

**Caracterización social, familiar y de salud de los adultos mayores del
Centros Día Horizonte Otoñal – Trinidad – Casanare - Colombia**

Investigadores

Jessica Alexandra Pérez Tupanteve

Lizeth Yadira Gaitán Ortiz

Universidad de los Llanos

Facultad de Ciencias de la Salud

Villavicencio, Meta

Mayo 2017

Trabajo de Grado

**Caracterización social, familiar y de salud de los adultos mayores del Centro
Día Horizonte Otoñal – Trinidad – Casanare - Colombia**

Investigadoras

Jesica Alexandra Pérez Tupanteve

Código 834200914

Lizeth Yadira Gaitán Ortiz

Código 834200913

Proyecto de investigación presentado como requisito para optar el Título de
Especialista en Salud Familiar

Directora

Emilce Salamanca Ramos,

Magister en Enfermería con énfasis en Salud Familiar

Línea de Profundización

Investigación Social

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

2017

Agradecimientos

A los adultos mayores del Centro Vida. Al municipio de Trinidad – Cansare. A la Universidad de los Llanos.

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
Descripción del problema	8
Formulación de la pregunta problema	11
JUSTIFICACION.....	12
OBJETIVOS	15
Objetivos Generales	15
Objetivos específicos.....	15
Objetivo general del Estudiantes	15
Objetivos específicos.....	15
MARCO REFERENCIAL	17
Marco teórico.....	17
Ciclo vital y vejez.....	17
Adulto mayor	18
Envejecimiento activo.....	19
Familia	20
Salud.....	22
Marco Investigativo.....	24
Factor Social y de Salud en Adulto Mayor.....	24
Marco Conceptual	25
Adulto Mayor	25
Familia	26
Dinámica Familiar	26
Vejez	27
Envejecimiento.....	27
Estilos de Vida	27
Salud Familiar	28
Marco legal.....	28
Internacional	28
Nacional.....	29

Local	31
METODOLOGIA	32
Descripción del área de estudio.....	32
Tipo de investigación.....	33
Población y Muestra.....	33
Instrumentos.....	34
Plan de análisis	36
Consideraciones éticas	37
RESULTADOS	39
Caracterización social y demográfica del adulto mayor	39
Contexto familiar del adulto mayor.	42
Categorías preestablecidas	43
DISCUSION	46
Caracterización social y demográfica del adulto mayor.	46
Valoración del estado de salud.....	48
Contexto familiar del adulto mayor.	52
Necesidades del adulto mayor y dinámica familiar	54
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	56
Referencias	57

Lista de tablas

Tabla 1. Participantes Centro Vida Horizonte Otoñal.....	33
Tabla 2. Interpretación instrumento Barthel.....	40
Tabla 3. Interpretación instrumento Lawton y Brody.....	40
Tabla 4. Interpretación instrumento Tinetti.....	41
Tabla 5. Interpretación instrumento Lobo.....	41
Tabla 6. Interpretación instrumento Yesavage.....	42
Tabla 7. Interpretación instrumento Charlson.....	42

Lista de figuras y gráficos

Figura 1. Relación de causas de mortalidad en adultos mayores.....	23
Figura 2. Datos poblacional adulto mayor.....	34

Lista de anexos

Anexo A. Consentimiento informado

Anexo B. Actividades Básicas de la Vida diaria de Barthel

Anexo C. Índice para Actividades Instrumentales de la Vida diaria de Lawton y Brody

Anexo D. Valoración Cognoscitiva. Mini Examen Cognoscitivo (Lobo)

INTRODUCCIÓN

Proyecto investigativo Caracterización social, familiar y de salud de los adultos mayores del Centros Día Horizonte Otoñal – Trinidad – Casanare – Colombia que hace parte del macro proyecto Caracterización Social Demográfica y de Salud de los Adultos Mayores de Cuatro Municipios del Pie de Monte Llanero, que fue aprobado y abalado por la facultad de ciencias de la salud de la Universidad de los Llanos. Este proyecto investigativo se llevó a cabo en el Municipio de Trinidad Casanare y más exactamente en el Centro Día Horizonte Otoñal con un Adulto Mayor de 74 años. Se realiza un estudio sobre las características sociales, económicas, demográficas, físicas y de salud; estudiar el contexto y dinámica familiar.

El paso del tiempo ha traído consigo situaciones que para el ser humano son inevitables, como ejemplo de ello es el envejecimiento y crecimiento poblacional. Independientemente de las características del individuo y del medio social en el que se desarrolla, todas las personas envejecen. Es decir, que se experimenta como un proceso natural de los seres vivos. Este proceso no sólo ha generado un cambio demográfico sino que también está impulsando, en las familias, instituciones, comunidades y sociedades desarrolladas, un cambio social de gran magnitud.

El proyecto de investigación fue de tipo descriptivo con variables cualitativas y cuantitativas, las cuales permitieron conocer la realidad que afrontan los Adultos Mayores y sus familias, realidades que surgen a partir de diferentes determinantes sociales. La investigación cualitativa permitió identificar factores importantes que se dan en estos contexto y que son intangibles, los cuales resultan ser muy difíciles de medir a través de únicamente instrumentos cuantitativos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Descripción del problema

Las personas consideradas de edad avanzada o adulto mayor son aquellas que en su ciclo vital se encuentran sobrepasando los 60 años de edad según lo reporta la Organización Mundial de la Salud, las cuales demográficamente en la mayoría de los países están en aumento acelerado por encima de cualquier otra edad; debido al aumento de la esperanza de vida y disminución de la tasa de fecundidad.

El envejecimiento puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y desarrollo socioeconómico, pero también representa un reto urgente de atender para mejorar las condiciones de salud, capacidades funcionales, seguridad y participación social del adulto mayor. (Organización Mundial de la Salud, 2015).

La estimación de población mundial entre el 2015 al 2050 es de 900 millones hasta 2000 millones de personas de más de 60 años, lo que representa un aumento del 12% al 22% (Organización Mundial de la Salud, 2015), es decir para el 2020 habrán alrededor de 1.200 millones de adultos mayores en todo el mundo y específicamente 200 millones en el continente americano.

Las cifras también enfatizan sobre la rapidez con la que crece esta población en comparación con otros años, lo que repercute en que habrá más personas mayores de 60 años que niños menores de cinco, especialmente en países de bajo y mediano ingreso donde la transición es más acelerada e intensa. (Organización Mundial de la Salud, 2015),

Estas estadísticas influyen en factores como la economía en la cual los adultos mayores aportan el 50% de los ingresos familiares en países como Brasil, Chile, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, Argentina, Perú y República

Dominicana. En países como Colombia, Bolivia, Ecuador, México, Paraguay y Uruguay, las personas mayores aportan menos de un 25%. (CEPAL, 2012). Cifras que dejan ver un esquema general de la economía en América Latina y necesidades urgentes de priorizar.

En el caso de Colombia la población de adultos mayores es de 4.626. 419 habitantes representando el 10% de la población (Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), 2002). Se ha identificado un incremento importante del (1950) 11,7%, (1975) 12,9%, (2000) 20,9%, (2025) 55,2%, (2050) 116,1% y un índice de envejecimiento del 42,4% (Cepal y Cedale, 2014).

La percepción del adulto mayor en Colombia en relación a otros países de América Latina puede variar según los contenidos de cada cultura. Pero más allá de estas variaciones y las estadísticas anteriores que reflejan un proceso acelerado de envejecimiento es de vital importancia que cada miembro de la comunidad cuente con el conocimiento necesario para que los adultos mayores cuenten con una vida digna.

A pesar de que la ley obliga a proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores (Ley No. 1251 de 2008) según estudios realizados en más de 130 países se demuestra que la políticas de salud en relación a geriatría son bajas (Organización Mundial de la salud, 2015).

El envejecimiento poblacional repercute sustancialmente en las estructuras sociales, económicas y culturales de los países tanto desarrollados como subdesarrollados. Donde la familia es considerada uno de los principales responsables del cuidado y provisión para estas personas que en su mayoría cuentan con una capacidad funcional y cognitiva reducida llevándolos a la dependencia, o en otro caso existe una imposibilidad de los hogares para dedicar a

un familiar a cuidar a dicho sujeto mayor, esto por la precariedad de recursos o el abandono.

Estas carencias están relacionadas con la situación económica, la atención que se debe brindar y los cuidados prioritarios que significa un adulto mayor para la sociedad en general, aumentando las dificultades que se generan en el sistema familiar que incluye varias generaciones cuando se trata de longevidad. Y teniendo en cuenta que la relación de apoyo a los padres, considerando la población de 50 a 64 años solo es de 18,7 personas por cada adulto mayor registrado en 1950 a 4,1 en 2050 a nivel mundial; en América Latina pasa de 19,5 a 3,5 y en Colombia de 19,5 personas adultas por adulto mayor a 3,6. (Cardona Arango, 2012).

Desde la mirada social hay que incluir el tema del acceso al trabajo, jubilación, servicios sociales, atención sanitaria, pobreza, modificaciones en la composición familiar, en los patrones de trabajo, en la migración de los jóvenes a la ciudad, en la profundización de los procesos de urbanización, un cambio en el mercado laboral, nuevos patrones de enfermedad, impacto de la mortalidad y el deterioro de la calidad de vida que demuestran la necesidad latente de tener en cuenta esta parte de la población.

Como se mencionaba anteriormente la responsabilidad es de todos y lo reafirma la Constitución Política en su artículo 46 donde define: *“El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria”*. Así es que dentro de estas estas funciones tiene que cobijar al mayor número de personas del tejido social que presenta cierto grado de vulnerabilidad, para que con sus planes y proyectos se puedan disminuir los efectos marginalizados en la población afectada.

Y dando una ubicación más aproximada en el Departamento del Casanare se cuenta con una población Adulto Mayor de 21.779 personas mayores, residentes 8.281 en el área rural y 13.498 en el área urbana. y contextualizando a nivel local donde está concentrada esta investigación se encuentra que en el Municipio de Trinidad, Casanare el cual se caracteriza por sus costumbres y tradiciones ganaderas, donde su planicie es llana y está rodeada de lagunas existen alrededor de 15.000 habitantes donde la población de adultos mayores es de 1.173, de los cuales el 70 % son residentes en el área urbana y un 30% en el área rural, caracterizados por vivir en condiciones difíciles a nivel económico, social y familiar.

Por situaciones de violencia y desigualdad social, se encuentran que los adultos mayores se enfrentan día a día con la con dificultades para obtener alimentos, estados de salud inestables, algunos casos de abandono y pobreza extrema, bajos ingresos económicos o no tienen acceso al trabajo, dependencia, poca capacidad funcional a nivel física y cognitiva, presencia de enfermedades, baja calidad en servicio de salud, indiferencia por parte del estado, y demás que se pretenden caracterizar en esta investigación.

Formulación de la pregunta problema

La pregunta principal que pretende aclarar esta investigación es: ¿Cuáles son los factores sociales, familiares y salubres que caracterizan al adulto mayor en el municipio de Trinidad Casanare?

JUSTIFICACION

La justificación de esta investigación se estableció teniendo en cuenta tres ejes fundamentales, el primero de ellos es la vulnerabilidad del adulto mayor, la segunda es desde el punto de vista familiar y la tercera es desde la responsabilidad social y estatal.

Teniendo en cuenta el primer eje se priorizó al adulto mayor como un ciudadano al cual se le debe brindar una protección a sus derechos humanos y mejorar sus condiciones de vida. Solo considerando que la transición de la adultez a la vejez ya significa cambios difíciles de afrontar, por sentirse más cerca a la finalización de la vida, alteraciones a nivel físico y sensorial, debilitamiento, cansancio, pérdida de amigos y familiares y demás (Erickson, (1989). Donde se suma muchas características externas que hacen aún más difíciles el proceso de cambio.

Es importante empezar a cambiar la visión que se tiene de la vida de las personas mayores que se ve como pasiva o carente de participación en distintos ámbitos de la sociedad, sino por lo contrario debe considerarse una etapa donde sean vistos como lo más importante. Iniciando con la atención a su estado de salud donde requieren de una atención integral la cual es clave para contar con una sociedad sana.

Los adultos mayores más que estigmatizarlos como débiles o vulnerables, deben convertirse en parte primordial de la sociedad, ya que la discriminación no solo los afecta su calidad de vida sino imposibilita a las nuevas generaciones en aprovechar todo el conocimiento y experiencias que pueden brindar.

Que los seres humanos puedan gozar de una vejez sana debe ser el objetivo de los profesionales de toda área especialmente del sector salud, que alejen a los individuos de la violencia, el abuso sexual, la falta de auto-cuidado, la discriminación, el maltrato, el rechazo o cualquier situación que ponga en riesgo su bienestar. Aumentando la esperanza de vida, la dignificación y contribuyendo a la transformación social.

El segundo eje se relacionó con la situación que viven a diario las familias, realizando un acercamiento a las dinámicas familiares en el municipio de Trinidad encontrando factores determinantes para las causas de lo anteriormente planteado.

La familia significó una herramienta fundamental en la vida del adulto mayor ya que en la mayoría de las ocasiones son quienes conviven con ellos, son sus seres más cercanos y supervisar muchas de sus actividades diarias, así que del trato que ellos les brindes y sus redes de apoyo determinaran varios factores.

El tercer eje presentó relación con la responsabilidad del estado y la sociedad, comprendiendo que el crecimiento de la población de adultos mayores se encuentra en un aumento acelerado especialmente en Colombia, así que es un deber estar preparado para sostener todos los retos que la situación represente en un tiempo mínimo, garantizando calidad en el proceso de envejecimiento activo.

Los entes territoriales y las instituciones deben apuntar a la creación y cumplimiento de políticas públicas que den protección a los derechos de los adultos mayores, a pesar de que por mucho tiempo se haya ignorado estas necesidades es ahora cuando se debe centrar la mirada en la búsqueda de estrategias que permitan un mayor desenvolvimiento y participación, pero no simplemente con asistencialismo sino con medidas realmente efectivas.

Con esta investigación se buscó dar la iniciativa para que desde el municipio de Trinidad que cuenta con un alto de nivel de pobreza, el adulto mayor pueda ser tenido en cuenta desde el análisis de su condición hasta el planteamiento de estrategias para mejorar su calidad de vida; aportando en la sensibilización, planeación y ejecución de la transformación social.

Así mismo la Universidad de los Llanos la cual es un centro de educación superior que en sus principios institucionales propende por aportar a las problemáticas sociales, mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos y fomentar la investigación. Fue parte primordial en esta tarea de innovación en nuevos campos de conocimiento, generando aportes en acreditación y fortalecimiento de profesionales.

Especialmente contribuyó con el sector de la salud Familiar, contando con un enfoque amplio acerca del tema de ciclo vital y desarrollo evolutivo, aumentando las herramientas para el cuidado del adulto mayor.

OBJETIVOS

Objetivos Generales

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.

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.

Objetivo general del Estudiantes

Identificar las características sociales, familiares y de salud de los adultos mayores del Centro Vida – Trinidad – Casanare – Colombia.

Objetivos específicos

Caracterizar los adultos mayores desde los aspectos sociales y demográficos del Centro Vida – Trinidad – Casanare – Colombia.

Valora el estado de salud físico, mental y social de los adultos mayores del Centro Vida – Trinidad – Casanare – Colombia.

Describir los contextos familiares de los adultos mayores desde la perspectiva de los cuidadores, familia y adulto mayor del Centro Día – Trinidad – Casanare – Colombia.

MARCO REFERENCIAL

Marco teórico.

Ciclo vital y vejez

Las teorías del desarrollo psicosocial consideran que el ciclo vital es un proceso en que los individuos van atravesando varias etapas en las cuales se enfrentan a cambios biológicos, psicológicos y sociales (Erickson, 1950). Durante la construcción de la teoría el autor proponía que el desarrollo humano estaba dividido en ocho etapas donde el individuo en cada una de ellas tiene una tarea que resolver.

De igual forma consideraba que esta confrontación sometería a la persona a conflictos internos los cuales podía resolver de dos formas, consistían en adquirir o no una identidad positiva, (Erickson, 1959). Frente al tema de la vejez el autor lo mencionaba como la etapa final de la crisis del desarrollo "*integridad frente a desesperación*", donde el individuo desarrolla orgullo y satisfacción en relación a su historia personal sin olvidar el papel importante que juega la comunidad. (Erickson, 1963)

Así como Erickson fue tan importante en la construcción de teorías acerca del desarrollo y la familia, otros autores como Maslow desde la perspectiva humanista rompía un poco la línea del anterior autor, en su propuesta consideraba que los adultos buscan ser ellos mismos, así que planteo la teoría del sí mismo en el año 1968.

Maslow, (1968) describía esta etapa como el momento en el cual las personas hacen elecciones, enfrentan problemas e interpretan la realidad correspondiendo a la intención de definirse, convertirse y expresarse plenamente, o en definitiva alcanzar su potencial máximo. Propuesta la cual ponía todo el énfasis en la manera

en que la gente negocia los desafíos del yo (Sneed y Whitbourne, 2002). Hacia énfasis en aquellos desafíos particulares de la edad como lo son enfermedades, muerte de sus seres amados, retiros, jubilaciones, abandono o indiferencia de la familia múltiples situaciones que solo se viven durante esta etapa, en la cual como lo menciona el autor la resolución de estas depende de ellos mismos.

Adulto mayor

El adulto mayor no solo representa cambios individuales o familiares, la permanencia de ellos representa repercusiones para la sociedad en que vivimos, tanto a nivel demográfico como la situación política, económica y cultural. Por lo cual muestra la responsabilidad de todos en garantizar que se cumplan los derechos de esta población.

Se considera adulto mayor aquel que ha superado su edad adulta y supera los 60 años, y a pesar de que muchas definiciones describen esta etapa como la anticipación de la muerte, el Dr. Klein (2015) lo considera como una oportunidad de encontrar nuevas perspectivas, nuevos desafíos formando un nuevo clima cultural. También mencionaba de la cantidad de paradigmas sociales en torno al adulto mayor que en algunos casos puede ser molesta con denominación de viejo o anciano.

Klein (2009) anotaba que no se puede generalizar la etapa como si necesariamente se debieran cumplir unas situaciones específicas como el hecho de ser abuelo, estar enfermo o no tener capacidades funcionales, más bien lo consideraba que el trato para este tema debía ser con subjetividad y autonomía.

Pero como lo menciona el anterior autor ponerle una definición a esta etapa puede resultar imprecisa ya que está sujeta a multiplicidad de percepciones y sensaciones, que en muchos momentos hasta pueden ofender la condición con estigmas

erróneos e inadecuados (Burke, 1998). En Estados Unidos el adulto mayor es aquel que ha sobrepasado los 65 años, cifra que resulta contraria a otros países de América Latina, pero pueden ser estos solteros o casados (AARP, 1994).

En fin, poder precisar este significado resultaría una labor compleja pero más allá en abordar características y calificativos hay que comprender al adulto mayor como un ciudadano con derechos que requiere de cuidados básicos por el deterioro de su salud o algunas limitaciones características de la edad (Schai y Willis, 1986).

Envejecimiento activo

Se considera envejecimiento humano como un fenómeno universal e inevitable, según la revista cubana de salud pública (2017) en la cual reporta que la esperanza media de vida ha mejorado en el último siglo. Menciona que actualmente, alrededor del 7 % de la población mundial es de 65 años y más de edad. En los países desarrollados, este porcentaje es aún mayor (15 %) y continúa creciendo.

Durante este proceso hay una optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. El término "envejecimiento activo" fue adoptado con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de "envejecimiento saludable" y reconocer los factores que junto a la atención sanitaria afectan la manera de envejecer de los individuos y las poblaciones. (Organización mundial de la salud, 1990)

El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población, permitiendo a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital; además de darle participación en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, que a su vez les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.

El envejecimiento tiene lugar dentro de todos los contextos incluyendo a los amigos, los compañeros de trabajo, los vecinos y los miembros de la familia. Por ello, la interdependencia y la solidaridad intergeneracional, dar y recibir de manera recíproca entre individuos, así como entre generaciones de viejos y de jóvenes, son principios importantes del envejecimiento activo.

Por lo tanto, el envejecimiento activo debe considerarse como el objetivo primordial de la sociedad y de los responsables políticos, en un intento de mejorar la autonomía, la salud y la productividad de los mayores. El niño de ayer es el adulto de hoy y será la abuela o el abuelo de mañana. La calidad de vida que disfrutarán como abuelos dependerá de los riesgos y las oportunidades que experimenten a través de toda su vida, así como de la forma en que las generaciones sucesivas proporcionen ayuda y soporte mutuos cuando sean necesarios.

Familia

La familia ha sido imprescindible en todas las etapas del desarrollo, puesto que cumple funciones fundamentales para la supervivencia y bienestar de sus miembros, asegura la continuidad de las generaciones y permite la transmisión de las normas culturales, creencias, valores y costumbres que rigen la vida de las personas. (Musitu, 2000). En psicología social se le ha dado un lugar muy importante a la familia ya que representa el grupo social primario caracterizado por relaciones con todos sus matices.

Para la psicología es imposible evaluar comportamiento individual sin tener en cuenta los sistemas familiares, ya que en estas dinámicas hay una construcción de la personalidad y determinan sus interacciones sociales, tanto así hay de relevancia sobre este factor que se crearon varias corrientes para hablar sobre este tema (APA, 1985), lo que comprueba que la familia merece ser centro de atención especial.

Munne (1996), comprendía la familia como “interacción”, en la cual la sociedad se constituye por personas y grupos que se encuentran en interacción con el objetivo de lograr sus metas, para lo que elaboran ciertos patrones o formas culturales que facilitan esa tarea, como lo es la familia.

Por su parte Blanco (1995), definía la familia como “sistema” donde tenía la idea de que la familia es similar a un sistema vivo que trata de mantener el equilibrio ante las presiones del ambiente. Acorde a lo que pensaba Klein y White (1996) en su teoría del desarrollo familiar que se centra en la interacción de los miembros de la familia en relación con su ambiente externo y, sobre todo, en relación con su ambiente interno, el cual está marcado por los eventos y acontecimientos familiares que tienen lugar en una secuencia en el tiempo relativamente predecible.

Estas teorías se afirma que la familia es un escenario fundamental en el desarrollo, que brinda carencias o herramientas en la cognición, la afectividad y la socialización; En esta se inician las primeras relaciones con otros seres humanos permitiendo diferenciarse del otro e identificando el mundo que le rodea.

Sin embargo, en esta investigación se va a construir basada en el enfoque sistémico que planteo Ángela Hernández sobre la familia, quien la considera como una unidad de supervivencia, de sentido de cambio, y de influencia en las intervenciones psicosociales. Le daba una visión reflexiva de sobre el incorrecto individualismo con el que se pretendía abordar el tema de la familia y fomentando conciencia en la configuración eco sistémica que la predomina, habla de la importancia de cambiar la intervención en el campo de la salud, educación y psico-socio-jurídica. (Hernández, 1996).

La autora habla de la familia en un sentido de propiedad, donde las dificultades no se soportan bajo la interacción sino sobre las personas que la portan, quienes como miembros ocupan roles específicos. Ya sea que se encuentren en el sector salud,

medio escolar, en atención psico-jurídica o en cualquier campo sumergido en el sistema. (Hernández, 1996). Esta iniciativa de vinculación es uno de los factores primordiales para tomar este enfoque como punto de partida ya que esta teoría sugiere incluir las prácticas profesionales e institucionales en la intervención con la familia suministrando responsabilidad a todos.

Junto con este abordaje teórico tan completo e integral sobre la familia que nos ofrece Ángela Hernández se tomar como ejemplo el legado de la autora Virginia Gutiérrez (1921) quien fue pionera en el campo de la investigación en Colombia, dejando un importante aprendizaje sobre medicina popular y tradicional, tipología, estructura y funciones de la familia; esta mujer es un modelo a seguir en este proyecto ya que sobresalía por su responsabilidad y compromiso con la investigación social.

Dentro de sus obras más recordadas se encuentran *Familia y cultura en Colombia*, (1963), *Causas culturales de la mortalidad infantil*, *La medicina popular en Colombia*, *Razones de un arraigo*, (1961), *Organización social en la Guajira*, *La familia en Colombia: estudio antropológico*, (1962), *La medicina popular en Colombia: razones de su arraigo*, (1964), *Estructura, función y cambio de la familia en Colombia*, (1976).Obras que sin duda orientaran esta investigación en el propósito de la transformación social.

Salud

La salud es un privilegio que en todas las etapas de la vida se desea aprovechar, sin embargo, aspirar a vivir más de 60 años para la mayoría de las personas se ha convertido en algo inalcanzable. Este desafortunado pensamiento puede estar relacionado al estado de salud que sufren las personas a nivel mundial, considerando que la mortalidad en etapas tempranas y las enfermedades

infecciosas van dejando cada vez un menor número de adultos mayores (Organización Mundial de la Salud, 2011).

En definitiva la prevalencia del adulto mayor está sujeta al estado de salud, pero no solo contar con capacidades funcionales equivale a tener un bienestar, este debe ser integral y de calidad que garantice llevar una vida digna.

Indicadores sociales de la salud en Colombia

En la siguiente tabla tomada de los indicadores básicos del Ministerio de Salud en el año 2015 en Colombia, se puede observar cuales son las mayores causas de mortalidad en adultos mayores, es decir personas mayores de 60 años.

Grupo edad	Grupo causas 6/67	Cinco primeras causas de mortalidad en hombres, (tasa específica por 100.000 hombres) (1)	Total	Porcentaje	Tasa
De 45 a 64 años	303	Enfermedades isquémicas del corazón	3.838	16,33	89,24
	512	Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	1.943	8,27	45,18
	307	Enfermedades cerebrovasculares	1.332	5,67	30,97
	501	Accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas	1.120	4,76	26,04
	201	Tumor maligno del estómago	1.015	4,32	23,60
De 65 años y más	303	Enfermedades isquémicas del corazón	13440	22,25	889,25
	605	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	5536	9,16	366,28
	307	Enfermedades cerebrovasculares	4837	8,01	320,04
	302	Enfermedades hipertensivas	2795	4,63	184,93
	109	Infecciones respiratorias agudas	2423	4,01	160,32

Figura 1. Relación de causas de mortalidad en adultos mayores. Tomado de: Ministerio de salud y protección social.

Marco Investigativo

Factor Social y de Salud en Adulto Mayor

Aguilar & Cardona (2016), abarcan el sistema económico como otro punto importante que puede afectar la calidad de vida de los adultos mayores, en su investigación se puede apreciar que los mayores se sienten inseguros económicamente al no contar con ingresos fijos y suficientes que les permitan vivir de manera autónoma e independiente; menos de una tercera parte cuenta con ingresos provenientes de un empleo, el cual es informal en la mayoría de los casos (p.34).

Finalmente, los autores concluyen en su investigación que los adultos mayores entrevistados ven comprometida su seguridad económica por no contar con un ingreso económico para la cobertura de necesidades básicas, ya que una gran mayor parte de ellos carecen de ingresos fijos, que los lleva a la informalidad para vivir el día a día, conscientes de que cada vez se envejecerá más, aumentará la dificultad para seguir laborando y se reducen los espacio para laborar y por ello deben depender del Estado o la familia. (p.34).

Se encuentra que en Colombia se han realizado bastantes investigaciones sobre el tema del adulto mayor, indagando sobre la caracterización de funcionalidad cotidiana como es el caso de la Universidad Tecnológica de Pereira (2008), Diagnostico de los adultos mayores en Colombia por la Fundación Saldarriaga Concha, Diagnostico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia por el Ministerio de salud (2005).

En el orden de política nacional también se han realizado estudios sobre envejecimiento y vejez iniciando desde el 2017 por el Ministerio de Protección

Social, otro gran aporte en este orden es el artículo de envejecimiento y vejez en Colombia por Elisa Dulcey Ruiz quien se basa en las encuestas nacionales de demografía y salud en el año 1990 al 2010.

A pesar de que hay bastante material en torno de la investigación del adulto mayor y en relación a la caracterización, se observa que hay muy poca información a lo que corresponde con el Departamento del Casanare, solo se encuentran algunos aportes llevados a cabo por estudiantes de la Corporación Unificada de Educación Superior CUN pero solo en el área de ciencias, sin tocar el tema de adulto mayor.

Cabe resaltar el trabajo que ha realizado la Universidad UNITROPICO en la ciudad de Yopal donde se realizan frecuentemente semilleros de investigación, reuniendo las mejores investigaciones y brindándole la oportunidad a los estudiantes que desarrollen estas habilidades, entre estas se observan estudios sobre tecnología, ambiente, literatura, cultura, economía, biología, ecología, entre otros.

En el municipio de Trinidad, Casanare tras indagar sobre el papel de la investigación se encontró muy poco material, solo en algunos centro se promueve como la Fundación Reserva Natural La Palmita pero sobre temas netamente ambientales, lo cual demuestra la pertinencia de este proyecto y especialmente de esta población que cuenta con más de 15.105 de habitantes (DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística) y poca riqueza investigativa.

Marco Conceptual

Adulto Mayor

Las personas adultas mayores son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. Las personas envejecen de

múltiples maneras dependiendo de las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante sus cursos de vida, es decir, implica procesos de desarrollo y de deterioro. Generalmente, una persona adulta mayor es una persona de 60 años o más de edad. (MINSALUD)

Familia

La familia como institución, la familia es una serie de abstracciones de la conducta, un sistema de normas que tienen el carácter de reglas de comportamiento para sus miembros. Las normas sociales se organizan en patrones que son particulares para cada tipo de institución según el área de la vida de la cual se ocupe. Le corresponde garantizar:

- El adecuado funcionamiento biológico de los individuos de la sociedad.
- La reproducción de sus miembros.
- Su adecuada socialización.
- La provisión y distribución de los bienes y servicios.
- El mantenimiento del orden dentro del grupo y su relación con el resto del sistema social. (Hernández, 1997, p. 14)

Dinámica Familiar

Exponen que la dinámica familiar hace referencia a la movilidad que se da en el clima relacional que construyen los integrantes de la familia para interactuar entre ellos mismos y con el contexto externo. En ella son interdependientes dimensiones como: autoridad, normas, roles, comunicación, límites y uso del tiempo libre (Viveros & Arias. 2006).

Vejez

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

Envejecimiento

La organización mundial de la salud (OMS, 2009) define al envejecimiento como el “proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de vida; esos cambios producen una adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales”

Estilos de Vida

La OMS está ayudando a “crear un perfil nutricional tipo que puedan utilizar los países como medio para aplicar las recomendaciones en materia de comercialización.

En 2012 la Asamblea Mundial de la Salud adoptó un plan de aplicación integral sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño y seis metas de ámbito mundial que deben alcanzarse para 2025, entre las que figuran la reducción del retraso en el crecimiento, la emaciación y el sobrepeso infantil, la mejora de la lactancia materna, y la reducción de la anemia y la insuficiencia ponderal del recién nacido” (OMS, 2012).

Salud Familiar

Alana Officer, Asesora superior en salud del Departamento de Envejecimiento y Ciclo de Vida de la OMS, «el maltrato a las personas de edad está en aumento, causando graves consecuencias personales y sociales para los 141 millones de ancianos del mundo. Debemos intensificar nuestros esfuerzos para prevenir y combatir las distintas formas de maltrato, cuya frecuencia está creciendo» (OMS, 2017)

Marco legal

Internacional

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Los marcos jurídicos y normativos internacionales fundamentales para iniciar acciones contundentes iniciaron con dos propuestas claves, las cuales son *Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y Envejecimiento activo: un marco político, de la Organización Mundial de la Salud*, las cuales buscan proteger los derechos humanos, aumentar la esperanza de vida y potencializar las capacidad del adulto mayor. (Organización Mundial de la Salud, 2002).

Pero hay que preguntarse si realmente estas dos propuestas son suficientes o necesitan mejorar, puesto que el sistema de salud colombiano tiene grandes diferencias con los de los países desarrollados y con ingresos mayores; En los países de ingresos bajos o en los entornos de escasos recursos de todo el mundo, el acceso a los servicios de salud suele ser limitado. (Organización Mundial de la Salud, 2002). Puede ser que los trabajadores sanitarios no tengan la formación suficiente para hacer frente a los problemas comunes de la vejez, como la demencia

o la fragilidad, y que se pierdan oportunidades para el diagnóstico temprano y el control de algunas afecciones, como la hipertensión arterial un factor de riesgo clave para las principales causas de muerte de las personas mayores: las enfermedades cardíacas y los accidentes cerebrovasculares. (Organización Mundial de la Salud, 2002).

Otros marcos que vale la pena relacionar en el ámbito normativo son la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud ; la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ; el Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles 2013-2020 ; la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing para promover los derechos de las mujeres ; y el informe final de la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud .

Los cuales al igual que los anteriores buscan tener en cuenta las experiencias en la vejez, asegurar una vida digna para personas mayores y ocuparse de los riesgos, sin embargo, a pesar de que parezca un trabajo arduo aún falta una responsabilidad mayor por parte del estado y en promoción de una política pública que realmente sea efectiva para el adulto mayor.

Nacional

Artículo 46 de la constitución política de Colombia. En el cual será corresponsabilidad del Estado, la sociedad y la familia el cuidado y la protección del adulto mayor, con el deber de vincularle a una vida activa por medio de ambientes recreativos. El Estado garantizará el servicio de una seguridad social integral y un subsidio alimentario en caso de que el adulto mayor se encuentre en una situación de indigencia y abandono. (Constitución Política de Colombia, 1991)

Política Nacional de envejecimiento y vejez 2007-2019. El Estado Colombiano intenta promover y garantizar a través de esta política pública los derechos de los adultos mayores, en cuanto a la protección social e integral incluyéndolos en la elaboración de proyectos colectivos para que todos participen como ciudadanos para la construcción de una equidad social. Reconociendo a la familia como la unidad básica de la sociedad, responsable de la atención a los derechos, las capacidades, las vulnerabilidades y obligaciones de sus miembros; con el fin de promover la importancia de esta en el ciclo de vida del envejecimiento. (MINSALUD, 2007).

LEY 1276 DEL 2009. A través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de Agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los Centros Vida. Art. 1. Objeto. La presente Ley tiene por objeto la protección a las personas de la tercera edad (o adultos mayores) de los niveles I y II del SISBEN a través de los centros vida, como instituciones que contribuyen a brindarles una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida.

Ley 1850 del 19 de julio. Por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009, 599 de 2000 y 1276 de 2009, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones. En uno de sus artículos, la ley establece que el que someta a condición de abandono y descuido a una persona mayor, con 60 años de edad o más, y afecte sus necesidades de higiene, vestuario, alimentación y salud, incurrirá en prisión de 4 a 8 años y en multa de 1 y 5 salarios mínimos legales mensuales vigentes. (República de Colombia. 2017)

Resolución 1378 del 2015. En materia de atención en salud y protección social del adulto mayor se establece la resolución 1378 del 2015 donde se estipula que al

Ministerio de Salud le corresponde “dirigir, orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos del sector salud y protección social y como parte de ello, coordinar la gestión de la política nacional de envejecimiento y vejez, dentro del marco de la constitución y la ley...” (Ministerio de Salud, 2015).

Local

Acuerdo N° 018 Diciembre 31 de 2006. Acuerdo mediante el cual se adopta el Centro Día Horizonte Otoñal en el Municipio de Trinidad.

Decreto 039 de Abril 06 de 2016. Por el cual se modifica el Decreto N° 082 de 2008. Por medio del cual se realiza la conformación del Comité del Adulto Mayor en el Municipio de Trinidad Casanare. Que en aplicación del Artículo 34 de la Ley 1251 de 2008, el Municipio de Trinidad modificará el “Comité Municipal del Adulto Mayor”, en aras de propender a la acción integral de este sector de la sociedad, conforme a los parámetros constitucionales, legales y tratados internacionales ratificados por Colombia.

Que por lo anterior expuesto, el Alcalde de Trinidad. Decreta, Art. Segundo; el Comité Municipal del Adulto Mayor de Trinidad actuara como Asesor Consultivo para los Entes Gubernamentales y Municipales y se tendrá en cuenta, la creación, formulación, implementación y ejecución de la Política Pública de Atención Integral al Adulto Mayor, además concurrirá a promover los derechos del Adulto Mayor en el Municipio de Trinidad.

METODOLOGIA

Descripción del área de estudio

Trinidad Municipio Colombiano Fundado el 12 de Febrero de 1724 siendo su Fundador el Cacique Chacumare y su tribu de Indios Chiricoas por recomendación del Sacerdote Español Juan Rivero. Ubicada al Norte del Departamento de Casanare, limita con los Municipios San Luis de Palenque, Pore y Paz de Ariporo y con el Departamentos de Vichada, consta de 15.000 habitantes y donde la población de adultos mayores es de 1.173, de los cuales el 70 % son residentes en el área urbana y un 30% en el área rural, caracterizados por vivir en condiciones difíciles a nivel económico, social y familiar.

El centro Día Horizonte Otoñal está ubicado en el Barrio Las Palmeras, único Centro Día en el Municipio adoptado mediante Acuerdo Municipal N° 018 (Diciembre 31 de 2006), con alrededor de 14 catorce años de funcionamiento.

En el Centro Día Horizonte Otoñal atiende mediante la Estampilla Pro Adulto Mayor 756 adultos mayores del Municipio, Adultos Mayores distribuidos en el área urbana en once barrios como son; Santo Domingo, Las Ferias, San Jorge, Las Palmeras, Villa Polita, Cabrestero, Cristo Rey, Centro, Alfonso López, San Juan Donaire; en el área rural (33) veredas. Con un Centro Poblado Bocas del Pauto donde residen 150 Adultos Mayores.

Actualmente el Centro vida presta los servicios de ración servida a 150 adultos mayores del área urbana, 57 del área rural, servicio de paquetes nutricionales 420 para área urbana y rural, refrigerios 60 del área urbana y la población restante que es beneficiada de talleres o cursos de ocupación del tiempo libre, , que son

atendidos por un equipo de profesionales en el área de Psicología, Terapeuta Ocupacional, Licenciada en Educación Física y Deportes, Auxiliar en Enfermería, Ecónomas y Personal de Apoyo.

Tipo de investigación

Estudio descriptivo con variables cualitativas y cuantitativas con herramientas de lo etnográfico. Los estudios descriptivo permiten describir y analizar cada una las categorías y variables necesarias para la caracterización social, demográfica y de salud de los adultos mayores del centro Día Horizonte Otoñal. También permite conocer las percepciones de salud de la población.

Población y Muestra

Para el año 2016, el índice de envejecimiento en el Municipio Trinidad Casanare correspondió al 0.72% de la población adulta del municipio con una población adulta mayor de 1.173 habitantes; por lo tanto, la población que se estudió fue el adulto mayor y su familia, asistente al Centro Día Horizonte Otoñal, ubicado en el barrio Las Palmeras Calle. 10 # 6-07 del municipio de Trinidad-Casanare.

Tabla 1. *Participantes Centro Vida Horizonte Otoñal*

Característica	Cantidad de participantes
Mujeres	385
Hombres	371

Fuente: Elaboración propia

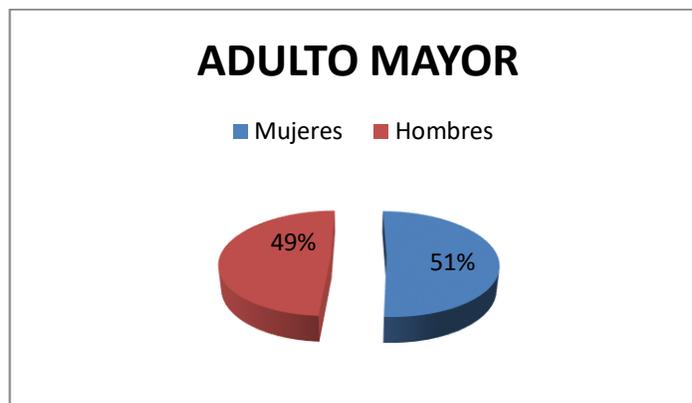


Figura 2. Datos poblacional adulto mayor.
Fuente: Plan de desarrollo 2016 – 2019

La grafica 1 permite ver los porcentajes de la población adulto mayor que reciben algún beneficio del Centro Vida en el municipio de Trinidad. En donde el 51% de la población atendida son mujeres frente a un 49% que son hombres, quienes tienen un beneficio del Centro Vida del municipio, lo que corresponde al 0.72% de la población adulta del municipio.

Muestra

Fue por conveniencia, un adulto mayor y su familia, donde se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión: Perteneciera al Centro Día Horizonte Otoñal, que aceptara el consentimiento informado, persona mayor de 60 años, que tuviera familia o red de apoyo, que tuviera buena capacidad de salud mental.

Instrumentos

Para la obtención de la información de variables cuantitativas se tuvo en cuenta los siguientes instrumentos:

- Actividades básicas de la vida diaria (AVD): Se empleó el instrumento Barthel (Anexo 1) y la Escala de Lawton y Brody (Anexo 2).
- La marcha y el equilibrio: Se utilizó la sub escala de Tinetti (Anexo 3).
- Valoración cognitiva: Se usó el examen cognitivo MINI-MENTAL (adaptación español). (Anexo 4)
- Afectividad: Se empleó el Test de Yesavage. (Anexo 5)
- La morbilidad: Se utilizó el índice de Charlson. (Anexo 6)

A través de las variables cualitativas se logró identificar el contexto y entorno familiar, la percepción del envejecimiento y las necesidades del adulto mayor desde el cuidador y familia del adulto mayor. Los instrumentos a empleados fueron:

- La Observación: En la investigación social o de cualquier otro tipo, la observación y fundamentalmente los registros escritos de lo observado, se constituyen en la técnica – e instrumento básico para producir descripciones de calidad. Dichos registros se producen sobre una realidad, desde la cual se define un objeto de estudio. Vale la pena destacar que tanto la observación como el registro se matizan en el terreno, en el que la experiencia y la intencionalidad del investigador imperan sus cuestionamientos. Cuando nos cuestionamos sobre una realidad u objeto, quiere decir que no la estamos mirando simplemente, ese cuestionamiento nos está indicando, que a esa realidad la estamos observando con sentido de indagación. En palabras de Elssy Bonilla y Penélope Rodríguez “observar, con sentido de indagación científica, implica focalizar la atención de manera intencional, sobre algunos segmentos de la realidad que se estudia, tratando de capturar sus elementos constitutivos y la manera cómo interactúan entre sí, con el fin de reconstruir inductivamente la dinámica de la situación”. (Bonilla Castro, 2005)

- Entrevista Semi-estructurada: Díaz (2004) afirma que “se recomienda a fin de que no oprimir a las personas participantes, generando un ámbito coloquial que facilita la comunicación entre quienes interactúan, sabiendo que no hay nada en contra de investigar asuntos en los que se esté involucrada emocionalmente” (p.345). (Anexo G)

- El diario de Campo: El Diario de Campo es uno de los instrumentos que día a día nos permite sistematizar nuestras prácticas investigativas; además, nos permite mejorarlas, enriquecerlas y transformarlas. Según Bonilla y Rodríguez “el diario de campo debe permitirle al investigador un monitoreo permanente del proceso de observación. Puede ser especialmente útil [...] al investigador en él se toma nota de aspectos que considere importantes para organizar, analizar e interpretar la información que está recogiendo. (Bonilla Castro, 2005)

Unidad de observación. Son los adultos mayores que asisten a un Centro Día. Los criterios de inclusión para los participantes al momento de desarrollar la investigación serán los siguientes: Ser mayor de 60 años, estar en el programa del Centro Día Horizonte Otoñal, aceptar participar voluntariamente del estudio.

Plan de análisis

Para esta actividad se realizaron en los siguientes momentos:

Primer momento: Acercamiento a la Comunidad; se hizo un reconocimiento al contexto donde están los Adultos Mayores, se fue al Centro Día Horizonte Otoñal, se dialoga con los Adultos Mayores asistentes y se habla con las Directivas para seleccionar el Adulto Mayor verificando que cumpla con los requisitos para llevar a cabo la investigación.

Segundo momento: Recolección de la Información; en este se aplicaron los instrumentos cuantitativos para conocer las variables sociodemográficas y las variables de estado de salud, para la recolección de las variable cualitativas se visita al adulto mayor y su familia se aplica la entrevista semi-estructurada y se refuerza el contexto con la observación y el apoyo del diario de campo.

Tercer momento: Sistematización de la Información; se realizaron el análisis del estado de salud, se hace descripción de las variables sociodemográficas mediante Excel, y se procede a categorizar la entrevista semi-estructurada. Para las variables cualitativas se utilizó el Word y Excel para sistematizar las categorías.

Cuarto momento. Análisis de la Información; Se discuten los resultados frente al Marco Teórico e investigativo del Proyecto, se realiza informe final según los criterios establecidos y artículo científico.

Consideraciones éticas

Para este ejercicio hay que tener en cuenta todos los lineamientos de orden jurídico y ético que posibilita la investigación en el área de salud y relacionando con la profesión de psicológica y educación física. Por cual se tendrá en cuenta resoluciones y códigos que garanticen un procedimiento y ejercicio transparente.

En ese orden de ideas se cita la resolución 8430 de 1993 donde se establecen las normas científicas, técnicas, y administrativas para la investigación en salud, donde se estipula que “todas las investigaciones de este orden deben contribuir a orientar los recursos y acciones al sistema de salud...” (Ministerio de Salud, 1993). Dictamen el cual va acorde con los objetivos de esta investigación en el propósito de aportar conocimiento al sector salud.

Y en el aspecto ético en relación con la profesión del psicólogo se considera que” todo/a Psicólogo/a, en el ejercicio de su profesión, procurará contribuir al progreso de la ciencia y de la profesión psicológica, investigando en su disciplina, ateniéndose a las reglas y exigencias del trabajo científico y comunicando su saber a estudiantes y otros profesionales según los usos científicos y/o a través de la docencia” (Código deontológico y ético del psicólogo colombiano de Julio de 1987) Artículo 49 [Investigación y docencia] Reglamentación psicológica [ley 1090].

Relacionado a la profesión del educador físico se le hace responsable de “procurar estar actualizado sobre los últimos acontecimientos científicos, ampliando su cultura general y profesional, siempre abierto y sensible a las innovaciones, experiencias e investigaciones científicas en Educación Física, Deportes y Recreación” (Código de ética deportiva, 2010). Para ello se realizará el consentimiento informado previo a la aplicación del instrumento, para garantizar la libre participación en el estudio (Ver anexo1).

RESULTADOS

Caracterización social y demográfica del adulto mayor

La participante de 74 años de edad, de sexo femenino, estado civil viuda, con 12 hijos todos partos de manera natural, se encuentra radicada en el área urbana en casa propia, con servicios públicos, estrato socioeconómico nivel uno. Con estudio de primaria incompleta.

Actualmente vive con un hijo, la nuera y tres nietos para un total de 5 personas que habitan la vivienda. La adulta mayor refiere conflictos familiares con la nuera. Actualmente recibe subsidio de gobierno, siendo el único ingreso que tiene la adulta mayor, ocasionalmente la familia le ayuda con mercado. Otro apoyo económico ocasional es la venta de manualidades que ella misma elabora.

Actualmente el servicio de salud es del régimen subsidiado, manifiesta padecer de dolor en las rodillas como consecuencia de una caída. Su estado nutricional es Peso 66.2 Talla 1.63 con un IMC de 24.92 está clasificado en peso normal.

Valoración del Estado de Salud del Adulto Mayor.

Tabla 2. Interpretación instrumento Barthel

Nombre de la escala	Objetivo	Puntaje	Resultado
Actividades Básicas de la Vida Diaria de Barthel	Valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria	100/100	Lo que se interpreta como una independencia, pues la señora está en condiciones de realizar su actividad física y corporal sola, de manera independiente, sin ayuda de otra persona o de elementos técnicos tales como sillas de ruedas barras entre otras.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Interpretación instrumento Lawton y Brody

Nombre de la escala	Objetivo	Puntaje	Resultado
Índice para Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. de Lawton y Brody	Valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad (hacer las compras, preparar la comida, manejar dinero, usar el teléfono, tomar medicamentos, etc.).	8/8	Participante con capacidad para realizar las actividades de manera independiente como realizar las siguientes: hacer las compras para el hogar, contestar el teléfono, organizar, preparar y servir las comidas por si solo adecuadamente, también lavar y doblar por si solo pequeñas prendas, tomar su medicación a la hora, con la dosis indicada y es capaz de realizar sus propias diligencias bancarias u otras.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Interpretación instrumento Tinetti

Nombre de la escala	Objetivo	Puntaje	Resultado
Escala de Tinetti para la Valoración de la Marcha y el Equilibrio	Detectar precozmente el riesgo de caídas en ancianos a un año vista.	16/16	<p>Escala de Tinetti. Parte 1: Equilibrio:</p> <p>Presenta equilibrio normal, lo cual significa que la participante presenta menor riesgo de caídas.</p> <p>Aumento en las condiciones de cuidado al realizar los desplazamientos evitando de esta manera mayores riesgos de golpes y/o fracturas en caso de caídas.</p>
		12/12	<p>Escala de Tinetti. Parte 2: Marcha:</p> <p>Su marcha es normal, fluida, no usa ningún tipo de ayuda técnica para desplazarse.</p> <p>Presenta continuidad y postura en el desarrollo de la marcha.</p>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5. Interpretación instrumento Lobo

Nombre de la escala	Objetivo	Puntaje	Resultado
Valoración Cognoscitiva. Mini Examen Cognoscitivo (Lobo):	Proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirviera para diferenciar, en pacientes psiquiátricos, los trastornos funcionales orgánicos.	32/35	Participante con adecuada ubicación temporo-espacial, atención mantenida frente al relato, lenguaje hilado y coherente, conversación fluida

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6. Interpretación instrumento Yesavage

Nombre de la escala	Objetivo	Puntuación	Resultado
Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	Evaluar el estado afectivo de los ancianos.	0-5	Participante que manifiesta estado afectivo y anímico normal, aunque se presentan situaciones las sabe sobre llevar. Asimila la etapa de la vejez como parte de la vida.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7. Interpretación instrumento Charlson

Nombre de la escala	Objetivo	Puntuación	Resultado
Índice de Comorbilidad de Charlson (versión original)	Evaluar la esperanza de vida a los diez años, en dependencia de la edad en que se evalúa, y de las comorbilidades del sujeto.	0	No sufre ninguna de las enfermedades mencionadas así que presenta ausencia de comorbilidad con un 12% de mortalidad por año; así que tiene un índice de comorbilidad corregido de 3 puntos.

Fuente: Elaboración propia

Contexto familiar del adulto mayor.

Durante la aplicación de la entrevista semi-estructurada en donde se busca identificar factores de la dinámica familiar situación socioeconómica, percepción hacia la vejez y necesidades del adulto mayor no se logran identificar ni reconocer factores o acciones que puedan estar alterando la sana convivencia de la señora dentro del núcleo familiar, pues se identifican espacios de diálogo y comprensión frente a los cambios físicos y emocionales en la persona del adulto mayor participante.

Categorías preestablecidas

Categoría i. situación socio- económica: Se percibe como una dificultad o una situación que dificulta el desarrollo de las personas mayores debido a las pocas posibilidades de poder laborar establemente.

Sub-Categoría. Un adulto mayor ya no puede trabajar. “Se dificulta la situación económica porque a una edad avanzada se limita la posibilidad de ingreso” AM. “Gracias a mi hijita la única que de verdad sabe que yo sigo viva y que vivo necesitada” AM. “Lo que mi familia me da y con el girito con eso me ayudo a sostener” AM. “me llevan cositas, cebollita, arroz, platanitos, mi hijo que también me ayudaba me lo mataron” AM

“Yo he sido agradecida con Dios por ponerme personas que me ayudan” AM. “Es muy difícil para un Adulto Mayor sostenerse solo” FM. “yo me valgo de algo... ya sea de hacer mis cositas “manualidades” y algo vendo con eso” AM. “ya no les dan un trabajo, ya la edad y las enfermedades no les permite, se cansan muy rápido y ya necesitan es que los ayuden” FM.

Sub-Categoría. Lo económico se vuelve una preocupación. “lo del giro sale apenas para pagar recibos no alcanza para más” AM. “ella siempre necesita ayuda pero sobre todo cuando se enferma, porque la enfermedad no avisa y la situación está muy difícil” FM. “en este momento mi ayuda más grande es mi hija, porque el otro que me ayudaba era mi hijo que me lo mataron...” AM. “La ayuda de mi familia es muy poquita” AM.

Categoría ii. Percepción de envejecimiento. El envejecimiento como una etapa difícil de la vida del ser humano, en la que se deben afrontar cambios en cuanto a la salud, lo emocional, lo socio- económico y lo físico.

Sub-Categoría. Aceptación Esperanza y resignación de la vejez. “todo cambia la visión, el oír ya no es lo mismo, también es duro porque llega un momento en que uno espera de la familia pero a veces se logra más con los particulares que con la familia” AM. “es algo que uno se va agotando que ya no tiene salud para nada” AM. Pero “yo pienso que cuando uno envejece es algo que uno tiene que aceptar, ya uno ha vivido, ya nos vamos agotando y tenemos que aceptar con paciencia y con amor de Dios que tenemos que pasar por ahí” AM. “la vejez es una etapa para la que todos no estamos preparados” FM “es un momento de muchas preocupaciones, de enfermedades, dolencias y es difícil conseguir todo para estar bien” FM. “es algo que así no queramos nos toca” AM.

Sub-Categoría. Se percibe como una etapa de muchos cambios. “cuando uno se pone viejo la piel se hecha a arrugar, vienen las canas, se caen los dientes y llega el agotamiento de la fuerza” AM. “son unos cambios muy notorios para mí cuando tengo que caminar lejos o alzar algo pesado, ya uno no es capaz” AM. “a las personas en su vejez se les ve lo que les ha tocado en la vida” “mi mamá por ejemplo tuvo que trabajar desde muy pequeña, cocinar en fogón, cargar leña hacer de todo y para criarnos a nosotros le tocó sola” AM. “ella ya no es lo mismo, se ve de más edad porque le ha tocado duro” FM.

necesidades del adulto mayor y dinámica familiar: So todas aquellas circunstancias como que se presentan dentro de un grupo familiar, las necesidades como la alimentación, el afecto, la higiene, el cuidado, aseguramiento, entre otras que hacen parte de las dinámicas de una familia.

Sub-Categoría. La vejez como percepción de carga. “Uno se vuelve tan necesitado que se vuelve también una carga” AM. AM. “uno se enferma necesita

que alguien le haga un mandado” AM. “Ellos en esa edad son dados a hablar mucho” FM “yo creo que todos en algún momento llegamos a necesitar algo” FM

Sub-Categoría. Se necesita de la familia para envejecer. “muchas veces necesitamos ser escuchados” AM. “Necesitan alguien para conversar, ellos son dados a hablar mucho. FM. “anochece y amanece pero no llaman”. AM. “si no fuera por mi hija como sería mi vida, ella es mi mano derecha” llora...AM. “la comunicación es buena de vez en cuando tenemos diferencias con mi nuera, pero nada que no tenga solución” (bobadas). AM. “aquí todos ayudamos con algo, y cuando está enferma no la dejamos hacer nada, siempre le decimos que vaya a casa día (centro día) y se distraiga”. FM. “ellos todos me respetan, sobre todo mi hijo, no porque sea mi hijo pero es muy noble y bueno conmigo”. AM.

DISCUSION

Caracterización social y demográfica del adulto mayor.

El adulto mayor de 74 años, sexo femenino según estudios de la encuesta SABE 2015 afirma: “El estudio SABE Colombia tiene como objetivo conocer la situación actual, en el ámbito rural y urbano, de la población de personas adultas mayores en Colombia, a través de la exploración y evaluación interdisciplinaria y a profundidad de la vejez y el envejecimiento, en el marco de los Determinantes del Envejecimiento Activo y desde el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud”. Indican que el promedio de edad de los adultos mayores en Colombia está 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.

Oelckers (2015) afirma a través de su estudio, que en esta etapa el emprendimiento que surge ayuda a potenciar el desarrollo de nuevos ingresos económicos, cuando estos no son suficientes para el sustento de los mismos, pero las oportunidades que existen en el mercado laboral son muy escasas, resaltando que las barreras que los adultos mayores deben atravesar son perjudiciales y terminan afectando la percepción del envejecimiento.

Dentro del estudio realizado se confirma el planteamiento de este autor, identificando que la señora busca medios para ayudarse económicamente, lo cual

no es suficiente y requiere de su familia y redes externas para llevar un desarrollo en situación óptima. Es importante escribir su resultado y luego contrastarlo con la teoría, en este caso lo que menciona.

Aguilar & Cardona (2016), abarcan el sistema económico como otro punto importante que puede afectar la calidad de vida de los adultos mayores, en su investigación se puede apreciar que los mayores se sienten inseguros económicamente al no contar con ingresos fijos y suficientes que les permitan vivir de manera autónoma e independiente; menos de una tercera parte cuenta con ingresos provenientes de un empleo, el cual es informal en la mayoría de los casos (p.34).

Finalmente, los autores concluyen en su investigación que los adultos mayores entrevistados ven comprometida su seguridad económica por no contar con un ingreso económico para la cobertura de necesidades básicas, ya que una gran mayor parte de ellos carecen de ingresos fijos, que los lleva a la informalidad para vivir el día a día, conscientes de que cada vez se envejecerá más, aumentará la dificultad para seguir laborando y se reducen los espacio para laborar y por ello deben depender del Estado o la familia.

También se pudo determinar la influencia del factor económico en el proceso de envejecimiento ya que se evidencia en la participante al momento de la entrevista semi estructurada, como una preocupación apremiante, pues básicamente sobrevive de la ayuda que recibe de una hija y en muy pocas ocasiones de un hijo, nietos ya que el giro de Colombia Mayor, Programa de subsidio económico por parte de la Nación es para pagar recibos.

Aunque en la caracterización se evidencia un adulto mayor que busca a sus 74 años elaborar manualidades para generar ingresos ya que aún es independiente y ocupa

su tiempo en actividades productivas; aun así ella confirma el planteamiento de Aguilar & Cardona (2016). También corrobora el estudio de García, Moya & Quijano (2015), donde indicaron que los adultos mayores que participan en grupos de la tercera edad en este caso Centro Día Horizonte Otoñal presentan mayor rendimiento cognitivo.

Valoración del estado de salud

El envejecimiento es diverso para todos los adultos mayores, su desarrollo depende de factores biológicos, culturales y sociales que intervienen de manera negativa o positiva durante la vejez, en este caso, se evaluaron las actividades básicas de la vida diaria (AVD) mediante el instrumento Barthel y la Escala de Lawton y Brody, donde el adulto mayor según la escala de Barthel con un puntaje de 100/100, presentó una independencia para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria como: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón a la cama, subir y bajar escaleras, etc.

Se podría afirmar que cuenta con un excelente estado de Salud, no requiere de ayuda para realizar sus actividades diarias; frente al instrumento de Lawton y Brody, con un puntaje de 8/8, se observó que el adulto mayor tiene la capacidad para realizar las actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente, tiene la autonomía para realizar las siguientes actividades: hacer las compras de la casa, contestar el teléfono, organizar, preparar y servir las comidas por si solo adecuadamente, realizar tareas ligeras como lavar los platos o hacer las camas, lavar por si solo pequeñas prendas, tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta, y por último, realizar las compras de cada día, pero necesita ayuda cuando son grandes o se trata de alguna diligencia bancaria.

En contraste a esto, el primer estudio en Colombia con una muestra representativa en el cual se caracterizó la funcionalidad para las actividades básicas e instrumentales en la población anciana de Bogotá (2017) mostró que frente a las escalas de Barthel y Lawton Brody se observó una correlación negativa estadísticamente significativa ($p < 0,05$) a mayor edad, un mayor nivel de educación, tener diagnóstico de accidente cerebrovascular, un mayor uso de medicamentos y una peor percepción de la propia salud, se correlacionaron con una peor funcionalidad en las actividades básicas, en conclusión, en la cohorte de adultos mayores de 60 años entrevistados en Bogotá, se evidenció que la funcionalidad dependía de múltiples factores, por lo cual se requerirían más estudios de tipo longitudinal para establecer la causalidad y, así, obtener herramientas adicionales que contribuyan a una mejor calidad de vida(4).

En cuanto a la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, el adulto mayor se consideró normal, no se detectó un estado depresivo; goza de una vida feliz a pesar de las diversas situaciones problemáticas ocurridas en su vida y considera que la vejez es una etapa la cual debe ser dedicada a vivir tranquilamente y sin problemas; a diferencia de esto, Salazar, Reyes, Plata, Galvis, Montalvo, Sánchez Pedraza, Gómez, Pardo & Ríos (2015) en su investigación encontraron que cinco de los nueve factores analizados se asociaron significativamente a la presencia de depresión. El no trabajar, el haberse jubilado o quedarse sin empleo en el último año no se asociaron significativamente con la presencia de depresión. El riesgo mayor se observó con la presencia de crisis económica, haber sufrido alguna enfermedad crónica o lesión grave el último año. Se encontraron factores protectores significativos, como tener familiares y amigos que cuidan de la persona mayor o que la hacen sentirse querida (5).

De otro lado, el estado de salud referente a la parte cognitiva del adulto mayor de acuerdo a la valoración asignada para la interpretación de la tabla, el adulto mayor obtuvo una puntuación de 30/30 puntos; en cada ítem a valorar el paciente obtiene la mayor cantidad de puntos, observando así que a pesar de su edad, probablemente no presenta deterioro cognoscitivamente, debido a la facilidad con la que responde a cada ítem establecido para su evaluación, a diferencia del estudio realizado por Camargo, Hernández & Laguado (2017), donde se determinó que el 41,7%(25) de los adultos mayores participantes del estudio tienen deterioro cognitivo grave, seguido de probablemente sin deterioro 33,3% (20) y un 23,3% (14) con deterioro.

Debido a esto indicaron que es necesario direccionar los cuidados de enfermería con intervenciones como entrenamiento de la memoria, estimulación cognitiva, facilitar el aprendizaje, potencialización de la disposición de aprendizaje, reestructuración cognitiva, terapia de reminiscencia y orientación a la realidad en el adulto mayor, para prevenir y mitigar alteraciones del área cognitiva en el grupo poblacional y poder mejorar su calidad de vida (6).

De la misma manera, para la Escala de Tinetti para la Valoración de la Marcha y el Equilibrio, el adulto mayor según la valoración de la tabla para el equilibrio obtuvo un puntaje de 16/16 puntos, teniendo en cuenta que este presenta una prótesis en su miembro inferior izquierdo; lo cual no interfiere en ningún aspecto. Como su puntuación de encuentra en el mayor rango se analiza que este tiene un menor riesgo de caídas, Habitualmente no utiliza ningún tipo de ayuda para caminar; usa muletas únicamente cuando está en algún lugar del cual requiera estar mucho tiempo de pie, por lo tanto su marcha es normal; estudios realizados en Lima por Silva, Porras, Guevara, Canales, Coelho & Partezani (2014) indicaron que en la evaluación de la Escala de Tinetti se obtuvo una puntuación promedio de 21.7 (=6.1). 54.7% presentó alto riesgo de caer; 36.7% con riesgo de caer con relación

al estado cognitivo, se encontró que 20.7% presentaban estado cognitivo inadecuado (7). A la asociación, se verificó que el adulto mayor más viejo, presentaba mayor riesgo de caer, refiriendo entonces, que factores cognitivos están asociados con la marcha y el equilibrio de la persona, entre menos deterioro este tenga menores serán las posibilidades de tener caídas.

Para finalizar, el Índice de Comorbilidad de Charlson (versión original) aplicado al adulto mayor demostró que este no sufre, ni ha sufrido ninguna de las enfermedades que allí se mencionan, así que presenta una ausencia de comorbilidad con un 12% de mortalidad por año; es decir que tiene un índice de comorbilidad corregido de 3 puntos.; frente a esto, señalaron que de 133 pacientes incluidos (hospitalizados) el 24,8% tenían $IB \leq 75$ al alta y el 19,6% tenían $IB \leq 75$ al mes después. Comparado con los hombres, las mujeres tenían más del doble de riesgo para deterioro funcional al alta y al mes ($p < 0,05$).

Comparados con aquellos sin delirium y sin deterioro cognitivo, aquellos con delirium y deterioro cognitivo tuvieron un riesgo aumentado de deterioro funcional ($IB \leq 75$) al alta (OR 5,15; IC del 95%: 1,94-13,67) y al mes (OR 6,26; IC del 95%: 2,30-17,03). En forma similar, aquellos con comorbilidad (≥ 2) tuvieron un riesgo aumentado de deterioro funcional al alta (OR 2,36 IC del 95% 1,14-4,87) y al mes (OR 2,71 IC del 95% 1,25-5,89) (8). Señalando entonces que son mayores las posibilidades que una mujer tenga más enfermedades que disminuyan su salud.

La estimación de población mundial entre el 2015 al 2050 es de 900 millones hasta 2000 millones de personas de más de 60 años, lo que representa un aumento del 12% al 22% (Organización Mundial de la Salud, 2015), es decir para el 2020 habrán alrededor de 1.200 millones de adultos mayores en todo el mundo y específicamente 200 millones en el continente americano. Las cifras también

enfatan sobre la rapidez con la que crece esta población en comparación con otros años, lo que repercute en que habrá más personas mayores de 60 años que niños menores de cinco, especialmente en países de bajo y mediano ingreso donde la transición es más acelerada e intensa. (Organización Mundial de la Salud, 2015),

Amaya, & Ramos (2017), mencionan en su investigación que el adulto mayor presentó adecuada capacidad y percepción de autocuidado en las siguientes categorías: actividad física, alimentación, medicación, adicciones y hábitos tóxicos. No se evidenció déficit de autocuidado, debido a que el estudio demostró en esta categoría el mayor porcentaje y la calificación más alta.

Con la aplicación del instrumento Barthel (Tabla 2), es de 100 puntos, Índice para Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. De Lawton y Brody 8/8; lo que se interpreta como una independencia, pues la señora está en condiciones de realizar su actividad física y corporal sola, de manera independiente, sin ayuda de otra persona o de elementos técnicos tales como sillas de ruedas barras entre otras.

En la Escala de Tinetti evidencia equilibrio y marcha normal obteniendo puntuación de 16/16 para la primera y 12/12 para la segunda. En cuanto a la investigación realizada se afirma que no existe déficit en el autocuidado ya que la participante es independiente en actividades de la vida diaria como la higiene, alimentación, descanso, sueño y cuenta además con inclusión en cursos de manualidades desde el Centro Día, actividad física, apoyo interdisciplinario que permite contar con red de apoyo externa.

Contexto familiar del adulto mayor.

Categoría i. situación socio- económica.

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

Un estudio realizado sobre el binomio familia y adulto mayor concluyó que las familias necesitan estar preparadas y sensibilizadas para la convivencia y atención de sus adultos mayores y como consecuencia del proceso de transición demográfica que vive el mundo de hoy, esta afirmación debería tenerse en cuenta y comenzar iniciativas que mejoren las condiciones de los adultos mayores. *Jáuregui B, Poblete E, Salgado VN. El papel de la red familiar y social en el proceso de envejecimiento en cuatro ciudades de México. En: Salgado VN, Wong R (Eds.). Instituto Nacional de Salud Pública. México; 2006.*

Categoría ii. Percepción de envejecimiento

Por otro lado la percepción del adulto mayor en Colombia en relación a otros países de América Latina puede variar según los contenidos de cada cultura. Pero más allá de estas variaciones y las estadísticas que reflejan un proceso acelerado de envejecimiento es de vital importancia que cada miembro de la comunidad cuente con el conocimiento necesario para que los adultos mayores cuenten con una vida digna.

A pesar de que la ley obliga a proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores (Ley No. 1251 de 2008) según estudios realizados en más de 130 países se demuestra que la políticas de salud en relación a geriatría son bajas (Organización Mundial de la salud, 2015).

Desde la teoría del desarrollo familiar García & Musitu afirman: Se estudian los cambios sistemáticos que experimentan las familias a medida que van

desplazándose a lo largo de los diversos estadios de su ciclo vital, unos estadios que son precipitados por las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de sus miembros

Necesidades del adulto mayor y dinámica familiar

El contexto familiar investigado arroja que dentro de la dinámicas los miembros o participantes cumplen un papel significativo como red de apoyo para el Adulto Mayor, teniendo en cuenta que en la actualidad es independiente en sus actividades de la vida diaria pero que en la parte socio económica genera dependencia ya que sus ingresos propios no son suficientes para suplir sus necesidades básicas.

Es importante revisando el estudio de investigación de García & Musitu en el sentido de sensibilizar a las familias para con sus Adultos Mayores afirmando la postura de que existen cambios precipitados en este caso dentro de la familia; cambios biológicos, psicológicos y sociales.

CONCLUSIONES

Dentro de la caracterización se evidencia en el Adulto Mayor asistente al Centro Día Horizonte Otoñal que; aunque cuenta con cierto apoyo de la familia y hace parte de Programas para el Adulto Mayor del Municipio de Trinidad, en ocasiones no es suficiente para suplir sus necesidades, pero aun así su independencia le permite buscar estrategias o formas de enfrentar su vejez.

De acuerdo a la recolección de información podemos concluir que el Adulto Mayor asistente al Centro Día Horizonte Otoñal, experimenta una vejez sana, independiente, cuenta con red de apoyo y permanece en un entorno social que le permite desenvolverse, integrarse y participar de un contexto que aporte para su desarrollo integral.

Se evidencia que la relación familiar a pesar de la difícil situación socioeconómica está basada en el respeto, respeto hacia el Adulto Mayor, respeto de espacios propios, organización en las labores cotidianas, existen vínculos afectivos, existe apoyo y motivación por parte de la familia para que asista y participe de las actividades del Centro Día Horizonte Otoñal.

RECOMENDACIONES

Es importante que los Entes Territoriales en este caso el Municipio de Trinidad Casanare continúe fortaleciendo los Programas dirigidos a la población Adulto Mayor, no solo mediante recursos de Estampilla sino que es además muy importante la creación, implementación y ejecución de la Política Pública de Envejecimiento y Vejez.

Es de suma importancia para La Universidad de los Llanos continuar en proyectos promovidos desde La Especialización en Salud Familiar; el desarrollo de esta clase de trabajo investigativo, es lo que realmente permite leer el contexto de las familias colombianas y en este sentido las dinámicas, de los más vulnerables que tienden a volverse invisibles porque realmente no hay mucho material investigativo en la región Orinoquía sobre los Adultos Mayores. De otro lado se debe sensibilizar a población joven y adulta en cuanto a la preparación para enfrentar los cambios socio-demográficos, económicos, físicos que se deben enfrentar en este ciclo vital del ser humano.

Las familias Colombianas deben ser sensibilizadas frente al importante papel que juegan en el proceso de envejecimiento, se deben evaluar las posturas y modelos que llevan muchas veces a entender al Adulto Mayor como una carga, como algo difícil y brindar las herramientas necesarias a los cuidadores y redes de apoyo para afrontar en familia el proceso de envejecimiento.

Es así que la sociedad debe estar preparada para encarar, interpretar y replantear las dinámicas que se mueven en las familias con Adultos mayores, reconocer, hacer reconocer y promover las leyes que amparan a esta población, esto permitirá que se logre una mejor calidad de vida para ellos y sus familias.

Referencias

- Hernández, A (2016) Envejecimiento y longevidad, fatalidad y devenir. Ediciones Cuadernos del CIDS.
- Estrada, L (2014). El ciclo vital de la familia. Ediciones Debolsillo clave.
- Mendoza Molina, M., Luna Buitrago, LM., Abaunza Forero, C.I., Paredes Álvarez, G. y Bustos Benites P. Siempre hay tiempo. Atención al adulto mayor privado de la libertad en Colombia. (2016) Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.
- Ministerio de Salud (2015) Indicadores básicos 2015.
- Klein, A (2015). Del anciano al adulto mayor, procesos psicosociales, de salud mental, familiares y generacionales. México: Editorial Universidad de Guanajuato
- OMS, (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Estados Unidos de América: Editorial Biblioteca Organización Mundial de la Salud.
- Platón (2015). La república. Pinto, Madrid: Editorial Akai.
- Revista cubana de salud pública (2012) (versión on-line ISSN 0864-3466) Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Aging, exercising and physicaltherapy. MSc. vol.38 no.4, la Habana.
- Rocha Duran, L. (2013). La vejez en movimiento. Argentina: Editorial Dunken.

ANEXOS

Anexo A. Consentimiento informado

Universidad de los Llanos – Facultad Ciencias de la Salud

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

Fecha _____

Código _____

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

Usted ha sido invitado a participar en la investigación sobre identificar Caracterización social, demográfica y de salud del adulto mayor de cuatro municipios del piedemonte del Meta. Si usted acepta participar en este estudio, el estudiante Principiante de Investigación (EPI) o los estudiantes de posgrado de Salud Familiar, lo abordara de manera individual y reservada para realizarle una serie de preguntas relacionadas con aspectos sociodemográficos y funcionamiento familiar.

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

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

Su firma indica que usted ha decidido participar voluntariamente en este estudio habiendo escuchado o leído la información anterior.

Firma del Adulto Mayor: _____

Nombre y código del EPI: _____

Firma del docente Investigador: _____

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Universidad de los Llanos – Facultad Ciencias de la Salud

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

Fecha 28 Junio del 2017.

Código _____

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

Usted ha sido invitado a participar en la investigación sobre identificar Caracterización social, demográfica y de salud del adulto mayor de cuatro municipios del piedemonte del Meta. Si usted acepta participar en este estudio, el estudiante Principiante de Investigación (EPI) o los estudiantes de posgrado de Salud Familiar, lo abordara de manera individual y reservada para realizarle una serie de preguntas relacionadas con aspectos sociodemográficos y funcionamiento familiar.

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

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

Su firma indica que usted ha decidido participar voluntariamente en este estudio habiendo escuchado o leído la información anterior.

Firma del Adulto Mayor: Rosalba Penálopez

Nombre y código del EPI: Uzeth Garlan: Código: 834200913 Jessica Peret
Cod: 834200914

Firma del docente Investigador: EMILCE SALAMANCA RAMOS

Anexo B. Actividades Básicas de la Vida diaria de Barthel

INDICE DE BARTHEL	
Comida:	
10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla... pero es capaz de comer sólo
0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona
Lavado (baño)	
5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise
0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión
Vestido	
10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda
5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas
Arreglo	
5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona
0	Dependiente. Necesita alguna ayuda
Deposición	
10	Continente. No presenta episodios de incontinencia
5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios
0	Incontinente. Más de un episodio semanal
Micción	
10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (botella, sonda, orinal ...).
5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.
0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas
Ir al retrete	
10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona
5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo
0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor
Transferencia (traslado cama/sillón)	
15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.
5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.
0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado
Deambulación	
15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.
10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.
5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión
Subir y bajar escaleras	
10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.
5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.
0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones

Anexo C. Índice para Actividades Instrumentales de la Vida diaria de Lawton y Brody

Escala de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria

Item	Aspecto a evaluar	Puntos
1	Capacidad para usar el teléfono:	1
	- 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	0
2	- No es capaz de usar el teléfono	0
	Hacer compras:	1
	- Realiza todas las compras necesarias independientemente	0
	- Realiza independientemente pequeñas compras	0
3	- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
	- Totalmente incapaz de comprar	0
	Preparación de la comida:	1
	- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	0
4	- 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:	1
5	- 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	0
6	- No participa en ninguna labor de la casa	0
	Lavado de la ropa:	1
	- Lava por sí solo toda su ropa	1
	- Lava por sí solo pequeñas prendas	0
7	- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
	Uso de medios de transporte:	1
	- 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
8	- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	0
	- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
	- No viaja	0

