

CARACTERIZACIÓN SOCIAL, FAMILIAR Y DE SALUD DE LOS ADULTOS
MAYORES DE LA COMUNA CUATRO DE VILLAVICENCIO - COLOMBIA

SARA PATRICIA ROJAS TORRES
ANDREY NATALIA MONTENEGRO PABÓN

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN SALUD FAMILIAR
VILLAVICENCIO – META
2017

CARACTERIZACIÓN SOCIAL, FAMILIAR Y DE SALUD DE LOS ADULTOS
MAYORES DE LA COMUNA CUATRO DE VILLAVICENCIO - COLOMBIA

SARA PATRICIA ROJAS TORRES
ANDREY NATALIA MONTENEGRO PABÓN

Proyecto de Investigación del curso de investigación II, dirigido al comité de Centro
de Investigaciones como requisito para optar al título de Especialista en salud
familiar

Directora
Mgs. EMILCE SALAMANCA RAMOS

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN SALUD FAMILIAR
VILLAVICENCIO – META

2017

AGRADECIMIENTO

A Doña Ines, Doña Aura y Familia quienes nos abrieron las puertas de su casa y desnudaron su alma.

A la docente asesora por la guía, el apoyo y la paciencia en el trabajo.

A mi compañera de trabajo de grado Natalia Montenegro por su entendimiento, apoyo y dedicación.

SARA PATRICIA ROJAS TORRES

A la Universidad de los Llanos, por haberme aceptado ser parte de ella como estudiante de especialización en salud familiar.

A Doña Ines y su Familia por permitirnos entrar en su casa.

A la directora del proyecto Emilce Salamanca por su orientación, dedicación y apoyo incondicional, los que fueron esenciales para el desarrollo y culminación de este trabajo.

ANDREY NATALIA MONTENEGRO PABON

DEDICATORIA

Este trabajo de Investigación se lo dedico a Dios por ser mi guía, por estar hay en los momentos difíciles, por la sabiduría y entendimiento por permitirme realizar uno de mis sueños con su fortaleza.

A mi familia por el apoyo, comprensión y amor que me han brindado.

SARA PATRICIA ROJAS TORRES

Este trabajo está dedicado a Dios por guiarme, darme sabiduría y fuerzas para seguir adelante, venciendo obstáculos hasta llegar a este punto culminante y satisfactorio para mí.

A mi compañero de vida por su amor, apoyo, comprensión y ayuda en los momentos difíciles.

A mi familia por su apoyo incondicional.

ANDREY NATALIA MONTENEGRO PABON

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	10
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
2. JUSTIFICACIÓN	15
3. OBJETIVOS	22
3.1 OBJETIVO GENERAL	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3.3 OBJETIVO DEL ESTUDIANTE	22
4. MARCO DE REFERENCIA	23
4.1 MARCO TEÓRICO	23
4.1.1. Familia sistémica.	23
4.1.2 Teorías sociológicas del envejecimiento.	29
4.1.3 Fisiología del envejecimiento y salud.	34
4.1.4 Metas para lograr la adultez.	37
4.1.5 Persona mayor y desatención familiar.	39
4.1.6 La persona mayor y la familia.	41
4.1.7 Maltrato, abuso y violencia.	42
4.1.8 Aspectos sociales.	43
4.1.9 Sentido y valor de la vejez..	44
4.2 MARCO INVESTIGATIVO	45
4.3 MARCO CONCEPTUAL	54
4.4 MARCO LEGAL	57
4.4.1 Política internacional	57
4.4.2 A nivel nacional.	57
5. MARCO METODOLÓGICO	60
5.1 ÁREA DE ESTUDIO	60
5.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	61

5.3 POBLACIÓN	62
5.4 MUESTRA	62
5.6 INSTRUMENTO	63
5.6.1 Variables cuantitativas.	63
5 6.2 Variables cualitativas.	63
5.7 PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS	64
5. 8 CONSIDERACIONES ÉTICAS	65
6. RESULTADOS	66
6.1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	66
6.2 ESTADO DE SALUD DEL ADULTO MAYOR	67
6.3 CONTEXTO DEL ADULTO MAYOR	73
7. DISCUSIÓN	76
7.1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	76
7.2 ESTADO DE SALUD DEL ADULTO MAYOR	79
7.3 CONTEXTO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR	82
8. CONCLUSIONES	88
9. RECOMENDACIONES	89
BIBLIOGRAFIA	90
ANEXOS	97

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figuras 1. Evolución de la población de Colombia 1985-2015. Volúmenes y pesos relativos. Grandes grupos de edad.	19
Figuras 2. Índice de envejecimiento, Colombia 1951-2020.	20
Figuras 3. Pirámide poblacional – Proyección DANE 2016.	21
Figuras 4. Adecuación de la escalera jerárquica de necesidades de Abraham Maslow, a las necesidades del adulto mayor.	31
Figuras 5. Cartograma comuna	60

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Mini examen cognoscitivo (LOBO) MEC	67
Tabla 2. Escalas de valoración funcional, psicoafectiva y sociofamiliar actividades básicas de la vida diaria De Barthel	69
Tabla 3, Índice para actividades instrumentales de la vida diaria, de Lawton Y Brody	70
Tabla 4. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	71
Tabla 5. Escala de Tinetti para la valoración de la marcha y el equilibrio	71

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Instrumento Caracterización De Los Adultos Mayores De Los Centros Vida	97
Anexo B. Consentimiento Informado.	100
Anexo C. Escalas De Valoración Funcional, Psicoafectiva Y Sociofamiliar	102
Anexo D. Índice Para Actividades Instrumentales De La Vida Diaria .De Lawton Y Brody	105
Anexo E. Evaluación Cognoscitiva. Mini Examen Cognoscitivo (Lobo)	107
Anexo F. Escala De Depresión Geriátrica De Yesavage	110

INTRODUCCION

Este informe responde al trabajo de investigación social II con el proyecto Caracterización social, familiar y de salud de los adultos mayores de la comuna cuatro de Villavicencio – Colombia que nos permita aportar información a los profesionales de la salud enfatizando en este ciclo vital, así lograr que poco a poco los adultos mayores se empoderen de su salud, pues la esperanza de vida cada vez aumenta, se debe propiciar una calidad de vida más sana a la población para que puedan gozar estos años de vejez sanamente, igualmente aporta en el mejoramiento del apoyo social, pues es de vital importancia que esta población cuente con la ayuda de personas que estén al pendiente de todas sus necesidades.

Se realizó a través de la investigación descriptiva con variables cualitativas y cuantitativas, en las variables cuantitativas se aplicaron instrumentos que valoraron la parte sociodemográfica, de salud, social del adulto mayor y en las variables cualitativas se aproximó con una entrevista semi estructurada la cual pretendía buscar el contexto familiar, las dinámicas familiares, la percepción de envejecimiento, la situación sociodemográfica y las necesidades del adulto mayor. Con el fin de identificar, determinar las características sociales y demográficas de los adultos mayores, analizando el estado de salud físico, mental y social del adulto, el conocimiento en el manejo del entorno familiar y comunitario del adulto mayor basadas en los principios de independencia, participación ciudadana, autorrealización y dignidad los roles que cumplen. Y así poder conocer un poco más del promedio de la gran cantidad de personas de la tercera edad que existen en el mundo, el proceso del envejecimiento y sus características; la pérdida de la capacidad funcional, declive y limitación en el desarrollo de las actividades de la vida diaria, discapacidad y finalmente dependencia, exponer a los individuos a la pobreza generalizada producto de la discriminación generada por la edad, la oportunidad de trabajo y la participación en las políticas de Estado.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2015), existen tres condiciones básicas para alcanzar un envejecimiento saludable y exitoso. Estas son: el autocuidado en salud y nutrición; la actividad física y la participación social, teniendo como base de referencia el desarrollo adecuado de la personalidad.

Aunque el envejecimiento normal se acompaña de una pérdida progresiva del rendimiento de los sistemas fisiológicos, no genera riesgo para la supervivencia. En el caso de las características psicológicas, las causas del envejecimiento mental normal se deben a la intervención de cuatro factores:

- a) El deterioro progresivo de las propias funciones físicas.
- b) El declinar progresivo de las facultades y de las funciones mentales.
- c) La transformación del medio familiar y de la vida profesional.
- d) Las reacciones del sujeto ante estos diversos factores.

Según la OPS (2015), la vejez comienza aproximadamente a los 65 años y se caracteriza por un declive gradual del funcionamiento de todos los sistemas corporales. Por lo general se debe al envejecimiento natural y gradual de las células

del cuerpo. A diferencia de lo que muchos creen, la mayoría de las personas de la tercera edad conservan un grado importante de sus capacidades cognoscitivas y psíquicas.

Según la OMS se estiman que ser adulto mayor genera unos cambios que pueden modificar su entorno personal y su rol en la sociedad. Dentro de estos cambios se pueden mencionar: patologías crónicas, depresión, aislamiento familiar, entre otros.

Esto se acentúa más en la tercera edad, pues luego de permanecer por mucho tiempo activos dentro de la fuerza laboral, se ven forzosamente obligados a pensionarse, ya sea por razones legales o de salud y pierden su papel preponderante como responsable de su grupo familiar, de un cargo laboral, disminuye el poder adquisitivo y aparece un sentimiento de pérdida del prestigio social. Además, sufre un aislamiento social por la pérdida de su grupo laboral cotidiano y sus amistades, lo que puede llegar a generar conflictos y crisis personales, como la pérdida de la autoestima. Esta etapa estará marcada entonces por las pérdidas, en las que se incluyen sus propias capacidades físicas, las destrezas cognoscitivas, y su independencia. Estas pérdidas desencadenan un proceso de duelo que se manifiesta de forma diferente en cada persona. Sin embargo, en algunas personas se observan actitudes opuestas en donde el individuo tiene la oportunidad de dedicarse a actividades que había pospuesto u olvidado y él es el dueño de su tiempo. Por lo tanto, en estas personas el proceso de duelo es menos factible o no existe.

En esta etapa de la vida el concepto de tiempo adquiere una dimensión diferente, pues se tiene conciencia de su transcurrir al ver que se han convertido en las personas mayores, los hijos se han independizado, aparecen los nietos y la posibilidad de morir es real cuando desaparecen otros contemporáneos. Antes se vivía sin límites, el tiempo era amplio y todo podría suceder o alcanzarse en un futuro, se tenía toda una vida por delante, pero ahora el tiempo es finito y se han dejado de hacer muchas cosas que posiblemente ya no hará jamás.

Por esta razón, algunos adultos desarrollan diversos mecanismos de respuesta, que varían según su personalidad y la experiencia previa. Inicialmente, se separan o se alejan del mundo que le rodea, se tornan introvertidos, poco comunicativos, egocéntricos, huye del mundo y se refugian en su soledad. Con el tiempo comienzan a aceptar su proceso de envejecimiento y progresivamente aumentan su nivel de actividad para contrarrestar los sentimientos de inutilidad a través de

actividades lúdicas que le permitan sentirse útil y mejoren su autoestima.

Para Hoyos (2008), en Colombia, las personas mayores de 60 años aumentaron este año al 9% de la población total; esto significa que tenemos aproximadamente cuatro millones de viejos. Cuando nosotros seamos viejos, representaremos en esa época el 20% de la población. Esto nos da una idea de la importancia que tiene y que tendrá el conocimiento de las características generales de la tercera edad.

Dentro de este contexto, Falque-Madrid (2014), el envejecimiento demográfico de la población es un fenómeno mundial como resultado de las políticas de salud pública y del desarrollo socioeconómico. Sin embargo, el proceso de envejecimiento es individual y heterogéneo, ya que no todas las personas envejecen de la misma manera, como reflejo de las acciones y omisiones a lo largo de la vida. Las investigaciones realizadas en la última década han mostrado que la calidad de vida en la vejez tiene un enfoque multidimensional, que enfatiza no sólo el funcionamiento físico, la energía y vitalidad personal, sino también el bienestar psicológico, espiritual y emocional, el funcionamiento social y sexual, los apoyos recibidos y percibidos, y la satisfacción con la vida. De tal forma que la concepción del envejecimiento activo, positivo y saludable, está basado en la prevención y promoción de la salud como medio de ampliar la esperanza de vida saludable con calidad de vida. Toda la evidencia científica disponible da cuenta de la importancia de la promoción de estilos de vida saludables relacionados con: actividad física, alimentación, tabaquismo, salud mental y relaciones familiares y sociales. El arte de envejecer es la visión de mundo sintetizada a través de ideas, emociones, sentimientos, cultura y una forma particular de ser y hacer. La meta no es solo añadir años a la vida, sino vida a los años.

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores de la Comuna Cuatro de la ciudad de Villavicencio – Colombia??

¿Cuál es el entorno familiar de los adultos mayores de la Comuna Cuatro de la ciudad de Villavicencio?

2. JUSTIFICACIÓN

Para la Organización Mundial de la Salud (2016): barreras de salud, desconocimiento de los cambios físicos y mentales en vejez, generación y la sensibilidad ante esos cambios del ser humano, determinantes sociales del adulto mayor (jubilación, alimentación, vivienda y espacios amigables), establece que la discriminación a los adultos mayores por sus condiciones psicológicas y físicas, conllevan a considerarlos personas vulnerables y débiles. Una de las responsabilidades sociales que implica en profesional de la salud y de las ciencias sociales es contribuir a la protección y atención de la tercera edad, con el propósito de minimizar los riesgos psicológicos, fisiológicos y emocionales que se presentan en dicha edad.

Situación que preocupa a la comunidad en general y genera importancia en el presente trabajo si se tiene en cuenta la relevancia de la búsqueda de posibles factores que en este ciclo de vida no tiene gran importancia social, comunitaria y familiar, además de clarificar la problemática que afecta a todos; de ahí la necesidad de identificar las barreras o limitaciones que disminuyen dicha participación a nivel del contexto social. Por consiguiente, los estudios realizados son considerados para trabajar con los adultos mayores desde el enfoque social y familiar.

A nivel del contexto latinoamericano, la Organización Mundial de la Salud (2015), señala que la pobreza en los adultos mayores es evidente, y su condición no permite una buena calidad de vida, siendo una población vulnerable no se le brinda empleo y en algunos casos, son aislados por su condición de vejez. De allí radica la importancia de la presente investigación, donde se analizará las condiciones sociales, demográficas y económicas de los adultos mayores y sus familias, para identificar factores de riesgo que pueden afectar las condiciones sociales y de salud del adulto mayor, con el fin de generar alternativas de solución

frente a las problemáticas que presenta la tercera edad y mostrar la realidad de dicha población.

Una de las dificultades que se presenta en la atención de los adultos mayores es el desconocimiento de los cambios fisiológicos y emocionales, llevando a una atención deshumanizadas, poco comprensible y muchas veces con acciones de maltrato en las familias y en los profesionales que atienden esta población. Según la OMS (2015) manifiesta su preocupación, por la mínima capacitación de los profesionales de la salud que laboran con adultos mayores. De ahí, la necesidad e interés de la investigación en conocer los procesos que genera la atención a los adultos mayores y las relaciones que sus cuidadores (familiares) con esta etapa tan importante para los seres humanos.

Por otra parte, el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2016), señala que la violencia es un acto que agrava las condiciones de vida de la población en estudio, y además involucra a la familia como núcleo fundamental de la sociedad, comunidad en general, sectores públicos y privados, que tienen injerencia en la temática abordada. Por consiguiente, la realización del presente tiene instituciones con personal que no presenta el perfil profesional para ofrecer un servicio libre de torturas y actos que ocasionan problemas en los adultos mayores; como también análisis y acciones que genere el presente trabajo; lo cual conducirá a la orientación de la formación integral de los trabajadores sociales (profesionales de la salud) que actualmente laboran para mejorar las condiciones vitales de los adultos mayores en sus hogares, instituciones de salud y protección social que los alberga.

En este contexto, no sobra indicar que la Organización Mundial de la Salud (2015), establece que la población mundial está envejeciendo aceleradamente. Entre los años 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22% en datos estadísticos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2.000 millones en el transcurso de medio siglo.

Con respecto a América Latina y el Caribe, según Cortés (2014), se han presentado relevantes cambios demográficos en el siglo pasado (XX) notándose un acelerado crecimiento de los grupos de personas adultas. Con más de 60 años de edad, las cuales se caracterizan por una gran variabilidad en las condiciones socioeconómicas de dicha población.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2013), establece la dinámica demográfica y estructura poblacionales en Colombia así:

Envejecimiento de la población del país: El envejecimiento de las poblaciones se refiere al aumento de la población mayor de edad tanto en volumen como en peso relativo, es decir, por aumento general del número de personas mayores frente a una totalidad volumen, y proporcional del total de la población peso relativo.

Tal como se señaló en el anterior apartado, una característica del descenso de la fecundidad y de la reducción de la mortalidad en distintas etapas vitales, es que trae como consecuencia el proceso de envejecimiento de la población. La proporción de niños y jóvenes declina, modificando el equilibrio entre los diferentes grupos poblacionales. La pirámide de edades se transforma hasta invertirse: al inicio del proceso la proporción de población de menores de 15 años disminuye para incrementarse la proporción de personas en edad de trabajar (15-59 años), y con los cambios progresivos se incrementa la proporción de personas mayores de 60 y más años de edad.

Envejecimiento demográfico en las últimas décadas y en un futuro próximo En Colombia para el año 2013, la población mayor (60 y más años de edad) es de 4.962.491(10.53% del total de la población). De esta población 2.264.214 son hombres y 2.698.277 son mujeres lo que significa que en la vejez hay una

proporción de mujeres significativamente mayor a los hombres. (DANE, Proyecciones de Población 2005-2020).

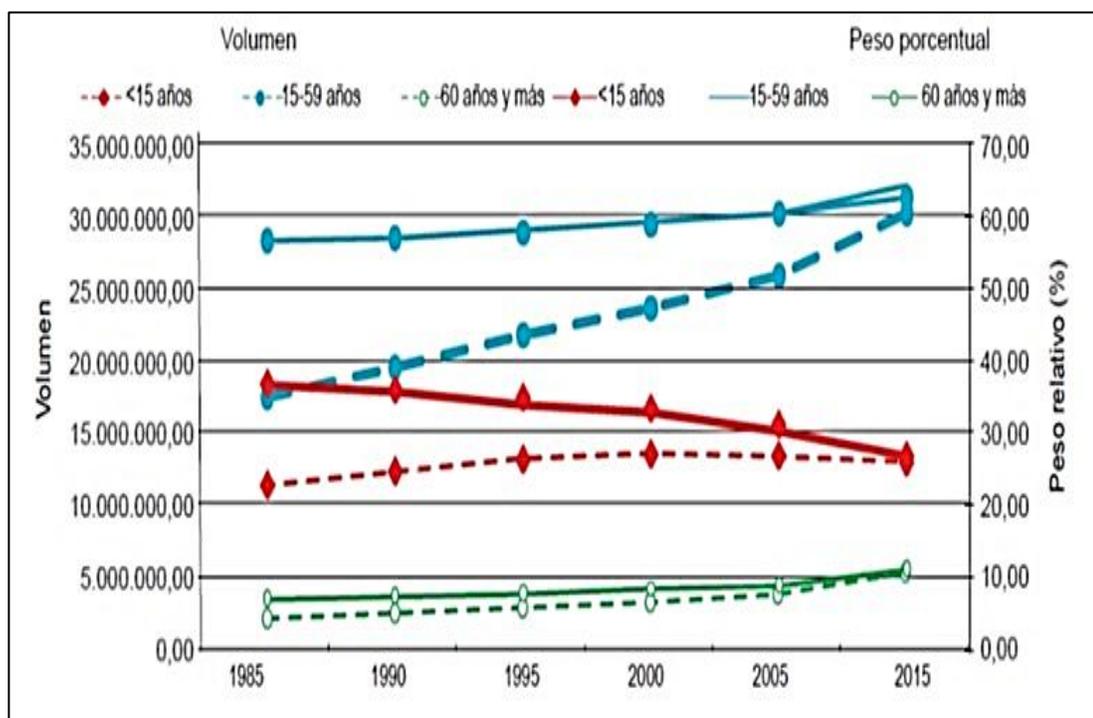
En el contexto del proceso de transición demográfica, el envejecimiento de la población del país tiene la siguiente dinámica: la población de 60 años o más tiene tasas de crecimiento superiores al crecimiento de la población total, entre 1985 y el año 2013, la población total de 60 años o más pasó de 2.143.109 a 3.815.453 en el 2005 y para el 2010 se proyectó en 4.473.447 de personas mayores, con un ritmo de crecimiento del 3.18% promedio anual en ese periodo. Para el 2015 se proyecta un crecimiento de la población mayor en un 3.51% y del 3.76% para el 2020.

El índice de envejecimiento definido como el peso de la población mayor de edad con respecto a la población infantil y adolescente se triplicó en las últimas décadas. De 10 pasó a 34 (personas mayores por cada 100 personas menores de 15 años) entre 1964 y el año 2010, y de acuerdo con la tendencia observada, mantendrá aumentos sostenidos en un futuro próximo.

Los aumentos tanto del volumen como del peso relativo de la población mayor han sido evidentes en los últimos años. Esto se evidencia al comparar, por ejemplo, la población con 60 años y más del año 1985 con la de 2005, que pasó de 2.1 millones a 3.8 millones de personas respectivamente, lo cual equivale a un aumento del 78% de esta población.

Como expresión del proceso de transición demográfica que se ha venido viviendo en el país en las últimas 5 décadas, los incrementos sostenidos tanto en el volumen como en el peso porcentual de las personas mayores son paralelos a los aumentos de la población adulta y descenso de la población infantil y adolescente. A continuación, se presenta este proceso proyectado hasta el 2015.

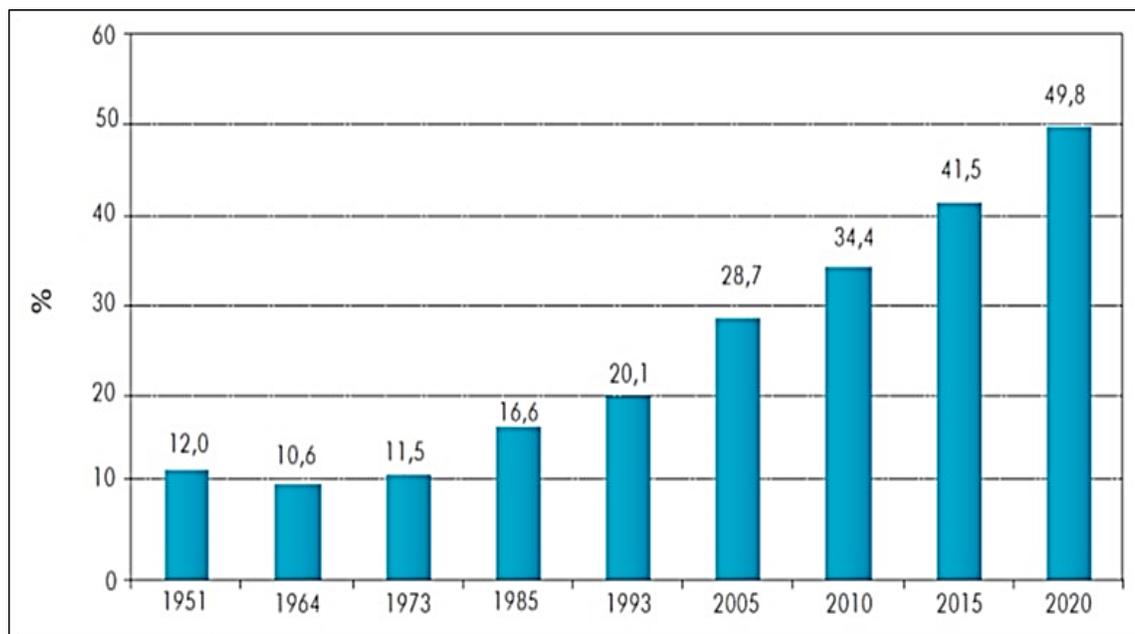
Figuras 1. Evolución de la población de Colombia 1985-2015. Volúmenes y pesos relativos. Grandes grupos de edad.



Fuente: Diseño Ministerio de Salud y Protección Social con base en DANE, Conciliación Censal 1985-2005, y proyecciones de población

Paralelamente, los volúmenes diferenciales de las poblaciones más jóvenes y mayores de edad se reflejan en el índice de envejecimiento. Desde que se registró la transición demográfica en el país (1951), hasta años recientes (2010) y en futuro próximo (2020), el índice de envejecimiento se ha cuadruplicado, al pasar de 12 a 49 personas de 60 años o más por cada 100 menores de 15 años.

Figuras 2. Índice de envejecimiento, Colombia 1951-2020.



Fuente: Estimaciones Ministerio de Salud y Protección Social con base en DANE, población censada 1951-1993, conciliación censal 1985-2005 y proyecciones 2005-2020.

Nota: índice de envejecimiento = $(\text{Población de 60 años o más} / \text{población} < 15) * 100$

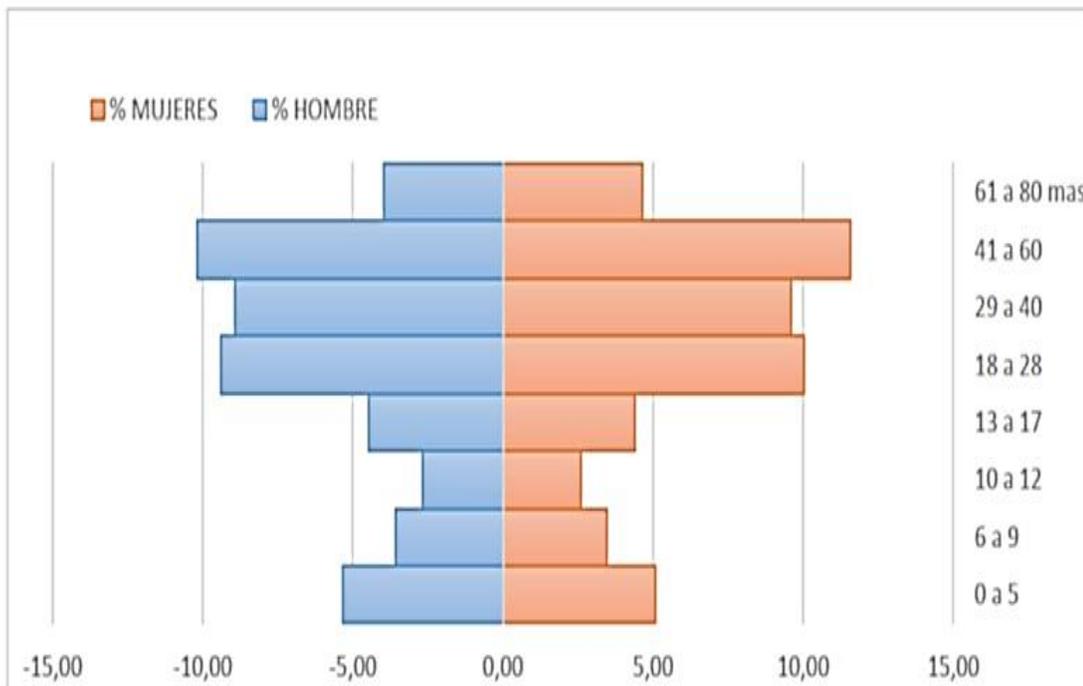
Envejecimiento diferencial por sexo: En el proceso de transición demográfica la mayor longevidad de las mujeres es evidente a lo largo de todo el proceso de envejecimiento de la población: la proporción de mujeres mayores es superior que la de los hombres, (con relación al conjunto de la población) con incrementos sostenidos desde los años 70 hasta el año 2020 –proyectado–; lo que significa que hay más mujeres mayores que hombres y que la expectativa de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres.

En este ámbito el observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos (2010), señala que el departamento del Meta, muestra un patrón similar al registrado a nivel nacional, donde se evidencia la reducción del tamaño de la

población entre los 0 y 24 años de edad, y un aumento de la población entre los 25 y 69 años de edad.

A nivel del contexto de Villavicencio, según Dane (2016), señala el total de población con edad entre 41 y 60 años es de 107.782 (21,76 % de la población total del Municipio), de esta población 50.426 son del género masculino (10,18% total Municipal) y 57.356 al género femenino (21,76 % total Municipal).

Figuras 3. Pirámide poblacional – Proyección DANE 2016.



Fuente: Proyección Dane 2005 – 2016. Cálculo: SIID 2016.

Finalmente, el trabajo es importante para la Universidad de los Llanos, la Facultad de Ciencias de la Salud y el Programa de Salud Familiar, permitirá generar conocimientos de entornos familiares de los adultos mayores, mostrando el envejecimiento demográfico en las últimas décadas y en un futuro próximo, como también la evolución de la población de Colombia, periodo 1985-2015, volúmenes y pesos relativos, grandes grupos de edad.

3. OBJETIVOS

3.1 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.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

3.3 OBJETIVO DEL ESTUDIANTE

3.3.1. OBJETIVO GENERAL: Conocer las características sociales, familiares y de salud del adulto mayor de la comuna cuatro de la ciudad de Villavicencio – Colombia.

3.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Determinar las características sociales y demográficas de los adultos mayores de la comuna cuatro.
- b) Analizar el estado de salud físico, mental y social de los adultos mayores de la comuna cuatro de Villavicencio.
- c) Identificar los contextos familiares de los adultos mayores desde la perspectiva de la familia y adulto mayor.

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 MARCO TEÓRICO

4.1.1. Familia sistémica. El enfoque sistémico ha permitido definir un nuevo paradigma en la ciencia, por lo que el propósito de nuestro trabajo estriba en exponer las principales aportaciones realizadas con dicho enfoque en los estudios de Psicología familiar, resaltando la relevancia y el significado que el modelo aporta al proceso de desarrollo familiar, a su evaluación y a la intervención familiar.

La familia se define como un sistema, es decir: “La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior”, (Minuchin, 1986, Andolfi, 1993; Musitu et al., 1994, Rodrigo y Palacios, 1998). A partir del enfoque sistémico los estudios de familia se basan, no tanto en los rasgos de personalidad de sus miembros, como características estables temporal y situacionalmente, sino más bien en el conocimiento de la familia, como un grupo con una identidad propia y como escenario en el que tienen lugar un amplio entramado de relaciones.

Aunque haya núcleos familiares monoparentales encabezados tanto por hombres como por mujeres, en la gran mayoría de los casos son madres con hijos y no padres con hijos (en la mayoría de Europa la proporción es de alrededor de 90 a 10).

Según Stassen & Thompson (2001), este apoyo también puede ser brindado por los amigos, en quienes el adulto mayor encuentra una fuente de alegría y soporte. Así, vemos que, durante el envejecimiento, la presencia de un otro que apoye al adulto mayor resulta crucial para que este no se aíse ni se sienta solitario, lo cual

le permitirá mantener un rol activo dentro del medio para así seguir desarrollándose. Además, la compañía de los otros también le permitirá saber que está rodeado por personas en las que puede confiar y con las que puede contar en caso de tener algún problema. Todo esto le brindará seguridad e incluso podrá incrementar su tranquilidad y bienestar.

La familia supone un gran avance para el estudio de la organización familiar, y de ella extraemos las características del sistema conjunto, estructura, personas, interacción y otras atribuibles a los sistemas sociales abiertos, propositivo, complejo, además de las características específicas del sistema familiar intergeneracional, larga duración, facilitador del desarrollo personal y social de sus miembros. Empezando por los términos que aparecen en la definición de sistema.

En tanto que conjunto, la familia es una totalidad, una Gestalt que aporta una realidad más allá de la suma de las individualidades, más allá de los miembros que componen la familia. Esta totalidad se construye mediante un sistema de valores y creencias compartidos, por las experiencias vividas a lo largo de la vida, y por los rituales y costumbres que se transmiten generacionalmente. Esta cultura familiar fraguada con el tiempo da una identidad al grupo, fortaleciendo el sentido de pertenencia de sus miembros, dando respuesta a sus necesidades de filiación y contribuyendo a la construcción de la propia identidad personal frente al medio, respondiendo a la propiedad de homeostasis omorfostasis de la TGS según Ochoa de Alda (1995).

La familia es la célula principal de la sociedad, es donde se aprenden los valores y la práctica de éstos constituye la base para el desarrollo y progreso de la sociedad. Es, quizá, el único espacio donde nos sentimos confiados, plenos; es el refugio donde nos aceptan y festejan por los que somos, sin importar la condición económica, cultural, intelectual, religión a profesar o preferencia sexual. La familia nos cobija, apoya, nos ama y respeta.

Lo mismo que cualquier sistema, la familia lleva consigo una estructura, una organización de la vida cotidiana que incluye unas reglas de interacción y una jerarquización de las relaciones entre sus componentes; también incluye unas reglas que regulan las relaciones entre los familiares y las relaciones con el exterior y que indican quién pertenece y quién queda excluido del grupo familiar. Es importante el conocimiento de estas reglas, tanto explícitas como implícitas, que condicionan las propias relaciones familiares, para conocer y comprender a la familia y sentar las bases de cualquier tipo de intervención sobre ella, pues pueden incidir de forma significativa en cómo la familia hace frente a los problemas de cada uno de sus miembros y a su propia problemática como grupo. Las reglas suelen ser acordes con los valores y creencias de la familia y regulan también la detección de las necesidades de sus miembros, la comunicación y las conductas de dar y recibir ayuda, que son de suma importancia para conocer la funcionalidad del sistema. Las reglas responden a Metarreglas, que son reglas de orden superior, como por ejemplo la que regula la posibilidad de cambiar, o no, las reglas, o como la que establece reglas diferentes en función del género. Espinal, Gimeno & González (2010).

Sin que la crítica suponga una vuelta a la causalidad unidireccional e individual, y conscientes de que no todos los miembros de la familia tienen el mismo poder para producir o generar el cambio, los estudios de enfoque sistémico reconsideran el papel del individuo. En esta línea se mueve el constructivismo, paradigma de gran relevancia en psicología y que integran también los psicólogos sistémicos que estudian la familia. Entre ellos es Kriz (1994) en quien con más precisión resalta el papel activo del sujeto, pues lo considera activo en tres dimensiones: como procesador activo de la información, como estímulo con impacto en el resto del sistema y como sujeto capaz de desarrollar una comunicación autorreferente, es decir, capaz de entablar un diálogo interior. En la misma línea de defensa del individuo, la psicología del Desarrollo reivindica el fenómeno de la resiliencia (CyruLink, 2012) como un proceso de desarrollo, que supone una resistencia

individual a los entornos adversos y devastadores, entre ellos a la familia; en los casos de resiliencia la persona se desmarca de los modelos que le ofrece la familia, buscando referentes o tutores más allá del entorno próximo, en los que se apoya para potenciar su desarrollo personal y social más allá de todo pronóstico.

Las reglas de funcionamiento rígido e incuestionable se manifiestan en el propio repliegue de la familia hacia sí misma, pues cualquier cambio se percibe como una traición, como una amenaza o intromisión, hasta el punto de rechazar cualquier intervención guiada desde el exterior, como sucede con la terapia. La estructura familiar supone que existe una o unas figuras que asumen el liderazgo, por tanto, ellas ejercen una mayor influencia en la elaboración y mantenimiento de las normas familiares, y también en las sanciones que pueden derivarse de su incumplimiento. El líder familiar ejerce también una mayor influencia en el modo de pensar, sentir y comportarse de los miembros de la familia. La estructura familiar es asimétrica y la funcionalidad del sistema requiere que así lo sea, siendo mayor la competencia en aquellas familias cuyo liderazgo recae en los adultos (Beavers y Hampson, 1990). La funcionalidad del sistema también es mayor cuando el liderazgo es democrático o existe una autoridad flexible (Minuchin & Fishman, 1985), mientras las familias caóticas, en primer lugar, y las rígidamente autoritarias luego, generan modelos familiares con más carencias para el desarrollo y con menos satisfacción entre sus miembros.

Además, se debe tener en cuenta el soporte social en el adulto mayor ya que el interés por los efectos de las relaciones sociales sobre el individuo ha estado presente desde hace muchos años atrás. Durante los años 70, a partir de las investigaciones de Cobb y Cassel (1976) en Sarason, (1990), se desarrolló el campo de estudio de lo que hoy en día se conoce como soporte social. Ambos autores enfatizaban que éste tenía un impacto positivo en el individuo, reduciendo su susceptibilidad frente a enfermedades, protegiéndolo de experimentar estados patológicos y sirviendo como una suerte de amortiguador en situaciones de crisis.

Tiempo después, con el creciente interés en el campo del soporte social, comenzaron a construirse diversas conceptualizaciones del término. Faherty, Gaviria y Pathack (1983) en Sarason (1990) definieron el soporte social como la ayuda de la que dispone una persona en términos emocionales y prácticos, la cual proviene de las interrelaciones que mantiene con otros individuos, grupo de individuos o una comunidad. Otras definiciones más actuales como la Hobfoll y Stokes (1988), en Goodwin, Costa & Adonu, (2004), indican que el soporte social implica una interacción social en la que se brinda ayuda y dentro de la cual el individuo se siente apegado a un grupo o a una persona que es percibida como cuidadora. Dada la amplitud y complejidad del constructor y dado que hasta la actualidad no se ha desarrollado una única conceptualización del mismo, el soporte social ha sido entendido y estudiado desde sus diferentes componentes.

Para Barrera (1990), el soporte social también puede ser concebido como las acciones realizadas por otros cuando brindan ayuda a una persona. Según el mismo autor, las medidas del soporte realizado resultan convenientes para evaluar el grado de respuesta de los otros cuando una persona se encuentra ante situación estresante y necesita ayuda. Ahora bien, es conveniente resaltar que, si bien el soporte realizado resulta importante en cualquier etapa del ciclo vital, existen diferencias significativas entre las personas que brindan soporte a los jóvenes y aquellas que lo brindan a los adultos mayores. Sin embargo, en el caso de estas últimas, los resultados obtenidos en las diversas investigaciones no resultan concluyentes.

Si bien autores como Dykstra (1993) y McCanish-Svensson, Samuelsson, Hagberg, Svensson y Dehlin (1999) han encontrado que durante la adultez mayor el soporte brindado por los amigos y familiares no resulta tan significativo, otros como Bossé, Aldwin, Levenson, Workman-Daniels y Ekerdt (1990), indican que los amigos constituyen una fuente sustituta importante de soporte psicológico, especialmente en el caso de personas viudas o de aquellas que nunca tuvieron

hijos. En la misma línea, Stassen & Thompson (2001) plantea que durante la adultez mayor las relaciones amicales y la calidad de las mismas resultan cruciales y muchas veces se constituyen como una barrera contra la pérdida del nivel de reconocimiento social característico de esta etapa de vida. Aunque los adultos mayores puedan mantener lazos con generaciones menores o con familiares, la presencia de amigos de la misma generación incrementa los recuerdos compartidos y la sensación de bienestar, pues estos se convierten en fuentes de alegría, ofrecen intimidad y brindan oportunidades para compartir actividades recreativas.

Takahashi, Tamura y Tokoro (1997) indican que en las investigaciones llevadas a cabo por Roberto y Pearson-Scott (1984) y Gallagher y Gerstel (1993) se ha encontrado que los amigos cercanos con quienes se pueda intercambiar recursos sociales funcionan como confidentes, especialmente entre las señoras mayores. Ahora bien, si bien todas estas investigaciones enfatizan la importancia de los amigos como fuente alternativa de seguridad durante la etapa adulta mayor, Connidis y Davies (1990) indican que los hermanos también pueden brindar dicho soporte, por lo que resultan muy importantes durante esta etapa de vida. Sin embargo, tal como plantea Vega (1995), la disponibilidad de su ayuda dependerá de sus posibilidades, de su proximidad geográfica y de su estado de salud. De otro lado, en cuanto al ámbito familiar se ha encontrado que el soporte social que los hijos brindan a sus padres durante su proceso de envejecimiento depende de si los primeros son hombres o mujeres.

En relación a esto, Spitze y Logan (1990) señalan que los adultos mayores que tienen hijas mujeres suelen recibir un mayor y más diverso soporte y asistencia que aquellos que tienen hijos, pero no hijas. En base a los planteamientos previamente mencionados, Spitze y Logan (1990) realizaron una investigación que pretendía evaluar los patrones de soporte social proveídos por los hijos mayores en base a tres criterios: el contacto personal, la ayuda brindada a los padres en las

actividades del día a día y el contacto telefónico. Las conclusiones obtenidas indicaron que el tener por lo menos una hija se relacionaba con las tres clases de soporte. En el caso de las dos primeras, lo que marcaba la diferencia era el tener o el no tener hijas mujeres. Sin embargo, respecto a la tercera forma de soporte, lo que marcaba la diferencia era la cantidad de hijas que se tuviera; a mayor cantidad, mayor contacto telefónico. Asimismo, se encontró muy poca evidencia acerca de que los hijos sustituyeran a las hijas en brindar los tipos de soporte que se relacionaban más con el rol femenino, aun cuando estos no tuvieran hermanas que lo realizaran. Todo esto muestra que durante la etapa adulta mayor existen diversas fuentes de soporte que cumplen con las distintas funciones del soporte social.

4.1.2 Teorías sociológicas del envejecimiento. Las ciencias sociales, al igual que las biológicas, consideran la vejez como un período de decadencia. La manifestación de que “la vejez es el estado de una persona que, por razón de su crecimiento en edad, sufre una decadencia biológica y un receso de su participación social” (Laforest, 1991, p. 39), así parece confirmarlo. Pero, ¿cómo explican las ciencias sociales esa decadencia que las ciencias biológicas atribuyen al deterioro de las funciones celulares o a la acción de determinados factores o sustancias sobre éstas? Según Comfort (1977), el 75% de los cambios relacionados con la edad pueden ser atribuidos al envejecimiento social y son producto de nuestras creencias, prejuicios y conceptos sobre la vejez. Con frecuencia, la vejez es conceptualizada como un distanciamiento en relación a lo que se considera la norma social, mientras que los estereotipos sobre la vejez acaban por simplificar algo que es complejo y a menudo confuso.

Esta circunstancia ha generado una corriente de pensamiento muy difundida en la sociedad contemporánea denominada “ageism” (Butler, 1973), que en castellano se tradujo como “viejismo” (Salvarezza, 1988) e incluso como ‘edadismo’. Con este término se alude al conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones

aplicados a las personas mayores en relación a su edad, lo que en cierto modo es comparable al racismo, el sexismo o la discriminación religiosa. El viejismo se aprende desde joven, y al contrario que en esos otros casos, no se relaciona con el medio en el que ha nacido el individuo, sino que la condición que provoca la discriminación se va adquiriendo con el proceso de socialización.

Esta perspectiva dio lugar a la teoría denominada por Rose (1962) Del Grupo Minoritario, basada en la premisa de que los ancianos, al ponerse de manifiesto a modo de 'estigmas', las características visibles del envejecimiento biológico, están más expuestos a sufrir una discriminación como la que afecta a otros grupos minoritarios. Lo paradójico de esta circunstancia, es que uno formará parte algún día del grupo discriminado, por lo que puede afirmarse que 'todos seremos víctimas de los propios prejuicios, (Krassoievitch, 1993, p. 27). También resulta evidente que el envejecimiento modifica las pautas de comportamiento. Las teorías que pretenden explicar el envejecimiento psicológico de las personas, analizan fundamentalmente los cambios que el tiempo produce en la conducta, personalidad y carácter Sin embargo, estrechamente relacionados con esos cambios de comportamiento (y biológicos), se encuentran también los cambios sociológicos, y dado que estos influyen en las características personales de los mayores, el enfoque Psicosocial en el análisis del envejecimiento, busca integrar ambos enfoques en una mirada más global, centrandó la atención en cómo los ancianos logran adaptarse a las condiciones que les ofrece la sociedad, la forma en que buscan respuesta a los problemas que se les presentan y cómo asumen las pérdidas y frustraciones que estos les generan, lo que hace que la formulación de teorías del envejecimiento desde esta perspectiva, sea tan compleja o más que la biológica. (Barros, 1994, p. 57).

A diferencia de las teorías de corte biológico, el análisis del proceso de envejecimiento desde la perspectiva psicosocial, más que tratar de explicar la causa del mismo, pretende identificar la manera en que los factores ambientales y

la personalidad del anciano producen cambios sobre su estilo de vida. Su principal dificultad se relaciona por tanto con la complejidad para definir, delimitar y comprender las características que afectan al ciclo vital de los mayores en una sociedad cambiante, sin límites precisos entre la cronología de cada uno de los diferentes procesos que se producen en la etapa de la vejez, y con importantes diferencias en las circunstancias individuales que afectan al trabajo, la familia o la misma sociedad. La propia condición 'móvil' del significado de tercera edad, ha provocado una variada cantidad de teorías que han ido evolucionando y adaptándose a los progresivos cambios sociales. Dada esta complejidad, existen dos perspectivas de interpretación para el proceso de envejecimiento: 1) el abordaje sociológico, cuya unidad de análisis es la sociedad, centrandó la atención en el estudio de las características de ésta y de las condiciones de vida de las personas mayores, y 2), la consideración del individuo como unidad de análisis, con un enfoque de tipo psicológico, que estudia la manera en que el individuo enfrenta su propio envejecimiento dentro del contexto social que lo condiciona.

Maslow plantea entonces, dentro de su teoría de la personalidad, el concepto de jerarquía de las necesidades, en la cual las necesidades se encuentran organizadas estructuralmente con distintos grados de poder, de acuerdo a una determinación biológica dada por nuestra constitución genética como organismo de la especie humana.

Figuras 4. Adecuación de la escalera jerárquica de necesidades de Abraham Maslow, a las necesidades del adulto mayor.



Fuente. Abraham Maslow Theory of Human Motivation) de 1943,
La jerarquía está organizada en forma de pirámide de tal manera que las necesidades de déficit se encuentren en las partes más bajas, mientras que las necesidades de desarrollo se encuentran en las partes más altas de la jerarquía; de este modo, en el orden dado por la potencia y por su prioridad, encontramos las necesidades de déficit, las cuales serían las necesidades fisiológicas, las necesidades de seguridad , las necesidades de amor y pertenencia, las necesidades de estima; y las necesidades de desarrollo, cuáles serían las necesidades de auto actualización (self-actualization) y las necesidades de trascendencia.

Dentro de esta estructura, cuando las necesidades de un nivel son satisfechas, no se produce un estado de apatía, sino que el foco de atención pasa a ser ocupado por las necesidades del próximo nivel y que se encuentra en el lugar inmediatamente más alto de la jerarquía, y son estas necesidades las que se busca satisfacer.

Una necesidad es algo que es imprescindible para el desarrollo y el buen funcionamiento del ser humano, es algo que se necesita satisfacer, ya sea de manera física, psicología o espiritual, eso depende del tipo de necesidad que el hombre desee satisfacer. Todas las necesidades del individuo son igualmente importantes, lo que varía es el grado de urgencia de la necesidad y las necesidades que el hombre haya saciado anteriormente, pero no se debe dejar de lado que el hombre nace con necesidades innatas o hereditarias que son las fisiológicas y a medida que va creciendo y desarrollándose comienza la búsqueda de nuevas necesidades de nivel superior.

Cada hombre tendrá una manera diferente de satisfacer de sus necesidades y esto dependerá de cada persona, ya que habrá personas motivadas por buscar la satisfacción de las necesidades fisiológicas y de seguridad, así como habrá otras

que solo buscaran satisfacer las necesidades de autorrealización, tratando de satisfacer de manera rápida las necesidades inferiores.

Las necesidades no satisfechas influyen en el comportamiento y en los objetivos que tenga cada hombre a lo largo de su vida. Las necesidades más bajas requieren un patrón que es más rápido y más fácil de saciar, ya que es mucho más accesible conseguir alimento y seguridad, que estatus social, realización o reconocimiento en alguna obra hecha por alguien. Para alcanzar los niveles superiores se necesita mucho más tiempo y que el individuo realice más esfuerzo y más dedicación que para los niveles inferiores de la pirámide.

Un obstáculo para satisfacer una necesidad o la falta de satisfacción de una por completo, puede llevar a la persona a la frustración, convirtiéndose en una gran amenaza psicológica para el individuo. Lo que lo puede llevar a atentar contra su vida o la del resto de las personas que lo rodean.

“La sociedad colombiana vive en una época de grandes transformaciones sociales, muchas de las cuales condicionan y alteran la prestación y calidad de los servicios de salud. Las necesidades futuras están condicionadas por el aumento absoluto de la población, los patrones de reproducción, las condiciones de la mortalidad y sin duda el envejecimiento. El sólo hecho de la transformación de la estructura poblacional afecta la composición de la demanda de los servicios, pues los diferentes grupos de la población por edades y sexos plantean necesidades distintas en materia del cuidado de la salud. Las modificaciones en el tamaño y estructura de la población son determinantes en las características y condiciones de la demanda de servicios, así como también de los recursos que el sistema necesita para brindarlos”. (Memorias primer Congreso Nacional Integral al Adulto Mayor, 1999, p. 255).

Desde hace mucho tiempo se pensaba que el ejercicio físico conservaba y promovía la salud, pero solo la ciencia moderna tiene la oportunidad de demostrarlo.

El peso corporal, la cantidad de grasa en el cuerpo y la presión arterial tienden a subir con el paso de los años. Disminuyen las posibilidades de oxigenación, la máxima frecuencia cardiaca y funcionalidad cardiocirculatoria; así como también la fuerza muscular, la elasticidad, la movilidad articular y la consistencia de los huesos, la circulación particularmente se ve afectada debido a la acumulación de grasas en las vías de irrigación sanguínea, impidiendo su normal funcionamiento. Entonces se puede decir que el envejecimiento es un proceso involutivo, pero además heterogéneo. No solo a nivel de individuos sino a nivel de estructura y proceso.

4.1.3 Fisiología del envejecimiento y salud. En la piel es donde se marcan los primeros signos que enuncian el envejecimiento. La epidermis se atrofia, pierde lozanía, elasticidad, suavidad, disminuye su tonalidad se atenúa, la piel palidece o se des pigmenta. En toda la piel aparecen manchas pigmentadas y comedones.

“La piel de los adultos mayores muestra dos alteraciones fundamentales. El adelgazamiento de la epidermis que puede el 25% con la desaparición de las papilas epidérmicas y el proceso degenerativo de las fibras elásticas con aspecto estirado, rectilíneo y fragmentario”. (Márquez, 2005, p. 22).

El pliegue de la piel que se produce al pellizcarlo no desaparece como en los jóvenes y es esta pérdida de elasticidad la explicación de las arrugas. El cabello encanece, cae, se hace ralo y más fino, a veces la caída es total y se origina la calvicie. En las uñas, su rapidez de crecimiento disminuye después de los 60 años, pierde su aspecto liso, además se espesan, se cubren de estrías longitudinales y a veces toman un aspecto curvado en forma de garras.

La disminución del poder de acomodación del cristalino comienza hacia los 42 o 43 años para aquellos cuyo cristalino envejece y hacia los 52 53 años para quienes conservan durante mucho tiempo la buena visión. El oído junto con el ojo es el órgano de los sentidos que más precozmente envejece; este envejecimiento comienza en torno a los 40 años, después de los 45 años el oído ha perdido su finura, aunque esta deficiencia se hace evidente sólo a los 50 años. (Márquez, 2005, p. 22).

La estatura disminuye: Esto comienza entre los 50 y 55 años de evolución es singularmente rápida entre los 70 y los 85 años, la mujer experimenta este fenómeno antes que el hombre, dicha disminución puede alcanzar 3 o 4 centímetros; se debe, a la vez, a la composición de las vértebras y al aplastamiento de los discos intervertebrales. Al mismo tiempo se abate todo el cuerpo, los hombros quedan colgantes, la cabeza se inclina hacia delante, la curvatura dorsal se acentúa. Las rodillas se doblan, en sí se produce un encorvamiento general.

“El envejecimiento a nivel muscular presenta trastornos de tres tipos: La atrofia, la disminución del tono y la pérdida de la fuerza. Todo lo anterior explica que los trabajos fuertes y las cargas pesadas son penosas para los adultos mayores. Por el contrario, la actividad manual puede conservarse durante mucho tiempo si no se producen manifestaciones reumáticas”. (Coni, 1990, p. 39).

Las articulaciones sufren un fuerte envejecimiento, disminuye su movilidad con la edad, se convierten en sede de lesiones degenerativas y de reumatismo crónicos. El proceso artrósico se manifiesta con mayor frecuencia en la cadera, rodillas, dedos gordos de los pies, en los hombros, dedos de las manos, en la columna lumbar y cervical. Las mujeres ancianas sufren con mayor frecuencia de la artrosis debido a la fórmula endocrina de la menopausia y postmenopausia. Las personas

obesas también son propensas por sobrepeso o sobrecarga y por razones de nutrición.

Es fácil comprender los riesgos de fractura en el adulto mayor, tanto ya que no dispone de la misma vivacidad de reflejos, su visión es defectuosa y su rigidez articular no le permite caer con la necesaria flexibilidad. En estas condiciones, es evidente que hay que evitar los deportes violentos, lo mismo que caminar por terrenos accidentados.

Todo el árbol respiratorio sufre el envejecimiento: Las mucosas de la nariz, de la laringe y faringe, son objeto de procesos de atrofia, como lo demuestran la gota de nariz, los carraspeos de garganta, la voz quebrada y temblorosa. Desde el punto de vista pulmonar tenemos la sofocación al menor esfuerzo, la palabra a menudo jadeante, la tos rebelde, la frecuente necesidad de expectorar.

La amplitud torácica se reduce con la edad, esta reducción del volumen se acentúa en las costillas por disminución de la capacidad ventilatoria total y los músculos involucrados se atrofian. También se observa una disminución en los tres componentes de la capacidad vital:

- a) El aire corriente (volumen de aire comprimido entre una inspiración normal y una expiración normal).
- b) El aire reserva (volumen de aire que somos capaces de expulsar después de una expiración forzada).
- c) El aire complementario (volumen de aire que somos capaces de introducir como suplemento después de una inspiración forzada).

En síntesis, se puede decir que el deterioro progresivo e irreversible del aparato bronco pulmonar es inevitable en los adultos mayores. Sus consecuencias en términos generales son: Insuficiencia pulmonar, instalación del complejo de

bronquitis, enfisema (disminución de los alvéolos pulmonares), esclerosis pulmonar, extrema vulnerabilidad a las infecciones especialmente gripales, aparición de insuficiencia cardiaca de las cavidades derechas del corazón (pudiendo convertirse en un cardiaco pulmonar).

Mientras que el peso de los riñones disminuye a medida que se envejece, parece que el peso del corazón sigue sensiblemente idéntico a lo largo de toda la vida, pero esto no significa que permanezca intacto. En efecto puede observarse un aumento en la grasa sub-pericardía, las válvulas se endurecen y su capacitación (capacidad de unión) es menos perfecta; el endocardio aumenta su espesor, el ritmo es algo más lento; a veces algunas extra-sístoles (pulsación cardiaca en forma de toe toe en el pecho); por el contrario, los soplos sistólicos son bastantes frecuentes en el foco mitral y en el aórtico, no hacen más que traducir la esclerosis de las válvulas, aunque su significado puede ser benigno.

4.1.4 Metas para lograr la adultez. Existe la necesidad por parte de los padres y las madres, de aprender a asimilar el deseo de independencia de los jóvenes, y contribuir a que se encuentren a sí mismos. No existen reglas definidas para ello; lo único, tal vez, es una mezcla de conceptos, que varían de un país a otro, de familia a familia. Porque la condición de adulto no se alcanza por igual en todas las culturas. (Grano de Arena Familiar, 2008a, p. 60).

Algunos elementos que se pueden exponer como característicos de la madurez podrían ser:

- a) Que el joven, la joven se “independice” de la sobreprotección familiar, evolucionando sus problemas emocionales de dependencia infantil, en una forma correcta. Independencia familiar o “destete”.
- b) Que el joven, la joven establezca su “identidad sexual” correctamente, y adquiera su pleno desarrollo en este aspecto. Pleno desarrollo sexual.

- c) Que el joven, la joven incremente sus relaciones sociales, así como su grupo de compañeros y amigos, en una integración que se ajuste al mundo en el que va a vivir, y la sociedad en la que va a desenvolverse. Madurez social y elección del grupo de compañeros.
- d) Que el joven, la joven elija el tipo de tarea trabajo o estudio que le proporcione desenvolvimiento económico, de acuerdo a su inclinación vocacional, aptitudes y destrezas referiblemente, y no se vea presionado por las circunstancias del momento a tomar decisiones contrarias. Desarrollo económico social.
- e) Que el joven, la joven se identifique con una manera de pensar propia, y establezca una valorización personal en cuanto a los conceptos morales, filosóficos, políticos, religiosos y sociales. Independencia de criterio.
- f) Que el joven, la joven aprenda a utilizar sus horas de ocio, o tiempo libre, de acuerdo a sus preferencias y según su personalidad, atendiendo a los impulsos vitales. Desarrollo de la capacidad recreacional.

Este proceso es fundamental ya que nos permite pensar de manera más asertiva y acorde de cómo debemos afrontar los cambios que se generan en su ciclo vital permitiendo así un envejecimiento activo, conociendo así las etapas preparatorias que se van a desarrollar en el trascurso de su vida. Además, es bueno saber la forma en que una persona se siente con respecto a sí misma, tiene mucho que ver con la manera en que se expresa a través de actividades, relaciones y trabajo. Su actitud hacia el trabajo y sus relaciones laborales o personales, están influenciadas por la percepción de sí mismo y la que otros le expresan; por tanto, el interactuar con otros contribuye en gran parte a la autoestima y como fuente importante de identidad personal. (Grano de Arena Familiar, 2008a, p. 62).

Conocerse a sí mismo y sentirse bien, es parte importante en la construcción de empresas y familias armónicas. Todos los jóvenes son ricos, aun cuando no posean ni un centavo en su bolsillo, pues su riqueza está en los sueños; el secreto

para mantenerse siempre joven, es ser rico en sueños. Que soñar se convierta en el ingrediente esencial para lograr objetivos en la vida; para poder crear lo primero es creer, tener la capacidad de soñar con los ojos abiertos; el poder ver en nuestra imaginación lo que deseamos realizar.

Cuando se deja de soñar se empieza a envejecer; el deseo es el centro de la motivación de todo ser humano; no tener deseo es equivalente a estar muerto en vida. La aventura de lograr lo imposible llena de energía; da una vitalidad extraordinaria, invita a retarse a sí mismo, a lograr lo que para otros no es posible.

4.1.5 Persona mayor y desatención familiar. La ancianidad. “En la vejez ajena se detestan las acechanzas de la propia. Ella es el espejo imperdonable en que nuestro sueño narcisista de eternidad se desvanece. Por eso suele ponerse más empeño en rehuir esa experiencia descorazonadora, que, en replantearla, comprendiendo su sentido esencial”, (Grano de Arena Familiar, 2008b, p. 59).

La etapa final de la vida, conocida también como tercera edad, se inicia aproximadamente a los 60 años. Se caracteriza por una creciente disminución de las fuerzas físicas, lo que, a su vez, ocasiona en la mayoría una sensible y progresiva baja de las cualidades de su actividad mental. La declinación biológica se manifiesta por una creciente disminución de las capacidades sensoriales y motrices y de la fuerza física; las crecientes dificultades circulatorias, ocasionadas por el endurecimiento de las arterias; y en general, el progresivo deterioro del funcionamiento de los diversos órganos internos. El anciano va perdiendo el interés por las cosas de la vida, y viviendo cada vez más en función del pasado, el mismo que evoca constantemente, ya que el presente y el futuro le ofrecen pocas perspectivas. Por eso es predominantemente conservador y opuesto a los cambios, pues así se siente seguro. Como consecuencia de la declinación biológica, y por factores ambientales, también se van deteriorando las funciones intelectuales (inteligencia, memoria, pensamiento, etc). Pero este deterioro es muy

distinto en las diversas personas, dándose el caso de ancianos de avanzada edad que se conservan en excelente forma. (Grano de Arena Familiar, 2008b, p. 59).

Los rasgos de la personalidad y del carácter se van modificando. Los ancianos que han tenido una adultez inmadura no saben adaptarse con facilidad a sus nuevas condiciones de vida. Manifiestan entonces una marcada tendencia a la desconfianza, el egoísmo, la crítica aguda (especialmente a los jóvenes) y reaccionan agriamente contra sus familiares y el ambiente social.

En cambio, otros ancianos, que fueron adultos maduros, se adaptan mejor a su nueva situación y muchos hasta parecen exagerar el optimismo, buen humor y generosidad. Esto se deba a que, en el fondo, en la vejez se acentúan los rasgos que distinguieron el carácter en la adultez, por lo mismo que el individuo ya no es capaz de ejercer un completo control y dominio de sus manifestaciones psicológicas. (Grano de Arena Familiar, 2008b, p. 60).

En los individuos especialmente dotados, la ancianidad es una etapa de gran comprensión, equilibrio y productividad. Tal es el caso de personalidades ilustres que siguieron contribuyendo activamente a la vida social y cultural de su época cuando ya la mayor parte de sus coetáneos descansaban en sus cuarteles de invierno.

La ancianidad es la etapa final de la vida y de be merecer el más grande respeto, consideración y protección. El abandono que sufre la tercera edad es una dinámica que se vive a diario, son innumerables las historias que existen sobre el abandono, desplazamiento o el destierro del núcleo familiar. Historias que describen la realidad de miles de adultos mayores.

Es por esto de la elección del tema a describir, la importancia que se le debe atribuir al abandono, situación que todos como personas sufrimos en alguna etapa

de nuestras vidas, pero ante la mirada de la sociedad no es mucho lo que se hace para remediar esto, educando a la sociedad para evitar este hecho. (Grano de Arena Familiar, 2008b, p. 60).

En un grupo familiar hay distintas etapas en donde se clasifica o se encasilla cada miembro de la familia como por ejemplo etapa infantil, adultez y vejez o en otras palabras la tercera edad. El o los miembros que se encuentran o han llegado a esta etapa, en la mayoría de los casos son excluidos o desplazados por el resto o mayoría de los miembros de la familia.

Existiendo una ruptura en los planos afectivos, de comunicación, interacción como ser social, dentro de un grupo familiar social.

4.1.6 La persona mayor y la familia. En la antigüedad y hasta el comienzo del siglo XX, las familias eran más grandes, tenían mayor número de miembros, con la salvedad de que la expectativa de vida era menor. Los planes materno infantiles posibilitaban una mejor y mayor supervivencia, con lo que había mayor cantidad de jóvenes para compartir y cuidar a los ancianos. Los hogares multigeneracionales eran comunes en nuestro país, fundamentalmente en la zona rural; los cambios sufridos en la sociedad han hecho que en la actualidad y sobre todo en la familia urbana, ésta sea de constitución nuclear: padre-madre y uno o dos hijos, convirtiéndose en hogares uni o bigeneracionales. (Grano de Arena Familiar, 2008b, p. 61).

La familia que cuente con anciano en su seno debe pensar en una alternativa que posibilite una mejor convivencia, alternativa que se tome por lo general sin consultar los deseos de los ancianos.

Cualquiera de las alternativas consideradas precedentemente habrá de estar condicionada al tipo de familia y a que el anciano sea considerado una persona

con propias decisiones y necesidades sobre su expectativa de vida. Todos estos elementos deberán servir para evaluar el estado de salud del anciano; si el anciano no quiere ser una carga para su familia y desea vivir solo, si el anciano no quiere vivir solo y busca dependencia de algún familiar, si el anciano no quiere abandonar su casa por la pérdida de su independencia que el abandono conlleva y por último si el anciano decide vivir en una residencia. (Grano de Arena Familiar, 2008b, p. 61).

4.1.7 Maltrato, abuso y violencia. En el año 1996 la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos consideró necesario que el grupo etéreo de las Personas Mayores fuese apoyado y reconocido como sujeto de Derecho, tanto del esclarecimiento de su problemática, como la denuncia de su discriminación; fue así como se creó la Comisión “ Los Adultos Mayores y sus Derechos”. Entre sus objetivos prioritarios se plantea: 1) El respeto por los Derechos Humanos de quienes han dado y siguen dando tanto a nuestro país. 2) La de mistificación de prejuicios y “ falsas creencias “, que se traducen en una representación social negativa de la vejez. 3) La capacitación de recursos humanos, la más eficaz herramienta que permitirá crear conciencia en la sociedad sobre un tema poco conocido. (Grano de Arena Familiar, 2008b, p. 62).

El anciano, por su vulnerabilidad, es sujeto en ocasiones de violaciones de sus derechos fundamentales como persona, siendo sometido, incluso, a violencias, coacciones por falta de información o por presiones externas, familiares o sociales.

El abuso se define como abuso físico, que causa daño en cuerpo; amenazas verbales o abuso psicológico, que causa temor o humillación; abuso sexual como en la violación o intento de violación; o abandono, cuando no se suministra la comida, los medicamentos, el tratamiento médico o la supervisión. (Grano de Arena Familiar, 2008b, p. 62).

Es un tema alarmante, tanto para la comunidad como para los profesionales involucrados, y aún afecta como un duro golpe a nuestros mitos de los queridos y frágiles sistemas familiares.

4.1.8 Aspectos sociales. El frenético ritmo de la metrópolis deja fuera de la corriente a la persona mayor quitándole el rol de la producción y asignándole el vacío, la incertidumbre económica y la soledad dada por el aislamiento. De esta manera la sociedad cargada de preconceptos con respecto al anciano deja inutilizado a este creciente sector de la población.

Esta realidad Social, daña severamente la autoestima de la persona mayor. La desvalorización está dada por la falta de sentido en sus vidas y la carencia de una función social luego de toda una vida de servicios a la comunidad a través de su trabajo y el respeto de sus semejantes. (Grano de arena familiar, 2008b, p. 66).

Esta marginación del adulto mayor, a su vez distancia a los jóvenes del anciano privándolos de la experiencia y sabiduría del que ha vivido mucho. Más aún, la aleja de la posibilidad de comprender a la vejez como parte de la vida, ayudándolos, de esta manera, a prepararse planificando su futuro para no dejar relegadas a otras decisiones que deben ser personales.

Gran parte del deterioro físico y mental que se evidencia en algunos ancianos tiene su origen en el paulatino aislamiento del acontecer diario en la comunidad y el país. La carencia de ese rol profesional o laboral desempeñado por tantos años con el que se identifican como personas da cabida a la depresión, la reclusión y gradualmente a la falta de interés en el arreglo personal, en alimentarse balanceadamente y en mantener una vida social activa. (Grano de Arena Familiar, 2008b, p. 66).

La depresión comúnmente afecta la memoria reciente, la lucidez y el cuidado personal. Muchos hijos, adultos enfrentados con este cuadro, confunden los síntomas de una reversible depresión y apatía, con senilidad y otros rótulos empleados al referirse a los gerentes. Más preocupante aún es cuando los rótulos vienen de profesionales de la salud que hasta recomiendan la institucionalización que seguramente reforzará la ya existente desvalorización y depresión.

4.1.9 Sentido y valor de la vejez. Las expectativas de una longevidad que se puede transcurrir en mejores condiciones de salud respecto al pasado; la perspectiva de poder cultivar intereses que suponen un grado más elevado de instrucción; el hecho de que la vejez no es siempre sinónimo de dependencia y que, por tanto, no menoscaba la calidad de la vida, no parecen ser condiciones suficientes para que se acepte un período de la existencia en el cual muchos de nuestros contemporáneos ven exclusivamente una inevitable y abrumadora fatalidad. (Grano de Arena Familiar, 2008b, p. 68).

Está muy difundida, hoy, en efecto, la imagen de la tercera edad como fase descendiente, en la que se da por descontada la insuficiencia humana y social. Se trata, sin embargo, de un estereotipo que no corresponde a una condición que, en realidad, está mucho más diversificada, pues los ancianos no son un grupo humano homogéneo y la viven de modos muy diferentes.

Existe una categoría de personas, capaces de captar el significado de la vejez en el transcurso de la existencia humana, que la viven no sólo con serenidad y dignidad, sino como un período de la vida que presenta nuevas oportunidades de desarrollo y empeño. Y existe otra categoría muy numerosa en nuestros días para la cual la vejez es un trauma. Personas que, ante el pasar de los años, asumen actitudes que van desde la resignación pasiva hasta la rebelión y el rechazo desesperados. Personas que, al encerrarse en sí mismas y colocarse al margen

de la vida, dan principio al proceso de la propia degradación física y mental. (Grano de Arena Familiar, 2008b, p. 69).

Es posible, pues, afirmar que las facetas de la tercera y de la cuarta edad son tantas cuantos son los ancianos, y que cada persona prepara la propia manera de vivir la vejez durante toda la vida. En este sentido, la vejez crece con nosotros. Y la calidad de nuestra vejez dependerá sobre todo de nuestra capacidad de apreciar su sentido y su valor.

Rectificar la actual imagen negativa de la vejez, es, pues, una tarea cultural y educativa que debe comprometer a todas las generaciones. Existe la responsabilidad con los ancianos de hoy, de ayudarles a captar el sentido de la edad, a apreciar sus propios recursos y así superar la tentación del rechazo, del auto-aislamiento, de la resignación a un sentimiento de inutilidad, de la desesperación.

Por otra parte, existe la responsabilidad con las generaciones futuras, que consiste en preparar un contexto humano, social y espiritual en el que toda persona pueda vivir con dignidad y plenitud esa etapa de la vida. (Grano de Arena Familiar, 2008b, p. 70).

4.2 MARCO INVESTIGATIVO

Investigaciones del entorno familia del adulto con reacción al bienestar psicológico, el apoyo social percibido y la percepción de salud indican relaciones con el apoyo social percibido que, con la percepción de salud, que los hombres informaron mayor bienestar psicológico y mejor percepción de salud que las mujeres y que las personas casadas o con pareja estable informaron mayor bienestar psicológico y mayor apoyo social percibido que aquellas sin pareja estable. Se proponen diversos factores explicativos para los resultados obtenidos (Vivaldi & Barra, 2012). Igualmente otra investigación donde determinada las

condiciones sociofamiliares, asistenciales, funcionales y factores asociados en adultos mayores de 65 años, donde indica que los adultos mayores se encuentran en vulnerabilidad y riesgo social, tienen buena capacidad funcional, la cual se deteriora con el incremento de la edad, y presentan una elevada comorbilidad.

Herrera, Ayala, Coneo, Duitama, Montes & Reyes (2014), realizaron un estudio cuyo objetivo fue describir la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores residentes en centros de protección social en Cartagena (Colombia). Estudio descriptivo. Fueron 187 adultos mayores residentes en centros de protección social en Cartagena. Aplicaron el Test de Valoración Mental (Pfeiffer), una encuesta socio demográfico y el "Índice multicultural de calidad de vida". Mantuvieron la confidencialidad de la información, el anonimato de los participantes y diligenciaron el consentimiento informado. Resultados: el promedio de edad fue de 75 años (95%), predominó el estado civil soltero (57,6%), nivel educativo primaria (45,5%), recibir medicamentos (80,3%), realizar actividades físicas (54,5%) y no realizar actividades productivas (37,9%). La autopercepción de la calidad de vida relacionada con salud tiende a valores que pueden considerarse como buenos (7,6%).

Las dimensiones que presentaron puntajes más altos fueron la plenitud espiritual y el autocuidado, y con menor puntaje el bienestar físico y el apoyo comunitario. Esta información será útil para proponer políticas de salud y prácticas de cuidado.

Al igual que Placeres (2011), realizaron una revisión bibliográfica teniendo en cuenta aspectos relacionados con la familia y el adulto mayor. Conceptualizaron la familia según el criterio de diferentes autores, se resumieron otros aspectos relacionados con la diversidad y complejidad familiar, las funciones de la familia, el ciclo de vida y las crisis de la familia. Asimismo, expusieron la importancia que tiene este grupo social en la atención y cuidados al adulto mayor, así como el papel que juega el anciano como parte integrante de ella.

Igualmente, Reyes & Castillo (2011), determinaron que el aumento de la expectativa de vida de la población, 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. 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. El objetivo de la presente comunicación es reiterar la importancia de esta cuestión de enorme repercusión política, socioeconómica, y cultural, que representa un desafío para el anciano, 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.

De manera que Villarreal (2012), determinó las condiciones sociofamiliares, asistenciales, funcionales y factores asociados en adultos mayores de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Sucre, Colombia). Estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal y de contactos múltiples en una muestra de 275 adultos mayores de 65 años, residentes en 18 barrios que conforman las comunas 9 y 6 de la Ciudad de Sincelejo. Mediante encuesta se indagaron las características sociodemográficas, hábitos higiénicos, problemas de salud. Se emplearon la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón, Escala de Lawton y Brody, Índice de Katz para la valoración funcional y la Escala Minimal para la evaluación cognitiva. El 61% de los adultos mayores son de sexo femenino y la media de edad de 75,4 años. Con criterios diagnósticos de hipertensión arterial (75.2%), cardiopatías isquémicas (70.5%) y osteoarticulares (68.3%), los cuales se incrementan con la edad, y en el sexo femenino, el 51% presenta pluripatología. La comorbilidad se relacionó con polimedicación (76%), problemas bucodentales

(70.1%), dolores en miembros inferiores y depresión (68 y 54.1% respectivamente). El test de Gijón determinó que el 67.7% de los adultos mayores tenía riesgo y problema social, siendo más representativo en las mujeres ($p < 0,05$). La valoración funcional se deterioró con la edad ($p < 0,05$). Conclusión: Los adultos mayores se encuentran en vulnerabilidad y riesgo social, tienen buena capacidad funcional, la cual se deteriora con el incremento de la edad, y presentan una elevada comorbilidad.

Por otro lado, Estrada (2011), investigaron que varios aspectos en el adulto mayor deterioran su calidad de vida, como son las relaciones familiares y de amigos, la soledad e, incluso, el mismo centro geriátrico. El objetivo es explorar las condiciones asociadas con la calidad de vida de los ancianos en hogares geriátricos.

Por consiguiente, Reyes & Castillo (2011), el aumento de la expectativa de vida de la población, 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. 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. El objetivo de la presente comunicación es reiterar la importancia de esta cuestión de enorme repercusión política, socioeconómica, y cultural, que representa un desafío para el anciano, 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.

Por lo tanto, Acosta, González & Rangel (2013), expresaron que el presente

estudio tuvo como objetivo obtener una muestra de ejemplos de actividades recreativas mentales, recreativas físicas, sociales, de independencia y de protección a la salud, para la propuesta inicial de un inventario de actividades de la vida diaria en adultos mayores, esto a través del desarrollo de dos grupos focales de ancianos organizados alrededor del tema de actividades cotidianas. Los resultados reflejan una amplia variedad de actividades en la vida diaria en los participantes, consecuencia de la heterogeneidad en el proceso del envejecimiento, y establecen las bases para estudios posteriores sobre mecanismos de adaptación en adultos mayores ante los cambios asociados en la vejez, donde se atiendan las necesidades que exige este sector de la población.

Por esta razón Rey, Canales & Táboas (2011), utiliza el método de análisis de contenido sobre los testimonios obtenidos de entrevistas en profundidad a las que se aplica un sistema de categorías elaborado *ad hoc*. La muestra está constituida por 32 participantes con una media de edad de $69,92 \pm 4,98$. Para el tratamiento de la información se utiliza el software QSR NVivo 8. Los resultados muestran que el 48% de las personas mayores percibe mejoras en sus capacidades de memorización; un 47%, en la atención y la concentración, y un 10%, en la satisfacción con la vida tras su paso por el programa. Está especialmente preocupado por la pérdida de memoria –así lo manifiesta el 65,62%– y acuden a los programas de estimulación cognitiva con el objetivo de mejorar esta capacidad. Durante las sesiones, las personas participantes mantienen sentimientos de diversión, vitalidad y energía.

Por otro lado, Marín & Castro (2011), este artículo es el producto de la investigación titulada “Estudio comparativo de la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores que residen en dos comunidades de Santa Marta” realizada en la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Santa Marta, durante el 2010. Ésta busca generar conocimientos sobre este grupo etario y, con los resultados obtenidos, plantear estrategias de mejoramiento a los programas

existentes en atención en salud al adulto mayor. Metodología: estudio descriptivo, transversal, con participación de 177 adultos mayores a los cuales se les aplicó una ficha de datos socio demográfico y el cuestionario SF36. Resultados: predomina el sexo femenino con el 62% y los casados con 52%; mayor participación de los de 60 a 64 años (38%); el 75% vive acompañado; el 74% tienen ingresos económicos; el porcentaje de mayor escolaridad corresponde a bachillerato completo (31%). En cuanto a los resultados del Short Form-36 Health Survey (SF36), los valores más altos se obtuvieron en las dimensiones de función social y salud mental con el 93% cada una, los de más bajo valor son rol físico (78%) y salud general (69%). Conclusiones: la calidad de vida de los adultos mayores de Santa Marta se percibe como buena, el sexo femenino es un factor protector, mientras que la edad se convierte en un factor de riesgo.

Igualmente, Herrera (2011), el propósito del presente artículo es comparar las concepciones populares de soledad de los adultos mayores de España y los adultos mayores de Bucaramanga, Colombia; para ello se utilizó un diseño cualitativo comparativo de los resultados arrojados por la "Encuesta Concepción de Soledad" con el ítem número 16 del cuestionario "La soledad en las personas mayores". La muestra fue conformada por 1956 adultos mayores de España y 6607 adultos mayores de Bucaramanga, Colombia. Los criterios de inclusión tomados en cuenta en las 2 poblaciones fueron ser mayor de 65 años. Entre los resultados se encuentra predominancia de las concepciones negativas sobre la soledad, alta incidencia en concepciones relacionadas con la familia, categorías que hacen referencia a la soledad objetiva y subjetiva, concepciones positivas presentes en la población colombiana.

Sin embargo, Cardona & Peláez (2016), con un enfoque demográfico, esta reflexión buscó evidenciar los retos, oportunidades, transformaciones y preocupaciones que supone el envejecimiento de las poblaciones, lo cual obliga a una visión integral del fenómeno desde diferentes ámbitos. Para ello se describió

el comportamiento de las transformaciones poblacionales durante un siglo (1950-2050) en el mundo, en América Latina y el Caribe y en Colombia, evidenciando los cambios en algunos indicadores demográficos. Esta reflexión permitió concluir que las oportunidades, retos y preocupaciones que impone el envejecimiento poblacional en el siglo XXI serán un factor determinante en el desarrollo de los pueblos, que deberán enfrentar una disminución de la fecundidad y aumento en la esperanza de vida, originando cambios en la estructura poblacional, aumentando las demandas en los servicios de salud y a los sistemas económico y de seguridad social para atender a una mayor demanda con nuevas estructuras familiares y relaciones intergeneracionales, pero se aumentará la mano de obra productiva, potenciales aportantes de los dos sistemas.

Este estudio se refiere al desempeño de las personas adultas mayores en la sociedad y su dinámica familiar. Se desarrolló en el Departamento del Meta en el municipio de Villavicencio en el barrio los Rosales, está basado en la investigación etnográfica, bajo las herramientas del grupo familiar y las entrevistas realizadas. La importancia investigativa radica en el papel que desempeñan las personas adultas mayores en la familia, tomando en cuenta la capacidad, la experiencia y el conocimiento que poseen.

También se analizaron las necesidades y las posibles limitaciones que se generan para desempeñarse con normalidad y así cumplir un papel protagónico. Se determinó que la persona adulta mayor es percibida como un elemento importante en la sociedad y que su función debe ser considerada como una herramienta útil si se busca crecimiento y fortalecimiento social y familiar. Sin embargo, la sociedad requiere aprender a envejecer, esto significa que las personas deben cambiar la percepción cultural que tienen, y fortalecer sus capacidades y aceptar sus limitaciones. Debemos comprender que las personas adultas mayores no son desechables, sino que deben ser integradas a la sociedad.

Para el marco investigativo se seleccionarán unos artículos a nivel internacional que permitieran retroalimentar nuestro proceso de análisis, si bien es cierto se menciona en la justificación el incremento de población adulta y los cambios de natalidad a nivel latinoamericano y a nivel nacional son cada vez más cambiantes; frente a esto el artículo envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor los autores muestran cómo se exponen los tipos de envejecimiento humano y como en Cuba se alerta que del porcentaje de adultos mayores que hoy viven en el país se desconoce cuántos de ellos son considerados frágiles. El conocimiento de esta información será crucial en la planificación y desarrollo de estrategias de intervención en salud en la población de adultos mayores por parte del sistema nacional de salud, el gobierno y las propias comunidades.

Los padres tienen que inculcar a sus hijos, la grandeza de la familia presente y la de los ancestros. Algunos padres no le dan importancia a la transmisión de los apellidos, títulos, escudos y señas de identidad que todos llevamos. Esto suele estar ligado, al desarraigo de las sociedades e incluso al materialismo o consumismo, que impide que las personas sientan un sano orgullo de quienes son y de donde provienen. Qué bonito, constructivo y ejemplar es ver a los padres enseñando a realizar el árbol genealógico de la familia de la madre y la del padre, empleando todos los medios a su alcance, hasta llegar lo más lejos posible en la antigüedad. Este ejercicio de búsqueda en los orígenes, es una herramienta más para amar, comprender y unir mejor a la familia. La familia es también vínculo y dedicación permanente de generaciones pasadas, presentes y futuras y la base que sostiene unida a la sociedad.

Las relaciones familiares y teniendo en cuenta que en las familias de los adultos mayores se identificaron familia nuclear y familia extensa con integrantes más jóvenes, encontramos que Ismedy Martínez Sánchez, Yakelín Cardoso Vidal y Dr. Henry Quintero Rodríguez en su artículo el adulto mayor en la familia. Su relación con los más jóvenes en el cual realizaron un estudio lineal prospectivo y

descriptivo en el cual se hace referencia a la imagen que los jóvenes y adultos mayores tienen de su familia y su interés de cooperación con ésta. Para los autores se pudo conocer dónde piensan los jóvenes que son más necesarios los adultos mayores y dónde éstos a su vez piensan que son más útiles y necesarios los jóvenes; Siendo pues las necesidades afectivas de gran importancia en las relaciones familiares y más en el adulto mayor, aspecto que se evidenció notablemente en nuestra investigación en ambas familias.

Continuando con el análisis Sonia Fernández Brañas, la Dra. Almunia, Marcia. Et al. En su estudio factores psicosociales presentes en la tercera edad, realizado en 50 pacientes de 60 a y más, con la finalidad de identificar los factores psicosociales más frecuentes en la tercera edad, a través de la autopercepción de los ancianos. Encontraron la no coincidencia de los factores psicosociales identificados por la autopercepción del anciano y la bibliografía consultada. Se recomienda tener en cuenta esta fuente de información en el establecimiento de planes y programas de salud referidos a la tercera edad, lo anterior respecto a nuestra investigación hace mucha relación ya que los adultos mayores no se asumen como personas viejas, ni asumen la vejez como una imposibilidad o dificultad.

Según los estudios realizados sobre el adulto mayor se ha dicho que el significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia 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 mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda. Vera (sf).

Por ende, la influencia de algunas variables en las relaciones familiares del adulto mayor es de mucha importancia ya que es su entorno en el que vive que influye en

su desarrollo, pero es se te puede ver interrumpido por el comportamiento de la violencia intrafamiliar en el adulto mayor en conclusión el 3,58% de los senescentes recibieron violencia, de ellos 46,67% con edades entre sesenta a sesenta y nueve años, prevaleció el 60% del sexo femenino. El 86,67% correspondió a familias disfuncionales. Las características psicosociales y la cultura sanitaria fueron malas en el 64% y el 34,67% respectivamente. El maltrato que predominó fue por negligencia familiar.

Numerosos estudios han descrito la influencia de las buenas relaciones familiares en la salud de los individuos y en particular de los ancianos y lo importante que se encontró que el 70 % reciben visitas, la mayoría con frecuencia mensual o cada 2 ó 3 meses, los menos la reciben semanal. Si bien el impedimento físico obstaculizó la visita de muchos ancianos a sus familiares, la mayoría consideró que sus relaciones eran buenas. Sólo el 6 % de los ancianos institucionalizados no tenía familia, el 50 % tenía 10 familiares y más que los podían visitar y el resto, entre 1 y 9 parientes. Un grupo considerable de ancianos calificó de regular la comunicación de la familia con los trabajadores del hogar. Se puede concluir que la interrelación de la familia con el adulto mayor institucionalizado en el mencionado hogar pudiera ser mejor, sólo una minoría no tiene familia y la mitad de la muestra tiene una cantidad importante de familiares que los pueden visitar, sin embargo, un bajo porcentaje de ancianos recibió visitas semanales; a pesar de esto, consideran que sus relaciones interfamiliares son buenas.

4.3 MARCO CONCEPTUAL

ADULTO MAYOR: tiempo del ciclo de vida en que el organismo humano alcanza su completo desarrollo. Worchel (2002).

CULTURA: conjunto de valores materiales y espirituales, así como de los

procedimientos para crearlos, aplicarlos y transmitirlos en una sociedad, obtenidos por el hombre en el proceso de la práctica histórica y social. Collings (2004).

DEBER: determinación voluntaria de asumir una responsabilidad, como parte del acuerdo de convivencia social. Tiene un carácter moral. Collings (2004).

DERECHO: se trata de la voluntad de un grupo social, elevada a la categoría de ley. Es decir, una ley producto de la voluntad expresa de un grupo social. Por ejemplo, una persona tiene derecho a la libertad; esta expresión es la voluntad social elevada a la categoría de una ley universal. También se pueden establecer derechos familiares. Collings (2004).

DETERMINANTES SOCIALES: son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Organización Mundial de la Salud (2005)

ENVEJECIMIENTO: proceso fisiológico que ocasiona cambios—positivos, negativos o neutros— característicos de la especie durante todo el ciclo de la vida. Sevilla (2012).

FACTORES DE RIESGO: es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene. Organización Mundial de la Salud

FAMILIA: es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la

protección de la sociedad y del Estado. Organización de las Naciones Unidas. Art. 16 de la Declaración Universal de Derechos Humanos

PREVENCIÓN: preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo. Prever, ver, conocer de antemano o con anticipación un daño o perjuicio. Worchel (2002).

REDES DE APOYO: sistema de apoyo primario integrado al dar y recibir objetos, servicios, apoyo social y emocional considerado por el receptor y proveedor como importantes. Sevilla (2012).

SALUD: es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946).

TERCERA EDAD: Es una etapa evolutiva del ser humano que tiene varias dimensiones. Es un fenómeno biológico porque afecta a la salud física y mental, y tiene una parte sociológica y económica porque se han alargado las posibilidades de vida y se debe mantener a esas personas. Es también un fenómeno psicológico, ya que se producen cambios en el funcionamiento cognitivo y emocional. Sevilla (2012).

VALOR: propiedad de los objetos y las relaciones sociales, según las cuales un grupo social les asigna una importancia simbólica. Un valor material es un objeto de recuerdo, un valor social es la solidaridad. Worchel (2002).

VEJEZ: es la fase final del proceso de envejecimiento. Equivale a vivir muchos años, en comparación con otras personas del mismo grupo poblacional. Sus límites, excepto la muerte, han sido y son siempre imprecisos y dependientes; sin embargo, la definición de vejez depende del contexto y del grupo de personas al que se refiere. Por otro lado, hace referencia a la última etapa de la vida del ser

humano, es el estado de una persona que por razones de aumento en su edad sufre una decadencia biológica en su organismo. Sevilla (2012).

VULNERABILIDAD: cualidad de vulnerable, que puede ser herido o recibir lesión, física o moralmente. Worchel (2002).

4.4 MARCO LEGAL

4.4.1 Política internacional

La Organización Naciones Unidas (ONU) decretó el día 15 de Junio como el Día Internacional contra el maltrato al Adulto Mayor.

4.4.2 A nivel nacional.

Ley 1850 de 2017, por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones (cita).

Ley 1361 de 2009 Ley de Protección Integral a la Familia: La presente ley tiene por objeto fortalecer y garantizar el desarrollo integral de la familia, como núcleo fundamental de la sociedad; así mismo, establecer las disposiciones necesarias para la elaboración de una Política Pública para la familia. Institución Colombiano de Bienestar Familiar. (2009). (cita)

Constitución Política de Colombia. Xx Artículo 42. La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. Se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla. El Estado y la sociedad garantizan la protección integral de la familia. La ley podrá determinar el patrimonio familiar inalienable e inembargable.

El artículo 12 de la Ley 10 de 1990 que les ordena a las direcciones Locales de Salud, hacer cumplir las normas técnicas dictadas por el Ministerio de Salud para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de instituciones del primer nivel de atención en salud, o para los centros de bienestar del anciano; (actualmente denominados Centros de Protección Social para el Adulto Mayor, Centros Día Para Adulto Mayor o Centro Vida e Instituciones de Atención).

Según la Ley 1315 del año 2009), las normas Higiénicas Sanitarias previstas en la Ley 9ª de 1979 (artículos 576, 577, 579, 580). El artículo 46, asigna responsabilidad directa al Estado, la Sociedad y la familia para la protección y la asistencia de este grupo poblacional.

La Resolución 7020 de 1992 del entonces Ministerio de Salud, la cual promulgó los Derechos de los Ancianos en la República de Colombia.

La Ley 100 de 1993 o de Seguridad Social, en su capítulo 1, artículo 1, dice: “El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que le afecten.

Documentos CONPES Social 70 de mayo 28 y Acuerdo 244 del 2003. Aborda la asistencia económica al Adulto Mayor desprotegido en el país.

Ley 1251 de noviembre 27 de 2008. Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores en Colombia.

Ley 1276 de enero 5 de 2009. Autoriza las estampillas para garantizar el excelente

funcionamiento de las instalaciones, construcciones y dotaciones de los centros de vida que asisten los adultos mayores. En el artículo 46 dice que el Estado, la sociedad y la familia son los principales agentes de promover la integridad y la vida activa del adulto mayor.

Artículo 213. Beneficiarios del régimen. Será beneficiaria del régimen subsidiado toda la población pobre y vulnerable, en los términos del artículo 157, Ley 1276 de 2009. Artículo 258. Objeto del Programa. El adulto mayor vulnerable tiene derecho a un salario o apoyo económico del 50 % del salario mínimo legal mensual vigente, a las personas que cumplan las condiciones señaladas en el artículo anterior (157).

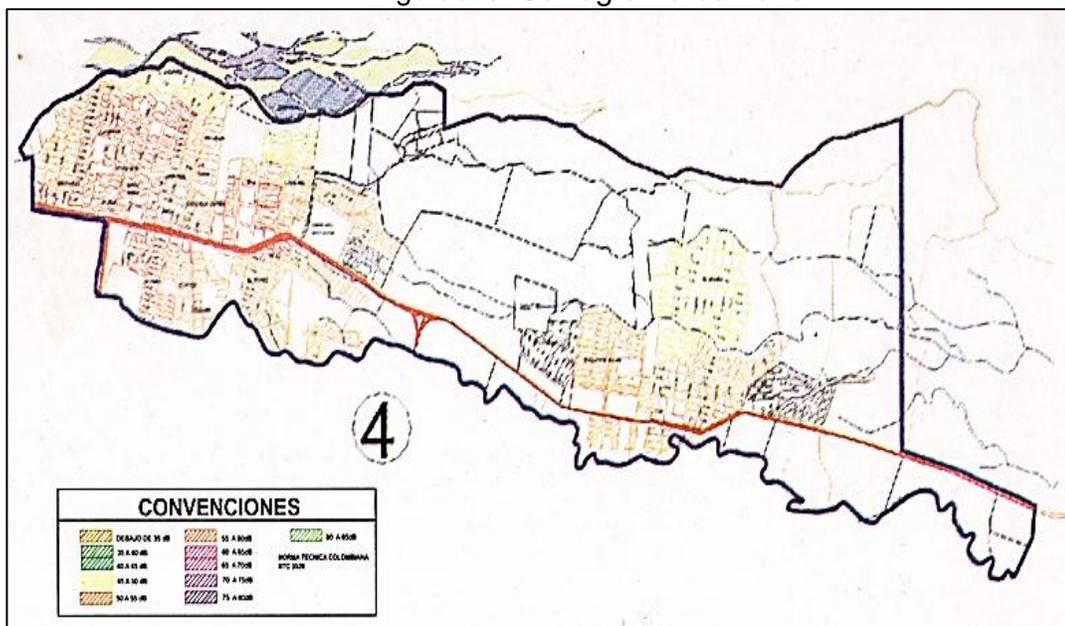
La Ley 1171 de 2007, que plantea una serie de prerrogativas a los colombianos y residentes extranjeros mayores de 62 años.

5. MARCO METODOLÓGICO

5.1 ÁREA DE ESTUDIO

Corresponde al municipio de Villavicencio – Meta, comuna 5, calle 33 NO. 14-23, Barrio Los Rosales (Ver cartograma comuna 4).

Figuras 5. Cartograma comuna



Fuente: Alcaldía de Villavicencio (2016).

El barrio Los Rosales, cuenta con los servicios básicos domiciliarios. Sus actividades económicas son del orden comercial y residencial. La población que habita en ella son niños, niñas, adolescentes, adultos, adultos mayores. El estrato socioeconómico corresponde a 3.

La ciudad de Villavicencio se ubica dentro del Departamento del Meta, Departamento que, junto al Vichada Arauca, Casanare, Guainía y el Guaviare. Conforman los Llanos orientales. El municipio se encuentra dividido en 8

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

5.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación se desarrolló desde el enfoque descriptivo con variables cuantitativas y cualitativas. La investigación que se utilizó fue descriptiva la cual describe de modo sistemático las características de una población, situación o área de interés. Donde aquí los investigadores recogen los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento. Su objetivo es llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. La meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables.

El proceso de la descripción no es exclusivamente la obtención y la acumulación de datos y su tabulación correspondiente, sino que se relaciona con condiciones y conexiones existentes, prácticas que tienen validez, opiniones de las personas, puntos de vista, actitudes que se mantienen y procesos en marcha. Los estudios descriptivos se centran en medir los explicativos en descubrir. El investigador debe definir que va a medir y a quienes va a involucrar en esta medición.

Teniendo en cuenta los enfoques Cualitativos donde se utilizan los símbolos verbales que se usan en estudios cuyo objetivo es examinar la naturaleza general de los fenómenos. Los estudios cualitativos proporcionan una gran cantidad de información valiosa, pero poseen un limitado grado de precisión, porque emplean términos cuyo significado varía para las diferentes personas, épocas y contextos. Los estudios cualitativos contribuyen a identificar los factores importantes que

deben ser medido, y los Cuantitativos donde se da por medio de símbolos matemáticos, los símbolos numéricos que se utilizan para la exposición de los datos provienen de un cálculo o medición. Se pueden medir las diferentes unidades, elementos o categorías identificables.

En el informe de la investigación se señalan los datos obtenidos y la naturaleza exacta de la población de donde fueron extraídos. La población —a veces llamada universo o agregado— constituye siempre una totalidad. Las unidades que la integran pueden ser individuos, hechos o elementos de otra índole. Una vez identificada la población con la que se trabajará, entonces se decide si se recogerán datos de la población total o de una muestra representativa de ella. El método elegido dependerá de la naturaleza del problema y de la finalidad para la que se desee utilizar los datos.

5.3 POBLACIÓN

Adulto mayor con su familia ubicada en la comuna 4 del barrio Los Rosales de la ciudad de Villavicencio.

5.4 MUESTRA

Fue por conveniencia un adulto mayor y su familia.

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a) Que sea mayor de 60 años.
- b) Que tenga una familia.
- c) Con actitud y capacidades mentales.
- d) Conocimiento del consentimiento informado.

5.6 INSTRUMENTO

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

5.6.1 Variables cuantitativas. Para las variables cuantitativas se implementó el instrumento Escalas de Valoración Funcional, Psicoafectiva y Sociofamiliar Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Barthel (Ver Anexo C) y el Índice para Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton y Brody (Ver Anexo D). Para la valoración de la marcha y el equilibrio se utilizará la Escala de Tinetti. Para la valoración cognitiva se utilizará el MINI EXAMEN COGNOSITIVO (Lobo) (Ver Anexo E). Para la valoración efectiva se realizará con el test de la Escala de Depresión Geriátrica de Desavahe (Ver Anexo F) y el Instrumento Caracterización de los Adultos Mayores donde se observarán factores sociales y demográficos (Ver Anexo A).

5 6.2 Variables cualitativas. La presente investigación utilizo los siguientes instrumentos: la observación, diario de campo y la entrevista semiestructurada.

- Observación: Esta se utilizó con el fin de identificar características aspectos sociales, económicos, actitudes y participación del adulto mayor y su familia, el sitio de convivencia, el entorno familiar, conductas y actividades.
- Diario De Campo: este documento se utilizó con el fin de describir aspectos relevantes vistos en la observación. Se tuvo en cuenta elementos como, expresiones, acciones, comportamientos.
- Entrevista Semiestructurada: según Lerma (2016), en la entrevista semiestructurada permite conocer e identificar la interacción entre la persona que recolecta la investigación y el entrevistado, ya sea personal o telefónicamente. Esta tenía el propósito de indagar las siguientes

categorías preestablecidas: Concepto de vejez y envejecimiento, dinámicas familiares, necesidades sociales, económicas y culturales

Se preestablecieron las siguientes subcategorías:

- Situación socioeconómica
- Percepción de envejecimiento
- Necesidades del adulto mayor
- Dinámica Familiar

5.7 PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este aspecto se tuvieron en cuenta los siguientes momentos:

- **Momento 1: Acercamiento a la comunidad:** se identificó la zona donde queda ubicado el barrio los rosales, se identificó la vivienda y a la familia del adulto mayor y finalmente se habló con el adulto mayor para observar que cumpliera con los requisitos de inclusión.
- **Momento 2: Recolección de la información:** se recogió la información teniendo en cuenta los instrumentos que utilizamos en el informe, además se estableció la familia, se concretaron las fechas de los encuentros para realizar la entrevista del adulto mayor y de la familia
- **Momento 3: análisis de resultados:** en ellos se empezaron a revisar para las variables cuantitativas se utilizó el programa SPSS (Statistical Product and Service Solutions). De los cuales hicimos los análisis xx, para las cualitativas se utilizó las herramientas de Excel y Word, para explorar las categorías y las subcategorías.
- **Momento 4: discusión, elaboración del informe y el artículo:** en este se realiza la discusión de los resultados, se arma el informe final y se elabora el artículo científico.

5. 8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación se desarrolló conforme a los siguientes criterios:

1. Realizada por estudiantes de especialización de Salud familiar, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad educativa (Universidad de los Llanos), que cuenta con los recursos humanos y materiales necesarios para garantizar el bienestar del sujeto de investigación.
2. A todos los sujetos de la investigación se les explico previamente los objetivos del estudio, se les aseguro la confidencialidad de la información aportada por ellos y que la misma solo sería a los fines de la investigación, solicitándoles expresamente su consentimiento para participar en ella. Se contó con un Consentimiento Informado y por escrito, mediante el cual los sujetos de investigación, autorizaron su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se sometería, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna, con las excepciones dispuestas en la Resolución 008430/93 (Ver Anexo B)

6. RESULTADOS

6.1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Adulto mayor de 87 años, sexo femenino, se encuentra ubicada en la comuna 4 en el barrio los rosales en el departamento del Meta en la ciudad de Villavicencio, nació en Tuta Boyacá, madre de 5 hijos de edades de 49, 50, 52, 55, 57, la vivienda en la que habita es propia con un extracto socioeconómico 3 contando con todos los servicios básicos y necesarios para vivir, recibe ingresos de los hijos, actualmente vive con su hija menor, su yerno Y nietos. El estado de salud es favorable aunque sufre de artrosis en donde se le dificulta su movilidad y tiene ayuda de un bastón adicional a esto, cuenta con adherencia farmacológica con asistencia periódica a su EPS Medimas con acompañamiento de sus familiares, quedo viuda a la edad de 50 años y desde hay a vivido con sus hija, no termino sus estudios del colegio, la relación con su familia es buena, la apoyan y hace parte de las decisiones y oficios de hogar, se reúnen los domingos para ir a la iglesia y compartir el almuerzo con todos sus hijos y nietos.

6.2 ESTADO DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

Tabla 1. Mini examen cognoscitivo (LOBO) MEC

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (LOBO) MEC	
RESULTADO E INTERPRETACIÓN	CAPACIDADES EVALUADAS
<p>La puntuación total obtenida por la participante en el mini-examen cognoscitivo lobo (MEC) fue de 28 puntos, teniendo en cuenta la escala de interpretación de resultados la cual determina que de 25 a 37 es la máxima puntuación para personas mayores de 65 años; esto indica que la participante se encuentra en un rango normal, presentando una adecuada capacidad cognoscitiva y apropiado</p>	<p>O. Temporal: En este ítem el adulto mayor tuvo un puntaje de: 4 de 5, demostrando conciencia en la percepción de los cambios que transcurren durante periodos determinado, logrando precisar el tiempo en el ahora, no obstante, presenta algunas dificultades a la hora de recordar el año en el cual se encuentra, error que se produce posiblemente por su edad.</p>
	<p>O. Espacial: el adulto mayor obtuvo 5 puntos siendo esta la máxima valoración, evidenciando la capacidad de localizarse en el aquí, ejecutando una adecuada dinámica con su entorno y habilidades de orientación.</p>
	<p>Memoria de fijación: el adulto mayor en esta sección obtuvo la máxima puntuación la cual es 3, lo que indica que el sujeto tiene la capacidad para fijar, precisar y retener recuerdos a muy corto plazo que no se relacionan entre sí, presentado un adecuado nivel de atención y alerta a cualquier suceso.</p>
	<p>Concentración y cálculo: En este ítem obtuvo 4 de 5 puntos, el adulto mayor tuvo dificultad inicialmente en la realizar del ejercicio lo cual ocasiono el descuento de 1 punto, relacionándose este error con el bajo nivel académico de este, aun así la</p>

desempeño de las funciones cerebrales, en las cuales no se evidencia ningún tipo de incapacidad, patología, ni deterioro cognoscitivo ocasionado por algún trastorno o traumatismo, aunque la participante comete algunos errores en la ejecución de la prueba, estos pueden estar relacionados a su nivel de estudios y/o edad avanzada, ya que su edad cronológica es de 84 años.	puntuación obtenida indica una adecuada aptitud matemática y altos niveles atencionales a la hora de ejecutar diferentes tareas mentales.
	Memoria: El adulto mayor obtuvo 3 puntos siendo esta la máxima valoración, demostrando que presenta adecuado almacenamiento de información en la memoria reciente y apropiada retención de dicha información a corto plazo.
	Nominación: En este ítem el adulto mayor alcanzó una puntuación de 2 sobre 2, evidenciándose la adecuada capacidad de reconocer e identificar diferentes objetos, tanto de forma completa como de forma parcial.
	Repetición: El adulto mayor puntuó 1 siendo esta la máxima valoración en este ítem, indicando una apropiada capacidad de precisión del sujeto a la hora de realizar repetición de frases que contienen complejidad en la articulación lingüística.
	Comprensión: En este ítem el adulto mayor obtuvo punto 3 de 3, lo cual evidencia la adecuada capacidad que tiene el adulto mayor para atender, interpretar y efectuar cualquier tipo de tarea compleja que le sea ordenada.
	Lectura: El adulto mayor obtuvo 1 punto siendo esta la máxima valoración, indicando que tiene apropiada comprensión, fluidez y entonación lectora.
	Escritura: En este ítem alcanzó una puntuación de 1 siendo esta la máxima valoración, lo cual evidencia que tiene la capacidad de realizar escritos coherentes, comprensibles y articulados gramaticalmente.
Dibujo: En esta sección el adulto mayor obtuvo una puntuación de 1 sobre 1, lo cual indica una adecuada capacidad visuoespacial, representando, analizando y manipulando representaciones mentalmente, lo cual se ve reflejado en los dibujos realizados.	

Fuente. Autoras

Tabla 2. Escalas de valoración funcional, psicoafectiva y sociofamiliar actividades básicas de la vida diaria De Barthel

<p align="center">ESCALAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL, PSICOAFECTIVA Y SOCIOFAMILIAR ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE BARTHEL</p>
<p align="center">RESULTADO E INTERPRETACIÓN</p>
<p>El adulto mayor en la aplicación de la escala actividades básicas de la vida diaria de Barthel obtuvo una puntuación total de 95 de un máximo de 100 puntos, lo cual indica que la participante en su vida cotidiana se encuentra en un rango de dependencia leve, ocasionando que no logra ser completamente independiente, lo cual se logra corroborar en la puntuación de cada ítem de esta prueba. Esta prueba al estar dividida en 11 ítems denominados: alimentación, baño, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, retrete, trasladarse, deambular, subir y bajar escaleras, permite evaluar la autonomía de la persona a la hora de ejecutar actividades básicas e indispensables en su diario vivir.</p>
<p>El adulto mayor en los ítems de baño y arreglarse obtuvo una puntuación de 5 siendo esta la máxima, indicando que logra bañarse sola, lavarse las manos, peinarse y limpiarse los dientes; en los ítems de alimentación, vestirse, deposiciones, micción, retrete, subir y bajar escaleras logró una puntuación de 10 siendo esta la máxima, demostrando que puede realizar actividades como comer sola, utilizar los cubiertos, cortar alimentos, ponerse, quitarse y colgar la ropa, abrocharse botones, controlar esfínteres y usar papel higiénico; para finalizar en el ítem de deambular también obtuvo la máxima puntuación la cual es de 15 pero en el ítem de trasladarse tan solo obtuvo 10 puntos de un máximo de 15, lo cual revela y revalida que el adulto mayor se encuentra en un rango de dependencia leve logrando realizar tareas como caminar durante largos periodos de tiempo, subir y bajar escaleras, sin embargo a la hora de realizar dichas actividades sola la participante presenta dificultad, por esta razón cuando ejecuta esta labor utiliza bastón y en ocasiones necesita el acompañamiento de algún familiar.</p>

Fuente. Autoras

Tabla 3, Índice para actividades instrumentales de la vida diaria, de Lawton Y Brody

ÍNDICE PARA ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA, DE LAWTON Y BRODY

En el Instrumento que se le aplicó al adulto mayor del Índice Para actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton Y Brody consta de 8 categorías y dentro de ella varias opciones que le permitirá escoger la que nos permita valorar la capacidad de la persona para realizar sus actividades necesarias para vivir de manera independiente en la sociedad como el cuidado de la casa, hacer compras, usar el teléfono, preparar la comida, lavar la ropa, tomar los medicamentos, usar transportes públicos y el manejo de dinero, donde los resultados del adulto mayor tiene una **dependencia ligera con un total de 6 puntos de 8**, evidenciando que aunque tenga algunos problemas de salud por su edad, realiza muchas tareas donde le permiten desarrollarse y sentirse útil, no utiliza mucha ayuda de sus familiares y puede realizar cosas por si sola.

Una de las grandes ventajas de esta escala es que permite estudiar y analizar no sólo su puntuación global, sino también cada uno de los ítems y ha demostrado su utilidad como método de valoración objetivo y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios del adulto mayor como a nivel docente e investigador y Es muy sensible para detectar las primeras señales de deterioro del adulto mayor.

Fuente. Autoras

Tabla 4. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Ya que la depresión constituye uno de las falencias más frecuentes de la población del adulto mayor, siendo variable según el contexto en que se encuentre, si bien en todos ellos constituye un importante problema de salud, los factores psicosociales (dificultades económicas, aislamiento social, pérdida de seres queridos, etc.), los cambios biológicos propios del envejecimiento, los déficits cognitivos, hace que los adultos mayores sean vulnerables para presentar sintomatología depresiva. Existen múltiples instrumentos de evaluación de trastornos mentales que pueden facilitar la identificación de casos o probables casos de depresión.

Este instrumento se utiliza para evaluar el estado afectivo de los adultos mayores, esta escala consta de 15 ítems que le permiten abordar diferentes preguntas de su estado emocional y sentimental donde observamos que el adulto mayor de 84 años de edad presenta **5 puntos donde se observa un estado afectivo normal** está satisfecha con la etapa de la vida que está viviendo y con la familia que tiene comprende que cuando su familia la deja sola que son muy pocas veces es porque tiene que ir a trabajar.

Fuente. Autoras

Tabla 5. Escala de Tinetti para la valoración de la marcha y el equilibrio

ESCALA DE TINETTI PARA LA VALORACIÓN DE LA MARCHA Y EL EQUILIBRIO

Este instrumento permitió valorar el estado de equilibrio y marcha del adulto mayor, donde permitió determinar el riesgo de caída del objeto de estudio, durante el año siguiente a la aplicación , de acuerdo con lo anterior se obtuvo una puntuación de 18 puntos de los 28 posibles, gracias a este resultado se pudo determinar que el adulto mayor permanecer en equilibrio sentado , utilizando de apoyo sus brazos, es capaz de levantarse de la silla en un solo intento así como de permanecer en equilibrio al levantarse con el apoyo de un bastón, otro de los ítems valorados fue el equilibrio postural, denominado equilibrio en bipedestación, el cual el adulto mayor es estable con el apoyo de un soporte (bastón, el cual permanece con el siempre), se puede sentar y poner en pie con los ojos cerrados , pero no se muestra inseguro al girar en 360 grados, en cuanto a la marcha, se observó que el adulto mayor realiza caminatas acompañada. Otro de los aspectos valorados en el adulto mayor fue la longitud y simetría del paso, donde se evidencio según lo observación y el puntaje obtenido es esta escala, que el adulto mayor no tiene alteración en la simetría de los pasos, donde los dos pies marchan con la misma longitud y distancia el uno en relación con el otro.

Fuente. Autoras

6.3 CONTEXTO DEL ADULTO MAYOR

En el contexto del adulto mayor se tuvo en cuenta la entrevista semi estructurada de las cuales emergieron las siguientes categorías:

- Situación socioeconómica
- Percepción del envejecimiento
- Necesidades del adulto mayor
- Dinámica familiar

CATEGORIA I: LA FAMILIA ENTRE EL CONFLICTO, LA RELIGION Y EL AFECTO. Las dinámicas familiares son todas las relaciones que se tejen alrededor del adulto mayor en la familia y la sociedad. Dentro del análisis de información emergen las siguientes subcategorías:

- **Sub categoría 1. Conflictos con los nietos:** “Nosotros dialogamos con ella, cuando se pone muy enojada con los nietos” **FM**. “Mi nieta es muy desordenada, además me molesta que traiga el novio” **AM**
- **Sub categoría 2. Son muy afectivos:** “Nosotros no le demostramos con me locería porque eso no es lo ideal uno tiene que demostrar es con hechos no con las palabras las acciones uno tiene que demostrar le a las personas que ama es con acciones no que si los está besando y abrazando a cada rato es no es no así ella sabe que nosotros la queremos mucho la respetamos y es importante en nuestra vida” **FM**. “llegan los hijos al saludarme y siempre me saludan con el besito en la cabeza y me abrazan y esa es la demostración que ellos me dan, me traer por hay una tostadita o cualquier frutica jajaja” **AM**.
- **Sub categoría 3. El que hacer del adulto mayor:** “me levanto oro, rezo el rosario y leo la biblia, me baño y me pongo a hacer el desayuno, o arreglar mi cuarto y arreglar mis corotos” **A.M** “ella tiene un grupito de oración que se reúne cada ocho días va a la iglesia además mi hija la acompaña a la iglesia

todos los días y con la familia, reza todos las mañanas la biblia y reza el rosario” **F.M**

CATEGORIA II: LA VEJEZ VISTA COMO NO PODER HACER NADA, PERO MERECE RESPETO. La percepción de vejez y envejecimiento es como las personas ven o tienen conocimientos acerca de la vejez, además de ser una etapa del ciclo de vida del ser humano.

- **Sub categoría 1. Mi salud a veces un problema:** “Siempre uno por la vejez ya no le falta los achaques, porque entre todos los huesos son los que más me perjudican... entonces yo diría que regular” **A.M** “mi mama se ha vuelto muy sensible, llora con mucha continuidad, ehh se torna como dice uno con chocheras a veces nada le gusta o quiere hacer cosas que para su edad no las puede hacer, su salud va desfavoreciendo y se mas con el problema de las rodillas” **F.M**
- **Sub categoría 2. Respeto hacia el adulto mayor:** “Mi mama desde pequeños nos enseñó a respetar a las personas mayores” **F.M** “Desde siempre les enseñe a mis hijos que deben respetar a las personas adultas y viejitos.” **A.M** “No pues lo consideran a uno, por ejemplo, a mí me tienen consideración”. **A.M**
- **Sub categoría 3. Piensa que por mi vejez no puedo hacer nada:** “yo si quiero hacer cualquier cosa la hago y si no ellos no me están obligando de que haga, pero hay cosas que ellos piensa que por ser viejita no las puedo hacer” **A.M** “quiere hacer cosas que para su edad no las puede hacer, aunque la dejamos que ayude, pero su salud va desfavoreciendo y se mas con el problema de las rodillas.” **F.M**

CATEGORIA III: LA VEJEZ VISTA COMO UNA VULNERABILIDAD A NIVEL ECONOMICO. Las necesidades del adulto mayor y características socioeconómicas son todas aquellas necesidades (fisiológicas, afectivas, emocionales, económicas, de salud, alimentarias) que tiene el adulto mayor en el desarrollo de su vida.

- **Sub categoría 1. Quisiera tener más tiempo para compartir:** “Me acompañan aquí cuando están, pero en el día casi quedo sola, porque la niña se va a estudiar y ellos se van a trabajar, entonces yo quedo sola en la casa” **A.M** “la verdad ella permanece solita en la casa porque los muchachos salen a estudiar a trabajar mi esposo también ella casi que permanece todo el día solita, me gustaría permanecer más tiempo con ella, pero por mi trabajo no puedo.” **F.M**
- **Sub categoría 2. Quisiera no depender de mis hijos:** “no quisiera poner tanto pereque, pero ya la edad y mis rodillas no me dejan trabajar mis hijos me dan lo que más pueden” **A.M** “ella depende económicamente de mí, trato de darle o mejor gracias a Dios no le falta nada sin embargo a veces le da pena pedirme” **F.M**
- **Sub categoría 3. A veces me siento mal por andar con más personas:** “yo me siento bien... capacitada para moverme por mí misma... me siento muy acompañada con el espíritu santo la virgen los invoco siempre a ellos, son mis compañeros” **A.M** “mi mama nunca sale sola de la casa siempre va acompañada a cualquier parte ya sea al parque o la cita médicas, siempre utiliza un bastón que le sirve como apoyo” **F.M**
- **Sub categoría 4. Ojalá pudiera darle una vivienda más adecuada:** “me gustaría que tuviera más cosas, el baño que me toca subir para bañarme quisiera tener más espacio” **A.M** “si es adecuada, pero me gustaría que fuera mejor porque que ella tiene un problema de rodilla y el desplazamiento al segundo piso es un poco complicado me hace falta un baño con ducha en el primer piso, solo sube una vez en el día para bañarse, pero del resto está bien porque ella tiene su habitación para ella sola.” **F.M**

7. DISCUSIÓN

7.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

El adulto mayor tiene 87 años, sexo femenino según estudios de la encuesta SABE 2015 afirma: “Colombia es un estudio poblacional descriptivo en salud, sobre el envejecimiento y bienestar de la población de hombres y mujeres mayores de 60 años en el país” (pág. 2). Indican que el promedio de edad de los adultos mayores en Colombia están 60 – 108 años en donde el adulto mayor que entrevistamos tiene una longevidad de vida propensa a enfermedades, desgastes físicos y psicológicos a esta edad. Además, aunque nacen más hombres, las mujeres viven más tiempo y, en general, hay más mujeres viejas que hombres viejos, como también hay más viudas que viudos. Por otra, parte generalmente, son las mujeres, muchas de ellas mayores de 60 años, quienes se encargan del cuidado de niños, personas enfermas y de otras personas viejas.

Se observa que la vivienda en la que habita el adulto es propia y está en un estrato socioeconómico 3, cuentan con todos los servicios públicos básicos, la mayoría de los adultos mayores están en estrato 1 y 2 por lo que nos muestra que está en condiciones favorables y actas para su libre y oportuna vejez, donde se evidencia según Estadísticas del Medellín informe de Inclusión Social y Familia 2016, “445 mil adultos mayores de 50 años que viven en Medellín, el 70 por ciento pertenecen a los estratos socio económicos 1, 2 y 3, y por lo menos 41.800 figuran en condiciones de extrema pobreza”.

Se pudo evidenciar que el adulto mayor no termino sus estudios de primaria y cuenta con el servicio de salud en régimen contributivo, la mayoría de ellos dejan atrás sus estudios por criar a sus hijos y trabajar en la edad su familia le supe sus necesidades básicas (ropa, alimentación, cosas), además el régimen de afiliación de la mayoría de adultos mayores es subsidiado por el estado, Según el Ministerio

de Salud (2016), el 87 por ciento de los ancianos carece de seguridad social; 41 por ciento vive en condiciones de miseria en áreas marginales de los centros urbanos; 42 por ciento no tiene ingresos y 39 por ciento ejerce oficios en hogares.

La mayoría de las personas de la tercera edad presentan enfermedades, cansancio y problemas para desarrollarse y desenvolverse en el medio, la funcionalidad se evidencia en el momento en que el adulto mayor tiene Todas las facultades para realizar las actividades de la vida diaria y pueden enfrentar las demandas del ambiente, viviendo de manera independiente. Según Reyes Torres, JA Castillo Herrera (2012) determinaron que el “aumento de la expectativa de vida de la población, 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” (pág.12). 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.

Además, según Luis Bernardo Vélez secretario de Inclusión Social y Familia (2016) “La gran mayoría de los adultos mayores viven en situaciones muy precarias, muchos de ellos en situación de pobreza o en situación de abandono; nos preocupa muchísimo ver cómo ha venido aumentando el número de abandonos, los dejan en clínicas de la ciudad, otros son expulsados de los hogares, nosotros tenemos una cifra de 180 casos en el año 2016”. En donde mayoría de los adultos mayores están en estado de abandono, son maltratados tanto física como psicológicamente ya sea por su familia o cuidadores, el adulto habita con su hija, yerno y sus nietos contando con el apoyo y la compañía de cada uno de ellos. Según el ciclo familiar del ciclo vital de Evelyn Duvall se encuentra en la adultez.

El objetivo de la presente comunicación es reiterar la importancia de esta cuestión de enorme 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.

Las personas ancianas, en un momento dado, fueron personas que con su esfuerzo y su capacidad velaron por la integridad y la formación de sus hijos que hoy son adultos, y tal parece que los papeles se invierten. Los padres van envejeciendo y perdiendo fuerza, empiezan a tener problemas de salud y como un gesto de amor, los que en un principio fueron protegidos y cuidados ahora pueden retribuir y devolver algo de ese amor que recibieron de sus padres, los sirven, honran, aman y velan por ellos. Según Esperanza para la Familia, A. C (2012) los maltratos se observan en todas las clases sociales y en cualquier nivel socioeconómico. Las investigaciones que se han hecho al respecto hablan de que en todos los niveles se dan este tipo de situaciones. La persona puede estar en un cuarto de la casa, totalmente desatendido: nadie le da de comer, nadie se preocupa por sus necesidades, nadie se preocupa por sus medicinas, están siempre solos, nadie está ahí para platicar con ellos.

A partir del estado la vejez en la agenda política mundial, según la CEPAL, (2012) se evidencia la necesidad de atender con urgencia, oportunidad y pertinencia los retos implicados en el rápido envejecimiento de América Latina y, específicamente, de Colombia, el cual es uno de los países que más aceleradamente envejece en la región, en condiciones de gran inequidad y precariedad laboral, económica, social y regional. Los cuestionamientos convergen en considerar el envejecimiento y la vejez como proceso y condición diferenciales y cambiantes, y de acuerdo con ello, en la urgencia de establecer condiciones que favorezcan el bienestar a lo largo de la vida, incluyendo la

educación, la salud, la seguridad económica, los entornos físicos y sociales adecuados.

7.2 ESTADO DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

En el adulto mayor se encontró un grado de independencia alto según las escala actividades básicas de la vida diaria de Barthel (Tabla 2), indicando dependencia leve en las actividades que realiza diariamente en su vida cotidiana, estudios relacionados con este instrumento que se aplicó indican que para esa edad hay un grado de dependencia alto; según Fontana, et al. (2012) determinaron que no existían diferencias significativas en la clasificación de la dependencia de las personas con el Índice de Barthel, con lo cual no concordamos, ya que 34 de los pacientes que presentaban dependencia moderada. Con respecto a los datos obtenidos por el Índice de Barthel, al analizar los puntajes según género y rango etario, observamos que los hombres presentan una mayor independencia, siendo mayor entre los 70–79 años. Al analizar según los niveles de dependencia que entrega, se determinó que la mayoría de la población se encontraba en las categorías de dependencia severa total y dependencia severa grave, esto se debe a que la mayor parte de la población tenía una edad avanzada y además, presentaban una menor funcionalidad.

En el Índice para actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody (Tabla 3), el cual permite ver las actividades necesarias para vivir de manera independiente en la sociedad como el cuidado de la casa, hacer compras, usar el teléfono, preparar la comida, lavar la ropa, tomar los medicamentos, usar transportes públicos y el manejo de dinero, donde los resultados del adulto mayor tiene una dependencia ligera con un total de 6 puntos de 8, a lo que hace relación Mirallas (2012) en quien resalta el papel activo del sujeto, pues lo considera activo en tres dimensiones: como procesador activo de la información, como estímulo con impacto en el resto del sistema y como sujeto capaz de desarrollar una

comunicación autorreferente, es decir, capaz de entablar un diálogo interior dicha dependencia, se deba en buena parte al entorno familiar que tiene y le contribuye a ser más dinámica, y menos propensa al sedentarismo por tanto a la dependencia de otros.

En el mini-examen cognoscitivo Lobo (MEC) (Tabla 1) el adulto mayor obtuvo una puntuación de 28 puntos, teniendo en cuenta la escala de interpretación de resultados la cual determina que de 25 a 37 es la máxima puntuación para personas mayores de 65 años; esto indica que se encuentra en un rango normal, presentando una adecuada capacidad cognoscitiva y apropiado desempeño de las funciones cerebrales, en las cuales no se evidencia ningún tipo de incapacidad, patología, ni deterioro cognoscitivo ocasionado por algún trastorno o traumatismo. por el contrario según, M. Pujol, M. Aguila 2013 el 8% de los pacientes fueron clasificados con deterioro cognitivo en contraste con el puntaje total del que reporto 69% de la muestra con deterioro cognitivo.

En la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Tabla 4) se utiliza para evaluar el estado afectivo de los adultos mayores, permite abordar diferentes preguntas de su estado emocional y sentimental donde observamos que el adulto se obtuvo 5 puntos donde se observa un estado afectivo normal, en cambio Hoyl T, Alessi C, Harker J, Josephson K. Development and testing of a Five-Item version of the Geriatric Depression Scale 2013 según el estudio aplicado se encontró una alta prevalencia de depresión en esta población de adultos mayores chilenos, prevalencia similar a la reportada por estudios realizados en población de EEUU.

El resultado que se puede percibir tanto en el adulto mayor como la familia es que el envejecimiento es deterioro del cuerpo que trae consigo enfermedades pero que hay que saber lidiar con ellas y seguir viviendo con ánimo y alegría a pesar de las adversidades. Según la OMS el envejecimiento es un Proceso

fisiológico que ocasiona cambios—positivos, negativos o neutros- característicos de la especie durante todo el ciclo de la vida. sin embargo, de otro lado (Cyrulink, 2012) lo plantea como un proceso de resiliencia; un proceso de desarrollo, que supone una resistencia individual a los entornos adversos y devastadores, entre ellos a la familia; en los casos de resiliencia la persona se desmarca de los modelos que le ofrece la familia, buscando referentes o tutores más allá del entorno próximo, en los que se apoya para potenciar su desarrollo personal y social más allá de todo pronóstico; incluso de las teorías del envejecimiento natural del ser humano.

Según Erik Erikson Esta es la última etapa y es de gran importancia ya que es la que cierra la vida y es relevante llevarla a cabo de la mejor forma posible, pues nos jugamos una vejez feliz y tranquila. Hablamos de la necesidad de integración, de aportar coherencia y de hacer una totalidad de lo que ha sido la vida. Consiste en mantener las cosas unidas para dotar de significado y sentido. En esta etapa se debe ser capaz de hacer un discurso o narración coherente de tu vida, siguiendo un hilo conductor. El sentido de la vida significa que me ha merecido la pena vivir, que mi vida ha tenido un orden y una razón de ser. Ese ofrecer significado a la vida también conlleva aceptar lo que se ha vivido. Con la aceptación es como uno se puede ir tranquilo Por lo tanto COA Quiroz, ALMGC Rangel – 2013; expresaron en el presente estudio que tuvo como objetivo obtener una muestra de ejemplos de actividades recreativas mentales, recreativas físicas, sociales, de independencia y de protección a la salud, para la propuesta inicial de un inventario de actividades de la vida diaria en adultos mayores, esto a través del desarrollo de dos grupos focales de ancianos organizados alrededor del tema de actividades cotidianas. Los resultados reflejan una amplia variedad de actividades en la vida diaria en los participantes, consecuencia de la heterogeneidad en el proceso del envejecimiento, y establecen las bases para estudios posteriores sobre mecanismos de adaptación en adultos mayores ante

los cambios asociados en la vejez, donde se atiendan las necesidades que exige este sector de la población.

7.3 CONTEXTO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR

En el contexto del adulto mayor se tuvo en cuenta las categorías de la situación socioeconómica, la percepción del envejecimiento, las necesidades del adulto mayor y la dinámica familiar

7.3.1. LA FAMILIA ENTRE EL CONFLICTO, LA RELIGION Y EL AFECTO.

En las dinámicas familiares se pudo evidenciar que es una de las características fundamentales en el adulto mayor ya que abarca el desarrollo pleno de las relaciones y roles que se establecen en la familia, según Franco (2012) señala tres aspectos básicos relacionados con la familia; el primero hace referencia a que la familia como estructura es cambiante y que estos cambios obedecen al periodo histórico y social de cada época; el segundo alude a que en el grupo familiar se da el proceso de socialización primario; este proceso tiene como objetivo que los hijos se comporten de acuerdo a las exigencias vigentes del contexto; tercero, todo grupo familiar tiene su dinámica interna y externa. En el adulto mayor y su familia se observa una buena comunicación tanto verbal como no verbal, contrastando con investigaciones que sostienen que la dinámica familiar comprende las diversas situaciones de naturaleza Psicológica biológica y social, que están presentes en las relaciones que se dan entre los miembros que conforman la familia. también vemos la importancia de la comprensión, de muestra de cariño así el adulto mayor, sentirse útil, influyente en las decisiones del hogar, afirma Bowlby (2013) afirma que el intercambio afectivo, es una de las interacciones más importantes en la vida del ser humano, debido a que el sentirse amado, respetado y reconocido potencia la satisfacción personal y el desarrollo humano al interior del grupo familiar; así mismo, el afecto es clave para comprender la dinámica familiar.

Magaña (2006), por su parte, insiste que la comunicación permite que el ser Humano se exprese como es, a la par que interactúa con sus semejantes; dicha interacción potencia el desarrollo individual, cultural y social de las diferentes comunidades en tanto existe retroalimentación e intercambios en las ideas, sentimientos y deseos. Sin embargo, afirma Ares (1990) que en la familia es necesario que la comunicación esté atravesada por la claridad en lo relacionado con los límites, las jerarquías, los roles y los espacios que se habitan, porque si esto es confuso el vínculo comunicativo y la interacción familiar se pueden ver afectadas por los malos entendidos entre los miembros del grupo, lo que genera ruptura del vínculo afectivo-comunicativo y poca cohesión familiar.

Finalmente, las características de la dinámica familiar se pueden resumir en Clima familiar, debido a que éste hace referencia al ambiente generado entre los integrantes del grupo y al grado de cohesión, dependiendo como se asuman la comunicación, conflictos, rutina conocimiento, roles y se cumplan las reglas y las normas, el calor afectivo será armonioso o de lo contrario la hostilidad aparecerá generando niveles de estrés e inconformidad en los miembros del grupo, lo que generará altos grados de distanciamiento y apatía en la familia. Según Viveros & Arias (2006) y Gallego (2012), principalmente los componentes de tal dinámica son: autoridad, normas, relaciones afectivas, comunicación, límites y uso del tiempo libre. Es importante deliberar sobre este tema porque los integrantes de la familia podrán aclarar, desde sus propias voces, algunas maneras en las que se relacionan en la vida cotidiana, y encontrar alternativas para mejorar lo que no funciona adecuadamente o fortalecer lo que se desarrolla de forma adecuada.

7.3.2. LA VEJEZ VISTA COMO NO PODER HACER NADA, PERO MERECE RESPETO.

En la percepción de vejez y envejecimiento es importante saber que piensa la sociedad como la población de la tercera edad – adultos mayores de como a sido su envejecimiento permitiendo encontrar las diferencias los estilos de vida

que llevan y como les gustaría pasar su vejez tanto para la familia como para el adulto mayor. Además, el respeto que tiene la familia por el adulto mayor es un factor influyente en su desarrollo para la hija menor del adulto mayor su madre es una persona sabia con conocimientos de la vida y madurez a esta etapa y para ella eso es primordial porque recibe y aprovecha sus consejos y los aplica a su vida diaria.

Donde se observan desde diferentes perspectivas se ha hecho énfasis en la diversidad de ésta según la edad, género, clase social, etnia/raza, lugar de residencia, país, etc. Lo anterior nos muestra las herramientas para ser conscientes y tolerantes de la forma de mirar y entender la vejez tanto para las personas adultas mayores como para quienes los rodean dependerá de diversas condiciones económicas, de salud y del contexto en el que se encuentra la población con 60 años o más. Asimismo, Meléndez, 2012 ha señalado que la concepción que tenga cada persona de sí mismo se reflejará en el comportamiento del individuo tanto en el presente como en el futuro. De la misma manera, el significado que le atribuyamos a la vejez se asocia estrechamente con nuestra propia experiencia, misma que se deriva de la de otros y de nosotros mismos.

Por otra parte, Riera (2014) distingue el concepto de vejez desde la biología y desde la geriatría. Desde la biología, la vejez es la constatación de que todo organismo tiene un proceso vital de crecimiento, equilibrio y decaimiento/vejez (patología/medicina). La vida de las personas debe amoldarse a las características asignadas a cada etapa de la vida. Desde la geriatría, es un periodo natural en el que se debe intervenir para que sea lo más normal posible, actuando sobre los aspectos preventivos y del entorno que afectan al estado de salud de los mayores. Pero sigue prevaleciendo la edad prefijada como el factor más decisivo.

La vejez constituye la etapa de decadencia de la vida de las personas, aquella en la que se van perdiendo capacidades y habilidades. Desde un punto de vista físico, es cierto que, con el paso de los años, nuestro organismo va experimentando “una disminución progresiva y generalizada de su función” como señala De La Fuente en Cívicos (2012).

La esperanza de vida al nacer es un factor determinante, ya que mientras que en España se sitúa en torno a los 82,29 años (INE, 2012), en países subdesarrollados como Haití desciende a las 13 62,2 años (OMS, 2013). Es estos países ya no se puede considerar persona mayor únicamente a aquellas que tengan 65 años, porque probablemente muchas no llegarán a esa edad. La situación económica, política y social de los diferentes países también juega un papel fundamental y primordial en la vejez, proporcionando un estado de Bienestar Social en diferentes servicios que contribuyen a mantener una buena salud en sus ciudadanos que les permita vivir más años (Sistema de Salud, de Servicios Sociales, de Seguridad Social-Pensiones, Trabajos, etc.)

Es decir, desde el ámbito laboral se considera que se es una persona mayor cuando se llega a la edad de jubilación o finalización del trabajo, situada a la edad de los 65 años. Sin embargo, esta edad de jubilación está variando debido a cambios en el sistema económico, la precariedad en el empleo, la mayor esperanza de vida, el envejecimiento demográfico y el consiguiente aumento del gasto social en pensiones (Cívicos, 2012).

7.3.3. LA VEJEZ VISTA COMO UNA VULNERABILIDAD A NIVEL ECONOMICO.

Las necesidades del adulto mayor y características socioeconómica son todos los factores que inciden en el desarrollo de su ciclo vital que permiten observar las necesidades físicas, fisiológicas, afectivas, emocionales, económicas,

de salud, alimentarias que tiene el adulto mayor, permitiéndoles ser influyentes, útiles en cada etapa de su vida con la condiciones necesarias, así como se evidencia en el Nuevo Paradigma que hace referencia hincapié en que entre el 70%-80% de los/as 40 mayores son autónomos/as e independientes funcionalmente (Cívicos, 2012), por lo que todos los estereotipos y generalizaciones que inciden en que son personas inactivas, improductivas, incapaces, sin capacidad de tomar decisiones, con limitaciones físicas o como niños/as no se corresponden con la realidad de la mayoría de estas personas.

La calidad de vida implica factores, necesidades, características y aspectos de la persona, los servicios con que cuenta, el estado de salud y las enfermedades que tiene, el acceso a bienes, vínculos y relaciones familiares, además de tener en cuenta las demostraciones de cariño, juicios y sentimientos del adulto mayor en relación a su propia vida. Se relaciona con el carácter multidimensional, ya que contempla por un lado los factores personales como salud, autonomía y satisfacción y por otro lado un carácter socio - ambiental como lo son los servicios sociales y las redes de apoyo (Warburton, Hung y Shardlow, 2013).

La mayoría de los adultos mayores no alcanzo los niveles de estudios básicos, muchos quedaron en primaria ya que en ese tiempo se dedicaban a las labores del hogar, a atender a su esposo y a criar a los hijos, para ello se contrasta con los estudios realizados por INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas un 8% de la población adulta mayor no cuenta con instrucción formal, el 73% ha alcanzado hasta secundaria incompleta, el 19% restante cuenta con secundaria completa y más. El porcentaje de analfabetismo en este conjunto poblacional se sitúa en el 6%. Además de ello viven en viviendas no aptas para sus condiciones de vida, o en las calles o en habitaciones, por su falta de oportunidades, por no tener una pensión y no contar con el apoyo de sus familiares, el adulto mayor tiene las condiciones necesarias para sus satisfacer las

necesidades ya que cuenta con el apoyo de la familia y el cuidado de ella, por el contrario, estudios sustentan que el Ibid. el 2,3% de las personas mayores de 60 años vive en instituciones colectivas. El 61% de los mayores institucionalizados reside en hogares de ancianos (70.003); el 18% en hospitales (20.137); el 4% (4.913) en hogares religiosos y el resto en otras instituciones colectivas¹¹.

Se debe tener en cuenta las necesidades y características del adulto mayor ya que por medio de ella le permiten tener una vejez y un desarrollo integral, la autopercepción de la calidad de vida y los factores que están relacionados entre sí para poder llevar a cabo un envejecimiento activo y productivo en la sociedad.

8. CONCLUSIONES

En el proyecto se evidencia la cobertura del Adulto Mayor permite fortalecer y expandir redes de apoyo social para mejorar su calidad de vida y su entorno, superando problemas de accesibilidad, dificultad en el traslado, económicos, de acompañamiento, necesidades básicas. En donde los adultos mayores son considerados y apoyados por su grupo familiar y su entorno social, permitiendo un óptimo desarrollo de sus capacidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales que le faciliten una mejor calidad de vida.

Un envejecimiento saludable implica mantener la salud de las personas mayores y conseguir que permanezcan autónomas e independientes el mayor tiempo posible, por este motivo es imprescindible abordar la salud desde una perspectiva preventiva y transversal que se incorpore a todas las políticas relacionadas con las personas mayores, el envejecimiento saludable significa también mantener a los mayores activos y autónomos en la sociedad lo que permitirá un incremento del potencial de fuerza laboral, el retraso de las enfermedades crónicas y la disminución del peso de la carga familiar.

En el adulto mayor y su familia se percibe una familia extensa, donde existe una comunicación asertiva entre el adulto y los integrantes de la familia. El adulto mayor y su familia plantean que el envejecer es parte de débil y agotado, con desaliento, además consideran que la vejez está asociada a la enfermedad. Se observa un adulto mayor de estrato 3 con algunas necesidades económicas, su hija menor debe trabajar para poder alimentarla y pagar sus gastos.

9. RECOMENDACIONES

Para los entes territoriales, secretaria social y de salud que brinden espacios adecuados a los adultos mayores, que realicen jornadas integrales donde el adulto mayor pueda gozar de un buen estado de salud y por último que en conjunto con las entidades públicas y entes encargadas busquen un desarrollo integral y una buena calidad de vida.

Para la Universidad de los Llanos y la facultad se recomienda realizar el proyecto con más tiempo de ejecución e implementación, además de contar con un acompañamiento más oportuno en las practicas realizadas e implementar estrategias más dinámicas y lúdicas que permitan la recolección de la información.

Para las familias y la sociedad en general es importante que la familia y el adulto mayor se involucre y acepte la vejez como una etapa importante de la vida y aprendan a compartir con los adultos mayores, a respetarlos y a permitirles seguir siendo útiles en la sociedad.

Para los especialista en salud familiar la presente investigación puede servir de base para posteriores investigaciones de pregrado y postgrado, en comunidades de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados /o programas de extensión que sean realizados por la Universidad de los Llanos o cualquier institución educativa del nivel departamental, nacional e internacional cuya línea de trabajo se enfatice en el adulto mayor, los cuales necesitan el apoyo de la familia, la comunidad y el estado.

BIBLIOGRAFIA

- Acosta Quiroz, A., González, A. L. & Rangel, C. (2013). Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales; *Psicología y Salud*. Vol. 19. Disponible en: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-19-2/19-2/Christian-Oswaldo-Acosta-Quiroz.pdf>.
- Alcaldía de Villavicencio (2016). *Ruido ambiental. Zonificación área urbana municipio de Villavaicencio*. Secretaría Medio Ambiente.
- Arévalo Cárdenas, M. (2000). Médico Universidad Nacional de Colombia. Médico del Deporte.
- Balcázar Nava, P., González, I., López Fuentes, A., Currola Peña, G. M. & Moysén Chimal, A. (2013). *Investigación evaluativa*. México, D.F.: Universidad Autónoma del Estado de Merida.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445.
- Beavers, W. R. y Hampson, R. B. (1990). *Familias exitosas (Evaluación, tratamiento e intervención)*. Barcelona. Editorial Piados.
- Billing, J. & Leichsenring, K. (2005). La integración de la salud y la asistencia social servicios para las personas de edad. *Aldershot: Ashgate*. Vol. 67.
- Bossé, R., Aldwin, C.M., Levenson, M.R., Workman-Daniels, K., & Ekerdt, D.J. (1990). Differences in social support among retirees and workers. Findings from the normative aging study. *Psychology and Aging*, 5(1), 41-47.

- Butler, D. (1966). *Recreación para la comunidad*. Buenos Aires. Editorial Omeba.
- Frank Morales. <http://manuelgross.bligoo.com/conozca-3-tipos-de-investigacion-descriptiva-exploratoria-y-explicativa>
- Cardona Arango D. Peláez, E. (2016). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: Oportunidades, retos y preocupaciones. *Revista Científica Salud Uninorte*. 28(2).
- Collins, V. S. (2014). *Secretos de la familia*. Bogotá, D.C.: Editorial Printer Colombia.
- Comfort, A. (1977). *Una buena edad, la tercera edad*. Madrid: Editorial Debate.
- Congreso Nacional Integral al Adulto Mayor (1999). *Memorias primer Congreso Nacional Integral al Adulto Mayor*.
- Coni, N. (2000). *Geriatria*. Manual Moderno.
- Connidis, E. A. & Davies, L. (1990). Confidants and companions in later life: The place of family & friends. *Journal of Gerontology*, 45(4), 141-149.
- Cyrułnik, B. (2002). *Los patitos feos: La Resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona. Editorial GEDISA.
- Dane (2016). Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020, dinámica demográfica y estructuras poblacionales. Ministerio de la Protección Social, Oficina de Promoción Social. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>

Dulcey Ruiz, E. *Psicología gerontóloga*.

Estrada, A. (2011). Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Revista Biomédica*. 31(4).

Falque – Madrid, L. (2014). La evidencia científica y el arte de envejecer. *Anales venezolanos de nutrición*. 27(1).

Grano de Arena (2008). *Grano de arena familiar*. Bogotá, D.C. Colombia. Editorial Cree – Ser.

Gerrish, K. & Lacey, A. (1991). *The research Process in Nursing*. Blackwell Scientific Publications.

Hernández Sampiere, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2013). *Metodología de la investigación*. Quinta edición. México, D.F. Editorial McGraw Hill.

Herrera E. M, Ayala MS, Coneo M G, Duitama M, Montes-Hernández , Reyes Villadiego, D. (2014). *Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena (Colombia)*. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2792>

Herrera, R. R. (2011). Concepciones populares sobre soledad de los adultos. *Revista Usantotomas*. 7(2).

Hoyos Rosales, A. V. (2008). Psicóloga, Universidad Javeriana. Instituto de envejecimiento.

- Laforest, J. (1991). *Introducción a la gerontología. El arte de envejecer*. Barcelona: Ed. Herder
- Lerma González, H. D. (2016). *Metodología de la investigación*. Décima edición. Bogotá, D.C. Colombia. Ecoe Editores.
- Loewvy, M. (2004). La vejez en las Américas. Perspectivas de Salud. *La revista de la Organización Panamericana de la Salud*. vol. 9, no 1.
- Marín Monroy, C. & Castro Molinares, L. (2011). Adulto mayor en Santa Marta y calidad de vida. *Revistas UCC OJS*. 9(16).
- Márquez Arango, J. (2005). *Informe sobre aspectos médicos sociales del envejecimiento*. Manizales Hospital Geriátrico.
- McCanish-Svensson, C., Samuelsson, G., Hagberg, B., Svensson, T. & Dehlin, O. (2000). Social relationships and health as predictors of life satisfaction in advanced old age. Results from a Swedish longitudinal study. *International Journal of Aging and Human Development*, 48, 301-321.
- Minuchin, S. & Fishman, H. (1990). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Minuchin, S. (1986). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona. Editorial Gedisa.
- Musitu, G. Buelga, S. y Lila, M. S. (1994). *Teoría de Sistemas*. En Musitu, G. y P. Allat, *Psicosociología de la Familia*. Valencia, Albatros.
- Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos (2010). *Diagnóstico departamental Meta*. Disponible en: <http://www.acnur.org/t3/uploads/pics/2193.pdf?view=1>.

Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona. Herder

Organización Mundial de la Salud (2015). *Datos y cifras, envejecimiento y ciclo de vida. En la actualidad, podría haber más discriminación por razones de edad que por el sexo o la raza.* Disponible en: http://www.who.int/feature/factfiles/ageing/ageing_facts/es/index5.html

Organización Mundial de la Salud (2016). *Datos y cifras, envejecimiento y ciclo de vida. La población mundial está envejeciendo rápidamente.* Disponible en: http://www.who.int/feature/factfiles/ageing/ageing_facts/es/

Placeres Hernández J. F. (2011). La familia y el adulto mayor. *Médica Electrónica*. 33(4).

Prieto de Nicola (1985). *Geratriz Manual Moderno*.

Rey Cao, A., Canales Lacruz, T. & Táboas Pais, M. (2011). Calidad de vida percibida por las personas mayores. *Revista española de geriatría y gerontología*. 16(2).

Reyes Torres, J. A. & Castillo Herrera, M. (2011). El envejecimiento humano, activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. 30(3).

Rodrigo, M. J. y Palacios, J. (1998). *Conceptos y dimensiones en el análisis evolutivo-educativo de la familia*. En Rodrigo, M. J. y Palacios, J. (coord.). Familia y Desarrollo Humano.

Romero, C. (2005). Del envejecimiento al deterioro funcional. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. vol . 12, no. 7.

- Ruipérez Cantera, I. (2002). Envejecimiento, silo XXI y solidaridad. *Revista española de Geriátría y Gerontología*. vol. 37 No. supl. 2.
- Salvarezza, L. (1988). *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Sarason, B. R. (1990). *Social support: an interactional view*. New York: John Wiley Sons.
- Schlenker, E. D. (2004). *Nutrición en el envejecimiento*. Segunda Edición. Mosby, Doyma Libros.
- Sevilla García, S. & Peñaranda Ortega, L. (2012). *Envejecimiento Saludable: Aportaciones desde la Psicología*. Disponible en: http://www.um.es/aulademayores/docs-cmsweb/presentaciOn_de_la_asignatura-2011-2012.pdf
- Spitze y Logan (1990). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Número 11002 de colección estudios: serie personas mayor Volumen 2 de Estudios. Instituto de mayores y servicios sociales, España. Editor, Imsero.
- Stassen Berger, K. S. & Thompson, R.A. (2001). *Psicología del desarrollo: adultez y vejez*. Madrid: Médica Panamericana.
- Villarreal Amari, G. (2012). Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad el adulto mayor de 65 años en dos comunes de Sincelejo. *Revista Salud Uninorte*. 28(1).
- Vilte, D. (2013). Evaluación del Uso de Redes Sociales en la Tercera Edad. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/259219920_Evaluacion_del_Uso_de_Redес_Sociales_en_la_Tercera_Edad.

ANEXOS

ANEXO A. 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 de habitan en el hogar: _____

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

11. Mayor nivel de estudios cursado

Sin estudios __ Primaria Incompleta __ Primaria Completa __ Secundaria
Incompleta __ Secundaria Completa __ Técnico __ Universitario
Incompleto __ Universitario Completo __

12. Oficio u ocupación: _____

13. Sus ingresos económicos provienen de

Propios __ Trabajo de Esposo - Cónyuge /a ____ Trabajo de hijo/a __
Empresa Familiar __ Otros __ Cuál? _____

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

Un salario mínimo SMLV __ Dos salarios mínimos SMLV __ más de dos
salarios mínimos SMLV __

15. Afiliación a Régimen de Seguridad Social

Contributivo __ Subsidiado __ Vinculado __ Otro __ ¿Cuál?

Nombre de la EPS: _____

16. ¿Padece actualmente de alguna enfermedad?

SI __ NO__ Cuál/es? _____

17. Conformación de la familia: Hijos/hijas __ Esposo/esposa ____ Nietos/Nietas __

Hermanos/Hermanas __ Sobrinos/sobrinas__ Yerno/Nuera __ Otros __
Cual? _____

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

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

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

20. Calidad de la relación con su familia: Buena____ Regular: ____ Mala:_____

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

Cuales _____

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

Gracias por la información suministrada.

ANEXO B. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Universidad de los Llanos – Facultad Ciencias de la Salud
Caracterización social, demográfica y de salud del adulto mayor de la comuna
cuatro de Villavicencio, departamento del Meta.

Fecha _____

Código _____

Investigadores Principales: Natalia Montenegro Pabón, Sara Patricia Rojas
Estudiantes de Especialización Salud Familiar Facultad de Ciencias de la Salud,
Asesor trabajo de investigación Emilce Salamanca Ramos. Docente Facultad de
Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería.

Usted ha sido invitado a participar en la investigación sobre identificar
Caracterización social, demográfica y de salud del adulto mayor en el municipio de
Villavicencio en el barrio rosales. Si usted acepta participar en este estudio, las
estudiantes de la Investigación, lo(a) abordara de manera individual y reservada
para realizarle una serie de preguntas relacionadas con aspectos
sociodemográficos y funcionamiento familiar.

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

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

decidido participar voluntariamente en este estudio habiendo escuchado o leído la información anterior.

Firma del Adulto Mayor: _____

Nombre y Firma del cuidador: _____

Firma del Investigador: _____

ANEXO C. ESCALAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL, PSICOAFECTIVA Y SOCIOFAMILIAR

1. 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		
10	Independiente	Come solo en un tiempo razonable. Es capaz de poder utilizar cubiertos si lo necesita, de cortar el alimento, usar sal, extender mantequilla, etc.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para alguna de las actividades previas.
0	Dependiente	Necesita ser alimentado.
BAÑO		
5	Independiente	Es capaz de bañarse o ducharse, incluyendo salir o entrar de la bañera y secarse.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
VESTIRSE		
10	Independiente	Es capaz de ponerse, quitarse y colgar la ropa, atarse los cordones, abrocharse botones o utilizar cremalleras (o braguero o corsé). Se excluye la utilización de sujetador.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para al menos la mitad del trabajo de estas actividades. Debe de hacerlo en un tiempo razonable.
0	Dependiente	
ARREGLARSE		
5	Independiente	Es capaz de lavarse las manos y cara, peinarse, maquillarse, limpiarse los dientes y afeitarse.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
DEPOSICIONES		
10	Continente	Es capaz de controlar deposiciones. Es capaz de colocarse un supositorio o un enema
5	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o requiere ayuda para supositorio o enema.
0	Incontinente	

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

VALORACIÓN:

- La escala se debe realizar para valorar dos situaciones:
 - La situación actual del paciente
 - La situación basal, es decir la situación previa al proceso que motivó una consulta cuando se realiza durante un ingreso o un proceso agudo.

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

Estratificación:

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

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

VALORACIÓN

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

Estratificación:

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

ANEXO E. VALORACIÓN COGNOSCITIVA. MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (Lobo)

DESCRIPCIÓN:

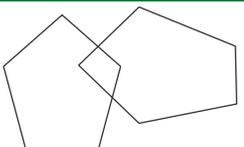
- El Mini Examen Cognoscitivo (MEC) es una traducción validada al español por Lobo et al del *Minimal Test de Folstein* (MMT). Se utiliza como herramienta de cribado del deterioro cognitivo, como ayuda al diagnóstico de demencias y está incluido en los criterios diagnósticos del National Institute of Neurological and Communicative Disorders and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association NINCDS-ADRDA.
- La traducción-validación que se realizó por LOBO en el 1979, añadió dos ítems (Cálculo: dígitos y abstracciones) al MMSE, convirtiéndose en MEC-35. Esta última es la que ha demostrado mejor rendimiento en nuestro territorio. La versión 30, es la que surge para facilitar al clínico o investigador español datos comparativos con los obtenidos en la población Anglosajona con el MMSE; resulta de eliminar los dos ítems que se añadieron en su momento al MMSE para su adaptación al español. Estas dos áreas de valoración cognitiva retiradas son la de dígitos inversos: la pregunta de repetir hacia atrás 5-9-2 (3 puntos menos), y las abstracciones: la pregunta sobre colores y animales (2 puntos menos). Pese a ello hemos optado por recoger la versión de 30 ítems para homogeneizar la herramienta con el proceso demencia.
- Características de recogida: Debe de realizarse heteroadministrado preguntando al paciente o a su cuidador.
- Tiempo estimado de administración: 10 minutos.

TÉCNICA DE APLICACIÓN

Instrucciones generales: Comenzar con una frase introductoria tal como "Si no le importa, querría preguntarle por su memoria. ¿Tiene algún problema con su memoria?. Nunca hacer juicios de valor sobre las preguntas tales como "le voy a hacer unas preguntas muy sencillas". No corregir nunca al sujeto.

- Orientación: Cada respuesta correcta es 1 punto.
- Memoria de fijación: decir despacio y claramente cada una de las palabras. Cada palabra repetida correctamente en el *primer intento* vale 1 punto. A continuación, repetirlas tantos intentos como sea necesario hasta que se las aprenda (ya que es imprescindible para que luego las pueda recordar). Hacer hincapié en que debe intentar recordarlas porque más tarde se las vamos a volver a preguntar. Puede utilizarse y anotarse series alternativas de palabras cuando tenga que reevaluarse al paciente (LIBRO, QUESO, BICICLETA).
- Concentración-cálculo: Restar de 30 de 3 en 3. Si no entiende o se resiste se le puede ayudar un poco si tiene dificultades de comprensión. La ayuda que se le puede dar no debe ser más de: «Si tiene 30 y me da 3, ¿cuántos le quedan?, y ahora siga dándome de 3 en 3». Un punto por cada sustracción independiente correcta. Ejemplo: 27-23-20-17-15: 3 puntos
- Memoria diferida: por cada palabra que recuerde (dejarle tiempo suficiente): 1 punto:
- Repetición: Repetir la frase: 1 punto si la repite correctamente en el primer intento (si se equivoca en una sola letra ya es 0 puntos).

- Comprensión: coger el papel con la mano derecha: 1 punto; doblarlo como máximo 2 veces: 1 punto; ponerlo donde se le haya indicado (en condiciones normales en la consulta es encima de la mesa): 1 punto.
- Lectura: Leer la frase: Se aconseja tenerla escrita en letras de gran tamaño en una cartulina para facilitar la visión. Indicarle que se ponga las gafas si las necesita, y que lo que le pedimos es que lea y haga lo que pone en la cartulina (como mucho decirse-lo 2 veces pero siempre antes de que empiece a leer, si ya ha leído la , que se le insista que debe hacer lo que lee (da igual que lo lea en voz alta o baja) es 1 punto.
- Escribir una frase: advertirle que no vale su nombre. Se le puede poner un ejemplo pero insistiéndole que la frase que escriba ha de ser distinta. Por ejemplo se le puede instar a que escriba algo sobre el tiempo que hace hoy. Si escribe una frase completa (sujeto, verbo y predicado) es 1 punto. No se tienen en cuenta los errores gramaticales u ortográficos.
- Copiar Dibujo: Al igual que con la lectura, se recomienda tener el dibujo a escala mayor en una cartulina aparte (puede ser en la cara de atrás de la cartulina con la frase). Los pentágonos dibujados han de tener: 5 lados y 5 ángulos, y han de estar entrelazados entre sí con dos puntos de contacto, y formando un cuadrángulo. Copiar el dibujo: El dibujo correcto vale 1 punto.

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

VALORACIÓN

- Tiene una sensibilidad de 93,5% y una especificidad de 81,9%. La puntuación del MEC puede utilizarse para clasificar la severidad del deterioro cognitivo o para evaluar su progresión, pero está determinada por las características de la población a la que va dirigida, de manera que en población analfabeta disminuye la sensibilidad hasta alcanzar un 69 %.
- En caso de población analfabeta o con importantes déficit sensoriales o auditivos puede utilizarse el SPMSQ de Pfeiffer. Si se utiliza el MEC debe anotarse entre paréntesis la puntuación máxima posible excluyendo las preguntas que se hayan podido eliminar por analfabetismo o imposibilidad física de cumplir el ítem. Hay autores que propugnan realizar una puntuación corregida. Si la puntuación total era 20 sobre 26 (p. ej; ciego) la puntuación total corregida se obtendría: $(20 \times 30) / 26 = 23,1$ redondeando a 23 (23,5 se redondearía a 24).
- El punto de corte que ha conseguido mayor rendimiento es el de 23/24. Este punto de corte es el recomendado para la población mayor de 65 años, mientras que para la población de menor edad, Lobo propone que el mejor rendimiento es para el punto de corte 27/28. Para su interpretación se utiliza la siguiente estratificación.

Estratificación para mayores de 65 años

Puntuación	Grado de deterioro
Probablemente sin deterioro	≥ 24 (Máxima 35)
Probablemente con deterioro	≤ 23
moderada	18-23
grave	≤ 18

ANEXO F. 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 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, puntando la coincidencia con el estado depresivo, es decir, las afirmativas para los síntomas negativos y las negativas para las cuestiones normales.
- Existe 2 versiones, una completa de 30 ítems y una abreviada de 15 ítems. La versión 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	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,	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	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	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 am-bos puntos de corte.

- **t** Estratificación:
Normal = 0 – 5 puntos.

Probable depresión = 6 – 9 puntos.

Depresión establecida = > 9 puntos.