cambio de roles, cambio en la orientación de las metas, los cuales afectan directamente el proceso de adaptación y de cambios en los adultos mayores. Por ejemplo lo que

es un problemática difícil para una familia de acuerdo a sus habilidades y estrategias puede ser más manejable en otra familia.

Es importante aclarar los tipos de recursos familiares con los cuales cuenta la Familia Según Ángela Hernández donde nos describe: “Los recursos personales tales como; la inteligencia, los conocimientos y habilidades adquiridas, por la educación y experiencia, los rasgos de personalidad, la salud física y emocional, el sentimiento de seguridad en sí mismo, la autoestima y luego de determinar cómo afectan en el desarrollo de los recursos personales tales como: La cohesión, la confianza, el aprecio, el apoyo, la integración, el respeto, la adaptabilidad de los adultos mayores”. (Hernández, 2012)

Es muy interesante analizar la Propuesta desde una perspectiva eco sistémico en donde la Familia es el objeto de intervención y estudio donde el adulto mayor se encuentra directamente involucrado y afecta su desarrollo en el contexto socio familiar.

**DETERMINANTES SOCIALES Y DE SALUD EN COLOMBIA** Dentro de los determinantes sociales donde se desarrolla el adulto mayor se encuentran los siguientes:

**POBREZA** La pobreza según el Departamento de Planeación Nacional en cuanto a la pobreza informa qué se refiere al porcentaje de la población que no cuenta con los ingresos necesarios con respecto a un valor dado, Línea de Pobreza, o que sus ingresos no son suficientes para satisfacer los requerimientos nutricionales básicos de una familia.

Teniendo que en cuenta que nuestra población objeto que es el adulto mayor, debemos analizar con que ingresos cuenta a nivel familiar y social para su subsistencia, es por ello; Que según el Banco Mundial (BM) en los últimos 10 años y gracias a innovadoras reformas en los sistemas de pensiones, América Latina amplió la cobertura pensional a 11 millones de personas mayores de 65 años que antes no tenían acceso de ninguna forma. Lo que ha mejorado las

condiciones de vida de la población y por ende disminuir los niveles de pobreza en el adulto mayor.

**DESEMPLEO** Otro de los determinantes sociales es el desempleo este concepto se puede definir como; “No contar con empleo, actividad productiva, y/o ingresos suficientes para satisfacer las necesidades, ha sido lo que más se ha asociado con la vulnerabilidad de ser pobre.

**EDUCACION** Es así que la Educación es una “función preventiva y otra remedial. Preventiva, pues a través de garantizar el acceso, la calidad, una dotación suficiente de recursos educativos y la adquisición de un conjunto de competencias básicas que facilita el acceso al mercado laboral. Remedial porque puede ofrecer medidas de carácter compensatorio que permitan igualar las oportunidades” (DNP, 2016)

**SANEAMIENTO AMBIENTAL, SERVICIOS PÚBLICOS A CARGO DEL ESTADO.** Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir, y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

Según los indicadores sociales y de salud se puede identificar que hacen parte de la caracterización de nuestra población objeto de estudio, donde es vital que se dé la atención integral en salud y sus necesidades básicas para lograr un análisis holístico de los adultos mayores de nuestro país.

De igual modo para la presente investigación se debe tener cuenta los lineamientos para la atención a familias y comunidades encontrando la política de atención integral en salud creada por el Ministerio de Salud y el Gobierno

Nacional en donde se especifica los modelos de atención integral en salud y las rutas integrales de atención en salud a todos los grupos poblacionales tales como: (Primera infancia, infancia, adolescencia, adulto joven, y adulto mayor) y las políticas de intervención colectiva que enmarcan todo un modelo de atención a nuestra población objeto de estudio.

Desde entonces se crea la Política de Atención integral en Salud del Ministerio De Salud y de protección social y el gobierno nacional, mediante la cual se adopta la atención en salud a la población nacional dentro de los diferentes territorios teniendo en cuenta el enfoque diferencial y el curso de vida.

Dentro de la política de atención en salud se implementa el modelo de atención integra **(MIAS)** el cual se realiza mediante los modelos de atención integral y se rigen los modelos desde el gobierno como rector, como un conjunto de herramientas (políticas, planes, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías, documentos técnicos) que integran los objetivos del Sistema de Salud con los de la Seguridad Social.

Dentro de dichos modelos se encuentran las **Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), las cuales** son una herramienta que define, a los agentes del Sistema (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación.

El Ministerio de Salud de Protección Social ha planteado tres tipos de RIAS las cuales se describen a continuación:

- 1. Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud:** La cual Comprende las acciones y las interacciones que el Sistema debe ejecutar para el manejo de riesgos colectivos en salud y la protección de la salud de la población, promoviendo entornos saludables para lograr el bienestar y el desarrollo de los individuos y las poblaciones.
- 2. Ruta de Grupo de Riesgo:** Esta ruta incorpora actividades individuales y colectivas, que pueden ser realizadas en los entornos saludables, en el prestador primario o complementario, y que están dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, ya sea para evitar la aparición de una condición específica en salud o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento.
- 3. Ruta específica de atención:** esta ruta aborda condiciones específicas de salud, incorpora actividades individuales y colectivas que pueden ser realizadas en los entornos, en el prestador primario y complementario, orientadas al tratamiento, rehabilitación y paliación según sea el caso.

Así mismo en la atención en salud se implementa el plan de intervenciones colectivas (PIC) Constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada la salud de la población. Por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad” (Ruiz, 2016)

Cabe concluir que se cuenta con los lineamientos para la atención a familias y comunidades por el ICBF el cual dentro de sus objetivos institucionales tiene el propósito de proveer protección integral a la familia y la niñez en coherencia con la convención internacional de los derechos humanos, provee a la familia un marco referencial de atención y protección generando estrategias para analizar a

la familia desde un enfoque diferencial, teniendo en cuenta su género, etnia, situación socio económica, condiciones físicas y mentales.

Según estos lineamientos llevan a ICBF al fortalecimiento conjuntamente con las familias, sus capacidades, teniendo en cuenta no solo su multidimensionalidad si no que se trata de un espacio de relaciones y vínculos intergeneracionales. (Molano, 2013)

**GUIA ADULTO MAYOR DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.** En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social ha priorizado una serie de Observatorios y Sistemas de Seguimiento - para que cumplan con roles estratégicos y competencias bien definidas en función de la gestión del conocimiento. Aunque los roles y alcances están en sintonía con solucionar la limitada disponibilidad de información a nivel tanto individual como contextual, así como local, nacional e internacional, no se han limitado en registrar y recopilar datos sobre morbilidad y mortalidad, en ésta oportunidad adquieren un valor adicional debido que se han concentrado en identificar y monitorear las condiciones que inducen a cambios en la salud de las poblaciones e influyen comportamientos y conductas de riesgo para la salud en las personas.

En Colombia los Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales - ROSS priorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social MSPS han sido en su conjunto, identificados para cumplir con roles estratégicos y competencias bien definidas en función de la gestión del conocimiento. El modelo de ROSS se ha aplicado con el propósito de informar la formulación de las políticas e intervenciones en salud, de la siguiente manera: Proporcionando información, datos y gestionando el conocimiento sobre la situación de salud de la población Colombiana.

El propósito de esta Guía es estandarizar el monitoreo de los indicadores de desempeño de Sistema de Salud en Colombia bajo criterios y esquemas del Observatorio Nacional de Envejecimiento y vejez, con el fin de proporcionar datos, indicadores y análisis internacionalmente comparables que orienten políticas basada en la evidencia que mejoren la atención en salud de las personas en edad avanzada, la promoción del envejecimiento activo, la afectación positiva de los determinantes sociales, así como orientar la toma de decisiones de protección social que aseguren un abordaje efectivo del envejecimiento poblacional en Colombia durante las próximas décadas.

El alcance de esta guía involucra todas las actividades de planeación, mejoramiento y estructuración requeridas, así, como la recolección sistemática, el análisis e interpretación de datos e información y su difusión oportuna para lograr que los actores sociales partícipes de la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de la política pública para la atención integral a las personas adultas mayores de 60 años y más, dispongan de información confiable y oportuna que contribuya a la acertada toma de decisiones para la garantía de los derechos de este grupo poblacional. (Gaviria y Ruiz, 2015)

## **4.2 MARCO DE INVESTIGACION**

### **(ESTUDIO DEL ARTE)**

Dentro del marco investigativo se encontraron estudios, sobre el envejecimiento que contextualizan la temática como; la caracterización social, familiar y de salud de la familia del adulto mayor.

Para ello se destacan las siguientes investigaciones:

- 1. El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad.**

**Resumen:** “Para comenzar a continuación se describe que el aumento de vida de la población Adulto Mayor se encuentra unido al decrecimiento de la natalidad en los países desarrollados y algunos en vías en desarrollo, son responsables

fundamentalmente del incremento acelerado de la población mayor de 65 años, uno de los principales problemas socioeconómicos que confrontan y aquejan a la población adulto mayor.

Por tal razón se precisa conocer urgente e integralmente el proceso de envejecimiento humano, que propiciará la adopción de medidas que faciliten a esta población la satisfacción de las condiciones económicas, sanitarias, sociales y espirituales, que garanticen el disfrute de una vejez activa y saludable.

Alrededor de dicha investigación se llevó a cabo la metodología desarrollada por la participación de la Oficina del Censo de los Estados Unidos, donde se trabajó con una muestra de la población mundial mayor de 65 años alcanzará en el año 2040 los 1300 millones, que supondrá el 14 % de la población total y pronostican que: "Las personas de 65 y más años superarán pronto a los niños menores de cinco años por primera vez en la historia". Por otra parte ese informe asevera tácitamente que: "El problema no es el exceso de población mundial sino su envejecimiento.

De lo anterior descrito se resalta que el objetivo de esta investigación permite reiterar la importancia de la repercusión política, socioeconómica, y cultural, que representa un desafío para el adulto mayor, la familia, la sociedad y las instituciones gubernamentales, que de no enfrentarse adecuadamente, tendrá catastróficas consecuencias por su alto costo social y constituirá una violación de los derechos humanos a los ancianos.

Con todo y lo anterior se concluye que el incremento global actual y futuro del número de personas ancianas en el planeta hasta cifras que indican la inversión de la pirámide poblacional, su importancia, trascendencia e impacto social y económico, constituye un reto para los países involucrados.

Donde es importante conocer de forma integral el proceso de envejecimiento en su real, total y justa dimensión, lo cual facilitará la adopción de medidas precisas y audaces que propicien la satisfacción de las condiciones económicas, sanitarias, sociales y espirituales que garanticen el disfrute de una vejez activa y saludable a este sensible estrato poblacional.

En este orden de ideas se encontraron como resultados:

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

Indudablemente el envejecimiento poblacional y la satisfacción de las necesidades de esta franja etaria de la sociedad, representa para los países un desafío en el orden económico, político, social y cultural” (Reyes y Castillo, 2012).

#### 1. **Nivel De Sobrecarga En El Desempeño Del Rol Del Cuidador Familiar De Adulto Mayor Con Dependencia Severa.**

**Resumen:** “En cuanto a los cuidadores se encuentra que son personas que otorgan cuidado informal, no reciben remuneración o retribución económica, se catalogan como principales o primarios y secundarios, según el grado de responsabilidad en el cuidado de los ancianos y son definidos como "aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones"

De cualquier modo la experiencia de cuidar involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo, provoca un aumento en la carga del cuidador, la cual si no se logra manejar adecuadamente puede traer repercusiones físicas, mentales y socioeconómicas y, por lo tanto, comprometer la vida, la salud, el bienestar, el cuidado y autocuidado no sólo del cuidador, sino también de la persona dependiente de cuidados

Este cuidado a veces puede durar meses o años, puede exigir gran esfuerzo físico, suelen ser desagradables y provocan interrupción de los roles que desempeña la persona tanto en su familia como en la sociedad.

A partir de esta investigación se planteó una metodología de corte transversal, correlacional y predictiva. La población de estudio fueron 67 cuidadores familiares de adultos mayores con dependencia severa, adscritos al Programa de Postrados del Consultorio Externo y al CESFAM Dr. Jorge Sabat de Valdivia, que corresponde a la totalidad de los cuidadores que cumplieron con los criterios de inclusión.

Se incluyeron cuidadores familiares que tenían más de 3 meses en el rol de cuidador y que aceptaron participar, explicitado en el Consentimiento Informado.

La recolección de datos se realizó a través de la Escala de Carga del Cuidador de Zarit, y se adicionó una Encuesta de Perfil Sociodemográfico. Esta escala intenta objetivar la carga del cuidador, mide el riesgo de deterioro de la vida social, laboral, familiar, los problemas económicos y el sentimiento de sobrecarga en el rol de cuidar.

Con el propósito de determinar cuál es nivel de sobrecarga en el desempeño del rol, en el cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa y su relación con características sociodemográficas.

Con todo lo anterior se encuentra en el estudio como conclusión que el 59,7% de los cuidadores presentaba sobrecarga intensa los cuidadores continúan siendo Mayoritariamente mujeres fenómeno que se puede explicar por los patrones culturales imperantes en nuestra sociedad de machismo y patriarcado, que asigna a la mujer el papel de cuidadora y principalmente el cuidado de personas dependientes, como niños, ancianos y personas con discapacidades físicas y

psíquicas; además estas mujeres desempeñaban otros roles como madre de familia, esposa e hija.

El cuidado de las personas mayores no puede recaer sólo en un individuo, debe ser compartido con toda la familia, porque la carga y los costos que provoca son muy altos, y sólo se puede sobrellevar con la organización del trabajo familiar en forma igualitaria y equitativa.

Confirma además la necesidad de contar con más instituciones comunitarias y gubernamentales que presten apoyo a estas personas con compromiso verdadero en la labor del cuidado y que se implementen estrategias a favor del cuidado familiar.

Alrededor de este estudio se encontró como resultados que:

- El Rango de edad predominio del sexo femenino (91%), mayoritariamente correspondía a hijas/os (49,3%), con media de edad de 58,6 años, 85,2% eran mayores de 45 años, que no realizaban trabajo remunerado fuera del hogar.
- La mayoría son casados (50,7%), de bajos ingresos económicos, su situación previsional indica que son mayoritariamente carentes de recursos e indigentes o con ingreso imponible mensual menor o igual a \$172.000.
- Cabe destacar que el 43,3% manifiesta llevar de 1 a 5 años desempeñando el rol de cuidador, el 92,5% refiere recibir apoyo de las instituciones de salud y muchos de los cuidadores presentaban alguna patología, 3 de cada 4 cuidadores refieren no realizar actividades recreativas.
- Los resultados permiten plantear líneas futuras de investigación, referente a la búsqueda de las causas que expliquen los altos niveles de sobrecarga encontrados, se podrían incluir variables importantes tales como: recursos de afrontamiento individual, resiliencia, significado que le otorgan al cuidado de un familiar, calidad de vida, los conocimientos que posea el cuidador,

invisibilidad del trabajo de cuidador, auto estimación, niveles de ansiedad, depresión y funcionamiento familiar” (Flores, Rivas y Seguel, 2013).

## **2. Determinantes Sociales En Salud Y Estilos De Vida En Población Adulta De Concepción, Chile.**

**Resumen:** “A partir de los determinantes sociales de salud son los diversos factores que generan disparidades en el acceso al sistema de salud y en su utilización, lo que produce desigualdades tanto en la promoción de la salud como en las posibilidades del restablecimiento y supervivencia tras una enfermedad. El propósito del estudio fue determinar la relación entre estilo de vida promotor de salud y variables psicosociales, demográficas y de salud.

Los determinantes sociales de la salud que en su integralidad abordan elementos que intentan explicar que las desigualdades en que se manifiestan los resultados en salud para diversos grupos de la sociedad, dicen relación con las distintas posibilidades que tienen las personas de desarrollarse en la vida y gozar de buena salud. Esas desigualdades se observan en las condiciones de vida de la primera infancia, la escolarización, la naturaleza del empleo y las condiciones de trabajo, las características físicas del medio construido y la calidad del medio natural en que vive la población.

De acuerdo con esta investigación se hace referencia a la metodología que corresponde a un estudio descriptivo y correlacional, de orientación cuantitativa.

De lo anterior se tomó como base la población de estudio estuvo constituida por 441 adultos, de ambos sexos, entre 20 y 65 años, asistentes en el 2011 a establecimientos de atención primaria de salud. La muestra fue no aleatoria, con cuotas sexo y edad.

El instrumento utilizado fue la Escala Health-Promoting Lifestyle Profile II. El procesamiento de la información se realizó con el Programa SAS.

De manera que busca como objetivo encontrar las asociaciones significativas en variables psicosociales como: percepción de problemas del entorno; satisfacción

con aspectos de la vida; apoyo afectivo; apoyo y confianza; autoestima y autoeficacia.

Lo anteriormente descrito permite mencionar como conclusión la necesidad de abordar la promoción de la salud desde una mirada multidimensional. La generación de estilos promotores de salud y por consiguiente la disminución de alteraciones de la salud están fuertemente asociadas a elementos sociales, culturales y psicosociales.

Es por ello que se encontró como resultado la asociación significativa entre estilo de vida promotor en salud y determinantes estructurales como: el lugar de residencia, edad, sexo, educación, ingresos. Los resultados permiten reafirmar la relevancia de considerar, además de los factores estructurales, los factores psicosociales en la mirada y en la intervención en salud para potenciar estilos de vida promotores de salud. Los factores psicosociales se encuentran fuertemente asociados a estilos de vida promotores de salud.” (Gutierrez, et, al, 2014)

### **3. Envejecimiento Activo. Las TIC En La Vida Del Adulto Mayor.**

**Resumen:** “De acuerdo con la OMS informa que la cantidad de población de la tercera edad crece en todo el mundo, produciéndose un envejecimiento acelerado de la población y un aumento en la expectativa de vida.

El envejecimiento activo trata de ampliar la esperanza de vida en salud y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, el término activo hace referencia a la participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas.

Este artículo tiene como propósito dar a conocer el impacto que tiene el uso de las computadoras en la vida cotidiana de los adultos mayores que han participado en un curso-taller de computación y conocer los cambios en el estado de ánimo y forma de pensar al incorporarlos a la sociedad tecnológica, información que se obtuvo mediante un proyecto de investigación cualitativa, mediante la modalidad de estudio de caso.

De acuerdo a Sandín (2013), donde el interés se centra en la indagación de un fenómeno, población o condición general. El estudio no se focaliza en un caso concreto, sino en un determinado conjunto de casos. No se trata del estudio de un colectivo, sino del estudio de varios casos.

El estudio de caso constituye un método de investigación para el análisis de la realidad social, y representa la forma más pertinente y natural de las investigaciones orientadas desde una perspectiva cualitativa.

Las técnicas de recolección de datos para este trabajo fueron la entrevista y la observación. La muestra es de 20 adultos mayores, los cuales participaron en un curso diseñado bajo los supuestos de la gerontología, que es la ciencia que estudia a los adultos Mayores.

De esta manera se busca como objetivo determinar a cuales son las necesidades de los adultos mayores de aprender a manejar la computadora, pues es el medio de comunicación de hoy en día, el deseo saber usar el medio de comunicación que da la computadora para ingresar a la tecnología actual, lograr comunicarse con la familia y amigos, además, la mayoría menciona el deseo de estar al día y no solicitar ayuda para hacer las cosas, es decir, expresan el deseo de superación.

Al término del curso se sienten con más confianza en el uso de las nuevas tecnologías relacionándolo con el campo de desempeño laboral como en el personal. Los adultos en plenitud sienten estar a la vanguardia en la computación y el mundo cibernético, lo que amplía la activación mental y como consecuencia el adulto entra al proceso de envejecimiento activo.

Entonces resulta que adultos manifiestan sentirse motivados para seguir adelante, así como seguros en el desempeño de actividades relacionadas con tecnologías y por entrar a un mundo nuevo que consideraban imposible, lo anterior se puede relacionar con un grado mayor del nivel de autoestima y confianza, y a la vez que ayuda a disminuir la posibilidad de que las personas de la tercera edad entren en estados de depresión.

Por último, las entrevistas arrojaron que los adultos se sienten integrados a la vida moderna y alejados de un aislamiento tecnológico, además, afirman que ahora tienen más oportunidades que no consideraban tanto en su ámbito profesional como personal.” (Cano, et, al, 2015)

## **5. Factores asociados al maltrato del adulto mayor de Antioquia, 2012**

**Resumen:** De esta manera se describe el envejecimiento poblacional es uno de los más importantes fenómenos de finales del siglo XX y principios del XXI, puesto que traerá profundas modificaciones en las estructuras sociales, económicas y culturales de los países, situación ya experimentada en los países desarrollados. Las transformaciones en la distribución por edad de la población se producen a tal velocidad que hoy se está ante la realidad de tener que atender los efectos del alto crecimiento poblacional del pasado y de preparación para afrontar las necesidades futuras.

El fenómeno del envejecimiento no se delimita por la edad apta para laborar, sino en términos funcionales de riesgo, pérdida de autonomía, de adaptabilidad y disfuncionalidad motriz.

Determinando Violencia desde varias tipos: físico, psicológico, emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión.

Es necesario destacar que el adulto mayor maltratado es víctima de sufrimientos innecesarios, de lesiones o dolor, pérdida o violación de sus derechos humanos y deterioro generalizado de su calidad de vida Se supone que son víctimas más frecuentes las mujeres y las personas más adultas y que el maltrato se presenta más habitualmente en los niveles socioeconómicos y educativos más bajos.

El maltrato a los adultos mayores es un problema que ha existido en todas las sociedades y culturas del mundo, la novedad de los estudios que se vienen planteando recientemente está en considerar que las personas mayores también son una población susceptible de recibir malos tratos y en ver este fenómeno

como un grave problema social. Hoy se admite que el maltrato constituye algo social y que no forma parte de la vida privada...”

Basándose en una metodología mediante estudio descriptivo transversal, se Caracterizaron los factores demográficos, económicos y de salud mental de la población adulta mayor de Antioquia para el año 2012, con el fin de aportar al análisis de la situación de salud y condiciones de vida del adulto mayor.

De lo anterior buscando como objetivo determinar cuáles son los factores asociados al maltrato del adulto mayor del departamento de Antioquia en el año 2012.

Es por ello que se debe enfrentar este problema desde una atención integral a las necesidades de los adultos mayores, donde se incluya la participación de todos los sectores de la sociedad y conciencia trans generacional.

Así mismo se concluye que para que las personas mayores puedan vivir con calidad se requiere que nadie vea vulnerados sus derechos; de ahí parte la importancia de conocer cuál es el comportamiento del maltrato en los municipios, abordando la situación del adulto mayor con estudios que exploren en mayor profundidad este tipo de situaciones, por eso se recomienda para estudios posteriores tener en cuenta abordajes cualitativos que permitan conocer desde la mirada del afectado, la realidad, permitiendo así aportar mayor evidencia para la toma de decisiones y la formulación de Políticas Públicas en materia de salud, seguridad, dignidad y oportunidades para la población.

El estudio se basó en los resultados del instrumento aplicado por la Universidad a 4.215 adultos de sesenta años y más de edad, en el cual se indagó sobre percepción de maltrato, funcionamiento cognitivo, nivel de depresión, nivel de ansiedad, apoyo social, escala de recursos sociales, entre otras; los resultados se expandieron a 654.473 adultos del departamento. El 72,8% de adultos del departamento son mujeres, 53,7% vive en Medellín, 55% tiene primaria incompleta, 72,9% pertenece a estratos socioeconómicos 1 y 2, 45,1% no registraron ingresos en el último mes, 26,3% tiene riesgo de depresión y 34,4% tiene riesgo de ansiedad, 2,5% reportó haber sufrido descuido, 5,0% necesidades

afectivas ignoradas, 1,7% algún caso de agresión física, 0,4% agresión sexual y 1,3%, afirmó haber sufrido maltrato económico.

Las variables estrato socioeconómico, tipo de vivienda, etnia, riesgo de depresión, riesgo de ansiedad, riesgo de deterioro cognitivo y red de apoyo fueron las que más ayudaron a explicar la presencia de maltrato”.

## **5. Calidad De Vida Psíquica Y Estado De Salud Física En El Adulto Mayor**

**Resumen:** “En esta investigación se estima la calidad de la vida a partir de la percepción que Poseen las personas mayores acerca de su salud física y psíquica, desde criterios médico-psicológicos que abarcan el estilo de vida, el equilibrio y afrontamiento de su personalidad, su conformidad consigo mismo y con la forma en que vive.

Para este enfoque nos basamos en la definición de la OMS de 1999 que declara que la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.

Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

De acuerdo con esta investigación se estudiaron 190 adultos mayores (131 mujeres y 59

Hombres) con edad promedio de 76 años que aceptaron participar en la investigación. Se empleó 5 cuestionarios para explorar la calidad de vida física y psíquica. Se realizó un análisis factorial exploratorio a partir de dimensiones físicas y psíquicas, y de variables que resumían las escalas en los instrumentos. Se comparó el comportamiento en hombres y mujeres.

Es así como el objetivo buscaba evaluar si la calidad de vida psíquica se asocia con el funcionamiento físico.

Por tanto se concluye que la calidad de vida consta de varias dimensiones (que incluyen las esferas física y Psico afectivas), que ni son completamente independientes, ni se manifiestan con total concierto, lo cual da sustento a la necesidad de elaborar estrategias particulares en relación con la calidad de vida del adulto mayor, que no se limiten a la atención de su salud física, sino que contribuyan también a reforzar los aspectos de su vida Psico-afectiva.

De esta manera se encontró como resultado que del análisis factorial emergieron tres factores y las dimensiones física y psíquica parecen disociadas. La evaluación geriátrica fue menos favorable en las mujeres.

Al destacar el papel del componente psíquico en la percepción de la calidad de vida en las personas mayores no se pretende desestimar el efecto del deterioro físico y la limitación del validismo del anciano en esta percepción, porque este constituye un factor determinante si se trabaja con las personas en un equilibrio dinámico que fortalezca y haga emerger aspectos resilientes y protectores de la personalidad de los sujetos y de los grupos, con el propósito de prepararlos psíquicamente para las edades donde la salud se verá quebrantada.” (Sanchez, Gonzales, Alerm y Bacallao, 2014)

## **6. Significado De Salud: La Vivencia Del Adulto Mayor**

**Resumen:** “Ahora bien durante la vejez, el significado de salud se basa en alcanzar un estado de bienestar; por ello, es importante comprender los factores que benefician o afectan el logro de este propósito. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha posicionado el concepto de salud centrado en aspectos positivistas relacionados con tres dimensiones que integran al ser humano: física, mental y social. En el caso de los adultos mayores (AM), la salud está prioritariamente enfocada en mantener la autonomía y la funcionalidad, sin embargo, la OMS ha cuestionado que medir y fomentar la salud del AM tomando como parámetro principal la presencia o ausencia de enfermedad o discapacidad

es insuficiente, dada la complejidad y variedad de los estados de salud y funcionalidad que caracterizan esta etapa de la vida.

Por lo tanto en esta investigación se utiliza una metodología cualitativa con técnica de análisis de contenido y entrevista semiestructurada, donde Participaron veinte adultos mayores, que acudieron a un centro de atención geriátrica, seleccionados de manera intencionada y determinada por índice de saturación. Se seleccionaron AM que no presentaran deterioro cognitivo, se tomó como base la valoración de la Escala rápida Mini-mental State Folstein (1975), y con capacidad de expresarse y comunicarse, donde se describieron momentos, situaciones o experiencias en las que se percibe con salud y con mala salud.

Teniendo presente como objetivo analizar los significados de salud que los adultos mayores construyen a partir de sus vivencias y experiencias.

Donde se determinaron resultados tales como:

- El significado de salud se manifiesta en la capacidad de poder hacer cosas; así, la salud se concibe como un medio útil para obtener un beneficio, ya sea material, moral o físico.
- Los vínculos familiares son importantes, incluso los comparan con la salud; también, identifican la salud con la ausencia de dolor y enfermedad.

Cabe concluir que la salud del adulto mayor es vivida en el contexto familiar; el bienestar es percibido como la capacidad de hacer cosas, aunque el dolor y la enfermedad estén presentes.

El estudio aporta información acerca de cómo se vive la salud en la vejez según el género. Las mujeres en México tradicionalmente desempeñan roles funcionales en el ámbito familiar, que influyen de manera muy importante en el significado de salud. El hombre se enfoca mayormente en su rol de proveedor, y cuando se jubila este significado se ve afectado.

Se considera pertinente implementar estrategias que cambien este paradigma mental en los AM, tales como el uso de terapias ocupacionales que resignifiquen el auto concepto de ser AM, que podrían ir desde el hábito de realizar las tareas

más sencillas en el hogar, hasta aquellas que les permitan interactuar con su entorno para que, por medio de ellas, la percepción de que pueden seguir aportando a la sociedad sea mayor.” (Santillas, et, al 2017)

## **7. Comprender la percepción de los beneficios, barreras y apoyo social para realizar actividad física que tiene la población Adulta mayor.**

**Resumen:** la cual pretende demostrar que; entre 2000 y 2050, la población adulta mayor en el mundo pasará de 10 a 22 %; en México, 8.2 millones son adultos mayores, por lo que es primordial comprender la percepción de los beneficios, barreras y apoyo social para realizar actividad física que tiene esa población. (Pineda, Sierra y morales, 2014)

La Metodología fue estudio cualitativo efectuado en una unidad gerontológica; la muestra estuvo constituida por 15 adultos mayores de uno y otros sexos. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a profundidad y un microanálisis línea por línea para llegar

A la codificación abierta y axial. Se utilizó el modelo de creencias en salud como marco teórico e interpretativo.

Los Resultados encontrados fueron: los adultos mayores perciben el ejercicio físico como una actividad para beneficio de su salud así como una actividad de esparcimiento, lo cual concuerda con los resultados de otros estudios.

Sin embargo, involucran aspectos de tipo emocional y de socialización, lo que puede repercutir en limitar la adquisición de esta conducta.

Y como Conclusiones: la disciplina de enfermería puede intervenir de manera directa proponiendo programas de ayuda dirigidos a este grupo etario.

## **8. Comprender el significado que la expresión lingüística ‘calidad de vida del adulto mayor’ tiene para el adulto mayor y para su familia**

**Resumen:** con respecto a la problemática del adulto mayor tiene es importante Comprender el significado que la expresión lingüística ‘calidad de vida del adulto mayor’ tiene para el adulto mayor y para su familia.

Con un Diseño Metodológico: Estudio cualitativo, descriptivo, interpretativo – comprensivo, fundamentado en la Teoría de las Representaciones Sociales. Lugar: Asentamiento Humano Laura Caller, en Los Olivos. Participantes: Adultos mayores y sus respectivos grupos familiares.

Métodos: Las técnicas e instrumentos utilizados fueron la observación, entrevista a profundidad y grupos focales; guía de observación y dos cuestionarios con ocho preguntas norteadoras, previamente validados. Principales medidas de resultados: Significado de calidad de vida para el adulto mayor y para la familia.

Entre los Resultados obtenidos se encontraron; Participaron dieciséis adultos mayores con sus respectivos grupos familiares, entre 2004 y 2006. Los discursos a través de la ‘objetivación’ y el ‘anclaje’ y los análisis general, ideográfico-axial y nomotético-selectivo permitieron la emergencia de cuatro representaciones sociales:

Y las Conclusiones: Para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Para la familia, que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda. (Jimenez, 2016)

## **10. La Incidencia del Síndrome de Burnout en los cuidadores de Adulto Mayor en la Clínica Bamboo de junio a octubre del 2016.**

En cuanto al cuidado al cuidador se encuentran estudio como; “La Incidencia del Síndrome de Burnout en los cuidadores de adulto mayor en la Clínica Bamboo de junio a octubre del 2016”, en donde se Determina la incidencia del Síndrome de

Burnout en cuidadores de adultos mayores de la Clínica Bamboo de Junio a Octubre del 2016. Estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo. Se entrevistan a 20 cuidadores de adultos mayores, para ello utiliza el cuestionario Maslach Burnout Inventory-HSS además de un perfil del cuidador.

Se concluye que, todos los cuidadores se ven afectados en cierto grado de nivel del síndrome de burnout, siendo el grado de nivel medio el que predomina (55%), por lo cual se demuestra que este síndrome ya está impactando considerablemente en la vida personal y profesional de los cuidadores y de la persona a cuidar.(Arakaki, 2017)

## **11. La salud del adulto mayor es el tema del Dolor en el adulto mayor.**

1.1.1 Otras de las temáticas a tener en cuenta en la salud del adulto mayor es el tema del Dolor en el adulto mayor. Un acercamiento necesario, donde en el presente estudio, se evidencia; El dolor es un síntoma que puede ser orgánico o psicológico y que en su exploración requiere del conocimiento semiológico del médico. El adulto mayor es, atendiendo al deterioro progresivo de sus órganos, el grupo poblacional que más refiere este síntoma, siendo el sistema osteomioarticular el más aludido. El objetivo de este artículo consiste en una revisión del tema para la actualización sobre el mismo. La conclusión principal es analizar individualmente cada longevo con dolor y adecuar el tratamiento atendiendo a sus características personales. (Torres y Rodríguez, 2015)

## **12. “Beneficios que percibe el adulto mayor al integrarse a un grupo de ayuda dirigido por personal de enfermería**

Otra de las investigaciones sobre la importancia del personal a cargo de los adultos mayores o de los cuidadores se refiere a; “Beneficios que percibe el adulto mayor al integrarse a un grupo de ayuda dirigido por personal de enfermería”. En donde de evidencio que: los grupos de ayuda mutua integrados por adultos

mayores son una herramienta educativa eficazmente dirigidos por profesionales de enfermería.

El cual tuvo como Objetivo: conocer la percepción del adulto mayor respecto a los beneficios de integrarse a grupos de autocuidado para mejorar su calidad de vida. Metodología: se realizó un estudio de corte cuantitativo y cualitativo en el que se evaluó el nivel de independencia y depresión en adultos mayores que se integraron a un grupo de ayuda mutua. Resultados: al finalizar la participación en el grupo de ayuda mutua, 69.2 % de los adultos mayores presentaba dependencia leve, 23.1 % independencia y 7.7 % dependiente total; globalmente 92.3 % logró ser o mantenerse autosuficiente y mostró satisfacción por los conocimientos nuevos.

Ningún adulto mayor presentó depresión de riesgo al terminar la estrategia. No se encontró relación entre el sexo y el nivel de independencia ( $\chi^2 = 1.733$ ,  $gl = 2$ ,  $0.420 > a$ ,  $a = 0.05$ ), entre el sexo y el nivel de depresión ( $\chi^2 = 1.733$ ,  $gl = 1$ ,  $0.188 > a$ ,  $a = 0.05$ ), ni entre el nivel de depresión y el de independencia ( $\chi^2 = 0.482$ ,  $gl = 2$ ,  $0.786 > a$ ,  $a = 0.05$ ). Los beneficios más referidos fueron la mejoría de la autoimagen y de la autopercepción.

Como Conclusiones: se logró la adhesión a las recomendaciones formuladas en el grupo de ayuda mutua porque los adultos mayores percibieron beneficios. En el futuro se requerirá que más profesionales de enfermería participen en la organización y funcionalidad de este tipo de estrategias. (Maldonado, Carbajal, Rivera y Castro, 2015)

### **13. “Prevalencia del síndrome de sobrecarga y sintomatología ansiosa depresiva en el cuidador del adulto mayor”.**

En cuanto a la sobrecarga del cuidador del adulto mayor se encuentra otro estudio realizado así; “Prevalencia del síndrome de sobrecarga y sintomatología ansiosa depresiva en el cuidador del adulto mayor”.

El síndrome del cuidador aparece en aquellas personas que se desempeñan como encargados principales de personas dependientes y se caracteriza por agotamiento físico y mental. El presente estudio tuvo como finalidad identificar la

prevalencia del síndrome de sobrecarga y la sintomatología ansiosa depresiva en los cuidadores del adulto mayor mediante la aplicación de la Escala de Sobrecarga de Zarit y las Escalas de Depresión y de Ansiedad de Beck. Los resultados muestran que 52% de los cuidadores mostraba el síndrome del cuidador, 36% depresión y 98% ansiedad. Los autores concluyen que es necesario proporcionar a los cuidadores las herramientas necesarias para un mejor manejo de los pacientes, lo que repercutirá en su salud mental y física al apreciar que sus intervenciones son adecuadas, y promoverá su participación en los grupos de apoyo. (Ramos y Castillo, 2017)

#### **14. Estímulos contextuales que influyen en el nivel de adaptación del cuidador familiar del adulto mayor**

Dentro de la temática del cuidador se encuentra otro estudio relevante: “Estímulos contextuales que influyen en el nivel de adaptación del cuidador familiar del adulto mayor”.

#### **15. En donde el Objetivo es Describir la influencia de los estímulos contextuales en el nivel de adaptación del cuidador familiar del adulto mayor.**

Con un Diseño y Metodología: Estudio correlacional, proyectivo, no experimental, transversal, prospectivo, realizado durante enero 2013 a junio 2014, muestra de 70 cuidadores. Las variables descriptivas fueron: edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, ingreso económico mensual, religión, tiempo de parentesco, tiempo de cuidado del adulto mayor y las de estudio, los estímulos contextuales: funcionalidad familiar y condición del cuidador, así como el nivel de adaptación del cuidador familiar del adulto mayor en los modos de función del rol e interdependencia. Se aplicó un instrumento compuesto por el instrumento ZERIMAR, APGAR familiar y escala ZARIT, utilizando estadística descriptiva para

las variables sociodemográficas y de estudio, y análisis de regresión múltiple para prueba de hipótesis.

Y se encontró como Resultados: Predominó el sexo femenino (78.6%), estado civil casado (57.1%), ocupación ama de casa (67%), religión católica (74.3%), relación de parentesco padre - hijo (64.3%), modo función del rol e interdependencia con nivel de adaptación integrado (98.6% y 83%), funcionalidad familiar normofuncional (78.6%) y condición del cuidador con ausencia de carga (85.7%).

Toda vez que: El cuidador familiar del adulto mayor al adquirir este rol se encuentra influenciado por estímulos, y si responde correctamente ante estos, podrá generar un comportamiento eficaz y lograr un nivel de adaptación integrado.

**Conclusión:** A mayor funcionalidad familiar mayor nivel de adaptación en el modo de interdependencia, y a menor sobrecarga del cuidador, mayor nivel de adaptación en el modo de función del rol. (López, Gonzales y Góngora, 2017)

## **16. Resultados de un programa de ejercicios de equilibrio para adultos mayores**

Dentro de las Investigaciones realizadas con las familias de los adulto mayores indican que la familia es fundamental para proceso de desarrollo en actividad física, según el estudio Torres y Rodríguez, (2015) indica “perciben el ejercicio físico como una actividad para beneficio de su salud así como una actividad de esparcimiento, lo cual concuerda con los resultados de otros estudios. Sin embargo, involucran aspectos de tipo emocional y de socialización, lo que puede repercutir en limitar la adquisición de esta conducta”.

Resumen: la pérdida del equilibrio puede ocasionar caídas fuertes y constituye un problema por solucionar en los adultos mayores.

**Objetivo:** describir los resultados de un programa de ejercicios de equilibrio para disminuir el riesgo de las caídas en los adultos mayores, atendidos en dos salas de rehabilitación integral del municipio de Las Tunas, desde abril de 2011 a mayo de 2016.

**Métodos:** se realizó un estudio de intervención en una muestra de 120 pacientes adultos mayores con trastorno del equilibrio, divididos en dos grupos escogidos al azar: el grupo A (estudio) recibió tratamiento con un programa de equilibrio y el grupo B (control) actividades de cultura física terapéutica. Se utilizó la escala de equilibrio de Bergdel adulto mayor, para evaluar las limitaciones funcionales asociadas con la práctica de actividades diarias que requieren equilibrio y definir el riesgo de las caídas, antes y después del tratamiento.

**Resultados:** el mayor número de pacientes estuvo comprendido entre personas de 60 y 69 años de edad, con mayor presencia femenina; las enfermedades del SOMA, cardiovasculares y respiratorias, fueron los principales antecedentes patológicos. Los pacientes disminuyeron el riesgo de caídas y mejoraron su funcionalidad; los ejercicios de equilibrio demostraron ser un método eficiente para devolver a los pacientes su independencia y el mantenimiento de su salud.

**Conclusiones:** el programa de ejercicios de equilibrio demostró ser beneficioso, mejora la funcionalidad y logra disminuir el riesgo de las caídas.

## **4.3 MARCO CONCEPTUAL**

### **4.3.1 Caracterización:**

Para la presente investigación fue importante describir el concepto el cual fue visto desde “una perspectiva investigativa, es una fase descriptiva con fines de identificación, entre otros aspectos, de los componentes, acontecimientos (cronología e hitos), actores, procesos y contexto de una experiencia, un hecho o un proceso (Sánchez Upegui, 2013).

Para caracterizar es fundamental contar con información general sobre la región y las comunidades con las cuales vamos a interactuar a través de la formación, porque nos da elementos para construir acciones de formación más pertinentes con la realidad local manifestadas en los contenidos, la metodología y la modalidad en que se ofrece esta formación, entre otros aspectos” (“herramientas metodológicas”, 2013).

#### **4.3.2 Variables socio demográficas:**

Hacen referencia al sexo, la edad, la raza, el nivel de estudios, la ocupación, la convivencia y el número y edad de hijos u adultos a su cargo.

Las cuales se refieren a:

**Sexo:** “El sexo es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética” (“sexo” 2017).

**Edad:** “La edad está referida al tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad. También marca una época dentro del período existencial o de vigencia. Así hablamos de época de oro o dorada como la de mayor plenitud o esplendor, y dentro de la vida humana reconocemos la edad de la niñez, de la juventud, de la adultez o de la vejez, que comprenden grupos de edades” (“Concepto de edad, s, f).

**Raza:** Una raza es una subdivisión de una especie de la biología que se forma a partir de ciertas características que diferencian a sus individuos de otros. Dichas particularidades se transmiten mediante los genes que se heredan. (Raza, s,f)

**Ocupación:** La ocupación de una persona hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo, y por ello se habla de ocupación.

#### **4.3.3 Salud:**

Según “la OMS define la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Dentro del

contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva”. (OMS, 2015)

**Salud Mental:** Se define como un “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.” (OMS, 2013)

**Salud Física:** La salud física “es un estado de bienestar donde el cuerpo funciona de manera óptima. Es la ausencia de enfermedades en el cuerpo y el buen funcionamiento del organismo.

#### **4.3.4 Familia:**

Según la “Autora Virginia Gutiérrez de Pineda quien en su libro la “Familia y cultura en Colombia (1968, con reediciones en 1975 y 1993), en el que presenta una amplia y extensa caracterización de la tipología y estructura colombiana, mediante cuatro complejos culturales o subculturas: complejo cultural andino, complejo santandereano, complejo antioqueño y complejo litoral-fluvio-minero; con ello le dio un nueva dimensión a lo regional y aportó elementos inéditos para comprender la evolución de la economía y sociedad colombiana durante los dos últimos siglos.

Para lo que se tuvo en cuenta el planteamiento de Ángela Hernández en donde hace referencia a: La composición familiar a partir de las cuales se organizan las responsabilidades y la interacción familiar y se prescribe y se limita la conducta de los miembros para mantener estabilidad del grupo.

#### **4.3.5 Vejez:**

Se refiere a la “fase final del proceso de envejecimiento. Equivale a vivir muchos años, en comparación con otras personas del mismo grupo poblacional. Sus límites, excepto la muerte, han sido y son siempre imprecisos y dependientes; sin embargo, la definición de vejez depende del contexto y del grupo de personas al que se refiere. ” (Alvarado y Salazar, 2014)

#### **4.3.6 Adulto Mayor:**

Hace referencia a “un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 65 años de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico (cambios de orden natural), social”.

#### **4.3.7 Hogar geriátrico:**

“Un geriátrico es una institución compuesta por médicos y enfermeros que se ocupa exclusivamente del cuidado y el tratamiento de los individuos ancianos.”

#### **4.3.8 Cuidador:**

Los cuidadores de ancianos “son personas capacitadas a través de cursos teórico-prácticos de formación, dictados por equipos multi e interdisciplinarios de docencia, para brindar atención preventiva, asistencial y educativa al anciano y a su núcleo familiar. El deseo de formar cuidadores de ancianos nació del convencimiento de que ese arte, tan viejo como la vejez misma, requería del conocimiento y la técnica y no meramente de buenas intenciones.”

## 5. MARCO LEGAL

Es evidente que a nivel mundial y nacional los Adultos Mayores cuentan con una normatividad vigente y segura para ellos, sin embargo la falta de conocimiento que aqueja a la Sociedad es una muestra de que no hay cultura y saber, que cubra las necesidades ni quién la proteja

Como estatuto primordial se cuenta con; “La Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2010” (Betancort, Cajigas, et, al, 2013) que según el MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, está dirigida a toda la población residente en Colombia especialmente a las personas mayores de 60 años, también aquellas en condiciones de vulnerabilidad social, económica y de género; teniendo en cuenta el lineamiento por ciclo de vida.

Por su parte, la Política Pública Nacional para adultos mayores define entre sus objetivos principales: “Incidir de manera activa, a nivel intersectorial y territorial sobre las condiciones de desarrollo social, económico y cultural de los individuos, la familia y la sociedad, Promover, desarrollar y garantizar los derechos humanos, sociales, económicos y culturales de las personas mayores que les permita satisfacer las necesidades fundamentales y mejorar su calidad de vida.

Garantizar condiciones de protección social integral para la población adulta mayor.

Promover un envejecimiento activo que garantice condiciones de autonomía, integración, seguridad y participación efectiva de la población en todo su ciclo de vida.

Promover, desarrollar y garantizar los derechos humanos, sociales, económicos y culturales de las personas mayores y crear condiciones que garanticen su seguridad económica, satisfagan las necesidades fundamentales y mejoren su calidad de vida” (Betancourt, Cajigas, et, al , 2013).

Dentro de la normatividad internacional se encuentra la declaración universal de los derechos humanos en su Art. 25: Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure, así como a su familia, la salud, el bienestar, la asistencia médica y los servicios sociales.

También se encuentra que las personas adultas mayores son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. Las personas envejecen de múltiples maneras dependiendo de las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante sus cursos de vida, es decir, implica procesos de desarrollo y de deterioro. “Generalmente, una persona adulta mayor es una persona de 60 años o más de edad; donde se presenta un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos de los individuos en interacción continua con la vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades, durante el transcurso del tiempo” (Minsalud 2017). Es así como Los derechos humanos de los adultos mayores en nuestro país, son obligaciones del Estado, la sociedad y la familia. No son ayudas ni obsequios del gobernante de turno, ni de los hijos o hijas.

La legislación permite que los adultos mayores exijan, la protección que les deben sus hijos e hijas y el Estado. Para hacerlo existen mecanismos Políticas Nacionales leyes, decretos y Normas; dirigidas al adulto mayor, Envejecimiento y Vejez, las cuales se enmarcan con trascendencia en los compromisos de la familia y del Estado; dentro de las cuales se reconocen principalmente:

**LEY 29 DE 1975.** Establece la protección y Facultó al gobierno nacional para establecer la protección a la ancianidad y creó el fondo nacional de la ancianidad desprotegida. El objeto de esta ley es la prestación por parte del estado de los servicios básicos para el anciano institucionalizado, tales como albergue, vestido, alimentación, atención médica, hospitalaria, odontológica y quirúrgica. (21)

**LEY 2011 DE 1976.** Por el cual se organiza la protección nacional a la ancianidad. Créase el Fondo Nacional de Protección al Anciano, para financiar la protección del mayor de sesenta años, de conformidad con la Ley 29 de 1975. El Fondo Nacional de Protección al Anciano tendrá como recursos propios los aportes del Gobierno Nacional, las partidas que apropie el Congreso Nacional, los aportes

departamentales y municipales, así como las donaciones y los legados que se le hagan.(22)

**LEY 48 DE 1986.** Por la cual se autorizaba a las asambleas departamentales y comisariales y al consejo distrital de Bogotá, la emisión de una estampilla como recursos para contribuir en la construcción, dotación y funcionamiento de los centros de bienestar del anciano en cada una de las respectivas entidades territoriales. (23)

**CONPES 2793 de 1995** Donde se plantean los lineamientos de política relativos a la atención al envejecimiento y a la vejez de la población colombiana, y en especial a las necesidades de las personas de mayor edad. (24)

**DECRETO 3039 DE 2007 P. NACIONAL DE SALUD PÚBLICA.** Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, para enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica.

**LA LEY NACIONAL DEL PLAN DE DESARROLLO 2006-2010 (LEY 1151 DE JULIO DE 2007).** Ley mediante la cual el Ministerio de la Protección Social, debe llevar a cabo el proceso de definición y desarrollo de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.

**POLÍTICA NACIONAL EN ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ 2007-2019.** Es una Política Pública, de Estado, concertada, que articula a todos los estamentos del gobierno y la sociedad civil en un propósito común: visibilizar e intervenir la situación del envejecimiento y la vejez en el periodo 2007-2019 (25)

**LEY 1850 DEL 19 DE JULIO DE 2017.** Con la cual se establecen fuertes medidas de protección al adulto mayor y penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono, y afecte sus necesidades de higiene, vestuario, alimentación y salud, incurrirá en

prisión de cuatro a ocho años y una multa de uno a cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Así mismo, dispone que el abandono de una persona mayor por parte de una institución a la cual corresponde su cuidado por haberlo asumido, será causal para que a dicha institución se le cancelen los permisos de funcionamiento.

Además de que esto le acarreará a la institución una multa de 20 salarios mínimos legales mensuales vigentes. a Ley hace mención a penas para quienes que ejerzan maltrato físico o psicológico contra las personas mayores de parte de su núcleo familiar, así como para quien no sea miembro de su familia, pero que actúe como encargado del cuidado de estas personas mayores.

En cuanto al maltrato de los adultos mayores mediante restricción a la libertad física, la Ley 1850 penaliza y establece multas contra quien restrinja la libertad de locomoción a una persona mayor de edad perteneciente a su grupo familiar o puesta bajo su cuidado.

Dentro de la norma se ordena al Ministerio de Salud establecer la ruta de atención inmediata que se le debe prestar al adulto mayor víctima de maltrato en ambientes familiares, centros de protección especial y otras instituciones encargadas de su cuidado y protección.

Dentro de la norma se refiere a las estrategias, políticas, programas, proyectos y acciones que debe poner en marcha el Estado para los adultos, así como a los derechos que tienen estas personas en materia de nutrición, habitación, vestuario, afiliación al sistema general de seguridad social, recreación y cultura, entre otros.

También aborda el tema de los responsables del cubrimiento de la asistencia alimentaria de adultos mayores en condición de abandono, descuido o violencia intrafamiliar, las obligaciones económicas derivadas de la prestación de asistencia profesional y alimentaria a los abuelos y abuelas, y los programas de asistencia públicos a personas de la tercera edad.

Esta nueva norma modifica las leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009, 599 de 2000 y 1276 de 2009. (Congreso de la Republica - Diario Oficial de 19 de Julio de 2017).

**POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD (PAIS)** El objetivo general de la Política de Atención Integral en Salud es orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (Ley 1751, Estatutaria de Salud), para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015. La integralidad definida en la política comprende la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad, consolidando “las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas” (Ley 1751 de 2015)

Esta política también se inscribe en el numeral b del artículo 5 de la Ley Estatutaria de Salud, que dice que el Estado se obliga a “formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho (...), asegurando la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema” lo cual expande el ámbito regulatorio del Estado de la mera regulación de las relaciones entre los agentes y la sitúa en el ciudadano, su derecho expresado en el acceso integral como justificación sustancial para la implantación de un Modelo Integral de Atención regulado.

Esto implica, en la formulación de la Ley, subordinación de los agentes del Sistema de Seguridad Social a ese modelo regulado y la implantación del Sistema de Salud como mecanismo central del Estado para operar la garantía del Derecho. La política exige la interacción coordinada de las entidades territoriales a cargo de la gestión de la salud pública, los aseguradores y los prestadores de servicios. Esa coordinación implica la implementación y seguimiento de los planes territoriales de, los planes de desarrollo territoriales acorde con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 con los instrumentos derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.

La Política de Atención Integral en Salud debe contener las estrategias e instrumentos que permitan la transformación del modelo institucional de la Ley 100 de 1993 a los objetivos de un Sistema de Salud centrado en la población y sus relaciones a nivel familiar y comunitario. La política recoge el marco de determinantes sociales adoptado por el PDSP 2012- 2021.

Bajo ese contexto, el Estado reconoce que los problemas de salud son generados o potenciados por las condiciones ambientales, sociales, culturales, políticas, económicos, educacionales, de hábitat y genéticos que afectan a las poblaciones en los diferentes ámbitos territoriales que conforman la nación.

Los determinantes sociales de la salud consolidan tanto los factores protectores de las condiciones de salud como las causas primarias de la enfermedad. (Política de Atención Integral en Salud/ Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá D.C., Enero de 2016)

**MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD (MIAS)** La Política de Atención Integral en Salud requiere un modelo operacional que, a partir de las estrategias definidas, adopte herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los agentes del sistema, en una visión centrada en las personas.

Desde el gobierno como rector, la implementación de un nuevo modelo de atención exige poner a disposición de los agentes un conjunto de herramientas (políticas, planes, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías, documentos técnicos) que integran los objetivos del Sistema de Salud con los de la Seguridad Social, orienten la respuesta del Sistema y alineen su regulación.

El MIAS se define entonces como un conjunto de herramientas técnicas que facilitan la reestructuración institucional de las intervenciones en salud colectiva,

incrementan la capacidad resolutive de los servicios y permiten el flujo de información, usuarios y servicios de una manera efectiva, acorde con las funciones y competencias de las diferentes entidades. El modelo cuenta con diez componentes operacionales que inician desde el conocimiento y caracterización de la población y sus grupos de riesgo, con base en la definición de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) –unidades básicas de regulación a partir de las cuales despliegan adaptan los demás componentes-, los requerimientos de las redes integrales de prestadores de servicios de salud y su adaptación en el territorio, el rol de los aseguradores en los territorios donde esté autorizado para operar, sus funciones y requerimientos para la habilitación técnica, las características del recurso humano en salud , los esquemas de incentivos y pago; así como los reportes obligatorios de información requeridos y los retos de investigación, innovación y apropiación del conocimiento. Otros instrumentos regulatorios deben adaptarse a las RIAS, lo que incluye tanto el plan de beneficios como el plan de intervenciones colectivas.

**RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD (RIAS)** Las RIAS son una herramienta que define, a los agentes del Sistema (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación.

Estas condiciones, además, serán suficientes en tanto cubran las condiciones diferenciales de los territorios y de los diferentes grupos poblacionales. A partir de la RIAS, se consolidan las acciones tanto del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) como del Plan de Beneficios (PB), incluyendo las guías de práctica clínica asociadas a estos. Las intervenciones incluidas se basan en la mejor evidencia disponible.

Las RIAS son el instrumento regulatorio básico para la atención de las prioridades en salud, la definición de las redes integrales de prestación de servicios, la gestión integral del riesgo en salud, la definición de mecanismos de pago orientados a resultados, los requerimientos y los flujos de información y el logro de los resultados en salud en cuanto a equidad y bienestar social. Los objetivos sociales últimos de la RIAS son las ganancias en salud y la reducción de la carga de enfermedad. Sin embargo, el objetivo transversal del modelo es la legitimidad del Sistema a través de la consolidación de la confianza del ciudadano, la pertenencia, aceptabilidad, oportunidad de la atención para la garantía del derecho a la salud.( MIN SALUD, 2016)

## 6. METODOLOGIA

### 6.1 ÁREA DE ESTUDIO

Dentro del marco referencial de este documento fue importante reconocer la población y condiciones sociodemográficas de donde se encuentran, identificándose que en el Departamento del Meta, puntualmente en el municipio de Villavicencio se encuentra que en la población Adulta Mayor existe una diferencia demográfica que ocurre entre la población de 75 años y más (10.402 total Municipal) y aquella que encierra un intervalo de 65 a 74 años (19.670 total Municipal); ya que esta necesita unas condiciones socio sanitarias particulares y únicas, arrojando para este territorio una diferencia de 0,53 (Índice de Sobrenvejecimiento), así mismo, puntualmente en la comuna 2, se encuentra una subdivisión de estratificación social, mostrando un comportamiento pluridimensional entre población vulnerable y población con mejores condiciones de vida lo que hace una brecha diferencial en determinantes sociales tales como acceso a la, infraestructura, servicios, educación bienes, etc.

Dentro del barrio la Azotea el cual se encuentra en la comuna 2 se pueden encontrar hogares sin ánimo de lucro que brindan atención al Adulto Mayor, tales como el Hogar Casa del Abuelo, mi Dulce Hogar el cual fue fundado por su directora y propietaria ; quien por iniciativa propia y las necesidades de índole familiar junto a su esposo, constituyeron este espacio, identificando así que sus recursos económicos son suplidos a través de donaciones de empresas privadas, aportes de la comunidad, gestión con otras entidades, subsidio del Programa Colombia Mayor el cual reciben cada 2 meses una parte de dicha población, con este presupuesto se solventan las necesidades básicas, como la alimentación, transporte, recreación, medicamentos no post implementos de aseo personal y mantenimiento de la infraestructura, donde prestan servicios como: la atención medica mediante el régimen post, alimentación, cuidados y atención de vestuario, para solventar sus necesidades básicas de cuidado y atención para mejorar su calidad de vida

## **6.2 TIPO DE INVESTIGACION**

Es un estudio descriptivo con variables cualitativas y cuantitativas. Enfoque descriptivo: “Los enfoques descriptivos son aquellas que estudian situaciones generalmente ocurren en situaciones naturales, más que aquellas que se basan en situaciones experimentales. Por definición, los estudios descriptivos conciernen y son diseñadas para describir la distribución de variables sin considerar hipótesis causales o de otra naturaleza. De ello se derivan frecuentemente eventuales hipótesis de trabajo susceptibles de ser verificadas en una fase posterior.”

El enfoque cualitativo busca como una “posibilidad de construir generalizaciones, que permitan entender los aspectos comunes a muchas personas y grupos humanos en el proceso de producción y apropiación de la realidad social y cultural en la que desarrollan su existencia” (Sandoval, 1996).

Por lo consiguiente este enfoque facilita la identificación de variables cualitativas y cuantitativas tales como:

### **CUALITATIVA**

- Percepción del envejecimiento por parte del adulto mayor y la familia
- Entorno Familiar del adulto mayor

### **CUANTITATIVA**

- Condiciones de salud de los adultos mayores
- Características sociodemográficas de los adultos mayores

Por lo cual esta metodología facilitó el conocimiento sobre las características sociales, demográficas y de salud de los adultos mayores del Hogar Casa del Abuelo, Mi dulce Hogar.

## **6.3. POBLACIÓN MUESTRA**

Son los adultos mayores con sus familias de la comuna 2 ubicada en el barrio la Azotea. Está Compuesta por los 16 Adultos Mayores Del Hogar Casa Del Abuelo, Mi Dulce Hogar Del Municipio De Villavicencio, Meta, Colombia.

La muestra es por conveniencia será un adulto mayor y su familia, teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión, para el análisis de estudio que el Adulto Mayor pertenezca a un Hogar en este caso pertenecer al Hogar casa del Abuelo Mi dulce Hogar, que su edad mental se encuentra acorde con su ciclo vital, se encuentra en el rango de edad de 60 años, y acepta el consentimiento informado, y cuenta con una red de apoyo familiar vigente y en condiciones de salud física y mental.

#### **6.4 INSTRUMENTOS**

Como el estudio tiene variables cualitativas y cuantitativas se tuvieron en cuenta los siguientes instrumentos.

Para las variables cuantitativas se evaluaron las actividades básicas de la vida diaria y se empleó el instrumento de Barthel (ver Anexo 1) y la Escala de Lawton (ver Anexo 2). Para valoración de la marcha y el equilibrio se utilizaron la Sub escala de Tinetti (Ver Anexo 3). Para la Valoración cognitiva se utilizaron el examen Mini Mental (Ver Anexo 4). Para la valoración afectiva se realizó con el test de Yesavage (Ver Anexo 5), para valorar la Comorbilidad se utilizó el índice de Charlson (Ver Anexo 6). Los instrumentos son de uso libre y se han aplicado en población de América Latina, incluyendo a Colombia. Para valorar la Auto percepción de salud se realizó desde un enfoque cualitativo, a través de la Entrevista Semiestructurada con variables que permitan abordar la temática (Ver Anexo7). Para la caracterización social se elaboró una encuesta que contempla variables sociales y demográficas de la población a estudiar (Ver Anexo 8).

Se tuvo en cuenta otros componentes de valoración. Desde las variables cualitativas, se identificó el contexto del entorno familiar, la percepción del envejecimiento y necesidades del adulto mayor, desde el cuidador del adulto mayor y la familia.

Para poder realizar la recolección de la información y el posterior análisis a la luz del Marco Teórico que fueron pertinentes para la presente Investigación, las técnicas de recolección de información que se utilizaron para el desarrollo de los objetivos específicos de investigación se tuvieron en cuenta:

- La Observación Participante (Ver anexo 9), De esta forma la observación participante se caracteriza por tener acciones claras tales como la actitud abierta, libre de juicio, estar interesados en aprender más acerca de los otros, a ser conscientes de la propensión, al sentir un choque cultural, pues de esta forma se obtuvieron resultados coherentes y relacionados de manera directa con el objetivo del estudio, pues si se acota claramente el elemento a observar se estará aplicando el componente de asertividad. Es así que esta técnica se implementó de forma transversal en el proceso, ya que en cada una de las visitas realizadas en el hogar Casa del Abuelo Mi Dulce Hogar permitió identificar los factores que ante los ojos de los investigadores son evidentes pero además los que no lo son, con el fin de conocer, explorar, argumentar y confrontar los determinantes sociales en los que se encuentra el adulto mayor.
- Diario de Campo, (Ver Anexo 10) Ahora se puede ver como el instrumento de Diario de Campo, es uno de los instrumentos que permite sistematizar las prácticas investigativas; además, permite mejorarlas, enriquecerlas y transformarlas. Según Bonilla y Rodríguez “el diario de campo debe permitirle al investigador un monitoreo permanente del proceso de observación.

Puede ser especialmente útil al investigador en él se toma notas de aspectos que considere importantes para organizar, analizar e interpretar la información que está recogiendo”.

- Entrevista Semiestructurada: Cuya finalidad es la de permitir de alguna manera comprender las miradas y vivencias que tiene el sujeto de estudio. “comprender sus categorías mentales, sus interpretaciones, sus percepciones y sus sentimientos, los motivos de sus actos. Se puede definir la entrevista semiestructurada como una conversación:
  - a) Provocada por el entrevistador.
  - b) Dirigida a sujetos elegidos sobre la base de un plan de investigación.
  - c) En número considerable.
  - d) Que tiene una finalidad de tipo cognoscitivo.
  - e) Guiada por el entrevistador.
  - f) Sobre la base de un esquema flexible y no estandarizado de interrogación.” (Pelaez, Rodriguez, et, al, 2009)

De ésta forma se brindan unos parámetros básicos que permiten poseer unas medidas fundamentales al momento de implementar la Entrevista Semiestructurada a los Adultos mayores que permitieron acceder a la información necesaria en la búsqueda de dar respuesta al objetivo general planteado, Identificar las características sociales, demográficas y de salud de los adultos mayores del Hogar Casa del Abuelo Mi Dulce Hogar.

## **6.5 UNIDAD DE OBSERVACION**

Para esta investigación adulto mayor es “Aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las capacidades cognitivas de la persona se van deteriorando”.(Adams, 2013)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) “considera como personas adultas mayores, a aquellas que tienen 60 años de edad a mas, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) dice que las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad.” (OPS, 2013)

Dentro de esta observación se tendrá en cuenta la familia, considerada como el espacio que permite en forma integral, a cada individuo, el convivir, crecer y compartir con otras personas, los valores, normas, creencias, tradiciones, comportamientos, conocimientos, experiencias y afectos que resultan indispensables para su pleno desarrollo en la sociedad.

## **6.6 PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Para la recolección de la información se tuvo en cuenta los siguientes momentos:

**PRIMER MOMENTO:** El acercamiento al contexto, en cual se realizó la identificación, observación y reconocimiento del contexto personal, familiar y social del adulto mayor perteneciente a la casa del abuelo mi dulce hogar.

**SEGUNDO MOMENTO:** La recolección de información sobre el adulto los adulto mayor vinculado a la Casa del abuelo mi dulce Hogar permitió la identificación de la familia del adulto mayor seleccionado para la implementación de los instrumentos, entrevista semiestructurada y valoración de sus condiciones sociales, demográficas y de salud.

**TERCER MOMENTO:** El análisis de los resultados permitió conocer el estado de salud física, mental y social; al igual que la descripción del contexto familiar del adulto mayor desde la perspectiva de su familia y del mismo.

**CUARTO MOMENTO:** La discusión de los datos, apporto al análisis e interpretación de los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados; de igual manera la

elaboración del informe final y el artículo permitieron evidenciar la percepción sobre la vejez, las condiciones de salud y entorno familiar del adulto mayor seleccionado en la investigación social.

## **6.7 Consideraciones Éticas.**

El estudio respetara los parámetros éticos para estudios con seres humanos contenidos en la resolución 008430 de 1993, aplicando los principios de confidencialidad, veracidad, y beneficencia y no maleficencia. Para ellos se realizara el consentimiento informado previo a la aplicación del instrumento, para garantizar la libre participación en el estudio (Ver anexo 12).

- **ETICA LABORAL EN EL PROFESIONAL DE PSICOLOGIA**

### **LEY 1090 DE 2006**

“Reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología (TITULOS I- VI, y denomina el correspondiente Código de Deontológico y Bioético (TITULO VII), dentro del cual se reglamentan el Tribunal Nacional y los Tribunales Regionales Deontológicos y Bioéticos (Capítulos IX y X, además se define pautas relativas a los procesos disciplinarios para los profesionales de la psicología (Capítulos XI Y XII).

### **LEY 1164 DE 2007**

Establece disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del talento humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos. Aplica a los profesionales de la psicología que se desempeñan en las áreas de clínica y de la salud.

- **ETICA LABORAL EN EL PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL**

Consejo Nacional de Trabajo Social: Acuerdo 13 de 2015 (Dado en Bogotá D. C el 26 de junio de 2015). “Por el cual se adopta el Código de Ética de los

trabajadores sociales en Colombia” En reunión extraordinaria del Consejo Nacional de Trabajo Social, haciendo una de las facultades legales que el confiere la ley 53 de 1997 y el decreto 2838 de 1981 lo confiere como profesión de compromisos y responsabilidad con los seres humanos y la sociedad; incluida en el profesional el deber de respetar y anteponer a sus situaciones profesionales los derechos humanos, individuales y colectivos y de los pueblos consagrados tanto en la declaración universal como en la constitución nacional de Colombia.

## 7. RESULTADOS

### 7.1 Características sociales y demográficas de adulto mayor

A continuación se realizara una descripción de las variables sociales, demográficas y económicas, del adulto mayor que reside en el Hogar Casa del Abuelo mi Dulce Hogar en la ciudad de Villavicencio Meta.

Adulto mayor de 73 años de edad, nacido en Pijao Quindío, procedente de Villavicencio, con primaria completa su última ocupación de mensajero del hogar (la casa del abuelo, mi dulce hogar), estado civil casado, padre de 3 hijos adultos, convivencia con esposa, su hija, yerno, y 16 adultos encontrándose la familia en el ciclo vital de la familia anciana por el hecho de ser ajustes en su sistema familiar.

En cuanto a las variables socio económicas del adulto mayor (AM), no cuenta con una independencia económica dado que su rol como mensajero es de la misma institución Casa del Abuelo mi Dulce Hogar, donde la remuneración es mínima dado que su actividad laboral es mas de apoyo y sostenimiento para actividades del hogar, así mismo los ingresos económicos provienen de sus 3 hijos que residen fuera de este entorno quienes le aportan al adulto mayor para el cumplimiento de satisfacción de necesidades básicas.

En cuanto a su vivienda la misma que se encuentra en arriendo con todos los servicios públicos, estrato socio económico nivel 3. El adulto mayor objeto de estudio lleva conviviendo hace 1 año y medio en esta residencia, dado que anteriormente convivieron sus otros hijos.

De otra parte también cuentan con el apoyo de la comunidad y donaciones particulares que recibe en beneficio del hogar para suplir algunas necesidades básicas, así mismo reciben la ayuda social del gobierno del programa de familias en acción (Bono del Adulto Mayor).

En cuanto al estado de salud del adulto Mayor se encuentra que cuenta con un estado de salud favorable para su ciclo vital de adultez mayor, refiere que en este momento se encuentra en tratamiento farmacológico por presentar niveles altos de triglicéridos, cuenta con el sistema de seguridad social subsidiado Capital Salud donde asiste de manera mensual a sus controles médicos.

Dentro de los vínculos familiares se evidencia una relación cercana y estrecha entre los adultos mayores y su cuidadora, así mismo se ve la participación de los hijos fuera del hogar quienes se involucran en actividades familiares y recreativas, Encontrando dentro del subsistema conyugal vínculos de unión, basado en el respeto, el dialogo y la comunicación lo que fortalece una unión estable y duradera que genera en los adultos mayores estabilidad y apoyo mutuo.

Así mismo cuenta con las visitas de sus nietos lo que propicia relaciones con mejor cohesión y lazos afectivos cercanos dentro de la familia, adicional la creencia de tipo religioso aporta como factor de protección y e ayuda en el sistema familiar del Adulto Mayor.

## **7.2 Estado De Salud Del Adulto Mayor**

A continuación se relacionan los resultados obtenido en cuanto a la salud de la adulto mayor la cual fue evaluada a partir de los instrumentos cuantitativos, los cuales permitieron conocer el estado de salud física y mental del Adulto Mayor (Ver Tabla Numero 1 Estado De Salud Del Adulto Mayor)

**TABLA NÚMERO 1**

<b>INSTRUMENTO</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>RESULTADO</b>	<b>OBSERVACION</b>
<b>BARTHEL (actividades básicas de la vida diaria)</b>	El índice de Barthel (IB) es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia.	100 puntos: Independencia	Según el resultado de la escala indica en el sujeto a evaluar es totalmente independiente, es decir que realiza con total independencia actividades de la vida diaria relacionadas con la alimentación, higiene personal, capacidad motora y desplazamiento.

<p><b>Índice para las actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody.</b></p>	<p>Permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad. Evalúa actividades más elaboradas y que por tanto, se pierden antes que las actividades básicas de la vida diaria.</p>	<p>8 puntos: Independencia</p>	<p>De acuerdo a la puntuación obtenida nuestro adulto mayor tiene una independencia es decir que presenta autonomía para desempeñar actividades relacionadas con hacer las compras, preparar la comida, manejar el dinero, usar el teléfono, tomar medicamentos, entre otras, lo que indica que realiza un rol activo dentro de su dinámica cotidiana.</p>
---	--	------------------------------------	--

<p><b>Escala de depresión Geriátrica de Yesavage</b></p>	<p>Especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que las escalas ordinarias de la depresión tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos, de menos valor en este grupo de pacientes.</p>	<p>0 puntos: Normal</p>	<p>Se obtuvo un estado afectivo normal donde se evidencia que la evaluada se siente aceptada dentro de su entorno, tiene conciencia del apoyo familiar, resalta los aspectos positivos de su vida lo que motiva a su deseo de vivir a pesar de las adversidades que se pueden presentar dentro de la familia.</p>
<p><b>Valoración cognoscitiva. Mini examen cognoscitivo</b></p>	<p>Se trata de una escala psicossométrica breve para evaluar el estado cognitivo de las personas</p>	<p>35 puntos: Probablemente sin deterioro</p>	<p>EL participante en el resultado obtuvo un estado cognitivo probablemente sin deterioro ya que identifica el tiempo, el lugar,</p>

			el espacio, atención y lenguaje acorde a la edad.
<b>Escala de Tinetti para la valoración de la marcha y el equilibrio</b>	Determinar precozmente el riesgo de caída de un anciano durante el año siguiente a su aplicación	Total general: 28 sin Riesgo severo de caídas	De acuerdo al resultado del instrumento realizado al adulto valorado no presenta puntuaciones e riesgo severo de caídas
<b>Índice de comorbilidad de Charlson</b>	Evaluar la esperanza de vida a los diez años, en dependencia de la edad en que se evalúa, y de las comorbilidades del sujeto.	1 punto	En el adulto evaluado se considera ausencia de comorbilidad, sin diagnóstico de presentar 2 o más enfermedades, discapacidades

### **7.3 Relaciones Familiares Del Adulto Mayor.**

Las relaciones familiares son todas las interacciones que tiene el adulto mayor con su familia y su comunidad. A través de la narrativa del adulto y la familia se identificaron las siguientes Categorías: dinámica familiar, situación socioeconómica, percepción del envejecimiento y necesidades del adulto mayor

## **Categoría 1. Situación Socio Económica.**

Concepto que se puede comprender como todos aquellos factores geográficos y económicos a nivel familiar, social e individual que afectan directa o indirectamente al individuo y en este caso todas aquellas variables que han intervenido en el curso del desarrollo de la vejez, en función de garantizar las necesidades básicas del envejecimiento, considerándose como la vivienda la alimentación, traslados y los requerimientos necesarios para un óptimo hábito de vida, por lo cual se encontraron las siguientes subcategorías:

### **Sub categoría I LA VEJEZ ES SERVICIO Y GRATITUD.**

“La alegría de esta familia poder servirles a ellos y que cuenten con una “ayudita” de tener casa, comida y nos cuidemos entre todos” (AD).

“Nos dan alguna colaboración de vez en cuando de vez en cuando, pero uno así da gracias a dios bendito y Jesucristo que nos ayuda tanto en la vida,”. (AD).

“Pero si los dos siempre siempre no nos hemos separado porque no “uno que se va poner a bregar a estad edad” (AD)

“Si señora hay tenemos la piecita con nuestras cositas, el bañito para nosotros, “a sí” uno quisiera tener una casa solo para uno” así como la que teníamos una tierrita algo así, pero acá gracias a Dios se tiene el techito, la comidita”. (AD)

“Ya con eso uno agradecido de la vida. “si señora” risa risa risa”.(AD)”

“claro nosotros tenemos buena relación con los pastores de la iglesia y nuestro grupo de la iglesia evangélica ellos son buenas personas” (AD)

“Y gracias a Dios tenemos el hogar y la comida y los hijos que andan muy pendientes eso si para que todos nos apoyan por eso uno vive hay bien.” (AD)

“Hace poco fuimos a Cartagena solo los hijos y nosotros “ahhhhhh “que cosa más bella eso ver el mar, nunca habíamos ido no eso fue una maravilla de Dios” (AD)

“Lo reciben de buena forma, ellos no son malgeniados son tranquilos se dejan guiar y son muy agradecidos.” (FM).

### **Sub categoría II LA FAMILIA COMO SINONIMO DE FELICIDAD**

“Mis nietecitos que nos visitan casi siempre, “eso nos hace felices” (AD)

“Pero es una de las etapas donde uno debe estar tranquilo sin preocupaciones estando bien en la familia, con las personas que uno quiere, gracias a dios estoy con mi esposa ella también con su achaques risa, risa” (AD)

“Y que lo respeten a uno siempre eso es más que suficiente para ser felices” (AD)

“Con besos con abrazos y cuando ellos vienen y nos reunimos todos en familia y uno ve que ellos como que se preocupan por uno” (AD) “

“Yo participo en las actividades del culto en la iglesia, o en algún viaje que nosotros programemos con mis hermanos o reunión familiar eso da felicidad a ellos” (FM)

“Pero de resto mis papas son los mejores seres humanos gracias a Dios quienes dan felicidad” (FM).

“Hace poco fuimos y que felicidad todos unidos en familia sin esposos sin nada hijos y padres y que bien la pasamos, y cuando están chochos le digo venga “ mi viejito canoso”.(FM)

“y a mi mamita “venga viejita hermosa”, yo los quiero mucho son muy buenos padres y eso lo merecen.”(FM).

### **Sub categoría III LA DEPENDENCIA ECONOMICA Y LA VULNERABILIDAD EN LA VEJEZ.**

“Las vuelticas como mensajero acá del hogar pero pues yo no gano plata porque es para ayudas de todos” (AD)

“El bono “ese” de subsidio de adultos mayores con eso compramos algunas cositas que necesitamos a veces “el ensure” o ayudas de transporte” (AD)

“Una que otra vez salen vuelticas o trabajos por ahí, “risa risa risa” por hay uno las hace y un pesito que gane eso ayuda mucho si señora” (AD)

“Así como usted ve”, acá uno tiene su piecita y eso para que más gracias a Dios que nos permite eso.” (AD)

“Pero ya estas edades uno no puede hacer todo esto porque a veces no hay como uno ir “gastos” “umm” eso no le permite a uno hacer eso” (AD)

“Que ya uno con los años no pude hacer las mismas cosas de antes ósea un empleo o cosas así” (AD)

“Si claro yo les colaboro a mis padres porque soy la responsable del hogar y acá se paga arriendo y en la alimentación y los servicios y en lo que pueda les colaboro” (FM)

“Aunque ahora no hay plata que alcance” (FM).

### **Categoría 2. Percepción del Envejecimiento.**

Para esta categoría se buscó comprender e identificar dentro de las entrevistas realizadas, las percepciones, conceptos e ideas que se tienen sobre el proceso del envejecimiento, las diferentes estrategias que se emplean en este proceso con el fin de generar otro tipo de ocupaciones a la vez de otros conceptos atraviesan esta percepción, tal como lo son la autonomía, el cambio de roles entre otros los cuales se deben ajustar en la vejez y los cuales son cambiantes derivados a la

historia personal, las creencias, las construcciones sociales y la situación actual de la persona que envejece y de quienes lo acompañan.

### **Sub Categoría I LA VEJEZ COMO SALUD Y BIENESTAR**

“Y con ella hasta que seamos más viejitos “risa”, Cierta hija si “risa” hasta que dios nos tenga con vida y salud. (AD).

“Señorita la vejez es algo bonito, uno tiene salud apoyo de sus hijos y yo aún estoy bien en todo gracias a dios sin enfermedades si uno a veces se aburre como todo la vejez viene con sus ¡achaques!” (AD)

“Yo si vivo feliz y agradecido con dios porque a mis 73 años, aún estoy con salud bien y puedo hacer las cosas sin problema de nada moverme”.(AD)

“Pues en realidad gracias a Dios yo considero tener una salud muy buena, si con los dolores que le dije pero yo con mi seguridad voy al médico y soy juicioso en esos casos”. (AD)

“Bueno yo pienso que es una etapa natural del ser humano, que tenga salud lo mejor.” (FM)

“Sin embargo la salud influye mucho en el bienestar que tenga la persona y como termina su vejez.” (FM).

“Pues que mi papa a pesar de sus años, como usted lo ve es un Roble porque su salud es muy buena”. (FM)

“Bueno pues estar pendiente de su estado de salud, de que se alimente sanamente que no tengas dificultades y, que duerman bien que puedan estar bien sin riesgos en toda su vida” (FM).

### **SUBCATEGORIA II CREENCIA Y APOYO RELIGIOSO EN LA VEJEZ.**

“Y con la ayuda de dios siempre hemos salido adelante y a dios dios que nos dio buenos hijos” (AD)

“Le pedimos a dios nos de sabiduría, salud que es lo más importante para uno estar bien, eso uno ya sabe que con los días el “achaque va dando”. (AD)

“Pero no la vejez “ave maría” algo muy bonito y en tranquilidad con Dios” (AD)

“En definitiva yo me siento tranquilo y feliz con dios y Jesucristo” (AD)

“Y como dice la biblia todo va llegando a su tiempo y a la semejanza de dios, y uno iba llegar a esta edad” (AD)

“Pero esta etapa es la más bonita la última de la vida de uno que la debe vivir en armonía y con paz en su corazón y con dios que es lo más importante de la vida de todos nosotros” (AD)

“Gracias a Dios, y el que nos cuida a todos nosotros en este hogar en Dios Dios.. Él es poderoso en este hogar.” (AD)

“No señorita no somos perfectos pero si nosotros hemos tenido problemas nos sentamos al dialogo como nos han enseñado en la iglesia, con Dios siempre.” (AD)

“Buenas porque nosotros somos de una iglesia cristina y los hermanos nos visitan y el culto que nosotros asistimos se cuenta con muchas personas, y siempre estamos en constante oración por todos y pues es con quien más ellos se la pasan y se hablan constantemente. (FM).

### **SUBCATEGORIA III LA VEJEZ COMO PRIVACIÓN DE LA LIBERTAD.**

“Con los años las cosas cambian para uno ya uno no puede hacer lo que hacíamos de jóvenes irnos para fincas, estar para un lado para otro, nosotros “andaregiabamos” mucho, eso si corríamos para donde fuera.” (AD)

“Que ya uno con los años no pude hacer las mismas cosas de antes ósea un empleo o cosas así porque uno ya no tiene ya las posibilidades porque energía uno si tiene arta”. (AD).

“Porque antes donde mi hermana estaba solos y encerrados por lo menos acá pueden salir o cuando se van pues se acompaña o viene un hermano y los lleva pero hay más libertad.” (AD)

“Pues yo creo que mmm no sabría decirle, pero si de pronto que me gustaría mi papá fuera a jugar futbol más libertad”. (FM)

### **SUBCATEGORIA IIII CAMBIOS FISICOS, EMOCIONALES Y EN LA FORMA DE SER EN LA VEJEZ.**

“Risa Risa “ah” se vuelve uno viejito así peli blanco como yo, cierto mija si uno se vuelve mayor “ah” pero eso si a uno no se le acaban las esperanzas y las ilusiones de la vida” (AD)

“Pues uno va viendo así cambios en lo físico y en la forma de ser “chocheras” (AD)

“Uno se vuelve más “gordo” porque eso si uno come bien aunque nos cuidamos, otro cambio es que le salen a uno más canas.”(AD)

“Yo creo que una persona que envejece es un ser lleno de experiencias y vivencias buenas de la vida, con los años la salud se va deteriorando y van cambiando gustos, aficiones, creencias” (FM)

### **Categoría 3. Dinámica Familiar.**

En esta categoría cabe reconocer todas aquellas estrategias, movimientos, procesos, roles, límites y actividades que realizan en el entorno de la persona que envejece para el acompañamiento de este, comprendiéndose la red primaria como la primera instancia a la cual se acude para el acompañamiento y cuidado de la persona que envejece, de igual forma se buscó comprender las estrategias que se

emplean en el sistema con el fin de garantizar las necesidades básicas, así como las percepciones que tiene el adulto mayor del sistema y como la dinámica familiar es determinante en el proceso a desarrollar en esta etapa de la vida.

### **SUB CATEGORIA I EL CUIDADO EN LA VEJEZ ES CUESTION DE TODOS**

“Eso sí son buenos todos ninguno es jodido todos muy apoyadores en todo y con ella hasta que seamos más viejitos” (AD).

“Nos cuidan todos Risa. Risa. Hasta los que viven acá en el hogar, pero estamos bajo el cuidado de mi hija ella es muy buena y mi yerno son unas excelentes personas con nosotros” (AD).

“Pero nosotros también vamos donde los otros hijos y nos quedamos y pues si no ,nos cuidamos los dos ,Risa..Pero siempre están pendientes los hijos ellos nunca nos han dejado solos y hasta los nietos nos cuidan y nosotros a ellos” (AD)

“Mis hijos que no viven acá vienen me visitan y siempre nos tratan bien y los nietecitos son especiales con nosotros nos consienten nos dan besos nos ayudan” (AD)

“Sí, yo vivo con mis padres y con todos mis hijos del hogar lo que no tengo Dios me los regalo”. (FM)

“Y también mis hermanos ayudan porque no solo es mi responsabilidad es de todos y ellos apoyan mucho también en lo que mis padres necesiten.” (FM).

### **SUB CATEGORIA II RESIGNACIÓN Y ACEPTACION DEL APOYO FAMILIAR EN LA VEJEZ.**

“Nos cuidan bien de que tengamos un techo, la piecita que no aguantemos hambre que estemos bien de salud que nos lleven a pasear, hace poco fuimos a Cartagena solo los hijos y nosotros “ahhhhhh “ que cosa más bella eso ver el mar, nunca habíamos ido” (AD)

“Y siempre en lo que nos puedan ayudar nunca se niegan a nada , uno sabe que les toca duro y como ellos puedan ayudarnos nosotros agradecemos, pero uno piensa que mejor estar en familia y que cuente con los hijos” (AD)

“Pues quisiera yo que ellos vivieran solos en una casa grande independiente, pero gracias a Dios la casa que es amplia y ellos tienen su espacio privado de habitación con su baño eso es algo” (FM)

“Siempre y pueda vamos y nos acompañamos porque a veces este trabajo no permite salir mucho, toca así porque que más se puede hacer.” (FM)

“Y adicional a eso que más adelante yo sí creo que mis papas deben es contar con su espacio privado aunque acá la pasan muy bien y yo estoy apoyándolo en lo que más pueda.” (FM).

### **SUB CATEGORIA III EL BUEN TRATO SINONIMO DE RESPETO Y SEGURIDAD EN EL ADULTO MAYOR.**

“A Dios gracias acá vienen muchos grupos y nosotros no la llevamos muy bien con todas las personas, acá ninguno tiene peleas o malas relaciones con la gente todo en el respeto y la unión.” (AD).

“Ahh” pues uno se siente cuidado cuando le dan afecto, no lo tratan mal lo respetan a estos años y estamos en unión” (AD).

“Y que lo respeten a uno siempre eso es más que suficiente para ser felices” (AD)

“Y pues los demuestran así por medio de cosas bonitas y palabras en oración” (AD).

“Pues la verdad si uno tiene dificultades a veces por acuerdos pero nosotros nunca a la agresión o a la violencia el dialogo mis padres nos enseñaron eso y eso les da tranquilidad.” (FM)

“Pues yo creo que tratándolos bien, con amor con afecto, celebrando fechas especiales el buen trato es lo mejor y yo no lo hago con ellos si no con todos mis hijos del hogar”. (FM).

## **8. DISCUSION DE RESULTADOS**

En este proceso se buscó desarrollar en el marco de las categorías de investigación y las áreas de trabajo, los ejes temáticos en comparación de los resultados y la delimitación que la población de estudio planteo en relación al marco teórico, a continuación se presentara con más detalle los resultados obtenidos.

### **8.1 Características Sociales y Demográficas del Adulto Mayor.**

El adulto mayor participante en este documento cuenta con la edad de 73 años, lo cual en comparación con el documento SABE (2015), La mediana de la edad es de 69 años (rango: 60 - 108 años) con más de la mitad de la población adulta mayor en el grupo de 60-69 años (57,2%),(30,2%) en el grupo de 70-79 años y (12,6%) de los de 80 y más. De igual forma en comparación con la caracterización aplicada al adulto mayor de sexo masculino se encuentra que según estudio el término “envejecimiento” se asocia comúnmente al proceso biológico que experimenta una persona cuando va ganando años. Enmarcando desde el género femenino con mayor relevancia a la esperanza de vida mayor que los hombres, la población adulta mayor tiene un predominio femenino más que los hombres evidenciándose que s en la medida que ha aumentado la longevidad, principalmente en el sexo femenino, el índice de masculinidad disminuye. Una de las razones que influye en lo anterior es el índice de viudez: 13% para los hombres y 43% para las mujeres (Arango y Ruiz, 2015)

En cuanto a las variables socio económicas del adulto mayor no cuenta con una independencia económica. Lo que se determina en este estudio es que el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más importantes de finales de siglo e implica profundas modificaciones en las estructuras sociales, económicas y culturales de los países de la región, comprendiéndose como un factor determinante los alcances y económicos y las posibilidades laborales y productivas del adulto mayor, entendiéndose en este documento que el adulto mayor ya no puede realizar debido a las condiciones

sociales alguna actividad de tipo producto que genere un ingreso económico y que contribuya a su propio sustento o al de su sistema familiar (Casas, 2014)

En el área de salud se encuentra adulto mayor con estado de salud favorable con niveles altos de triglicéridos como novedad en su estado de salud. Sin embargo se encuentra que las enfermedades crónicas y degenerativas aparecen con mayor frecuencia en la vejez. Comprendiéndose que los avances médicos así como el acceso a la salud en el país ha buscado desarrollar nuevas herramientas de acceso y prioridad para el adulto mayor por lo cual según Casas (2014) también es cuestión de percepción y procesos que se relacionan con los procesos culturales por lo que o, la percepción del estado de salud por nivel educativo y por zona de residencia también cambia: a mayor educación y residencia en el área urbana, mejor percepción de la salud. Así pues se puede comprender que en este caso la percepción de la salud se pudo percibir a partir de las diferentes herramientas de evaluación determinadas.

Puntualmente en este caso el cuidado del adulto mayor está a cargo de uno de sus hijos, comprendiéndose que es en esta edad y basándose en diferentes estudios realizados está la posibilidad latente que las delimitaciones en los roles, ocupaciones, disposición tiempos y reconfiguración del sistema familiar, así como la escases de recursos, la falta de acceso a la vivienda, la dependencia en áreas del desarrollo, generen que el adulto mayor conviva en hogares ya configurados o en estos hogares de cuidado, con el apoyo de la familia extensa, con el fin de cumplir con las necesidades básicas.

## **8.2 Entrevista semiestructurada**

### **Categoría 1. Situación Socio Económica**

La situación socio económica es percibida como sentimiento de agradecimiento y gratitud en la satisfacción de las necesidades básicas del adulto mayor, manifestando así en la vejez sentimientos de felicidad por contar con la red de apoyo familiar como proveedor, sin embargo, se ve la vulnerabilidad y

dependencia económica que se riga de los adultos por no contar con los recursos económicos personales si no dependencia de terceros en este caso de la familia, y la minimización de reconcomiendo de las actividades en su roles (Arango y Ruiz, 2015), en el caso puntual del adulto mayor de 73 años, las expresiones emocionales y expresivas en relación a la incomodidad causada por el referente de cuidado económico constante así como la pérdida de autonomía económica y solvencia, proceso que continua sin poder interiorizar de manera asertiva, por lo cual se puede considerar como un factor determinante en el proceso de envejecimiento.

Así mismo la situación económica, del adulto mayor sujeto de este estudio y en comparación a los diferentes estudios realizados, se percibe como una constante problemática en función de las demandas que la vejez conlleva y los recursos dispuestos para este proceso, es así que la solvencia en el adulto mayor de 73 años y la de posiblemente la mayoría de los adultos mayores de Colombia presenta una percepción negativa, relacionada con el mercado laboral, la sobrecarga de demandas, y las políticas públicas para el adulto mayor en materia de cubrimiento de las necesidades básicas, siendo este un factor determinante dentro del desarrollo de sociedad y siendo percibida por este adulto como una necesidad a cubrir con el principio de corresponsabilidad (Dimas, 2015)

## **Categoría 2. Percepción del Envejecimiento.**

En esta categoría, mediante el discurso del adulto mayor de 73 años, se percibió que los conceptos que este tiene en relación al proceso de envejecimiento esta significativamente relacionado, con las comprensiones sociales y culturales lo que en relación a estudios recientes es un predominante e ¡n los conceptos del adulto mayor que envejece en Colombia, identificando las diferentes categorías, problemáticas y situaciones existentes al llegar a la vejez, por lo que este sujeto de estudio y otros que aparecen registrados en otros documentos como en el de Palacios, Ríos, Payares, et al citado por Casas, (2015) se encuentra que la

percepción del envejecimiento esta significativamente ligado a la experiencia, sabiduría, evaluación de cumplimiento de proyecto de vida, delimitación en acciones y cumplimiento de requerimientos sociales propios de cada momento de cada etapa del ciclo vital.

La vejez es percibida como una etapa más del proceso evolutivo del ser humano, por lo que predomina la aceptación como actitud social. Se tiene en cuenta nuevos roles y funciones a desempeñar por las personas mayores, así como su contribución positiva en todos los ámbitos (social, familiar, institucional, y en las diferentes dimensiones (afectivo-emocional, económica, cultural, con factor de protección en el sistema religioso como parte del proceso de ajuste y apoyo en el ciclo vital, Sus premisas son el nivel de actividad o inactividad los cuales dependen en de terceros e inician un proceso de privación de su libertad en actividades cotidianas, sin embargo el aumento de la esperanza de vida ligado bajo el estado de salud y bienestar como eje fundamental en el ciclo vital, de igual forma en el cual en el caso del abordaje de este documento cabe anotar los diferentes referentes que se tienen sobre autonomía así como las posibilidades físicas y cognitivas con las que aún se cuenta para la realización de las diferentes actividades que puede continuar realizando.

### **Categoría 3. Dinámica Familiar.**

Durante este estudio se buscó comprender y correlacionar los conceptos que traía el sistema familiar y el adulto mayor en relación a la dinámica reconfigurada a partir de cambios dinámicos, que reaccionan constantemente a los cambios en los roles, las funciones así como el proceso que lleva dentro de la casa hogar en la que se encuentra, identificándose así convergencias en los conceptos planteados por diversos autores sobre las dinámicas, percibiéndose como la etapa final donde existen cambios a nivel personal, familiar y social, manifestando su agradecimiento por contar con una red de apoyo familiar que brinde satisfacción en necesidades básicas tales como alimentación, vivienda, salud y cuidado, de

igual forma mostrando aceptación frente a los procesos de envejecimiento, y como la familia con gestos de gratitud y buen trato hacen que el adulto mayor se sienta una persona importante y segura en su última etapa de la vida (Zapata, Delgado y Cardona, 2015)

Por consiguiente, la dinámica de la familia durante la vejez, según Ángel (S.F), implica realizar ajustes con el fin de conservar y fortalecer las relaciones e interacciones; pero además de esto se debe tener en cuenta las diferentes formas de pensar, sentir y percibir la realidad de los integrantes de la familia, lo cual se logró identificar en el sistema familiar de estudio, en donde la reconfiguración de los roles ocasiono que el cuidado del adulto mayor en este caso una hija, generara adecuaciones en su ambiente con el fin de potencializar el cuidado y acompañamiento de su progenitor y así poder potencializar una mayor calidad de vida en la vejez de este.

Sin las funciones de la familia están sujetas a variaciones relacionadas con los cambios de estructura y con la etapa que atraviesa. Las correspondientes a la etapa de los hijos pequeños son diferentes a las que se ejercen con los hijos adultos o en el hogar de adultos mayores. En la literatura revisada se describen tres grandes funciones: biosocial, económica y educativo-cultural, aunque algunos autores las consideran por separado la educativa y la cultural y otros incluyen la afectiva, lo que se logró percibir como un factor generativo en el adulto mayor de 73 años como un proceso cíclico en donde si se da garantía del cumplimiento de las necesidades básicas.

### **8.3 Estado de Salud del adulto mayor.**

En la valoración de actividades físicas y de autonomías que se realizó con el adulto mayor arrojó un total de autonomía e independencia lo cual en relación a los diferentes estudios que se han realizado existe una constante de disminución de la vida física (Arango y Ruiz, 2015) así como el requerimiento de mayor apoyo en la realización de actividades cotidianas, comprendiéndose que puntualmente

en este caso existen factores de generatividad y en comparación a adultos con edades promedio existe una disminución significativa en la percepción de un buen estado de salud, lo que da cuenta de la importancia de generar un análisis concienzudo sobre las creencias sociales, culturales y el apoyo familiar como un conjunto de variables que determina la comprensión individual sobre el estado de salud (Ruiz, 2013).

- **VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA: EL INDICE DE BARTHEL**

Para la presente investigación con el fin de obtener la mayor cantidad de criterio objetivos y validos en relación a la valoración de la capacidad física del adulto mayor de 73 años, se aplicó la prueba **BARTHEL (actividades básicas de la vida diaria)** comprendiéndose así que el índice de Barthel (IB) es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia, es una medida de la discapacidad física con demostrada validez y fiabilidad, fácil de aplicar y de interpretar y cuyo uso rutinario es recomendable. El IB es útil para valorar la discapacidad funcional en las actividades de la vida diaria. Para una valoración más amplia hace falta la utilización de otros instrumentos además o en lugar del IB (SAMIUC, 2014).

Por ende con el sujeto de Estudio se encontró que según el resultado de la escala es totalmente independiente, donde obtuvo 100 puntos, por lo cual es viable decir que realiza con total independencia actividades de la vida diaria relacionadas con la alimentación, higiene personal, capacidad motora y desplazamiento, comprendiendo así que en el desarrollo de habilidades el sujeto ha logrado a través del proceso de envejecimiento, continuar realizando actividades por sí solo, proyectando autonomía, dentro de su sistema familiar y dentro del hogar al que se encuentra adscrito.

- **INVESTIGACIONES LAWTON Y BRODY**

## **SITUACIÓN DE NUESTROS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN RESIDENCIAS Y NECESIDADES PARA SU INTEGRACIÓN SOCIAL**

Para la presente investigación en cuanto a los resultados obtenidos por el adulto mayor en cuanto a la escala Lawton y Brody la cual pretende valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad. Se buscó evaluar actividades más elaboradas y que, por tanto, se pierden antes que las actividades básicas de la vida diaria, por lo cual el sujeto de estudio obtuvo 8 puntos una total independencia. De acuerdo a la puntuación obtenida el adulto mayor conserva un mayor grado de independencia, es decir que presenta autonomía para desempeñar actividades relacionadas con hacer las compras, preparar la comida, manejar el dinero, usar el teléfono, tomar medicamentos, entre otras, lo que indica que realiza un rol activo dentro de su dinámica cotidiana y por lo cual se percibe como sujeto activo, generando así comprensiones más amplias sobre el proceso de envejecimiento en relación a otros adultos mayores que se encuentren en un rango de edad similar.

Se determinó el grado de dependencia física para la actividad de la vida diaria (mediante el índice de Barthel e índice de Lawton-Brody) y las alteraciones depresivas (escala de Yesavage) con el fin de determinar el grado de dependencia física y psíquica de las personas mayores institucionalizadas para conocer sus necesidades reales el cual en proceso de aplicación amplia permita generar mayor impacto en las intervenciones y así integración social en las instituciones que trabajan en este área. (Alcaraz, Baños, Et, al 2014)

- **INVESTIGACIONES ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE**

### **PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA Y SU INCIDENCIA EN LA DEPRESIÓN Y BIENESTAR SUBJETIVO DE ADULTOS MAYORES (IMPACT OF A PHYSICAL ACTIVITY PROGRAM ON OLDER ADULTS' DEPRESSION AND SUBJECTIVE WELL-BEING)**

Dentro del proceso de caracterización se pretendió evaluar el estado afectivo del adulto mayor por lo cual se empleó la Escala de depresión geriátrica de Yesavage, ya que las escalas ordinarias de la depresión tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos, de menos valor en este grupo de pacientes. Se encontró un puntaje de 0 lo que se refiere a un estándar de normalidad, Se obtuvo un estado afectivo normal donde se evidencia que el evaluado se siente aceptado dentro de su entorno, tiene conciencia del apoyo familiar, resalta los aspectos positivos de su vida lo que motiva a su deseo de vivir a pesar de las adversidades que se pueden presentar dentro de la familia.

Esto posiblemente determinante en los factores de riesgo, apoyo y manejo de los diferentes sistemas sociales así como del reconocimiento de una red de apoyo generativa y el fortalecimiento de estrategias en el acompañamiento en el estado del ánimo (Pereira, Fernández y Cruz, 2016)

- **INVESTIGACIONES MINI EXAMEN COGNOSCITIVO**

### **UNA INTERVENCIÓN PARA AUMENTAR EL BIENESTAR DE LOS MAYORES**

En cuanto a la Valoración Cognoscitiva Mini examen cognoscitivo el cual se trata de una escala psicométrica breve para evaluar el estado cognitivo de las personas se identificó que el adulto mayor probablemente se encuentre sin deterioro ya que obtuvo un puntaje de 35 puntos, EL participante en el resultado obtuvo un estado cognitivo probablemente sin deterioro ya que identifica el tiempo, el lugar, el espacio, atención y lenguaje acorde a la edad.

En resultados generales de la aplicación del minimental se ha comprendido que los resultados muestran que, una vez que se controla el nivel educativo y la edad de los participantes, los hombres muestran un rendimiento superior en tareas de screening cognitivo, memoria de trabajo, atención sostenida y fluidez verbal; mientras que las mujeres rinden por encima de los hombres en tareas de memoria y aprendizaje verbal (Ortega, Ramírez y Chamorro, 2015) . En calidad de vida, los hombres muestran una mejor salud y una mayor independencia, mientras que las mujeres puntúan por encima de los hombres en integración social y uso de servicios sociales (Navarro, Calero y Calero, 2014).

- **INVESTIGACIONES ESCALA DE TINETTI**

### **LA PERCEPCIÓN DE BENEFICIOS Y DE MEJORA DEL EQUILIBRIO MOTRIZ EN PROGRAMAS DE ACTIVIDAD FÍSICA EN LA TERCERA EDAD**

Con el fin de determinar una caracterización completa y real sobre el estado actual de salud, familiar y emocional del adulto mayor de este documento se aplicó la escala de Tinetti la cual pretendió determinar precozmente el riesgo de caída de un anciano durante el año siguiente a su aplicación por lo cual obtuvo un puntaje total de 28. Lo cual indica sin riesgo de caídas De acuerdo al resultado del instrumento realizado al adulto valorado no presenta puntuaciones de riesgo severo de caídas.

Los resultados obtenidos a partir de la administración de la Escala de Tinetti de las dimensiones estudiadas están recogidos en la tabla 3. A mayor puntuación, más óptimas son las capacidades de la marcha y del equilibrio. La máxima puntuación para la escala de la marcha es de 12 y para la escala del equilibrio de 16. El riesgo de caída se obtiene a partir de la suma de ambas puntuaciones. Tal y como podemos apreciar, la media de la marcha se caracteriza por una puntuación muy buena, al igual que la coordinación y el equilibrio (Castañer, Sauch, et, al (2016).

- **Con respecto a la CALIDAD DE VIDA**

Para esta valoración se aplicó el índice de comorbilidad de Charlson en donde el adulto mayor evaluado tuvo 1 punto por lo cual se considera ausencia de comorbilidad, sin diagnóstico de presentar 2 o más enfermedades, discapacidades que afecten su estado de salud, generando así mayor estabilidad en el desarrollo de su vejez.

Dicha prueba, se requirió en este documento con el fin de evaluar la esperanza de vida a los diez años, en dependencia de la edad en que se evalúa, y de las comorbilidades del sujeto. Con la aplicación de este índice y según lo plantea Pérez y Francisco (2016) se encontró que las mujeres y los pacientes que viven en el domicilio familiar acuden con mayor frecuencia a consultas médicas. Las personas con más comorbilidad acuden más a consultas y sufren más ingresos. Los pacientes con deterioro mental severo frecuentan menos las consultas pero ingresan más generando así un cuadro comparativo en el adulto mayor identificándose un recurso y factor de generatividad en el adulto mayor de 73 años.

## 9. CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos se puede concluir que:

- La condición socioeconómica del adulto mayor, es un determinante en el desarrollo del envejecimiento en tanto el requerimiento de la existencia de una base sólida que logre dar cubrimiento y solvencia a las necesidades básicas, así como se pueden identificar como un factor estresante y/o de impedimento en el acceso de una óptima calidad de vida.
- En tanto a las condiciones demográficas del adulto mayor ubicado en la ciudad de Villavicencio y puntualmente en el hogar casa del abuelo mi dulce hogar, es importante reconocer las condiciones de habitabilidad , los recursos económicos a disponer y el apoyo interinstitucional se puede considerar como un factor a potencializar y mejorar en función de cumplir con los estándares de cuidado y acompañamiento, así como la posibilidad de acceso a otros adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad tal y como se encuentran los usuarios de esta institución.
- Mediante el análisis del acompañamiento familiar y los requerimientos en el sector de la salud, cabe reconocer que existe en la actualidad a nivel nacional políticas públicas, que buscan facilitar el acceso del adulto mayor a las diferentes dependencias en la salud, sin embargo al llegar a esta etapa de la vida, se requiere de determinados ajustes en el ambiente para poder adquirir e servicio dentro de los cuales existe el acompañamiento de un familiar, la tramitología, y/o la característica principal de capacidad o incapacidad para la movilización autónoma del adulto que requiere acceder a estos servicios, por lo cual se identificó que el sujeto de estudio del presente documento, presenta factores de generatividad en tanto se reconoce una plena autonomía física y cognitiva para la movilización y acompañamiento del sistema familiar al cumplimiento de las diferentes actividades propias de la edad en la que se encuentra.

- En tanto a la descripción de las relaciones familiares del adulto mayor, cabe reconocer el rol que cumple cada uno de los miembros del sistema, en este caso en el de la hija, así como las estrategias construidas y los canales asertivos de resolución de necesidades, así como la percepción que tiene este sobre el acompañamiento que requiere, identificándose la necesidad de la estabilidad económica, así como los sentimientos de soledad, y finalización del proyecto de vida, en donde se reconocen factores de riesgo en relación a las comprensiones que este va construyendo sobre sentimiento de soledad y minusvalía, lo cual se puede potencializar a través de programas de fortalecimiento familiar y distribución de roles y funciones adecuadas.
- El adulto mayor de 73 años cuenta con un estado de salud físico y mental óptimo para su edad cronológica y momento del ciclo vital en el que se encuentra, proceso que fue desarrollado a través de la aplicación de diferentes instrumentos los cuales permitieron visibilizar un buen desarrollo físico y cognitivo, con puntuaciones optimas en cuanto a los requerimientos propios de la edad, dentro de los que se encuentra, movilización y resolución de situaciones cotidianas, por lo que se puede determinar que existe en cuadros comparativos con otros adultos que se encuentran dentro de hogares una tasa alta de un óptimo desarrollo en el envejecimiento.

## 10. RECOMENDACIONES

- A los entes territoriales, a la Universidad de los Llanos – Facultad de Ciencias, de la Salud Al programa de la Especialización, A la Familia en general, al adulto mayor, y a la comunidad en general
- Es importante reconocer el ejercicio de participación y generación de estrategias asertivas para el acompañamiento del adulto mayor en situación de vulnerabilidad de las diferentes instituciones gubernamentales y no que trabajen con esta población a partir de la identificación de falencias.
- Generar planes de trabajo interdisciplinar que fomenten en los sistemas del adulto mayor y hogares que se encuentren al cuidado de esta población, herramientas de fortalecimiento asertivas en pro de una óptima calidad de vida.
- Se recomienda para próximas investigaciones en este ámbito, poder realizar un ejercicio transversal con varios participantes, con el fin de ampliar las perspectivas y significados que se tienen a partir de una realidad similar, con el fin de potencializar mayor alcance en los programas de intervención de esta población.
- Es importante identificar las diferentes dificultades que presenta el adulto mayor, en razón de potencializar programas de inclusión y dar manejo asertivo las necesidades que estos presentan, con el fin de garantizar una óptima calidad de vida.
- Desde la perspectiva familiar y social, lograr mayor sensibilización mediante la identificación en próximos trabajo sobre los recursos, alcances y límites

en el trabajo con el adulto mayor, así como la identificación de más dimensiones sociales y personales que afectan directa o indirectamente el desarrollo de la vejez

## BIBLIOGRAFIA

- Adams, C. (2013). *Maltrato en el adulto mayor institucionalizado: Realidad e invisibilidad*. Revista Médica Clínica Las Condes, 23(1), 84-90).
- Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento (2013) Red Latinoamericana de Gerontología, Viena, Austria revisado en <https://www.gerontologia.org/portal/noticia.php?id=1550>
- Alcaraz, E, Baños, M., Martínez, J., Muir, B., & Vila, C. (2014). *Situación de nuestros mayores institucionalizados en residencias y necesidades para su integración social*. Azarbe, (3).
- Alvarado, A, y Salazar, Á (2014). *Análisis del concepto de envejecimiento*. Gerokomos , vol.25, n.2 [citado 2017-06-24], pp.57-62
- Arango E, Ruiz C. (2015) *Diagnóstico de los adultos mayores en Colombia*. Fundación Saldarriaga Concha, consultado el día 10 de Noviembre en <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPolíticas/Políticas%20Poblacionales/Envejecimiento%20y%20Vejez/Documentacion/A31ACF931BA329B4E040080A6C0A5D1C>.
- Arakaki, D. (2017). *Incidencia del Síndrome de Burnout en los cuidadores de adulto mayor en la Clínica Bamboo de junio a octubre del 2016*. Revisado en <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/6022>
- Betancourt D, Cajigas B., Palacio, Rodríguez, Helier, Valdés, y Pérez. (2012) *Política Nacional de Envejecimiento y Vejez*. Ministerio de Protección Social.
- Cano, P (s, f). *Indicadores Sociales y Departamentales*, Departamento Nacional de Planeación, Dirección de desarrollo social. Bogotá.

<https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-promocion-social-y-calidad-de-vida/Paginas/sistema-de-indicadores-sociodemograficos-sisd.aspx>

Cano, S., Garzón, M., Segura, Á., & Cardona, D. (2015). *Factores asociados al maltrato del adulto mayor de Antioquia*, Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 33(1).

Casas, N. (2014) *Caracterización de adultos Mayores del municipio de Buenavista respecto a violencia intrafamiliar*. Tesis de Grado. Universidad Nacional abierta y a distancia. UNAD, revisada el día 15 de Noviembre del 2017 en <http://stadium.unad.edu.co/preview/UNAD.php?url=/bitstream/10596/2564/1/33704370>

Castañer, M., Saüch, G., Prat, Q., Camerino, O., & Anguera, M. (2016). *La percepción de beneficios y de mejora del equilibrio motriz en programas de actividad física en la tercera edad*. Cuadernos de Psicología del Deporte, 16(1), 77-84

Dimas, D, (2015) *La vejez en Bogotá, caminos hacia la dignidad*. Observatorio de Desarrollo Económico. Revisado en <http://observatorio.desarrolloeconomico.gov.co/base/lectorpublic.php?id=594#sthash.2aFmlOck.Xk4Z42fz.dpb>

Domínguez, T, Espín, A., & Bayorre, H. (2013). *Caracterización de las relaciones familiares del anciano*. Revista Cubana de Medicina General Integral, 17(5), 418-422.

Las Personas mayores de Colombia son las más pobres de América Latina (29 de septiembre del 2015) El Tiempo. Revisado en <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16389736>

Flores, E., Rivas, E., & Seguel, F. (2013). *Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa*. *Ciencia y enfermería*, 18(1), 29-García, Luis 2012 Desprotección en la tercera edad: ¿estamos preparados para enfrentar el envejecimiento de la población?" Documento de trabajo 330, PUCP

Gaviria, A. Ruiz, F. (2015) Guía Metodológica. Ministerio de Protección Social, Bogotá. D, C. Colombia revisado el da 20 de Octubre en [http://www.eird.org/wikies/images/Gu%C3%ADa\\_Metodol%C3%B3gica\\_para\\_la\\_Sistematizaci%C3%B3n\\_de\\_Herramientas\\_para\\_la\\_Gesti%C3%B3n\\_del\\_Riesgo\\_Noviembre\\_2011.pdf](http://www.eird.org/wikies/images/Gu%C3%ADa_Metodol%C3%B3gica_para_la_Sistematizaci%C3%B3n_de_Herramientas_para_la_Gesti%C3%B3n_del_Riesgo_Noviembre_2011.pdf).

Gutiérrez de Pineda, V. (2013). *Familia y cultura en Colombia. Medellín: Universidad de Antioquia*. Revisado en <http://www.tecnar.edu.co/sites/default/files/pdfs/normas-icontec-version-2.pdf>

Gutiérrez, D., García, I., Gutiérrez, M. Z., Gilchristl, R., Torres, M., & Montecino, A. (2014). *Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile*. *Ciencia y enfermería*, 20(1), 61-74.

Gutiérrez, C., Vargas, M, Ternent., Carvajal, D., Borda, M., & Arciniegas, A (2015). *Iluminando las decisiones e intervenciones públicas para la población adulta mayor*. Estudio SABE Bogotá. Revisado en [https://www.researchgate.net/publication/298792800\\_Iluminando\\_las\\_decisiones\\_e\\_intervenciones\\_publicas\\_para\\_la\\_poblacion\\_adulta\\_mayor\\_Estudio\\_SABE\\_Bogota](https://www.researchgate.net/publication/298792800_Iluminando_las_decisiones_e_intervenciones_publicas_para_la_poblacion_adulta_mayor_Estudio_SABE_Bogota)

Hernández, A. (2013) *Familia, Ciclo Vital Y psicoterapia Sistémica Breve*. Revisado e [https://books.google.com.co/books/about/Familia\\_ciclo\\_vital\\_y\\_psicoterapia\\_siste.html?id=1gtuPgAACAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.com.co/books/about/Familia_ciclo_vital_y_psicoterapia_siste.html?id=1gtuPgAACAAJ&redir_esc=y)

Jiménez, S. (2016). *El adulto mayor, las casas de atención y la propuesta de un modelo de atención social: revisión de su aplicación y propuestas*. Rumbos TS. Un espacio crítico para la reflexión en Ciencias Sociales, (9), 79-97.

Ley 1090 del 2006, *Código de Ética del ejercicio de la psicología* <http://www.colpsic.org.co/> Consultado el 09 de Agosto de 2017.

López, J. (2016). *Situación actual de los derechos humanos en la normativa del adulto mayor en América Latina y México*. Nómadas. 47

López, L., González, M., & Góngora, R.. (2017). *Estímulos contextuales que influyen en el nivel de adaptación del cuidador familiar del adulto mayor*. Revista Salud y Bienestar social [ISSN: 2448-7767], 1(1), 1-24.

Maldonado, G., Carbajal, F., Rivera-, P., & Castro, R. (2015). *Beneficios que percibe el adulto mayor al integrarse a un grupo de ayuda dirigido por personal de enfermería*. Rev. enferm. Inst. Mex. Seguro Soc, 23(1), 27-30

Martínez, J., Amaya., Campillo, H., Campo, A., & Díaz, L. A. (2015). *Factores asociados con el consumo diario de cigarrillo en adolescentes estudiantes de básica secundaria de Bucaramanga, Colombia*. Biomédica, 25(4).

MINISTERIO DE SALUD  
(<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016>)

Molano, D. (2013). *Caracterización de las Familias en Colombia*. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Dirección de prevención. Revisado en

<http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/Observatorio1/Archivo/2013/publicacion-47.pdf>

Naciones unidas (2014). *La situación demográfica en el mundo*. Nueva York;. Consultado en 15 de septiembre del 2016 en:<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf>

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

Organización Mundial de la Salud (2013) *Salud Mental un Estado de Bienestar*. Revisado en [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)

Organización Mundial de la Salud, (2015) *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Revisado en [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* Pág. 30. Revisado en <http://www.vivirmejor.org/que-es-salud-fisica>

Organización Panamericana de la Salud (2013) *La salud de los adultos mayores: una visión compartida*. Washington, D.C- 11-12)

Ortega, A. R., Ramírez, E., & Chamorro, A. (2015). *Una intervención para aumentar el bienestar de los mayores*. *European Journal of investigation in health, psychology and education*, 5(1), 23-33

- Peláez, A., Rodríguez, J., Ramírez, S., Pérez, L., Vázquez, A., & González, L. (2013). *La entrevista*. Universidad autónoma de México.[En línea].[Online].[cited 2013 Septiembre 30. Disponible en: [http://www.uam.es/personal\\_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso\\_10/E](http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/E).
- Pereira, L., Fernández, E., Cruz, M., & Santiesteban, J. (2016). *Programa de actividad física y su incidencia en la depresión y bienestar subjetivo de adultos mayores (A Physical Activity Program and its Impact on Depression and Subjective Well-being of Older Adults)*. *Retos*, 33(33), 14-19.
- Pérez, A., & Francisco, J. (2016). *Calidad de vida y funcionalidad del pie en población geriátrica institucionalizada: Proyecto de investigación*
- Pineda, T., Lucía, A., Sierra, B., & Morales, L. (2014). *Análisis de la situación de salud del adulto mayor en el departamento de Zacapa, Guatemala* (Doctoral dissertation, Universidad de San Carlos de Guatemala. Revisado en <http://repositoriosiidca.csuca.org/Record/RepoUSAC1570>
- Ramos, E., & Castillo, V. (2017). Prevalencia del síndrome de sobrecarga y sintomatología ansiosa depresiva en el cuidador del adulto mayor. *Psicología y Salud*, 27(1), 53-59
- Reyes, I., & Castillo, J. (2013) *El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad*. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 30(3), 454-459.
- Ruiz F. (2016) *Política de Atención Integral en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social*. Revisado en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016>)

- Ruiz, E, Arrubla, D, Ferrand, P. (2013) *Envejecimiento y Vejez en Colombia. Estudios a profundidad*, revisado el día 05 de Noviembre en <http://www.profamilia.org.co/docs/estudios/imagenes/3%20-%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- Sánchez, L., González, U., Alerm, A., & Bacalla, J. (2014). *Calidad de vida psíquica y estado de salud física en el adulto mayor*. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 13(2), 337-349.
- Santillán, M., Arana, B., de Lourdes García, M., Ruelas, M. G., Melguizo-Herrera, E., & Ruiz-Martínez, A. O. (2017). *Significado de salud: la vivencia del adulto mayor*. *Aquichan*, 17. Revisado en <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/6730>
- Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (2014) *Índice de Barthel*. Recuperado de <https://www.samiuc.es/index.php/calculadores-medicos/calculadores-de-evaluadores-pronosticos/indice-de-barthel.html>
- Suarez, M. Á. (2015). *El genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia*. *Revista Médica La Paz*, 16(1).
- TORRES, A. (2013) *Estrategias y técnicas de investigación Cualitativa*. Colombia: Arfin Ediciones. Facultad de Ciencias Sociales y humanas de Unad, . P. 85.
- Torres, R., & Rodríguez. (2015). *Dolor en el adulto mayor. Un acercamiento necesario*. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 38(3). Revisado en <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/583>

Vélez. Olga Lucia. Reconfigurando el Trabajo Social y sus perspectivas y tendencias contemporáneas. Buenos Aires: Espacio Editorial, 2013 P. 143

## ANEXOS

### ANEXO 1.

**Macro proyecto “Caracterización social, demográfica y de salud del adulto mayor de cuatro municipios del piedemonte del departamento del Meta”.**

#### \* ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE BARTHEL

##### DESCRIPCIÓN

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

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

Tiempo estimado de administración: 5 minutos.

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

## ANEXO 2.

### Macro proyecto “Caracterización social, demográfica y de salud del adulto mayor de cuatro municipios del piedemonte del departamento del Meta”.

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

##### DESCRIPCIÓN:

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

Tiempo estimado de administración: 5-10 minutos

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No es capaz de usar el teléfono	0
HACER COMPRAS	
Realiza independientemente todas las compras necesarias	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional para trabajos pesados	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1

No participa en ninguna labor de la casa	0
<b>LAVADO DE LA ROPA</b>	
Lava por sí solo toda su ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona	0
<b>USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE</b>	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
No viaja	0
<b>RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN</b>	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
<b>MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS</b>	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
Incapaz de manejar dinero	0

## VALORACIÓN

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

Estratificación:

<b>Puntuació</b>	<b>Dependenci</b>
0-1	Total
2-3	Sever
4-5	Moderad
6-7	Ligera
8	Independenci

### ANEXO 3.

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

## Escala de Riesgo de Caídas de Tinetti

<p><b>I. Equilibrio</b> El paciente debe estar sentado en una silla dura y sin brazos.</p> <p>Equilibrio sentado 0 Se inclina o desliza en la silla                      1 Firme y seguro</p> <p>Levantarse 0 Incapaz sin ayuda                      1 Capaz utilizando los brazos como ayuda 2 Capaz sin utilizar los brazos</p> <p>Intentos de levantarse 0 Incapaz, sin ayuda                      1 Capaz, pero necesita mas de un intento 2 Capaz de levantarse en el primer intento</p> <p>Intento Inmediato al levantarse (primeros 5 seg) 0 Inestable (tambaleo, balanceo del tronco) 1 Estable, pero usa andador, bastón, muletas 2 Estable sin usar soportes</p> <p>Equilibrio en pie 0 Inestable                      1 Estable pero no puede juntar los pies 2 Base de sustentación estrecha</p> <p>Empujón Paciente en posición de firme con los pies tan juntos como sea posible, el examinador empuja ligeramente el esternón del paciente con la palma 3 veces: 0 Tiende a caerse 1 Se tambalea, se sujeta, pero toma control                      2 Firme</p> <p>Ojos Cerrados (de pie) 0 Inestable                      1 Estable</p> <p>Giro 360° 0 Pasos discontinuos                      1 Pasos continuos 0 Inestable                      1 Estable</p> <p>Sentarse 0 Inseguro (calcula mal la distancia) 1 Usa los brazos o tiene un movimiento que no es suave 2 Seguro, movimientos suaves</p> <p><b>Puntuación de Equilibrio (máxima 16)</b></p>	<p><b>II. Marcha</b> El sujeto camina por el pasillo o por la habitación con su paso habitual, regresa con paso "rápido", usando sus ayudas habituales en la marcha.</p> <p>Inicio de la Marcha (inmediatamente después de decir camine) 0 Cualquier duda o vacilación o múltiples intentos 1 No está vacilante</p> <p>Longitud y altura del paso Balanceo del pie derecho: 0 No sobrepasa pie izq. con el paso                      1 Sobrepasa pie izq. con el paso 0 No se levanta completamente del suelo                      1 Si se levanta completamente Balanceo del pie izquierdo: 0 No sobrepasa el pie der. con el paso                      1 Sobrepasa pie der. con el paso 0 No se levanta completamente del suelo                      1 Si se levanta completamente</p> <p>Simetría del paso 0 Longitud de pasos varia entre ambos lados                      1 Pasos de igual longitud</p> <p>Continuidad del paso 0 Se detiene o discontinuidad entre los pasos                      1 Pasos continuos</p> <p>Trayectoria estimada en relación a los mosaicos del piso, se observa de un pie en 3 m: 0 Desviación marcada 1 Desviación moderada a leve o utiliza ayuda                      2 Recto</p> <p>Tronco 0 Marcado balanceo o utiliza ayuda para caminar 1 Sin balanceo, separación de los brazos al camina, flexión de las rodillas 2 No hay balanceo, no hay flexión, no utiliza ayuda</p> <p>Postura en la Marcha 0 Talones separados                      1 Talones que casi se tocan mientras camina</p> <p><b>Puntuación de Marcha: (máxima 12)</b> <b>Puntuación Total Global Máxima 28</b></p> <p><b>26 – 28 = Normal</b> <b>20 – 25 = Riesgo moderado de caídas</b> <b>&lt; 19 = Riesgo severo de caídas</b></p>
--	---

Adaptado de: Tinetti M. Performance oriented assesment of morbidity problems in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1986;34:119-126.

**ANEXO 4. MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)**

Paciente.....Edad.....

Ocupación.....Escolaridad.....

Examinado por.....Fecha.....

**ORIENTACIÓN**

- Dígame el día.....fecha .....Mes.....Estación.....Año..... \_\_\_5
- Dígame el hospital (o lugar)..... \_\_\_5  
 planta.....ciudad.....Provincia.....Nación..... \_\_\_5

**FIJACIÓN**

- Repita estas tres palabras ; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) \_\_\_3

**CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO**

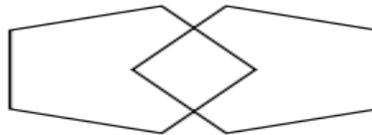
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando ? \_\_\_5
- Repita estos tres números : 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás \_\_\_3

**MEMORIA**

- ¿Recuerda las tres palabras de antes ? \_\_\_3

**LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN**

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj \_\_\_2
- Repita esta frase : En un trigal había cinco perros \_\_\_1
- Una manzana y una pera ,son frutas ¿verdad ?  
¿qué son el rojo y el verde ? \_\_\_2
- ¿Que son un perro y un gato ? \_\_\_3
- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa \_\_\_1
- Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS \_\_\_1
- Escriba una frase \_\_\_1



- Copie este dibujo\_\_\_1

*Puntuación máxima 35.*

## ANEXO 5. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

### DESCRIPCIÓN:

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

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

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

### VALORACIÓN

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

Normal = 0 – 5 puntos.  
 Probable depresión = 6 – 9 puntos.  
 Depresión establecida = > 9 puntos.

## ANEXO 6.

### ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON

#### Comentarios:

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

En general, se considera ausencia de comorbilidad: 0-1 puntos, comorbilidad baja: 2 puntos y alta > 3 puntos. Predicción de mortalidad en seguimientos cortos (< 3 años); índice de 0: (12% mortalidad/año); índice 1-2: (26%); índice 3-4: (52%); índice > 5: (85%). En seguimientos prolongados (> 5 años),

#### Índice de comorbilidad de Charlson (versión abreviada)

Enfermedad vascular cerebral	1
Diabetes	1
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1
Insuficiencia cardiaca/cardiopatía isquémica	1
Demencia	1
Enfermedad arterial periférica	1
Insuficiencia renal crónica (diálisis)	2
Cáncer	2

#### Comentarios:

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

## ANEXO 7.

### Macro proyecto “Caracterización social, demográfica y de salud del adulto mayor de cuatro municipios del piedemonte del departamento del Meta”.

#### Guía de Entrevista semiestructurada

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

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

#### 1. Preguntas para el Adulto Mayor:

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

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

Categorías preestablecidas	Preguntas de apertura para indagación
Situación socioeconómica	Indague teniendo en cuenta la encuesta de caracterización. Pero solo el aspecto social y económico. Además puede preguntar: ¿Vive con la familia? ¿Tiene un grado dependencia económica? ¿viven con su conyugue de similitud de edad? ¿Su vivienda es adecuada a sus necesidades? ¿las relaciones sociales solo con su familia o vecinos? ¿mantiene relaciones sociales en la comunidad? ¿Cuales?
Percepción de envejecimiento	¿Qué piensa usted sobre la Vejez? ¿Que cree que ocurre cuando una persona envejece? ¿Qué cambios ha visto usted así notorios?
Necesidades del adulto mayor	¿Cuales son las necesidades que tiene actualmente? (por favor ver la pirámide de las necesidades desde los planteamiento de Maslow: Fisiológicas, de seguridad, de afiliación, de reconocimiento, de autorrealización), realizar las preguntas desde este enfoque.
Dinámica Familiar	¿Quien lo cuida en su familia? ¿Cómo lo cuida? ¿Como siente que es cuidado por su familia?¿Ha tenido problemas con su familia? ¿cuándo pasa esos

	malentendidos usted como los soluciona? ¿Se han solucionado los problemas? ¿Cómo su familia le demuestra los sentimientos?
--	--

## 2. Preguntas para la familia:

<b>Categorías preestablecidas</b>	<b>Preguntas de apertura para indagación</b>
Situación socioeconómica	Indague teniendo en cuenta la encuesta de caracterización. Pero solo el aspecto social y económico. Además puede preguntar: ¿Vive con el adulto mayor? ¿usted participa del sostenimiento del adulto mayor? ¿Considera que la vivienda de su adulto mayor es adecuado según las necesidades?¿como son las relaciones sociales del adulto mayor? ¿cómo usted participa de las relaciones sociales de su adulto mayor?
Percepción de envejecimiento	¿Qué piensa usted sobre la Vejez? ¿Que cree que ocurre cuando una persona envejece? ¿Qué cambios ha visto usted así notorios en su familiar?
Necesidades del adulto mayor	¿Cuales son las necesidades que tiene actualmente su familiar adulto mayor? (por favor ver la pirámide de las necesidades desde los planteamiento de Maslow: Fisiológicas, de seguridad, de afiliación, de reconocimiento, de autorrealización), realizar las preguntas desde este enfoque.
Dinámica Familiar	¿Quien lo cuida el adulto mayor? ¿Cómo lo cuida? ¿Como recibe el cuidado su adulto mayor? ¿Ha tenido problemas con su familia? ¿cuándo pasa esos malentendidos usted como lo solucionan? ¿Se han solucionado los problemas? ¿Cómo le demuestra los sentimientos a su adulto mayor?

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

## ANEXO 8.

### INSTRUMENTO CARACTERIZACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS VIDA

**Código:** \_\_\_\_\_

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

**Instrucciones:**

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

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

1. Edad: \_\_\_\_\_ Género: F \_\_\_ M \_\_\_

2. Número de hijos: \_\_\_\_\_

3. Grupo poblacional al que pertenece.

Desplazado/a \_\_\_ Discapacitado/a \_\_\_ Afrodescendiente \_\_\_ Indígena \_\_\_ Otro \_\_\_

4. Estado Civil:

Soltero/a \_\_\_ Casado/a \_\_\_ Viudo/a \_\_\_ Separado/a \_\_\_ Divorciado/a \_\_\_ Unión Libre

5. Lugar de Procedencia:

Municipio \_\_\_\_\_

Departamento:

\_\_\_\_\_

6. Lugar de Residencia:

Barrio \_\_\_\_\_

Municipio \_\_\_\_\_

Departamento

\_\_\_\_\_

7. La vivienda que habita es:

Propia \_\_\_ Arriendo \_\_\_ Familiar \_\_\_ Albergue \_\_\_ No sabe / No responde \_\_\_

8. La vivienda cuenta con todos los servicios públicos? Si \_\_\_ No \_\_\_

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

\_\_\_\_\_

9. Número de personas que habitan en el hogar: \_\_\_\_\_

10. Estrato socioeconómico: 1 \_\_ 2 \_\_ 3 \_\_ 4 \_\_ 5 \_\_ 6 \_\_

11. Mayor nivel de estudios cursado

Sin estudios \_\_ Primaria Incompleta \_\_ Primaria Completa \_\_ Secundaria Incompleta \_\_  
Secundaria Completa \_\_ Técnico \_\_ Universitario Incompleto \_\_ Universitario Completo \_\_

12. Oficio u ocupación: \_\_\_\_\_

13. Sus ingresos económicos provienen de

Propios \_\_ Trabajo de Esposo - Cónyuge /a \_\_ Trabajo de hijo/a \_\_ Empresa Familiar \_\_  
Otros \_\_ Cuál? \_\_\_\_\_

14. Ingresos económicos mensuales familiares: Menos de un salario mínimo SMLV \_\_

Un salario mínimo SMLV \_\_ Dos salarios mínimos SMLV \_\_ más de dos salarios mínimos SMLV \_\_

15. Afiliación a Régimen de Seguridad Social

Contributivo \_\_ Subsidiado \_\_ Vinculado \_\_ Otro \_\_ Cuál?  
\_\_\_\_\_  
Nombre de la EPS: \_\_\_\_\_

16. Padece actualmente de alguna enfermedad?

SI \_\_ NO\_\_ Cuál/es? \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_

17. Conformación de la familia: Hijos/hijas \_\_ Esposo/esposa \_\_ Nietos/Nietas \_\_

Hermanos/Hermanas \_\_

Sobrinos/sobrinas\_\_ Yerno/Nuera \_\_ Otros \_\_ Cual?  
\_\_\_\_\_

18. ¿Con quien vive? (nombre por parentesco las personas según la pregunta 16)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

20. Calidad de la relación con su familia: Buena\_\_ Regular: \_\_ Mala:\_\_\_\_\_

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

Cuales \_\_\_\_\_

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

Gracias por la información suministrada.

Grupo Investigador.

## ANEXO. 9 Observación participante

<b>DIARIO DE CAMPO</b>		
FECHA: 22 de Octubre del 2017		
LUGAR: Hogar Casa del Abuelo mi dulce Hogar		
ACTIVIDAD: observación mediante entrevista de situaciones categoriales		
<b>FOCOS DE OBSERVACION</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>REFLEXION</b>
Situación socioeconómica	Se establece que cuentan con los recursos necesarios mediante apoyo familiar para la sostenibilidad necesaria	Debido a la circunstancia de la tercera edad no se cuenta con recurso económico para solventar necesidades básicas, se hace necesario un proceso de vinculación familiar y de sostenibilidad mayor, propios del desarrollo de la vejez
Percepción del envejecimiento	El entrevistado hace referencia a las actividades que ha dejado de realizar y los procesos y cambios físicos propio del momento del ciclo vital en el que se encuentra	Los conceptos construidos del envejecimiento están netamente relacionadas con las creencias culturales como el proceso en el que se descansa y se disminuyen las actividades cotidianas, enfocándose en el reposo y estimulación cerebral, estrategias a emplear para el mantenimiento de la persona de la tercera edad.
Dinámica familiar	Desde el discurso del entrevistado se enfoca al cumplimiento de las metas de la familia extensa y a las actividades económicas que estos realizan para la sostenibilidad de las necesidades básicas del adulto mayor	Se considera como factor determinante en la dinámica familiar, la asertividad en la comunicación, la interacción sana en tiempos libres y la conformación de rituales familiares en acompañamiento del adulto mayor

## **ANEXO 10. Consentimiento Informado Para Participantes De Investigación**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por MARTHA BERONICA CALDERON Y YULY ELIANA PEÑA GERENA de la Universidad de los Llanos, La meta de este estudio **ES REALIZAR LA CARACTERIZACIÓN SOCIAL, FAMILIAR Y DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HOGAR CASA DEL ABUELO MI DULCE HOGAR DE VILLAVICENCIO – COLOMBIA.**

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista para completar una encuesta, Esto tomará aproximadamente 40 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Martha Berónica Calderón Pabón y Yuly Eliana Peña Gerena He sido informado (a) de que la meta de este estudio es realizar la **CARACTERIZACIÓN SOCIAL, FAMILIAR Y DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HOGAR CASA DEL ABUELO MI DULCE HOGAR DE VILLAVICENCIO – COLOMBIA.**

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 40 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a BERONICA CALDERON AL 311455228 O YULY PEÑA 3208430457

Nombre del Participante

Firma del Participante

---

Fecha