

Factores multidimensionales de los adultos mayores de 60 años institucionalizados de la ciudad de Pasto



Yenny Vicky Paredes Arturo
Eunice Yarce Pinzón
Harvey Alexander Moncayo Paladines





Factores multidimensionales de los adultos mayores de 60 años
institucionalizados de la ciudad de Pasto

Yenny Vicky Paredes Arturo

Eunice Yarce Pinzón

Harvey Alexander Moncayo Paladines

Factores multidimensionales de los adultos mayores de 60 años institucionalizados de la ciudad de Pasto

Yenny Vicky Paredes Arturo

Eunice Yarce Pinzón

Harvey Alexander Moncayo Paladines

Editor: Luz Elida Vera Hernández, Editorial UNIMAR

Fecha de publicación: noviembre de 2018

Páginas: 130

ISBN Digital: 978-958-8579-26-9

Info copia: 1 copia disponible en la Biblioteca Nacional de Colombia

Existencias

Biblioteca Nacional de Colombia

Copia Material Localización

1 Libro Electrónico Biblioteca Nacional – Libros (consecutivo)

Factores multidimensionales de los adultos mayores de 60 años institucionalizados de la ciudad de Pasto

Autores:

Yenny Vicky Paredes Arturo

Eunice Yarce Pinzón

Harvey Alexander Moncayo Paladines

Entidad Editora: Editorial UNIMAR, Universidad Mariana

Fecha de publicación: noviembre de 2018

Páginas: 130

ISBN Digital: 978-958-8579-26-9

Edición: Primera

Formato: electrónico

Colección: Resultado de Investigación

Materia: Salud

Materia tópico: Desarrollo

Palabras clave: Factores multidimensionales, adultos

País/Ciudad: Colombia / San Juan de Pasto

Idioma: Español

Menciones: Ninguna

Visibilidad: Página web Editorial UNIMAR, Universidad Mariana

Tipo de contenido: Factores multidimensionales de los adultos mayores de 60 años institucionalizados de la ciudad de Pasto

© Editorial UNIMAR, Universidad Mariana

© Yenny Vicky Paredes Arturo

© Eunice Yarce Pinzón

© Harvey Alexander Moncayo Paladines

Universidad Mariana

Hna. **María Teresa González Silva** f.m.i.

Rectora

Graciela Burbano Guzmán

Vicerrectora Académica

Luis Alberto Montenegro Mora

Director Centro de Investigaciones

Luz Elida Vera Hernández

Directora Editorial UNIMAR

Editorial UNIMAR

Luz Elida Vera Hernández

Directora/ Editora Editorial UNIMAR

Leidy Stella Rivera Buesaquillo

Corrección de Estilo

David Armando Santacruz Perafán

Diseño y Diagramación

Correspondencia:

Editorial UNIMAR, Universidad Mariana

San Juan de Pasto, Nariño, Colombia, Calle 18 No. 34 – 104

Tel: 7314923 Ext. 185

E-mail: editorialuniar@umariana.edu.co

Depósito Legal

Disponible:

Cítese como: Paredes, Y., Yarce, E. y Moncayo, H. (2018). *Factores multidimensionales de los adultos mayores de 60 años institucionalizados de la ciudad de Pasto*. San Juan de Pasto: Editorial UNIMAR.

Las opiniones contenidas en el presente libro no comprometen a la Editorial UNIMAR ni a la Universidad Mariana, puesto que son responsabilidad única y exclusiva de los autores, de igual manera, éstos, han declarado que en su totalidad es producción intelectual propia, en donde aquella información tomada de otras publicaciones o fuentes, propiedad de otros autores, está debidamente citada y referenciada, tanto en el desarrollo del documento como en las secciones respectivas a la bibliografía.

El material de este libro puede ser reproducido sin autorización para uso personal o en el aula de clase, siempre y cuando se mencione como fuente su título, autores y editorial. Para la reproducción con cualquier otro fin es necesaria la autorización de la Editorial UNIMAR de la Universidad Mariana.



Factores multidimensionales de los adultos mayores de 60 años institucionalizados de la ciudad de Pasto por Yenny Vicky Paredes Arturo, Eunice Yarce Pinzón y Harvey Alexander Moncayo Paladines se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional.



Agradecimientos

A las instituciones que permitieron la consecución del proyecto, sobre todo a los adultos mayores que residen en estos centros de atención.

A la Universidad Mariana, por creer en este proyecto.

Al Magíster Giovanna Marcella Rosas Estrada, por sus aportes iniciales a la propuesta de investigación.

A los estudiantes de los Programas de Psicología, Fisioterapia y Terapia Ocupacional que participaron como auxiliares y coinvestigadores en este proyecto.

Dedicatoria

A mi hija y mi esposa, por ser la inspiración y motivación para desarrollar todos mis proyectos, y a mis compañeras del grupo de investigación, quienes permitieron afianzar nuestra amistad y hacer que todo esto fuese posible.

A mi madre Luz María Estella Arturo, ejemplo de sacrificio y fortaleza en mi vida; mis hermanas Nayibe Mabel, Estella Shirley y Vidy Yohana, compañeras incondicionales; mis sobrinos Gisell Camila y Jareth Nicolás, motivo de orgullo y fortaleza.

A mi Ángel de la Guarda, "E".



Contenido

Introducción	15		
1. Resumen de la Propuesta	18		
1.1. Problema de Investigación	19		
1.1.1. Descripción del Problema	19		
1.1.2. Formulación del Problema	22		
1.1.3. Justificación	22		
1.1.4. Objetivos	23		
1.1.4.1. Objetivo General	23		
1.1.4.2. Objetivos Específicos	23		
1.2. Marcos de Referencia	24		
1.2.1. Antecedentes	24		
1.2.2. Marco conceptual	33		
1.2.2.1. Envejecimiento	33		
1.2.2.2. Vejez	33		
1.2.2.3. Institucionalización	33		
1.2.2.4. Evaluación Geriátrica Multidimensional	34		
1.2.2.5. Síndromes Geriátricos	35		
		1.2.2.6. Caídas	35
		1.2.2.7. Fragilidad	36
		1.2.2.8. Deterioro Cognitivo	36
		1.2.2.9. Incontinencia Urinaria	36
		1.2.2.10. Participación social en adulto mayor	36
		1.2.2.11. Espacio de vida	38
		1.2.2.12. El soporte social y funcionalidad	40
		1.2.3. Marco Contextual	40
		1.2.4. Marco Ético	40
		1.2.5. Marco Legal	45
		1.3. Metodología	43
		1.3.1. Paradigma de Investigación	43
		1.3.2. Enfoque de Investigación	43
		1.3.3. Tipo de Investigación	43
		1.3.4. Diseño de Investigación	43
		1.3.5. Población y muestra	43
		1.3.6. Técnicas e Instrumentos	43
		1.3.6.1. Mininutricional	44
		1.3.6.2. Mini Examen del estado mental.	44
		1.3.6.3. Escala de queja subjetiva de pérdida de memoria – QSPM	44
		1.3.6.4. Escala geriátrica de depresión – EGD	44
		1.3.6.5. Evaluación cognitiva Montreal – MOCA	45

1.3.6.6.	Índice de Barthel o Índice de discapacidad de Maryland	45
1.3.6.7.	Batería corta del desempeño físico – SPPB	45
1.3.6.8.	Escala de Lawton y Brody	45
1.3.6.9.	Listado de intereses de Matsutsuyo	46
1.3.6.10.	Evaluación del espacio de vida – LSA	46
1.3.6.11.	Cuestionario de apoyo social – MOS	46
1.3.7.	Procedimientos	47
2.	Resultados	48
2.1.	Procesamiento de Información	49
2.2.	Análisis de Resultados	49
2.2.1.	Características Sociodemográficas Generales	49
2.2.2.	Características médicas, cognitivas, funcionales y sociales de los adultos mayores de 60 años institucionalizados	53
2.2.2.1.	Dimensión Médica	53
2.2.2.2.	Dimensión Cognitiva	58
2.2.2.3.	Dimensión Funcional	59
2.2.2.4.	Dimensión social	65
2.3.	Discusión	75
3.	Conclusiones	90
4.	Recomendaciones	91
Referencias		92
Apéndices		104

Índice de Tablas

Tabla 1.	Características sociodemográficas relacionadas con edad, sexo, estado civil y escolaridad	49
Tabla 2.	Distribución de la población según la razón de su institucionalización, satisfacción del servicio y tipo de afiliación a seguridad social	50
Tabla 3.	Distribución de la población según situación ocupacional actual y dependencia económica	51
Tabla 4.	Distribución de la población según el número de personas con quienes vivía con el adulto mayor, el número de familiares que tiene y el número de hijos vivos	51
Tabla 5.	Distribución de la población según los reingresos a la Institución, tipo de habitación en la que reside y años de permanencia	52
Tabla 6.	Distribución de la población según frecuencia de visitas y si estuvo de acuerdo con la institucionalización	53
Tabla 7.	Distribución de la población según prevalencia de enfermedad médica	54
Tabla 8.	Descripción de síntomas que se han presentado en el adulto mayor en el último mes	54
Tabla 9.	Distribución porcentual de vacunación del adulto mayor institucionalizado	55
Tabla 10.	Distribución porcentual del consumo de medicamentos formulados por el médico	55
Tabla 11.	Descripción de la población según estado nutricional	56
Tabla 12.	Valoración del estado nutricional por categorías según Mininutricional	56

Tabla 13.	Evaluación global del estado nutricional escala Mininutricional	57	Tabla 28.	Descripción porcentual de las actividades de la vida diaria instrumentales por centro geriátrico CG (Escala de Lawton y Brody)	64
Tabla 14.	Estadísticos descriptivos nivel cognitivo-minimental	58	Tabla 29.	Descripción porcentual de las actividades con mayor frecuencia de interés para su desempeño	65
Tabla 15.	Estadísticos descriptivos nivel cognitivo-moca	58	Tabla 30.	Descripción porcentual del nivel de interés en el último año	65
Tabla 16.	Estadísticos descriptivos nivel de depresión (Yesavage)	58	Tabla 31.	Descripción porcentual de la participación actual de actividad	66
Tabla 17.	Estadísticos descriptivos queja subjetiva de memoria	59	Tabla 32.	Descripción porcentual del interés por participar en esta actividad	66
Tabla 18.	Frecuencia de las caídas, según sexo y edad	59	Tabla 33.	Descripción porcentual de asistencia a grupos	66
Tabla 19.	Distribución de la población según el miedo a caer	59	Tabla 34.	Descripción porcentual del uso, frecuencia y tipo de apoyo de espacios de vida en CG1	67
Tabla 20.	Distribución de la población según el mecanismo de la caída en relación con el sexo	60	Tabla 35.	Descripción porcentual del uso, frecuencia y tipo de apoyo de espacios de vida en CG2	68
Tabla 21.	Distribución de población según tiempo de permanencia en el piso en relación al sexo	60	Tabla 36.	Descripción porcentual del uso, frecuencia y tipo de apoyo de espacios de vida en CG3	69
Tabla 22.	Distribución de la población según el tipo de lesión	61	Tabla 37.	Índice de dimensiones de apoyo social de CG1	70
Tabla 23.	Puntaje de la prueba de la velocidad de marcha	61	Tabla 38.	Índice de dimensiones de apoyo social de CG2	72
Tabla 24.	Puntaje prueba de incorporación de una silla	61	Tabla 39.	Descripción porcentual de dimensiones de apoyo social de CG3	74
Tabla 25.	Distribución de población según el puntaje de prueba de balance	61			
Tabla 26.	Distribución de población según criterios de fragilidad en relación con sexo y edad	62			
Tabla 27.	Descripción de las actividades de la vida diaria básicas por centro geriátrico CG (Índice de Barthel)	62			

Índice de Apéndices

Apéndice A	Consentimiento Informado	105
Apéndice B	Instrumento de Valoración	108



Introducción

El presente libro analiza una de las temáticas más actuales y de mayor complejidad para el ser humano, como es el envejecimiento, sobre todo cuando se aborda desde la perspectiva de institucionalización, situación que enmarca este proceso de manera diferencial a nivel de todas las esferas.

El siguiente manuscrito presenta inicialmente, los lineamientos básicos que orientan todo el proceso investigativo, puntualizando específicamente la temática a partir del modelo de valoración geriátrica multidimensional; modelo aplicado a partir de la implementación de un protocolo previamente validado, el cual contiene la evaluación de aspectos médicos, nutricional, cognitivo, emocional, funcional y social, cuyos resultados permitirán conocer la situación de estancia de esta población en dichos contextos.

De esta manera, los apartados del texto exponen de una manera sencilla y puntual, la justificación, los antecedentes y los objetivos que direccionaron la investigación. Asimismo, se abordan lineamientos teóricos básicos respecto a esta temática.

En este sentido, la metodología que se implementó está enmarcada en un paradigma cuantitativo, de tipo descriptivo y observacional. La población se focalizó en adultos mayores institucionalizados de la ciudad de San Juan de Pasto, a través de un muestreo por conveniencia, teniendo en cuenta los criterios de inclusión. Para el desarrollo del proceso investigativo fue necesaria la autorización por parte de los directivos de las tres instituciones.

Finalmente se evidencian los resultados por instituciones, las cuales han sido denominadas con un código (CG1, CG2, CG3) por razones de confidencialidad de las mismas; también, se tuvo en cuenta cada uno de los componentes que han sido analizados y debatidos a partir de la discusión, haciendo un contraste de los resultados del estudio con otras investigaciones.



1. Resumen de la propuesta

1.1. Problema de Investigación

1.1.1. Descripción del problema.

América Latina y el Caribe, por el avance de la transición demográfica, está envejeciendo paulatina pero inexorablemente. Se trata de un proceso generalizado; aunque con niveles variables, todos los países de la región marchan hacia sociedades más envejecidas. Dos características de este proceso motivan una preocupación urgente. En primer lugar, el envejecimiento se produce y se seguirá produciendo en el futuro a un ritmo más rápido que el registrado históricamente en los países hoy desarrollados. En segundo lugar, se dará en un contexto caracterizado por una alta incidencia de pobreza, una persistente y aguda inequidad social, un escaso desarrollo institucional, una baja cobertura de la seguridad social y una probable tendencia hacia la disminución del tamaño de las fuentes de apoyo producto de los cambios en la estructura y composición familiar.

En este contexto, el envejecimiento es uno de los retos demográficos más importantes que enfrentarán los países de la región en el siglo XXI. El desafío consiste en hacer frente a este fenómeno mediante la definición de estrategias claras que garanticen, junto con la sostenibilidad de las finanzas públicas y la capacidad de cumplir con objetivos fundamentales de política presupuestaria, un nivel de vida digno para las personas mayores, que les permita verse favorecidas por el bienestar económico de su país y participar activamente en la vida pública, social y cultural. (CEPAL Naciones Unidas, 2004, p. 1).

En el posible impacto del envejecimiento de la población sobre el gasto público futuro, debe quedar

claro que la influencia del factor demográfico no es el único aspecto a considerar. Existen otros factores igualmente decisivos: estado de salud de los individuos y especialmente, el de las personas mayores, con efectos importantes sobre el comportamiento futuro del gasto sanitario, es decir, el factor epidemiológico; además de la evolución en la prestación sanitaria, ésta tiene que ver con las intervenciones sanitarias disponibles y la intensidad con que éstas se utilizan, también va a tener efectos sobre el gasto sanitario por el factor asistencial, que generalmente se focaliza en los centros geriátricos (Casado y López, 2001).

Así mismo, la morbilidad de quienes sobreviven parece en principio que puede expansionarse como comprimirse. Al respecto, la evidencia empírica internacional apunta, por el momento que, una longevidad más alta no va acompañada de reducciones paralelas en los estados de salud, por tanto, la supervivencia puede quedar vinculada a una mayor cronicidad afectando a un mayor número de personas. La calidad de vida de acuerdo a sus capacidades funcionales se puede disfrutar con el crecimiento de la esperanza de vida o puede, por ende, disminuirse (Rodríguez, 2011).

Por lo tanto,

El tiempo de aparición de los factores anteriores (morbilidad y cronicidad) puede también tener efectos importantísimos. Más supervivientes en la cohorte de los 85 años, pero con un retraso en la aparición de enfermedades como el Parkinson o el Alzheimer, ciertamente puede suponer un impacto importantísimo en la futura evolución del gasto sanitario. (Casado y López, 2001, p. 15).

De igual modo, Colombia es uno de los países de América Latina con transformaciones más intensas en su aumento de la proporción de personas de edad avanzada en la población total (Arango y Ruiz, 2006), como consecuencia del acelerado proceso de transición demográfica; aunado a ello, en el país se presentan serios problemas de orden institucional debido a la falta de mecanismos de coordinación interinstitucional y sectorial que permitan mayor eficacia en las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, a la ausencia de normas administrativas que regulan la prestación de los servicios institucionales y a la orientación de proyectos hacia acciones básicas de tipo asistencial, sobre todo aquellas enmarcadas en el contexto de centros geriátricos.

Se reconoce que con la edad también se aumenta la vulnerabilidad, mayor susceptibilidad de enfermar y morir, la fragilidad, la dificultad para adaptarse a cambios, envejecimiento y a la enfermedad (Gómez y Curcio, 2002), riesgos que se acentúan cuando no existe la debida preparación del anciano, la familia y el medio, para afrontar estos limitantes, ya que son escasas las posibilidades por aspectos, como: poco espacio, bajos ingresos, nivel educativo, aumento en la expectativa de vida, aumento de morbilidad causada por enfermedades crónicas, pobre cobertura en salud, entre otros.

Por lo tanto, la prestación de los servicios de salud en relación con la atención para las personas ancianas deben incluir programas que van desde la educación familiar hasta la atención en salud que garantice inter-

vención, control, mantenimiento y seguimiento, siendo motivo de intervención en todos los sectores; cuando en el medio familiar se cuenta con los recursos físicos, asistenciales y económicos que requiere un anciano para su cuidado, se toma como la mejor opción la asistencia, sin embargo, son múltiples las causas que no permiten que el cuidado pueda darse en este medio y por lo tanto se requiere de la implementación de otras opciones de atención, por ende, surgen los modelos de atención al anciano (Naciones Unidas, 2002).

Es así como los efectos del envejecimiento poblacional en el uso de servicios de atención en salud se han convertido en un desafío para los profesionales y para toda la sociedad, por lo cual, establecer servicios para el cuidado de la salud de la población anciana requiere de la intervención de profesionales de la salud capacitados en el área de la geriatría y la gerontología, para que tengan en cuenta los múltiples factores con una visión holística, como la geografía, el medio ambiente y la seguridad social, e intervengan en las demandas de esta población. Hablar del desafío como tal, nace del desarrollo de la población anciana, los múltiples aspectos que afectan la salud y el funcionamiento, sobre todo a la falta de profesionales en esta área de la salud con formación en geriatría y gerontología (Gómez y Curcio, 2002).

Todas estas situaciones hacen que se requiera de un cambio que incluya una óptima organización en los servicios de salud, de manera tal que se puedan cubrir las necesidades generadas por el incremento de la expec-

tativa de vida de esta población y todas las condiciones que se asocian a ella, tales como: enfermedades crónicas discapacitantes, deterioro cognoscitivo, compresión o expansión de la morbilidad, comorbilidades, sobrecarga de los cuidadores, bajos ingresos económicos, familias pequeñas, incremento en las tasas de divorcio, más mujeres trabajando fuera del hogar, casas pequeñas y disminución de organizaciones políticas y comunitarias que protejan a los ancianos, entre otras. También es necesario el conocimiento por parte de la comunidad de mayores de los servicios médicos y sociales existentes a través de la promoción de los mismos (CEPAL, 2012).

De esta manera, reconocer los requerimientos de la población anciana permite la creación e implementación de los modelos que se generan a partir de políticas sociales de salud. La efectividad en la aplicación de los modelos de atención depende de la ejecución de los programas de apoyo que se desprenden de cada uno de ellos, como de la complejidad que represente, teniendo en cuenta la institución, el usuario, la familia y la comunidad. Es importante considerar el rediseño de los procesos de cuidado, el uso efectivo de la información y la tecnología, desarrollo efectivo de los equipos de salud, el cuidado en relación con las condiciones del paciente, los servicios y el ambiente, que permitan ejecutar las medidas continuas para valorar la calidad en la atención, a partir de la ejecución de un modelo de atención seguro, efectivo, eficiente, personalizado, oportuno y con equidad (Gómez y Curcio, 2002).

Al respecto, la ausencia de un modelo de valoración geriátrica multidimensional integral en el adulto mayor

no permite un diagnóstico unificado para la realización de diferentes intervenciones, lo cual hace que probablemente la atención por parte de los diferentes profesionales sea fraccionada y no se brinde una atención interdisciplinar con todas las desventajas que esto conlleva; entre ellas, la posible instauración de síndromes geriátricos que generan sufrimiento, no solo en el paciente, sino en los miembros de quienes componen su familia, al ver como se deteriora la capacidad funcional de su padre, abuelo o pariente dentro de la institución, en la cual, el desconocimiento de las características funcionales provoca una serie de problemas relacionados con la prestación de los servicios, ya que la falta de atención basada en este modelo puede generar aumento en las demandas de cuidado, lo cual incrementa las necesidad de contar con personal capacitado, en los costos de contratación y en procesos a nivel de remisión. Lo anterior puede afectar los indicadores de calidad en la atención (Tapia et al., 2010).

En tal sentido, la ciudad de Pasto cuenta con tres instituciones que prestan servicios de alojamiento, alimentación, vestido, rehabilitación, acompañamiento espiritual y atención en salud a población adulta mayor y que para el presente documento se han denominado como Centro Geriátrico 1 (CG1), Centro Geriátrico 2 (CG2) y Centro Geriátrico 3 (CG3) con el fin de reservar su nombre; cabe decir, que el presente estudio no busca establecer diferencias en los servicios prestados en cada una de ellas, sino construir las características de una población específica en general. El incremento del número de personas de edad especialmente avan-

zada junto a otros factores, hace que la residencia para personas mayores siga presentándose como la opción preferente en la actualidad, para un grupo muy concreto de ancianos caracterizados por un alto nivel de dependencia funcional, necesidad continua de cuidados y déficit en recursos de apoyo; en esta medida, los hogares geriátricos constituyen una realidad y un único recurso para las familias; sin embargo, en estos centros de atención geriátrica no se está llevando a cabo una atención integral a partir de diferentes ópticas de intervención, básicamente en función del modelo de evaluación multidimensional.

Este desconocimiento de las características multidimensionales representa un gran problema a los profesionales de la salud al momento de intervenir, ya que una adecuada evaluación permite un buen diagnóstico y solo conociendo las deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, se pueden definir planes de intervención acordes a las necesidades de los usuarios. Por lo anterior se realizó la siguiente pregunta de investigación.

1.1.2. Formulación del problema. ¿Cuáles son las características médicas, cognitivas, funcionales y sociales de los adultos mayores de 60 años institucionalizados de la ciudad San Juan de Pasto?

1.1.3. Justificación. En Colombia, del total de las personas de 65 años y más, el 98,8 % se encuentra en hogares particulares y el 1,2 % restante se encuentran en lugares especiales de alojamiento en centros geriátricos. En cuanto al adulto mayor en situación de insti-

tucionalización, los autores Rojas, Toronjo, Rodríguez y Rodríguez (2006) refieren:

Todos los ancianos al ingresar por primera vez en un centro geriátrico se someterán a un período de adaptación y observación establecido en 20 días tras el cual será valorado por una comisión técnica (...) los resultados muestran la existencia de una relación significativa entre la autonomía e independencia de un anciano y su deterioro debido a la institucionalización, a la vez se deduce que los mayores durante dicho período de adaptación no sufren cambios significativos en su percepción de salud por el hecho de la institucionalización. (p. 6)

De igual manera, las personas mayores institucionalizadas sufren pérdidas asociadas a su proceso de envejecimiento; se sienten perdidos en un entorno que no dominan, se destruyen sus relaciones personales, mantenidas a lo largo de su vida, se olvida la competencia y la historia personal, pierde la capacidad para lograr retener el control de su propia vida, la habilidad para la toma de decisiones, todo esto, tendrá a corto o mediano plazo, un efecto significativo a nivel de su calidad de vida (Roca, Henriette, Ramírez y Prosper, 2013). En este sentido, "la institución total es aquel lugar en el que viven grupos de personas que están separadas de la sociedad, comparten una situación común y en el cual transcurre una parte de su vida en régimen cerrado y formalmente administrado" (Leturia, 1999, p. 59).

Por lo descrito anteriormente, es necesario que los adultos mayores institucionalizados sean intervenidos de forma integral y multidimensional, que cuenten con un diagnóstico que incluya todas las esferas del indivi-

duo; esto solo es posible si se realiza una evaluación geriátrica multidimensional, la cual propenderá por la especificidad en la valoración, debido a que el proceso de envejecer y enfermar es particular en cada persona, buscando así un procedimiento diagnóstico interdisciplinario multidimensional, focalizado en determinar las capacidades y cualificar los problemas funcionales, psicosociales y médicos de un anciano frágil para establecer un plan de tratamiento y seguimiento a largo plazo.

De la misma manera, se evidencia que existe un vacío de conocimiento en cuanto a la caracterización multidimensional de los adultos mayores institucionalizados en la ciudad de San Juan de Pasto, teniendo en cuenta los aspectos relacionados con la institucionalización, mencionados en el área problema, que hacen que el adulto mayor sea más vulnerable; la presente investigación es importante, ya que busca aportar a esta población conocimiento real y actualizado acerca de su proceso de envejecimiento, lo cual ayudara a generar propuestas desde todos los niveles de prevención mejorando así su calidad de vida.

Asimismo, es de gran importancia el planteamiento de estas propuestas investigativas para la población estudiantil, ya que permitirán una mejor comprensión del envejecimiento como un proceso natural, el cual genera susceptibilidad frente al deterioro de ciertas funciones que, de no ser controlado, puede ocasionar grandes dificultades en el envejecimiento activo del que todo ser humano debería gozar. De ahí la necesidad de conocer las características multidimensionales de los adultos mayores institucionalizados, a fin de tener un punto de

partida para posibles intervenciones o establecimiento de estrategias de promoción y prevención que promuevan un proceso de vejez con mejor calidad de vida y qué mejor, que estas propuestas sean formuladas por las nuevas generaciones, orientadas en el campo de la salud.

El proyecto fue viable y factible porque se contó con el recurso económico y humano, tanto de la población adulta mayor institucionalizada como de los profesionales idóneos para realizar la caracterización del adulto mayor en cuestión, con el aval institucional para la aplicación de los protocolos. El presente estudio resultó novedoso, ya que existen investigaciones relacionadas con la caracterización multidimensional en adulto mayor institucionalizado, no obstante, es importante resaltar una investigación realizada por la Universidad Mariana con el mismo enfoque del modelo de evaluación geriátrica multidimensional con población adulta mayor ambulatoria, que permitió hacer relaciones y sacar conclusiones comparativas.

1.1.4. Objetivos

1.1.4.1. Objetivo General. Analizar las características médicas, cognitivas funcionales y sociales de los adultos mayores de 60 años institucionalizados de la ciudad San Juan de Pasto.

1.1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar los aspectos sociodemográficos de los adultos mayores de 60 años institucionalizados de la ciudad San Juan de Pasto.

- Describir las características médicas y estado nutricional de los adultos mayores de 60 años institucionalizados de la ciudad San Juan de Pasto.
- Determinar los factores cognitivos, emocionales, funcionales y sociales en el grupo poblacional de evaluación.

1.2. Marco de Referencia

1.2.1. Antecedentes. “El *envejecimiento* normal produce una serie de cambios que se presentan asociados a una declinación general de las funciones fisiológicas. Como consecuencia surge un conjunto de déficit conductuales, cognitivos y emocionales” (Bentosela y Mustaca, 2005, p. 211). Tradicionalmente, se ha identificado la etapa de vida de adulto mayor, como la etapa que presenta agudización de problemas biológicos y fisiológicos que de hacerse crónicos interfieren en el bienestar del sujeto y de las personas que lo rodean (Bentosela y Mustaca, 2005).

Debido a este proceso de senectud, las personas de edad avanzada corren un alto riesgo de desarrollar diferentes patologías relacionadas con el envejecimiento, las cuales están siendo modificadas por diferentes factores sociodemográficos, dichos indicadores demográficos representan las características propias de la población adulto mayor estudiada; entre ellas está la edad, el género y la escolarización, como aquellas de mayor influencia en el proceso de envejecimiento. En este sentido los estudios refieren una relación directa de estos factores con el envejecimiento poblacional; sin embargo, es una relación negativa, generando así que los adultos mayores sean considerados como una po-

blación en situación de mayor vulnerabilidad (Arango y Ruiz, 2006).

Actualmente, las investigaciones se centran en los factores sociodemográficos que afectan la calidad de vida, en la medida en que se convierte en un indicador de envejecimiento saludable; no obstante, estos mismos factores se pueden constituir en un indicador de envejecimiento patológico; dentro de esta perspectiva, varios estudios han demostrado que el proceso de envejecimiento en este grupo étnico está asociado a tener mayor edad, menor grado de escolarización, consumo de medicamentos, morbilidad, género, capacidad funcional, actividad física, entre otras (Melguizo, Acosta y Castellanos, 2012). Al respecto, la población senil de los centros geriátricos se caracteriza por ser en la mayoría de sexo femenino, soltera, sin hijos, con escolaridad primaria, con un nivel bajo de Sisben y el 50 % de los casos presenta una relación con su familia clasificada como inactiva o inexistente. Esto demuestra la gran problemática que estas personas enfrentan en su vida, con un pobre soporte social y familiar, corroborando la soledad como el principal motivo de ingreso a la institución.

En este contexto, la evaluación geriátrica multidimensional se abordará como un proceso evaluativo integral que se enmarca en diferentes componentes de análisis, uno de ellos, se relaciona con el factor médico, el cual no solo corresponde al deterioro que va ocurriendo por el proceso de envejecimiento, sino que también aborda la situación de salud integral del adulto mayor, considerando el motivo de consulta,

pero también, entidades patológicas particulares de mayor frecuencia en esta etapa de la vida. Por tanto, este tipo de evaluación permite identificar los problemas potenciales de salud para enfocar, dirigir y realizar acciones en beneficio de esta población.

En el territorio colombiano en los últimos años, las causas de mortalidad en este grupo poblacional están representadas por las enfermedades crónicas, respiratorias, infecciones y aquellas discapacitantes; además la presencia de la diabetes y otro grupo de enfermedades que tienen como causas: la pobreza, el consumo de alcohol, la insalubridad y la ignorancia; sumado al aumento de condiciones crónicas, como deterioros sensoriales, limitaciones de la movilidad y la capacidad funcional, así como problemas psicológicos y sociales que anteriormente se les prestaba poca atención. Estas limitaciones y condiciones crónicas originan un considerable deterioro de la calidad de vida al envejecer, ya que pueden llegar a ser permanentes y desarrollar algún tipo de implicación, básicamente la mayor discapacidad en este grupo poblacional se presenta en función de movilidad y funcionalidad que repercute significativamente en su esfera mental (Carmona, 2005).

Los estudios sobre la influencia de la institucionalización en la percepción de la autonomía y la calidad de vida en personas mayores determinó las características generales de la población estudiada, con referencia a las variables sociodemográficas las cuales reflejan que el 48,7 % de los residentes de hogares de ancianos tienen entre 75 y 79 años de edad, otro 31,5 % son mayores de 80 y sólo

el 19,8 % tienen entre 70 y 74 años; la proporción según género muestra un mayor número de hombres, con un 57,1 % y el 42,9 % de mujeres presentes en el estudio. Es interesante mencionar que el 63,2 % de los participantes provenía de un entorno urbano, mientras que el 31,6 % procedían de zonas rurales. (Sarabia, 2014, p. 1.013).

Específicamente al hablar del componente médico en función de centros geriátricos, la literatura refiere que las implicaciones físicas y funcionales son mejor atendidas en estos centros, debido al equipo de especialistas que aquí se encuentran; sin embargo, lo anterior no exime la prevalencia de patologías en la población adulta mayor, sobre todo implicaciones de tipo funcional, usualmente en quienes se encuentran confinados a una cama o tienen dificultad para la marcha, necesitando apoyo de una silla de ruedas, lo que demuestra la incapacidad que presentan estas personas para un adecuado autocuidado y la dependencia que tienen de cuidadores externos, esto se complementa al encontrar que la mayoría de los adultos mayores tienen graves problemas para la realización de sus actividades básicas para la vida diaria e incontinencia urinaria. De igual manera, se observa en este contexto un alto grado de deterioro cognoscitivo, pluripatología y polifarmacia en la mayoría de este grupo poblacional. Finalmente, otro hecho perfectamente establecido es el deterioro del 30 % en los ancianos durante el primer año de la institucionalización, que en ocasiones los conduce a la muerte (Wells y Wade, 2013).

El estudio realizado para explorar las condiciones asociadas con la calidad de vida de los ancianos en hogares geriátricos de Medellín presentó como resultados que:

El 59,4 % eran mujeres, la edad promedio fue de 79,2 ± 8,0 años, 71 % se consideraron independientes para realizar actividades de la vida diaria, 45,7 % presentaba sintomatología depresiva y 33 % mostraron riesgo de ansiedad, 28,3 % deterioro funcional y, 54,3 %, posible malnutrición. Se encontró una asociación negativa con la calidad de vida el ser mujer, presentar diabetes, altos puntajes en las escalas de capacidad funcional, depresión y ansiedad; el ir voluntariamente a la institución mostró una asociación positiva. (Cardona et al., 2010, p. 492).

En España se realizó otra investigación concerniente a la institucionalización del adulto mayor, esta investigación trata de:

Determinar el estado nutricional de los ancianos de un área de salud rural y ver si la institucionalización es un factor de riesgo. Para ello, utilizó un estudio observacional descriptivo transversal de prevalencia. El tamaño muestral fue de 311 pacientes mayores de 75 años, a quienes se les realizó mediciones de edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, institucionalización o no, estado nutricional valorado mediante el cuestionario MNA y parámetros antropométricos; apoyo social medido mediante la escala de Duke- Unc; calidad de vida con la escala Euro-Quol; patologías asociadas; trastornos de la deglución y el tratamiento habitual según el tipo de dieta y los fármacos. La valoración situó al 20,3 % de la población estudiada en riesgo de desnutrición, relacionando a los ancianos institucionalizados con un riesgo de desnutrición del 44,4 %, mientras que en los no institucionalizados se encuentran en riesgo un 15,2 %. La mediana del MNA en pacientes no institucionalizados fue de un 27,00 (DT: 2,41) mientras que en los institucionalizados fue de 24,50 (DT: 2,75). Los mayores de 85 años con mayor número de patologías presentan mayor riesgo de desnutrición. La peor calidad de vida y el menor apoyo social influyen negativamente. Se

concluyó que los ancianos evaluados están bien nutridos, donde la edad, una buena calidad de vida y un buen apoyo social son factores protectores. El riesgo de desnutrición se asocia a la edad, estar institucionalizados, mayor número de patologías y de fármacos. (Méndez et al., 2012, p. 903).

El test MNA (Mini Nutritional Assessment), utilizado en el anterior trabajo, sirven para detectar ancianos desnutridos o en riesgo, lo cual ayuda a implementar programas de formación en educación nutricional, tanto en los profesionales sanitarios como en los cuidadores principales, evitando probablemente con ello, las consecuencias derivadas de estos estados carenciales, y consiguiendo una calidad de vida digna para los ancianos. Las realizaciones de estudios de intervención en hábitos nutricionales en ancianos constituirán una importante línea de investigación a impulsar, ya que con pequeños cambios se podrían conseguir importantes mejoras en el estado nutricional de esta población, donde se encuentra un mayor riesgo de desnutrición.

Otro estudio sobre el estado nutricional de los adultos mayores infiere en:

Evaluar la presencia de desnutrición y obesidad, con una metodología comparativa, observacional, prospectivo y transversal, en 91 adultos mayores. Se determinó el peso corporal, la estatura y medidas antropométricas; aplicando el Mini Nutritional Assessment (MNA) a una muestra de 35 usuarios de una casa de día, 28 miembros de un centro cultural, y 28 residentes de dos asilos. Se observó una prevalencia de desnutrición del 32,1 %, 14,3 % y 3,5 % en institucionalizados, casa de día y adultos in-

dependientes, respectivamente. Un 93,2 % de la población estudiada padecía acúmulo de grasa a nivel visceral según el índice de cintura talla (ICT). El índice de masa corporal (IMC) y la circunferencia de la pantorrilla (CP) se correlacionaron significativamente con MNA ($p < 0.05$). Se observó una mayor prevalencia de desnutrición en la población residente de asilos y en los usuarios de casas de día, principalmente en mujeres y población mayor de 80 años de edad. El exceso de tejido adiposo prevalece en la tercera edad. Es necesaria la implementación de estrategias nutricionales específicas para este grupo de edad. (Osuna, Verdugo, Leal y Ramírez, 2015, p. 12).

El anterior artículo es un estudio comparativo de los diferentes tipos de residencia donde viven los adultos mayores; el cual permitió determinar que los habitantes de asilos son más propensos o vulnerables a presentar desnutrición. De ahí la importancia que estas personas sean abordadas de una manera integral, ya que posiblemente la nutrición esté relacionada con las condiciones de la institución y los diferentes tipos de asistencia que éste preste, además es importante implementar diferentes tipos de tratamiento, de acuerdo a las condiciones que presente cada población.

Otro estudio realizado por Cerquera (2008), plantea el análisis de:

La relación entre el estado de los procesos cognitivos y el nivel de depresión de las adultas mayores del Asilo San Antonio de la ciudad de Bucaramanga, a través de la aplicación de instrumentos como Minimental y la escala de Beck. Los resultados del estudio permiten concluir que existe correlación entre el deterioro en los procesos cognitivos y la presencia de depresión, sobre todo en función de algunos eventos significantes de su ciclo vital. (p. 271).

En consecuencia, cuando se realiza valoración geriátrica multidimensional se debe analizar los referentes cognitivo y emocional, los cuales presentan significativas modificaciones en este rango de edad, ya que además de los cambios y problemas biológicos y fisiológicos propios del envejecimiento, es común que la salud psíquica en esta población se vea deteriorada, esto se refleja a través de la presencia de síntomas depresivos y declive cognitivo. Lo anterior afecta de manera directa la calidad de vida de los adultos mayores (Cerquera, 2008).

Por su parte, autores como Durán et al. (2013), refieren no haber identificado ningún tipo de asociación entre depresión y función cognitiva en el adulto mayor. Lo anterior, se explica a partir de la variabilidad en la muestra y a la influencia de factores sociodemográficos de la misma. En este orden de ideas, Roca et al. (2013), analizaron la relación entre deterioro cognitivo y el declinar funcional en personas mayores institucionalizadas, para ello, utilizaron en la evaluación escalas de rastreo cognitivo como Minimental y Barthel, encontrando como resultados que "los pacientes con deterioro cognitivo y demencia analizados en el estudio tuvieron una mayor probabilidad de padecer alta comorbilidad (OR: 5,88; intervalo de confianza del 95 % [IC95]: 5,42-6,33) y peor desempeño funcional (OR: 20,53; IC95 %: 19,54-21,29)" (p. 138).

De igual manera, Escalona, Roca y Blanco (2010) realizaron un estudio orientado a evaluar el nivel de implicación cognitiva y funcional en residentes de un hogar de ancianos, así como también describir algunas variables biológicas; el proyecto fue descriptivo trasversal

con un nivel correlacional, se utilizó como instrumentos de medición el Minimental e índice de Katz, encontrando que la mayor proporción de la muestra presentaba algún compromiso cognitivo y funcional, también se observaron algunos casos de demencia. La hipertensión arterial fue la enfermedad crónica no transmisible más frecuente en los residentes con deterioro cognitivo.

Consecuentemente, otros investigadores analizaron:

La distribución de las puntuaciones del Minimental y MOCA para el diagnóstico de deterioro cognitivo leve y demencia, en una muestra de pacientes institucionalizados, para ello evaluaron 248 pacientes por un equipo multidisciplinario, encontrando en un 70 % de los pacientes deterioro cognitivo, con puntuaciones en el Minimental inferiores o iguales a 27. En 91 % de pacientes con deterioro y 84 % de los sujetos normales, se presentaron puntuaciones del MOCA inferiores o iguales a 25. Los pacientes con cualquier tipo de demencia, presentaron puntuaciones del Minimental inferiores o iguales a 27 e inferiores o iguales a 24 en el MOCA. (Pedraza et al., 2014, p. 22).

El estudio realizado por Climent et al. (2012), vislumbró los siguientes hallazgos investigativos, en una muestra de 245 pacientes:

97 hombres (40 %) y 148 mujeres (60 %), lo que supone el 76 % de los entrevistados. Nivel de estudios: analfabetos 26 (11 %), primarios 125 (51 %), secundarios 65 (26 %) y superiores 29 (12 %). Presentan puntuación en Pfeiffer compatible con deterioro cognitivo 31 participantes (13 %). El deterioro cognitivo es mayor entre los analfabetos (23 %) y aquellos que cursaron estudios primarios (13 %), y menor entre los participantes que cursaron estudios superiores y los que practican diariamente la lectura. Entre

los pacientes estudiados, hay una menor prevalencia de deterioro entre los tratados con antihipertensivos (11 %) frente a los no tratados (16 %) y mayor prevalencia entre los tratados con antidepressivos (21 %) frente a los no tratados (12 %). (p. 97).

El estudio sobre *depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo*, quiso establecer la prevalencia y factores de riesgo para depresión en adultos de 65-95 años de centros de cuidado geriátrico de Barranquilla. Obteniendo los siguientes resultados:

La prevalencia de depresión fue de 36,4 %, y predominó la leve (24,2 %). Fueron factores de riesgo: nivel educativo: primaria incompleta (OR: 1,9, IC 95 %:0,02 - 5,43, p: 0,0090) y presentar trastornos neurológicos y psiquiátricos (OR: 6,6, IC 95 %: 1,21 - 35,9, p: 0,0215). Presentaron fuerza de asociación significativa: el sexo masculino y ser soltero. Mostraron fuerza en la asociación no significativa, la fuente de ingresos, los ingresos económicos menores de 1 salario mínimo legal vigente (SMLV), la polifarmacia y el tipo de hogar. (Borda et al., 2013, p. 64).

Con respecto a la dimensión funcional, los autores Abizanda et al. (2012) realizaron un estudio que tuvo como objetivo "determinar los valores normativos de algunos de los diferentes instrumentos de valoración funcional más usados en España" (p. 162); este estudio contempló:

993 sujetos con edad igual o mayor a 70 años participantes en la cohorte FRADEA; Se recogieron cuestionarios de discapacidad y función, Barthel, Lawton e Instrumento Abreviado de Discapacidad y Función en la Edad Avanzada (SF-LLFDI), escala de deambulación de Holden (FAC), y pruebas de ejecución: velocidad de marcha (m/s), leván-

tese y ande cronometrado (TUG) (s), tiempo de equilibrio unipodal (s), sentarse y levantarse 5 veces de una silla cronometrado (5STS) (s), Short Physical Performance Battery (SPPB), fuerza prensora (kg), y fuerza flexora codo (kg). Se describen medias, cuartiles y percentiles en la cohorte global, y en los subgrupos de hombres y mujeres con edad entre 70 y 79 o igual o mayor a 80 años. (p. 162)

Presentando los siguientes resultados:

Los cuartiles de los diferentes instrumentos fueron respectivamente Barthel (80, 95, 100), Lawton (3, 6, 8), SF-LLFDI (70, 111, 131), FAC (4, 5, 5), velocidad de marcha (0,51, 0,79, 1,00), TUG (13,8, 11,4, 9,8), tiempo de equilibrio unipodal (3, 7, 15), 5STS (16,3, 13,0, 10,7), SPPB (7, 9, 11), fuerza prensora (15, 20, 29), y fuerza flexora de codo (11, 20, 32). Los más jóvenes, los hombres y los residentes en la comunidad, presentaron mejores rendimientos en todos los instrumentos. (p. 162).

De este estudio se concluyó, que de los 993 sujetos que componían la muestra, 212 estaban institucionalizados y recibieron la valoración en la institución correspondiente, mientras que de los 781 que residían en la comunidad, 596 fueron evaluados en el Hospital Perpetuo Socorro y 185 en su domicilio. Las mujeres presentaron mayor edad media que los hombres y una mayor tasa de institucionalización. Así mismo, los mayores de 80 años, los institucionalizados y las mujeres presentaron mayor discapacidad y peor rendimiento en todas las pruebas de ejecución analizadas. (Abizanda, 2012).

La investigación de los autores Cabrero et al., (2012) busca:

Aportar nuevos valores de referencia de la Short Physical Performance Battery (SPPB) para personas de 70 y más años, en atención primaria de salud (APS), y analizar su asociación con variables demográficas, de función física, estado de salud y clínicas.

La SPPB se aplicó mediante observación directa y el resto de variables mediante entrevista. Se calcularon valores de referencia según sexo y 3 grupos de edad (70-75, 76-80, > 80 años) y se examinó la validez de la batería mediante estadísticos de asociación con variables demográficas, clínicas y de funcionamiento. Resultados: Los valores de referencia indicaron peor desempeño en las mujeres y progresivamente peor desempeño a través de los 3 grupos de edad. La batería SPPB se asoció significativamente ($p < 0,01$) con la edad, sexo, número de fármacos consumidos, morbilidad, índice de masa corporal, dependencia en actividades básicas de la vida diaria (ABVD), dependencia en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) por motivos de salud, Physical Functioning Scale (PF-10), depresión y percepción de salud. (p. 540).

Otro estudio sobre el tema en cuestión corresponde a los autores Gómez, Curcio, Alvarado, Zunzunegui y Guralnik (2013), que buscó:

Evaluar la validez convergente y de constructo, y la confiabilidad de la Batería Corta de desempeño físico (Short Physical Performance Battery -SPPB-) entre ancianos no discapacitados entre 65 a 74 años, en los Andes Colombianos. La muestra fueron 150 ancianos entre 65-74 años reclutados de los centros-día de la ciudad de Manizales, Colombia. Con pruebas del SPPB, como: equilibrio, caminar 4 m. y el tiempo para incorporarse 5 veces de una silla, se aplicaron a todos los participantes. La fiabilidad fue medida con un intervalo de 7 días entre las evaluaciones,

y analizada con Anova de medidas repetidas. La validez de constructo fue evaluada mediante análisis factorial y relaciones entre el SPPB con la función cognoscitiva, síntomas de depresión, auto-percepción de salud, y factores sociales; y la validez convergente mediante asociaciones con las limitaciones de movilidad y discapacidad en las Actividades de la Vida Diaria (AVD), para estos últimos análisis se usaron Test de ANOVA. En cuanto a los resultados: La fiabilidad del SPPB test-retest fue muy buena, 0,87 (IC95%: 0,77- 0,93). Las tres pruebas del SPPB resultaron en un solo factor. El SPPB mostró una relación con limitación en la marcha y para subir escaleras, así como con los indicadores de discapacidad, función cognoscitiva y depresión. Existe una disminución gradual del puntaje de SPPB al aumentar la discapacidad y la mala auto-percepción de salud. Como conclusión: La versión en español de la Batería Corta de Desempeño físico (SPPB) demostró ser válida y confiable para evaluar el desempeño físico en ancianos en los Andes Colombianos. (p. 165).

A nivel regional se referencia la investigación realizada en la Universidad Mariana por los estudiantes del Programa de Psicología, denominada: *Desempeño cognitivo y funcional de los adultos mayores de 60 años pertenecientes al Hogar San José de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, en el municipio de Ipiales*, cuyo objetivo fue analizar y correlacionar el desempeño cognitivo y funcional de 40 adultos mayores, con instrumentos, como: el mini mental de Folstein, cancelación de la A, figura de rey, IAS fonológico, test de Boston, memoria de una lista de palabras, evocación de las tres frases y aritmética, subprueba de WAIS y las escalas funcionales, tales como: índice de Barthel y escala de

Lawton y Brody. Los resultados arrojaron que el promedio obtenido determina una implicación cognitiva en los adultos mayores, en cuanto al desempeño funcional se determinó que los ancianos presentan dependencia moderada, evidenciando gran alteración en el desempeño ocupacional debido a su deterioro (Benavides, Mavisoy y Vela, 2010).

A nivel nacional se referencia la investigación sobre *caracterización del nivel de funcionalidad cotidiana en el adulto mayor*:

Cuyo objetivo fue caracterizar el nivel de funcionalidad cotidiana de un grupo de adultos mayores por medio de la aplicación del índice de Barthel y su posterior análisis y clasificación. La población evaluada correspondió a un grupo de 30 adultos mayores, en edades comprendidas entre 60 y 80 años de ambos géneros (26 mujeres y 4 hombres), seleccionados mediante un muestreo no probabilístico intencionado. Sus resultados describen que el 57 % del grupo evaluado obtuvo una clasificación de funcionalidad en actividades cotidianas de Independientes, mientras que el otro 43 % obtuvo una clasificación de Dependientes Leves. Se encontró además que el grupo que realizó actividades físicas de 0 a 2 veces por semana presentó una calificación de Dependientes Leves, y a su vez, el grupo que realizaba actividad física con una frecuencia de 3 a 5 veces por semana obtuvo una calificación de Independientes. Dentro de las principales deficiencias funcionales que se identificaron en el grupo evaluado, según el índice de Barthel, se encontró que para la realización de las actividades traslado silla-cama y escalones, se necesita de una pequeña supervisión verbal o física, siendo ésta última actividad la limitante funcional más

significativa para el grupo en cuestión. (Arboleda, Vargas y Galicia, 2009, p. 6).

Según los resultados de la evaluación, también se encontró que a partir de los 70 años el grupo evaluado inició un declive de la funcionalidad en actividades de la vida cotidiana, demarcando principalmente la necesidad de supervisión física o verbal al realizar actividades como subir y bajar un tramo de escaleras, esta actividad básica cotidiana fue la que presentó más limitaciones. (Arboleda, Vargas y Galicia, 2009).

Frente a la dimensión social, se referencia la investigación realizada en la Universidad Mariana por parte de estudiantes del Programa de Enfermería (Arismendi y Criollo, 2010) denominada: *Sentimientos que experimenta frente al abandono el adulto mayor del Amparo de Ancianos San José de la unidad de Beneficencia-Hombres de San Juan de Pasto*, cuyo propósito fue identificar los sentimientos que experimenta frente al abandono el adulto mayor institucionalizado. Al reconocer dichos sentimientos personales por los que atraviesan, se propone brindar educación y orientación para que puedan desempeñarse de acuerdo a las labores que anteriormente realizaban. Existen reacciones negativas que pueden sufrir los ancianos ante la angustia y frustración, provocadas por la pérdida, como: la depresión, que no es necesariamente un síntoma de envejecimiento, pero se relaciona con el ámbito social estrecho en el que vive el adulto mayor, conduciéndolo al aislamiento, con ello, dificultades para entablar relaciones significativas. Este antecedente su tuvo en cuenta porque da

cuenta del abandono por parte de la familia del adulto mayor, lo que ocasiona graves afectaciones en cuanto a su nivel emocional, y esto repercute en el desempeño de las actividades de la vida diaria, como la participación social y el autocuidado.

Otra investigación importante es: *Abandono del Adulto Mayor, Derechos y Política Social*, cuyos objetivos fueron:

Obtener información acerca de la situación que vive el adulto mayor frente al abandono y su envejecimiento, las leyes y políticas sociales dirigidas a ellos, identificar qué cambios se han logrado para mejorar la calidad de vida del adulto mayor y los desarrollos conceptuales sobre vejez y envejecimiento que se han abordado en las unidades de análisis. (Guzmán, 2010, p. 9).

La vivencia que experimenta el Adulto Mayor que se encuentra en una situación de abandono refleja en la actualidad la falta de enlace en el cual nuestra sociedad, y su núcleo familiar se encuentran. El hecho de vivir esta situación parece ser la única solución que encuentra para de alguna manera poder sobrellevarla. Si se tomara en cuenta la importancia de la red de apoyo, la comprensión, calidad de vida y el amor que se debería mostrar a las personas adultas mayores dentro de la familia, esto sería totalmente diferente a lo que se vive en la actualidad. Todos los cambios se deben a la modernización que llevan los países para dejar de ser subdesarrollados, dejando a un lado el factor humano y la base familiar que es tan importante para el fortalecimiento de valores en las personas. (p. 56).

Existe una investigación muy interesante realizada en la Universidad de Chile: *factores que inciden en la participación social del adulto mayor en actividades físico-recreativas*, la cual se enmarco en:

La temática de Ocupación y Adulto Mayor Activo, (...), orientándose a aquellos factores facilitadores u obstaculizadores de dicha participación. Para este objetivo realizamos entrevistas en profundidad a cuatro personas que cumplieron los criterios muestrales establecidos para el estudio, que corresponden a: Adultos Mayores que se reconozcan a sí mismos como activos, que participen hace al menos un año en Actividades Físico-Recreativas, como mínimo una vez por semana en el último año. Para el análisis de datos de esta investigación cualitativa utilizamos la técnica de análisis de contenido desde el relato de los participantes, obteniendo como principales factores facilitadores de esta participación el intercambio de recursos no tangibles, la motivación, el cuerpo vivido, la trayectoria de vida, la habituación y la accesibilidad, como factores que influyen en la participación de adultos mayores. Además de los mencionados existe una variedad de factores que interactúan entre sí, determinando atrayentes relaciones inter e intra factoriales, donde identificamos aspectos transversales a las distintas temáticas abordadas en esta investigación que posibilitan la apertura de nuevas líneas de investigación para la Ciencia de la Ocupación y Terapia Ocupacional. (Alegria et al., 2013, p. 59).

En Venezuela se desarrolló un estudio titulado: *La Recreación y calidad de vida en adultos mayores que viven en instituciones geriátricas y en sus hogares*, en el cual:

El objetivo del estudio fue comparar las actividades recreativas que realizan los adultos mayores residentes en instituciones geriátricas con los que habitan en sus hogares, y los beneficios que éstas les proporcionan. Se realizó una investigación comparativa, no experimental, transeccional, de campo; partiendo de que la recreación como actividad inherente a la vida, busca el disfrute, promoviendo el desarrollo y elevando la calidad de vida. Se encontró

que ambos grupos realizan actividades informales, formales y solitarias que les proporcionan beneficios como: les gustan, los entretienen, ocupan el tiempo y les permite ofrecer aportes a la familia y sociedad. Se recomienda fomentar las de participación activa para mantenerlos dinámicos, promoviendo sentimientos de satisfacción que contribuyan a mejorar la calidad de vida. La investigación Envejecimiento con éxito (Servicio de Investigación Social, 2013), se dirige a conocer hasta qué punto la participación en actividades y programas de carácter social juega un papel de resistencia o de prevención frente a la dependencia en las personas mayores en la medida en que contribuye a la construcción de una red de apoyo social en las personas mayores, impulsa la motivación intrínseca y fomenta la auto percepción de elección y utilidad de estas personas. Los resultados de esta investigación parecen evidenciar cierta asociación entre la participación social y los factores moduladores de dependencia, lo que viene a confirmar una de las principales hipótesis de trabajo por la cual realizar actividades de ocio y de carácter social durante la vejez ejerce un efecto amortiguador ante la dependencia, aspectos que serán tenidos en cuenta para la presente investigación. (Árraga y Sánchez, 2007, p. 737).

A nivel nacional, se referencia como antecedente la investigación realizada en la ciudad de Manizales, denominada: *Validación y análisis de género del cuestionario de evaluación del espacio de vida en ancianos de Colombia y Brasil* (Curcio et al., 2012), con la cual se hizo la validación del instrumento del LSA (Life Space Assessment) en una correlación de espacios de vida con sexo, depresión, comorbilidad, autopercepción de salud, características del medio ambiente físico y redes de apoyo. Los resultados obtenidos muestran que el LSA se relaciona con aspectos de la movilidad, don-

de el sexo, educación e ingresos económicos son determinantes que influyen en la participación del adulto mayor. Este antecedente aporta a la investigación en adultos mayores institucionalizados en Pasto, porque sustenta la validez del instrumento LSA en Colombia.

1.2.2. Marco Conceptual.

1.2.2.1. Envejecimiento. El concepto de vejez ha sufrido una serie de transformaciones: inicialmente solo se abordaba desde el deterioro orgánico y era definido como un proceso que convierte a los adultos sanos en sujetos frágiles, presentando una disminución en la reserva de los sistemas fisiológicos y una vulnerabilidad creciente a la mayoría de las enfermedades y a la muerte.

Es importante distinguir el envejecimiento como proceso, del proceso de envejecimiento. El *envejecimiento como proceso* ("envejecimiento normal") representa los cambios biológicos universales que se producen con la edad y que no están afectados por la influencia de enfermedades o del entorno. No todos estos cambios relacionados con la edad tienen consecuencias clínicas negativas. Por el contrario, el *proceso de envejecimiento* está muy influenciado por los efectos de los estados del entorno, del estilo de vida y de las enfermedades, que, a su vez, están relacionados con el envejecimiento o cambian por su causa pero que no se deben al envejecimiento en sí. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001, p. 10).

Por tanto, el envejecimiento es entendido como un proceso fundamental biológico en el cual se presentan diferentes cambios a nivel físico, mental, individual y colectivo; es el conjunto de cambios bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funciona-

les que aparecen en el individuo a lo largo de la vida como consecuencia de la acción del tiempo. Se caracteriza también por la presencia de una serie de cambios a nivel de la totalidad de los sistemas funcionales (Rodríguez, 2011).

1.2.2.2. Vejez. Puede ser comprendida desde un enfoque demográfico, refiriendo a una primera etapa que es la prejubilación y la jubilación cuando el sujeto se encuentra en un promedio de 60 años, y posteriormente una segunda etapa donde el sujeto pierde la independencia después de los 80 años; desde este punto de vista es importante el enfoque demográfico en la actualidad, ya que la pirámide poblacional está en cambio, lo cual incrementa la esperanza de vida (Rodríguez, 2011). El enfoque socioeconómico permite caracterizar la etapa de la vejez, este enfoque refiere la finalización del ciclo productivo del adulto y su proceso de jubilación en algunos casos. Desde el punto de vista económico, la vida del adulto mayor se fundamenta en la interacción con su familia y el desarrollo del mismo, por pasar de ser una persona productiva a una persona que en algunos casos llega a depender de su núcleo familiar. Sin lugar a duda el papel que cumple el adulto mayor es fundamental para su familia, ya sea desde el punto de vista activo o netamente dependiente, ya que genera un actuar en su familia y en la sociedad (Bayarre, Pérez y Menéndez, 2006).

1.2.2.3. Institucionalización. No todos los adultos mayores están en las mismas condiciones respecto a la capacidad para satisfacer las necesidades propias de su

ciclo vital, esto debido a distintas circunstancias, hay grupos de ancianos mayormente vulnerados y posiblemente en desventaja si se comparan con otros pares del mismo grupo; en la actualidad los hogares de ancianos constituyen una realidad ineludible y único recurso frente a los casos de abandono, falta de una familia como red de apoyo, pérdida de autonomía, situaciones de carencias de recursos económicos, enfermedades, entre otros (Castro, Brizuela, Gómez y Cabrera, 2010).

Desde el siglo XIX los hogares geriátricos se responsabilizan del cuidado y protección tanto de los ancianos como de los deficientes mentales e indigentes, estas residencias proveen habitación, comidas y ayuda con las actividades cotidianas y recreativas; en la mayoría de los casos, los residentes de los asilos de ancianos tienen problemas o físicos o mentales que les impiden vivir solos y generalmente necesitan ayuda; en la actualidad la falta de medidas de protección legal reguladas por el Estado y la presión de demanda por cuidados extra familiares genera la apertura de Hogares de Ancianos como una nueva actividad económica con y sin fines de lucro, teniendo diferentes niveles de atención, organización y formalización de actividad, creadas tanto por instituciones benéficas de origen religioso como por instituciones privadas (Castro, Brizuela, Gómez y Cabrera, 2010).

1.2.2.4. Evaluación Geriátrica Multidimensional. Antiguamente los profesionales que se encargaban del abordaje del adulto mayor no contaban con una evaluación integral e interdisciplinar que diera respues-

ta a sus demandas en función de las particularidades físicas, cognitivas, psicosociales y funcionales presentes en este tipo de población; esta evaluación, es entendida como un proceso diagnóstico multidimensional, usualmente multidisciplinario, diseñado para cuantificar las capacidades y problemas funcionales, psicosociales y médicos del adulto mayor, con la intención de llegar a un plan extenso de tratamiento y un continuo seguimiento a largo plazo (Villanueva, 2000).

Es así, que todo tipo de conocimiento basado en la evaluación del adulto mayor poco a poco se fue constituyendo en un sistema de valoración en los años 40, llegando a establecer un programa de detección sistemática de problemas geriátricos, que en muchas situaciones son tratables con resultados alentadores, situación que contribuyó de forma fundamental a la inclusión en 1948 de la Medicina Especializada Geriátrica en el sistema nacional de salud de algunos países del mundo. Fue así como se efectuaron diversas valoraciones multidimensionales siendo prioritaria este tipo de evaluación. En los años 80 en las unidades geriátricas principalmente de países como Estados Unidos se establecieron parámetros de funcionalidad, reducción de la mortalidad, disminución de reingresos institucionales y hospitalarios, aspectos que incidieron en la optimización de los recursos económicos (García y Fernández, 2005).

A partir de estos hechos, se fundamentan las bases para los diferentes estudios encaminados hacia las evaluaciones geriátricas multidimensionales; estas evalua-

ciones se constituyen en un proceso multidimensional e interdisciplinar, destinado a cuantificar las capacidades y déficits del anciano, con el fin de implementar programas de intervención; de ahí, que este tipo de evaluación hace referencia a un proceso interdisciplinario y multidimensional para la detección y explicación de problemas médicos, mentales, funcionales y sociales del adulto mayor. Busca cubrir las necesidades de servicios y desarrollar planes de cuidados focalizados en intervenciones para la mejoría funcional, mental, clínica, y social del adulto mayor y su familia (Rodríguez, 2006).

Los principales objetivos en la evaluación multidimensional en múltiples estudios es el descubrimiento de la enfermedad y situaciones que llevan al anciano a asumir parte del envejecimiento normalmente, mediante un equilibrio que se fundamente entre un adecuado diagnóstico, tratamiento y un continuo seguimiento a los ancianos y a su grupo familiar o cuidadores. Este tipo de evaluación se caracteriza por el tiempo necesario para su realización, con la finalidad de emprender acciones correctivas para la población susceptible con predisposición a enfermedades, discapacidades y muerte, buscando actividades preventivas y oportunas (Montenegro, Salazar, De la Puente, Gómez y Ramírez, 2009).

La evaluación multidimensional se determina por factores biológicos, psicológicos, sociales, propios del contexto, dentro de los cuales se refieren aspectos que involucran la autopercepción del estado de salud del adulto mayor, el acompañamiento familiar y la actitud de estos, que permiten determinar la estimación de calidad de vida para mejorar las intervenciones en esta población; objetivando los problemas en salud, el im-

pacto en pacientes y familiares, generando la planificación de mejoras en la atención, incorporando expectativas familiares y del usuario respecto a la situación actual, posibles repercusiones y soluciones brindadas a través de la intervención, por lo tanto, esta evaluación se enmarca en el concepto de calidad de vida. Llevar a cabo dicha evaluación depende del trabajo coordinado e integrado de disciplinas, como: la medicina, psicología, terapia ocupacional, fisioterapia, trabajo social, las cuales desde sus procesos de intervención centran su trabajo en aspectos específicos de la valoración integral al adulto mayor (Morales, 2000).

1.2.2.5. Síndromes Geriátricos. Este constructo se conceptualiza como la presentación más frecuente de enfermedades en el adulto mayor, la cual se determina por condiciones de salud multifactoriales, propias del paciente anciano. Al respecto existe controversia en su denominación, sin embargo, los más descritos en la literatura son: caídas, fragilidad, deterioro cognitivo e incontinencia urinaria. Es fundamental tener un amplio conocimiento de estos síndromes geriátricos; ya que se caracterizan por producir un bajo rendimiento en las actividades de la vida diaria, por ende, a una baja calidad de vida de esta población, siendo necesario un rápido diagnóstico y tratamiento a este cuadro patológico para conseguir la recuperación del paciente (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2007).

1.2.2.6. Caídas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo, contra su voluntad, y junto con la inestabilidad, constituye uno de los grandes síndromes geriátricos (Cruz,

González, López, Godoy y Pérez, 2014). Para los autores Gómez y Curcio (2002), las caídas son el efecto de llegar a permanecer en forma no intencionada en la tierra, piso u otro nivel más bajo, excluye caer contra el mobiliario, las paredes u otras estructuras. Las caídas ocurren cuando la fuerza y la velocidad del desplazamiento excede la posibilidad de respuesta de los mecanismos del balance.

1.2.2.7. Fragilidad. Según búsquedas minuciosas realizadas en diversas bases de datos se encontraron múltiples definiciones operativas acerca de fragilidad, planteadas por diferentes autores, sin embargo, la mayoría de estos concuerdan que la fragilidad es un estado asociado al envejecimiento, que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica. Según Fried (citado por Gómez y Curcio, 2002) fragilidad es un síndrome biológico, definido como el estado de disminución de las reservas fisiológicas y de la resistencia a eventos estresantes, que, resuelta de deterioros acumulados en múltiples sistemas, como en la movilidad, la fuerza, el balance y la resistencia, asociado con el aumento de la susceptibilidad a desarrollar discapacidad y consecuencias adversas a la salud.

1.2.2.8. Deterioro Cognitivo. Se refleja principalmente en una disminución en la rapidez y en la eficiencia del procesamiento mental; ésta se acentúa después de la quinta década de vida, la lentitud se combina con una reducción en la cantidad de información que puede procesarse en un momento dado. Los adultos mayores tienen menor capacidad que los jóvenes para almace-

nar nueva información y para recobrarla posteriormente (Petersen y O'Brien, 2006). Éste se clasifica en: Deterioro Cognitivo Leve tipo amnésico, multidominio y no amnésico.

1.2.2.9. Incontinencia Urinaria. Tradicionalmente la incontinencia, tanto urinaria como fecal, ha sido definida como un gigante de la geriatría, o sea una patología de común aparición en la tercera edad y como característica relevante se señala el hecho de que no mata, pero discapacita, lo cual podría pensarse que es aún peor. De hecho, tiene un efecto significativo en la salud y la calidad de vida, ésta se ha definido como el escape involuntario de cantidades variables de orina. La prevalencia es aproximadamente del 10 % a los 60 años, un 30 % en mayores de 85 años en ancianos de la comunidad. En ancianos institucionalizados esta cifra se puede elevar hasta un 75 %, es una condición frecuentemente subvalorada y subtratada, ya que muchas veces el paciente y su cuidador presumen que es un hallazgo normal con la edad (Macia, Lahman, Baali, Boëtsch y Chapuis, 2009).

1.2.2.10. Participación social en adulto mayor. La participación social de los ancianos ha sido tradicionalmente abordada desde su dimensión individual. Desde esta perspectiva la participación podría definirse como un proceso de interacción personal que consiste en tomar parte activa y comprometida en una actividad conjunta, que es percibida por la persona como beneficiosa y su manifestación operativa por excelencia, sería la satisfacción que experimentan los

individuos como resultado de su participación en las actividades sociales que realizan en el medio familiar, en el centro de trabajo y en el ámbito comunal y nacional (Vivaldi y Barra, 2012).

Además, la participación social de las personas mayores contribuye a la calidad de vida de las mismas. Numerosos estudios han demostrado que la participación social de las personas mayores contribuye a alargar la vida y, lo que es más importante, a hacerla más útil y placentera. (...) La capacidad de las personas mayores para relacionarse con el entorno, el apoyo social y la integración en un mundo que puede tener tendencia a marginarlas y estigmatizarlas se convierte en uno de los aspectos fundamentales para vivir el proceso de envejecimiento como una experiencia en positivo. (Servicio de Investigación Social, 2013, p. 5)

Es importante señalar que la participación social de los adultos mayores tiene una clasificación (Servicio de Investigación Social, 2013), la cual es relevante en el momento de orientar estrategias para su promoción.

Los tipos de participación se enuncian a continuación.

Participación Política: Uno de los principios básicos de cualquier país democrático es la participación de la ciudadanía en la política, ya sea de manera directa o bien por medio de representantes. De manera muy general se entiende por participación política aquella actividad colectiva o individual que ejerce la ciudadanía que se dirige a intervenir en la designación de sus gobernantes y/o a influir en estos y estas con respecto a una política de un Estado. La participación política nos remite a actividades como votar, participar en algún partido político o discutir asuntos de la vida política.

Para los adultos mayores es vital continuar su participación en este aspecto, pues en ellos donde radica la memoria de hechos históricos del país en que se vive.

Participación en el ámbito laboral: El desarrollo vital de gran parte de la población pasa por su participación en el mercado de trabajo a lo largo de una parte importante de su vida. Por eso, el cese de la actividad laboral por jubilación es una de las consecuencias más directas vinculadas a la edad. Esto conlleva consecuencias sustanciales para estas personas: más tiempo libre, reformulación de la actividad ejercida a lo largo del día, cambios en el nivel adquisitivo, etc. Este cambio vital supone no sólo un cambio de actividad sino también un cambio de actitud, ya que afecta a planos muy diversos de la vida, como el económico, el relacional, el psicológico, etc. y supone una etapa de cambio para aquellas personas que dejan de ejercer una actividad a la que se dedicaba una parte sustancial de su vida.

Participación en el ámbito educativo o formativo: La educación, el aprendizaje permanente o la adquisición de conocimientos y actitudes juegan un papel fundamental para el desarrollo de las personas, así como para su participación en la sociedad. En algunos estudios se evidencia que el porcentaje de quienes cuentan sólo con estudios primarios es también elevado en este segmento de la población. Este hecho repercute en la realidad concreta del colectivo, por cuanto tiene especial relevancia el aprendizaje permanente y la oferta formativa adaptada a sus necesidades específicas, así como los programas de educación para personas mayores.

Participación en medios de comunicación: Estos medios posibilitan hoy día una comunicación de masas inmediata y globalizada. Este apartado se centra, de manera exclusiva, en los medios de comunicación tradicionales (prensa, radio y televisión), ya que el uso de las tecnologías de la información y la comunicación ha sido abordado en el apartado Educación. En él se pretende dar cuenta del vínculo que tienen las personas de más edad con los medios de comunicación, principalmente como receptores de información y personas usuarias de los distintos medios analizados.

Participación en el ámbito social: Establece como uno de sus objetivos el promover la participación ciudadana en el voluntariado, incrementando el número de personas, así como su compromiso estable en el tiempo. Una de las acciones concretas que señalan en esta promoción del voluntariado es la incorporación de personas mayores, como instrumento de envejecimiento activo.

Participación en actividades de ocio y tiempo libre: De hecho, cada vez son más numerosos los estudios que analizan el impacto de las prácticas de ocio sobre la calidad de vida de las personas. Algunos trabajos se refieren a las ventajas que la experiencia del ocio aporta a las personas, mientras que otros estudian el impacto de actividades específicas de ocio (como puede ser el voluntariado social o la práctica de alguna actividad física o deportiva).

Dentro de la presente investigación se tiene en cuenta, que los adultos mayores pueden ejercer toda una gama

de actividades recreativas acordes con su realidad individual y grupal, posibilita mejorar su calidad de vida y ampliar sus oportunidades para crecer como personas, ya que participar de las diversas actividades libera de la rutina, inactividad y sedentarismo, de tensiones como el estrés, la ansiedad, el aburrimiento y en algunos casos, inclusive, de la depresión. Estas actividades facilitan la interacción con otras personas rompiendo el aislamiento y la soledad, ayudan a retardar el avance y aceleración del proceso de envejecimiento, e inclusive de algunas enfermedades relacionadas con la inactividad. Sin embargo, el problema recreativo de los ancianos en el momento actual radica en que muchas instituciones geriátricas/gerontológicas y la mayor parte de las entidades públicas, carecen de conocimientos, estrategias o personas encargadas de la función o actividad recreativa acordes a la realidad individual o grupal del anciano (Árraga y Sánchez, 2007).

1.2.2.11. Espacio de vida. El espacio de vida ha sido conceptualizado como una medida de la movilidad y de participación social puesto que refleja el área a través de la cual se mueve una persona, desde su cama hasta más allá de la ciudad o del país. Tiene en cuenta la interacción con el medio ambiente, no sólo aspectos individuales de la movilidad de los ancianos, sino la complejidad ambiental, reflejando el equilibrio entre lo interno de las personas y los desafíos ambientales a los que se debe responder en la vida cotidiana. Conocer los espacios de vida refleja los patrones de participación, así como la capacidad física y es útil en la evaluación de importantes cambios funcionales después de un evento

adverso. Salir de la casa implica una adecuada funcionalidad, pero salir a menudo y viajar grandes distancias de manera regular también se puede ver como un componente de complejidad ambiental que debe enfrentar un anciano. Los ambientes que proporcionan una mayor diversidad de experiencias y mayores exigencias en cuanto a la toma de decisiones se consideran más complejos. La mayoría de las personas mayores pasan más tiempo en el interior del hogar o en su entorno inmediato, debido al aumento de edad y las condiciones de salud, lo cual conduce a la marginación social, disminución de actividades sociales, soledad y una pobre calidad de vida. Curcio (como se citó en Yarce, Botina, Cuero y Ortiz, 2016).

La movilidad es fundamental para la vida diaria, comprensión de la salud y bienestar de la población anciana, ésta se centra en la capacidad de las personas para afrontar diversos retos como el uso de transporte, conducir, caminar, uso de dispositivos de ayuda y la actividad física para la ejecución de actividades de la vida diaria e instrumentales. Actualmente, se emplea un nuevo enfoque que estudia las interacciones de las características ambientales e individuales que subyacen el espacio de vida de los ancianos. La movilidad es óptima cuando se es capaz de ir a dónde, cuándo y cómo se quiere ir de manera segura y confiable. Los factores que podrían influir en el espacio de vida son múltiples tales como tasa de criminalidad, clima, adecuación del transporte público, recursos, red de apoyo social, roles sociales, trabajo, salud capacidad funcional, aspectos motores

sensoriales, cognitivos y emocionales. Se reconoce que el espacio de vida refleja la compleja gama de factores físicos, psicosociales y medio ambientales necesarios para el funcionamiento independiente en el mundo real.

Los factores asociados a la restricción del espacio de vida reportados en la literatura son: mayor edad, sexo femenino, ECV, síntomas depresivos, y discapacidad en AVD físico, bajos niveles de educación, insuficientes ingresos para cubrir las necesidades, síntomas depresivos, baja ejecución física y funciones cognoscitivas, otro punto es que los ancianos son menos capaces de adaptarse a los retos del envejecimiento y tienen dificultades para moverse en el mundo. Existen, además, asociaciones como el deterioro cognoscitivo, los individuos con mayor espacio de vida experimentan una disminución significativamente menor en la función cognoscitiva y se sugiere que tener un mayor espacio vital puede ser un factor protector para este deterioro en la vejez.

Asociado al deterioro visual se encuentran los adultos con reducción del campo de visión, glaucoma, degeneración macular, déficits de campos visuales o con deterioro de la sensibilidad al contraste presentan restricciones en el espacio de vida. El temor a caer en los ancianos hace que perciban el espacio fuera de su casa como peligroso, inseguro e incontrolable y es por esta razón que los ancianos se limitan a salir de casa y cuando lo hacen es casi siempre en compañía. La morbi-mortalidad

hace que los ancianos que no salen más allá de su patio o de la puerta de su casa tienen mayor riesgo de morir que quienes viajan fuera de la ciudad. La hospitalización por razones quirúrgicas reduce considerablemente el espacio de vida, pero se recupera al nivel previo a la hospitalización en un tiempo muy corto, a diferencia de las hospitalizaciones no quirúrgicas. Con la discapacidad se evidencia en adultos mayores limitaciones en la ejecución física de sus actividades de la vida diaria básicas, limitando su espacio de vida. La fragilidad precedida por la adaptación del comportamiento en respuesta a la disminución de la reserva fisiológica y la capacidad para enfrentar los retos medioambientales. Por último, asociado al medio ambiente físico se evidencia poco estudio acerca de la restricción en el medio ambiente, pero no se elimina la idea de que los ancianos son más susceptibles en este campo debido a transportarse y hacer uso de estos medios (Curcio, 2013, s.p.).

1.2.2.12. El soporte social y funcionalidad.

Los efectos benéficos del soporte social o apoyo social dependen del tipo de soporte recibido. Se ha reportado que el hecho de tener 5 o más contactos personales con otras personas (amigos, compañeros, colegas) es un factor predictivo de un envejecimiento exitoso. Hay estudios que muestran que un pobre soporte social permite predecir el desarrollo de discapacidad, ya que la diversidad de relaciones sociales, y la participación en actividades sociales son los factores más importantes para mantener la

funcionalidad entre ancianos de 75 años y más. Al estar inmerso entre estas relaciones sociales, el anciano se protege contra la discapacidad y disminuye los riesgos de desarrollarla, evitando situaciones de estrés por factores como dolor, lesiones, discapacidad o padecer alguna patología. El soporte social no es únicamente positivo también influye lo negativo que se refiere a interacciones o comportamientos negativos, tales como impacientarse, discutir, ridiculizar las acciones de otros, entre otros (Gómez y Curcio, 2002).

1.2.3. Marco Contextual. Para el presente estudio se seleccionaron 3 centros geriátricos de la ciudad de San Juan de Pasto, que prestan servicios de alojamiento, alimentación, vestido, rehabilitación, acompañamiento espiritual y atención en salud a población adulta mayor, los cuales se encuentran registrados en el Instituto Departamental de Salud de Nariño.

1.2.4. Marco Ético. Para la presente investigación se tiene en cuenta la Resolución 8430 de 1993, que en su artículo 5, refiere que: “en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar” (Ministerio de Salud, 1993, p. 2).

De acuerdo con el Artículo 11, literal b), esta investigación se clasifica como investigación con riesgo mínimo (Ministerio de Salud, 2013), ya que se aplicaron procedimientos, como toma de signos vitales, medidas

antropométricas (peso, talla, circunferencia braquial, circunferencia de pierna) y aplicación de diferentes test de funcionalidad, fragilidad y cognición.

De igual manera, en su Artículo 14, contempla la realización del consentimiento informado, entendiéndose por:

Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. (Ministerio de Salud, 2013, p. 3).

Por último, se resalta el Artículo 21, el cual manifiesta: “en todas las investigaciones en comunidad, los diseños de investigación deberán ofrecer las medidas prácticas de protección de los individuos y asegurar la obtención de resultados válidos acordes con los lineamientos establecidos para el desarrollo de dichos modelos” (Ministerio de Salud, 1993, p. 6).

En la presente investigación, se tuvo en cuenta el consentimiento informado institucional, con la aprobación de los gerentes de las instituciones participantes en el estudio.

1.2.5. Marco Legal. Para esta investigación fue necesario el reconocimiento de la normatividad que aborda la intervención con la población de Adultos Mayores, que tiene en cuenta los derechos humanos que asume la normativa legal de la protección social hacia cualquier

individuo o grupo, sin hacer distinción específica en algún grupo, por lo tanto, se aplica a todos los seres humanos, lo que incluye al adulto mayor. Es así, como la participación social se vincula en dos dimensiones: se establece como un derecho al que pueden acceder todos los miembros de la sociedad; y como instrumento de articulación de intereses entre individuos y grupos, que posibilita exigir derechos que no son asegurados por el aparato público.

En Colombia para la construcción de la Política Nacional de Envejecimiento o Vejez se tuvo en cuenta el Plan de acción internacional sobre envejecimiento celebrado en Viena en 1982 (Codón, 2007), así como la Constitución Política de 1991 donde se establece que el Estado brindará protección especial al anciano.

Los aspectos que describe la Política de Envejecimiento son:

Biológico y demográfico: el envejecimiento es el conjunto de transformaciones y cambios a lo largo de la vida en el sujeto, el envejecimiento es universal y progresivo. Se consideran personas mayores entre 60 años y más o mayores de 50 años en situación de riesgo. La vejez se relaciona con: dependencia; enfermedad y falta de productividad.

Derechos humanos: reconoce la vulnerabilidad de este grupo, se promueve planes de inclusión social y protección; son sujetos especiales de derechos.

Envejecimiento activo: proceso de optimizar las oportunidades a nivel físico, social y mental; implica

participar en todos los contextos; se orienta a una vida larga y saludable.

Protección social integral: se orienta a disminuir la vulnerabilidad y mejorar las condiciones de calidad de vida, mediante la prevención, mitigación y superación; va más allá de una pensión y protección en salud. La Política de Envejecimiento reconoce: a la familia como unidad básica de la sociedad; protección de los derechos humanos; creación de entornos económicos; asumir un envejecimiento activo y crear redes de apoyo para el adulto mayor (Ministerio de la Protección Social, 2007).

Los ejes de la política pública de envejecimiento son: "Eje 1: Promoción y Garantía de los Derechos Humanos Eje 2: Protección Social Integral Eje 3: Envejecimiento Activo Eje 4: Formación del Talento Humano e Investigación" (Ministerio de Salud, 2014, p. 17).

Para el abordaje del adulto mayor en Colombia también se tiene en cuenta la *Norma Técnica para la Prevención de Enfermedad Crónica y en el Individuo Sano Mayor de 45 Años*, la cual contempla aspectos tales como: En Colombia la esperanza de vida es de 73 años; entre hombres y mujeres es de: 70 y 76 años. Las principales causas de mortalidad son: cardiovasculares, violencia, tumores e infecciones. Para mayores de 45 años la primera causa de muerte es la enfermedad isquémica. De 45 a 64 años las causas son: enfermedad cerebrovascular, homicidios, accidente de tránsito. Para mayores de 65 años las causas más comunes son: enfermedad

cerebro vascular; enfermedad crónica; hipertensión y diabetes. Asimismo, se debe identificar factores de riesgo y potencializar factores protectores. Brindar atención integral al adulto mayor, el ejercicio físico es una buena alternativa (Ministerio de la Protección Social, s.f.).

Por otra parte, se cuenta con la Ley 1251 del 2008 la cual promueve la protección del adulto mayor, y establece como finalidad la participación activa del mismo en su contexto. Define al adulto mayor como aquella persona que cuenta con 60 años o más. Asimismo, determina que el Estado debe promover mecanismos de participación en el adulto mayor; la sociedad y Estado deben promover la participación del adulto mayor quien debe gozar de una protección social, es decir, con igualdad de oportunidades. También se debe promover el acceso a beneficios, la atención y equidad en esta población, propendiendo por la independencia y autorrealización con formación permanente sin que exista la discriminación. Para ello se crearán planes, programas y acciones con la competencia del Estado, sociedad, familia y adulto mayor (Congreso de Colombia, 2008).

También se considera la Ley 1276 de 2009 (Congreso de Colombia, 2009), que tiene por objeto la protección a las personas de la tercera edad, a las cuales se les debe brindar a través de los Centros Vida, una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida. Igualmente se contempló como referencia legal el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, en el que se incluye la adaptación y respuesta

integral de la institucionalidad responsable de la protección y atención de la población mayor, proponiendo como objetivo el fortalecimiento de la atención integral y la prestación de servicios para la población mayor de 60 años, enfocándose en la articulación intersectorial con la estrategia de definir protocolos y guías para la atención de la población mayor para la prevención y control de las causas de morbilidad y mortalidad prevalentes (Ministerio de Salud, 2013).

1.3. Metodología

1.3.1. Paradigma de Investigación. Se determinó el paradigma cuantitativo, porque permitió generalizar los resultados más ampliamente, otorgando control sobre los fenómenos, así como un punto de vista de conteo y las magnitudes de éstos. Brindó además, una gran posibilidad de réplica y un enfoque sobre puntos específicos de tales fenómenos, facilitando la comparación con estudios similares.

1.3.2. Enfoque de Investigación. El proyecto en particular se orientó a partir del enfoque empírico-analítico, el cual se sustenta en la observación y la experimentación, en donde las teorías generadas dan razón de conexiones hipotético-deductivas de enunciados que permiten la deducción de hipótesis legales con contenido. Se abordó este tipo de enfoque, dado que el proyecto se basó preferentemente en la observación, evaluación, aplicación de encuestas e instrumentos de medición (Parra, 2005).

1.3.3. Tipo de Investigación. Descriptiva, focalizada hacia la especificidad de las propiedades, características y/o los perfiles de la población determinada, las

cuales fueron sometidas a un proceso de análisis. Se pretendió desde un primer momento, medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables que engloba el enfoque de valoración multidimensional, describiendo y detallando, cómo son y cómo se manifiestan estas características en la población estudiada.

1.3.4. Diseño de Investigación. No experimental de corte transversal, donde se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único, para lo cual se abarcó un grupo de personas con características particulares. Se tomó este diseño, con el propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento específico.

1.3.5. Población y Muestra. En la investigación se evaluó en un 100 % de los adultos mayores de 60 años institucionalizados de la zona urbana de la ciudad de San Juan de Pasto; los cuales cumplieron con los criterios de inclusión, correspondiendo a 179 adultos mayores. Por consiguiente el presente estudio no trabajó con una muestra estadística.

Criterios de Inclusión y Exclusión. Se tuvo en cuenta los siguientes aspectos:

- **Criterios de inclusión:** Mayores de 60 años, que aceptaron la participación voluntaria en el estudio y firma del consentimiento informado (Apéndice A).

1.3.6. Técnicas e Instrumentos. La técnica utilizada fue la encuesta y se diseñó un instrumento (Apéndice B) conformado por los test que hacen parte del modelo

de EGM, al cual se le realizó una prueba piloto con un grupo de adultos mayores institucionalizados. En este proceso se direcciono con el 10 % de la muestra calculada (n=42). En este sentido, los factores sociodemográficos contemplan aspectos relacionados con los datos generales, como nombre, fecha de nacimiento, edad, identificación, sexo, escolaridad, procedencia, historia ocupacional, afiliación al sistema de seguridad social, conformación familiar, ingresos económicos.

De igual manera, la dimensión médica contempla datos relacionados con antecedentes médicos, presencia de síntomas en el último mes, consumo de sustancias psicoactivas, medicación, vacunación, y estado nutricional a través de la escala; el proceso de valoración nutricional se realizó utilizando el test Mini Nutritional Assessment- MNA versión completa.

1.3.6.1. Test Mini Nutritional Assessment-MNA. Está compuesto por 18 ítems, con las siguientes valoraciones: general (movilidad, estilos de vida, y medicación), antropometría (peso, talla, circunferencia braquial y circunferencia de la pantorrilla), datos de alimentación (número de comidas, ingesta de alimentos y líquidos y autonomía para alimentarse) y valoración subjetiva (autopercepción de salud y nutrición). La presencia de desnutrición o riesgo de desnutrición se definió de la siguiente manera: desnutrición <17 puntos; riesgo de desnutrición entre 17 y 23,5 y buen estado nutricional ≥24 (Guigoz, Vellas y Garry, 1996).

1.3.6.2. Test Minimental. Es un instrumento práctico utilizado por el médico para valorar el estado cog-

nitivo de sus pacientes, es ampliamente utilizado por su rapidez en la aplicación y facilidad en la puntuación para la detección de deterioro cognitivo global. Tiene subítems dirigidos a la memoria (pruebas de orientación temporal, espacial, fijación y recuerdo), la atención (deletreo de la palabra, mundo al revés y sustracción serial de 7 a partir de 100), el lenguaje (denominación, comprensión, repetición y lectoescritura) y visuoesctrucción; el puntaje total es de 30 puntos, 10 puntos por orientación, 5 puntos por el ítem de atención, 3 puntos en evocación y 3 por recuerdo diferido, 8 puntos por lenguaje y 1 punto por viso-construcción. El valor de corte es de 24 aunque debe considerarse el contexto de la población clínica evaluada. En este caso se usará para valorar el estado cognitivo global de los pacientes luego del traumatismo y en algunos casos permitirá conocer la evolución de lo cognitivo en el tiempo (Folstein, Folstein y McHugh, 1975).

1.3.6.3. Escala de queja subjetiva de pérdida de memoria – QSPM. Es un cuestionario de 15 preguntas sobre el funcionamiento de la memoria del paciente en la vida cotidiana, a cada pregunta debe responder: nunca, rara vez, a veces, o casi siempre, estas respuestas reciben una puntuación de cero, uno, dos y tres respectivamente. La puntuación máxima es 45 y el punto de corte es 19 puntos (Cano et al., 2002).

1.3.6.4. Escala Geriátrica de Depresión – EGD. Creada con el fin de establecer un instrumento de rastreo y determinación de la severidad de la depresión en la tercera edad. Se utiliza la versión abreviada, en la cual se dejan 15 de los 30 ítems originales. Su pun-

tuación máxima es 15 y se valora así: de 0 a 5 puntos: normal, de 6 a 10: depresión moderada y de 11 a 15: depresión severa (Sheikh y Yesavage, 1986).

1.3.6.5. Evaluación Cognitiva Montreal – MOCA. Ha sido concebida para evaluar las disfunciones cognitivas leves. Este instrumento examina las siguientes habilidades: atención, concentración, funciones ejecutivas (incluyendo la capacidad de abstracción), memoria, lenguaje, capacidades visoesctructivas, cálculo y orientación. El tiempo de administración requerido es de aproximadamente diez minutos, el puntaje máximo es de 30; un puntaje igual o superior a 26 se considera normal (Lozano et al., 2009).

1.3.6.6. Índice de Barthel o Índice de discapacidad de Maryland.

Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como la capacidad de comer, moverse de la silla a la cama y volver, realizar el aseo personal, ir al retrete, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y mantener el control intestinal y urinario. Su puntuación oscila entre 0 (completamente dependiente) y 100 (completamente independiente) y las categorías de repuesta entre 2 y 4 alternativas con intervalos de cinco puntos en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. No es una escala continua, es decir, el cambio de 5 puntos en la situación funcional del individuo en la zona de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambio producido en la zona de mayor independencia. Se establece un grado de dependencia según la puntuación obtenida siendo los puntos de corte más frecuentes 60 (entre dependencia moderada

y leve) y 40 (entre dependencia moderada y severa). (...). En cuanto a su validez, es un buen predictor de mortalidad, necesidad de institucionalización, utilización de servicios sociosanitarios, mejoría funcional y del riesgo de caídas (Trigás, Ferreira y Meijide, 2011, p. 13).

1.3.6.7. Batería corta del desempeño físico – SPPB. El SPPB establece parámetros de medición de la función física que se puede utilizar de manera uniforme en casi toda clínica, y en investigación. Este aspecto de la SPPB hace de la prueba un posible recurso para los médicos que atienden a pacientes de edad avanzada, especialmente en lo que continúan las investigaciones para avanzar en el desarrollo de tratamientos e intervenciones terapéuticas para la discapacidad y el deterioro físico. Aún más, tener un estándar universalmente aceptado para medir el estado funcional permitirá una mayor comparación y colaboración a través de investigaciones pasadas, presentes y futuras, como la SPPB, siendo una prueba estandarizada, lo que hace posible la comparación de funcionamiento en todas las culturas, la demografía, o a través de un entorno del paciente o cambio de estado de salud; es una herramienta importante para identificar a los pacientes mayores que están en un riesgo particularmente alto de desarrollar deterioro físico extenuante, con la esperanza de utilizar intervenciones terapéuticas y preventivas (Curcio, Gómez y Galeano, 2000).

1.3.6.8. Escala de Lawton y Brody. Publicada en 1969, fue desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para la población anciana, institucionalizada o no, con objeto de evaluar autonomía física y actividades

de la vida diaria instrumentales. Valora 8 ítems (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía) y les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). La información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. El tiempo medio requerido para su realización es de 4 minutos. La escala permite estudiar y analizar, no solo su puntuación global, sino también cada uno de los ítems. Tiene coeficiente de reproductividad inter e intraobservador alto (0,94). No se han comunicado datos de fiabilidad. En general es una escala sensible pero poco específica (Cid y Moreno, 1997).

1.3.6.9. Listado de Intereses de Matsutsuyu. Desarrolla el listado de intereses como un medio para recolectar datos de los patrones de intereses de la persona y las características que serían útiles para la práctica clínica. En el uso clínico es común que los T.O. después de la administración del listado utilicen la entrevista para establecer y asegurar la participación en los intereses indicados y obtener otra información útil para establecer la confiabilidad de los resultados (Kielhofner y Neville, 1983).

1.3.6.10. Evaluación del Espacio de Vida – LSA. Mide la movilidad en términos de la extensión espacial de la vida de una persona. Aquí se determina el patrón usual de movilidad de una persona durante el mes anterior, y se tiene en cuenta la interacción con el medio ambiente. El espacio de vida se define en función de la

distancia en que se mueve una persona habitualmente para realizar actividades. La puntuación corresponde en función de las siguientes categorías: Máximo espacio de vida (LS-M), es el más alto nivel de espacio de vida alcanzado, incluso si se necesita ayuda de un equipo o de una persona. Espacio de vida independiente (LS-I), es el más alto nivel de espacio de vida logrado sin la ayuda de una persona y sin necesidad de utilizar un equipo. Espacio de vida asistido (LS-E), el nivel más alto alcanzado sin la ayuda de una persona, pero utilizando un equipo. Espacio de vida restringido (RLSA), es una medida dicotómica del espacio de vida independiente, para determinar si un individuo se limita o no a su vecindario y una medida compuesta (LSIV-) combina los componentes de espacio de vida alcanzado, grado de independencia y frecuencia. Los niveles son: Nivel 1: Otra habitación diferente a su cuarto; Nivel 2: Terraza, patio o pasillo; Nivel 3: Vecindario; Nivel 4: fuera el vecindario, en la ciudad; Nivel 5: fuera de la ciudad (Peel et al., 2005).

1.3.6.11. Cuestionario de apoyo social MOS. El cuestionario Medical Outcomes Study- Social Support Survey, es uno de los varios instrumentos desarrollados para el Medical Outcomes Study, es un estudio de desenlaces médicos, durante dos años en pacientes con enfermedades crónicas. Este cuestionario cuenta con un total de 20 ítems, y más que evaluar las condiciones relacionadas con la salud, evalúa el apoyo social percibido por las personas. El ítem número 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 ítems restantes están referidos a cuatro dimensiones de apoyo social funcional: emocional/informacional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. Las opciones de res-

puesta están dadas a través de una escala Likert de 1 (Nunca) a 5 (Siempre) (Londoño et al., 2012).

1.3.7. Procedimientos. La presente investigación tuvo las siguientes etapas, que incluyen una serie de actividades establecidas en el cronograma:

Etapas 1: Presentación del proyecto al Centro de Investigaciones de la Universidad Mariana para su aprobación por parte del Comité de Investigaciones y el Comité de Bioética Institucional; de igual forma, se dio a conocer la investigación a los tres centros geriátricos a través de la sustentación del proyecto a los respectivos directores de cada institución, para recibir su aprobación y el consentimiento informado. También se llevó a cabo un proceso de sensibilización y capacitación con el personal que labora en dichos centros, en función del proceso de trabajo de campo del respectivo proyecto de investigación.

Etapas 2: La calibración de encuestadores se realizó el día sábado 30 de agosto de 2014 en las instalaciones del auditorio Jesús de Nazaret de la Universidad Mariana, en el cual se reunieron los investigadores principales con los respectivos coinvestigadores y auxiliares de investigación de cada programa. En esta reunión se explicó el manejo del instrumento y la manera adecuada para la aplicación del mismo en la población objeto de estudio. Se llevó a cabo el proceso de la prueba piloto para verificar la metodología, la funcionalidad de los instrumentos y el análisis de los datos del proyecto investigativo. Esta prueba tuvo como objetivos evaluar la idoneidad de cada cuestionario, el tiempo necesario para complementarlo, el diseño del formato y determinar la calidad de la tarea del evaluador. Respecto a la revisión de los ítems que

constituyen cada uno de los formatos de la evaluación multidimensional se llevaron a cabo dos procesos, primero un proceso de calibración y luego la aplicación de los ítems a la población.

Etapas 3: La realización del trabajo de campo en tres instituciones de atención al adulto mayor, presencialmente los días sábados por medio del equipo de valoración, el cual se desplazaba a estos sitios. De esta manera, una vez llegaban los adultos mayores a los lugares, eran valorados en cada una de las dimensiones de la evaluación geriátrica multidimensional; cabe anotar aquí, que este proyecto tuvo la participación de estudiantes de los programas de Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Psicología de la Universidad Mariana, en modalidad de coinvestigadores y auxiliares de investigación, quienes eran distribuidos por los investigadores en las funciones de: búsqueda y traslado del adulto mayor al espacio asignado por la institución y valoraciones de los adultos en la dimensión médica, cognitiva, funcional y social.

Etapas 4: Procesamiento y análisis estadístico de los datos. Para el registro y procesamiento de la información se utilizó la aplicación informática Microsoft Excel 2007 y el análisis estadístico se realizó en el programa SPSS versión 19, los análisis se describen en el capítulo de resultados.

Etapas 5: Elaboración del documento y presentación del informe final. En esta fase se realizó el respectivo análisis de los datos estadísticos, en torno a este se desarrolla la discusión, las conclusiones, y se presentó el informe final para ser valorado por los jurados.

2. Resultados

2.1. Procesamiento de Información

La información es almacenada en Microsoft Excel y se utilizó un software estadístico SPSS versión 19. Para describir al grupo de estudio en cuanto a variables analizadas y de las puntuaciones obtenidas en las pruebas se utilizaron medidas de tendencia central, de dispersión, frecuencias y porcentajes. Se realizaron comparaciones de las puntuaciones medias en función del rendimiento de cada uno de los componentes: médico, cognitivo, funcional y social.

Para establecer la diferencia por sexo y edad en las variables se utilizaron tablas de contingencia, con las respectivas pruebas Chi cuadrado, las diferencias en las mismas variables se establecen a través de promedios aritméticos de los puntajes obtenidos en la escala por cada grupo de comparación, con las correspondientes pruebas t de Student para sexo y ANOVA para grupos de edad (teniendo en cuenta que los tamaños de muestra por grupos son superiores a 30 y que son equiparables, lo que hace robustas las pruebas para normalidad y homogeneidad de varianzas). Es de aclarar que se presentaron datos perdidos correspondientes a aquellos adultos que no respondieron o que no se tiene la información solicitada.

2.2. Análisis de los resultados

2.2.1. Características Sociodemográficas Generales. Para responder al primer objetivo sobre Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores de 60 años institucionalizados de la ciudad San Juan de Pasto, se analizaron las siguientes variables:

Del total de la población evaluada, el mayor porcentaje se encuentra en los rangos de 80 a 89 (34,1 %,) seguido del rango de 70 a 79 (32,9 %). Se presenta mayor incidencia del sexo femenino con un porcentaje del 55,9, y el 44,1 % respectivamente a la categoría de hombres. Con respecto al estado civil, la mayoría de los sujetos 135 (77,1 %) son solteros, el 74 % son casados, el 11,2 % son viudos, el 5,7 % separados o divorciado y 1,7 % en unión libre. En cuanto a escolaridad, del total de población, 86 Adultos Mayores (48,0 %) no saben leer ni escribir; solo 1 (0,5 %) tienen formación en pregrado. (Ver Tabla 1).

Tabla 1. *Características sociodemográficas relacionadas con edad, sexo, estado civil y escolaridad*

Rango de edad	frecuencia	Porcentaje valido
60 - 69	35	21,3
70 - 79	54	32,9
80 - 89	56	34,1
90 - 99	19	11,6
Perdidos Sistema	15	0,09
Total	179	100,00

Sexo	Frecuencia	Porcentaje válido
Mujeres	100	55,9
Hombres	79	44,1
Total	179	100,00

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje válido
--------------	------------	-------------------

Soltero	135	77,1
Casado	7	4,0
Viudo	20	11,4
Separado-Divorciado	10	5,7
Unión Libre	3	1,7
Perdidos Sistema	4	0,09
Total	179	100,00

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
No sabe leer/escribir	86	48,0
Solo lee y escribe	31	17,3
Primaria	42	23,4
Secundaria	7	3,9
Técnico	3	1,6
Pregrado	1	0,5
Perdidos Sistema	9	5,3
Total	179	100,00

Fuente: La presente investigación, 2017.

La razón de la institucionalización es más por abandono familiar con una frecuencia de 76 (42,4 %) y la de menor frecuencia es la depresión (0,5 %), observándose una disminución del apoyo del núcleo familiar y desamparo para el cuidado del adulto mayor. Se determina que del total de población evaluada 91 evalúa como

buena la satisfacción del servicio. También indica que la mayoría de los adultos mayores se encuentran en un régimen subsidiado (68,1 %), seguido por SISBEN (17,8 %), en un tipo de afiliación cotizante y beneficiario (6,1 %) para cada uno, lo que demuestra que la mayoría de esta población se encuentran amparadas por el Estado. (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de la población según la razón de su institucionalización, satisfacción del servicio y tipo de afiliación a seguridad social

Razón institucionalización	Frecuencia	Porcentaje valido
Agobio para el cuidado	30	16,7
Condición de salud	23	12,8
Situación económica	22	12,2
Abandono familiar	76	42,4
Voluntario	14	7,8
Depresión	1	0,5
Perdidos Sistema	13	7,6
Total	179	100,00

Satisfacción del servicio	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	52	29,0
Bueno	91	50,8
Regular	18	10,0
Malo	3	1,6

Perdidos Sistema	15	8,6
Total	179	100,00
Afiliación Seguridad Social	Frecuencia	Porcentaje valido
Cotizante	11	6,1
Beneficiario	11	6,1
Subsidiado	122	68,1
SISBEN	32	17,8
Perdido Sistema	3	1,9
Total	179	100,00

Fuente: La presente investigación, 2017.

También se observa que 159 personas encuestadas (88,8 %) no tienen ninguna ocupación actual; seguidos de una actividad ocupacional independiente con un total de 7 (3,9 %). Por otra parte, se evidencia que el 73,1 % del total de población no dependen económicamente, mientras que el 20,6 % refiere ser dependientes en el aspecto económico. (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de la población según situación ocupacional actual y dependencia económica

Situación ocupacional	Frecuencia	Porcentaje valido
Independiente	7	3,9
Pensionado	3	1,6
Jubilado	1	0,5

Ninguno	159	88,8
Perdidos Sistema	9	5,2
Total	179	100,00
Dependencia económica	Frecuencia	Porcentaje valido
Si	37	20,6
No	131	73,1
Perdidos Sistema	11	6,3
Total	179	100,00

Fuente: La presente investigación, 2017.

Se evidencia que la mayoría de las personas institucionalizadas no vivían solas, correspondiente al 39,1 % y que además, la mayoría de los adultos mayores no cuenta con un núcleo familiar, correspondiendo a 68 (37,9 %). Se presenta mayor proporción de adultos mayores que no tienen hijos o no los tuvieron con una frecuencia de 109 (60,8 %), mientras que el 29,6 % si tuvieron hijos. (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de la población según el número de personas con quienes vivía con el adulto mayor, el número de familiares que tiene y el número de hijos vivos

No. de personas convivientes	Frecuencia	Porcentaje valido
0	70	39,1
1	37	20,6
2	32	17,8

3	10	5,5
4	8	4,4
5	5	2,7
6	1	0,5
7	1	0,5
9	1	0,5
Perdidos Sistema	13	8,4
total	179	100,00
No. familiares que tiene	Frecuencia	Porcentaje
0	68	37,9
1	19	10,6
2	28	15,6
3	11	6,3
4	14	7,8
5	12	6,7
6	3	1,6
7	4	2,2
8	4	2,2
9	1	0,5
10	1	0,5
Perdidos Sistema	14	8,1
total	179	100,00

Hijos vivos	Frecuencia	Porcentaje valido
Si	53	29,6
No	109	60,8
Perdidos Sistema	14	9,6
Total	179	100,00

Fuente: La presente investigación, 2017.

La mayoría de las personas evaluadas 167 (93,2 %) no tienen reingresos, y solo 5 (2,7 %) si los tuvieron. Con lo anterior se puede observar que en mayor proporción los adultos mayores una vez entran a la institución no tiene salida. Además de esto se muestra que del total de la población 157 (87,7 %) comparten su habitación, solo 20 (11,1 %) duermen en habitación independiente. También se establece que del total de la muestra evaluada 125 (69,8 %) llevan un tiempo de permanencia entre 1 y 10 años. Se puede observar que para la mayoría de estas personas el tiempo que llevan en la institución es relativamente poco. (Ver Tabla 5).

Tabla 5. *Distribución de la población según reingresos a Institución, tipo de habitación en la que reside y años de permanencia*

Reingresos	Frecuencia	Porcentaje valido
Si	5	2,7
No	167	93,2

Perdidos Sistema	7	4,1
Total	179	100,00
Tipo de habitación	Frecuencia	Porcentaje valido
Unipersonal	20	11,1
Compartida	157	87,7
Perdidos Sistema	2	1,2
Total	179	100,00
Años de permanencia	Frecuencia	Porcentaje valido
1-10	125	69,8
11-20	28	15,6
21-30	9	5,0
31-40	2	1,1
41-50	3	1,6
Mayor a 50	1	0,5
Perdidos Sistema	11	6,4
Total	179	100,00

Fuente: La presente investigación, 2017.

El grupo de adultos mayores, el 96 (53,6 %) no reciben visitas, demostrando que hay un abandono por parte de la familia hacia este tipo de población. De igual manera se evidencia que del total de los evaluados un promedio de 138 (77 %) están de acuerdo con la institucionalización. (Ver Tabla 6).

Tabla 6. *Distribución de la población según frecuencia de visitas y si estuvo de acuerdo con la institucionalización*

Frecuencia de visitas	Frecuencia	Porcentaje valido
Semanal	7	4,1
Quincenal	10	5,5
Mensual	30	16,7
Nunca	96	53,6
Perdidos Sistema	35	20,1
Total	179	100,00
Estuvo de acuerdo con la institucionalización	Frecuencia	Porcentaje valido
Si	138	77,0
No	29	16,2
Perdidos Sistema	12	6,8
Total	179	100,00

Fuente: La presente investigación, 2017.

2.2.2. Características médicas, cognitivas, funcionales y sociales de los adultos mayores de 60 años institucionalizados. Los resultados del segundo objetivo se describen por cada dimensión.

2.2.2.1. Dimensión Médica. Los siguientes resultados se componen de las características relacionadas con el estado de salud en general de la población evaluada.

Tabla 7. Distribución de la población según prevalencia de enfermedad médica

Enfermedad	n	%
Hipertensión Arterial	110	61,4 %
Demencias	56	31,2 %
Incontinencia Urinaria	35	19,5 %
Artritis o artrosis	30	16,7 %
EPOC	26	14,5 %
Cataratas	24	13,4 %
Dislipidemias	23	12,8 %
Infección Urinaria	18	10,0 %
Fracturas	14	7,8 %
Insuficiencia venosa	12	6,7 %
Diabetes mellitus	11	6,1 %
Enfermedades del corazón	11	6,1 %
Enfermedad cerebro vascular	11	6,1 %
Osteoporosis	9	5,0 %
Obesidad	8	4,4 %
Cáncer	8	4,4 %
Neumonía	5	2,7 %
TBC	1	0,5 %
Otras	109	60,8 %

Fuente: La presente investigación, 2017.

En correspondencia con la Tabla 7, se determina que las enfermedades que con mayor frecuencia son reportadas por la población adulta mayor evaluada son en su orden hipertensión arterial (61,4 %), demencia (31,2 %) e incontinencia urinaria (19,5 %).

Tabla 8. Descripción de síntomas que se han presentado en el adulto mayor en el último mes.

En el último mes ha tenido:	n	No	Ocasional	Con frecuencia	
				Continuo	
Pérdida de memoria	64	49	31	15	
	40,3 %	30,8 %	19,5 %	9,4 %	
Dificultad para dormirse	77	31	33	19	
	48,1 %	19,4 %	20,6 %	11,9 %	
Sensación de vértigo o mareo	114	30	11	6	
	70,8 %	18,6 %	6,8 %	3,7 %	
Dificultad para respirar o tomar aliento	117	25	12	5	
	73,6 %	15,7 %	7,5 %	3,1 %	
Desgano o desaliento	95	38	23	4	
	59,4 %	23,8 %	14,4 %	2,5 %	

Cansancio o debilidad	n	82	42	25	8
	%	52,2 %	26,8 %	15,9 %	5,1 %
Malestar o dolor en las coyunturas o en la espalda	n	98	24	18	18
	%	62,0 %	15,2 %	11,4 %	11,4 %

Fuente: La presente investigación, 2017.

La Tabla 8 presenta los resultados alusivos a la frecuencia de síntomas; en este sentido se observa en mayor medida sintomatología como pérdida de memoria (9,4 %), dificultad para dormir (11,9 %) y malestar o dolor en las coyunturas (11,4 %).

Tabla 9. Distribución porcentual de vacunación del adulto mayor Institucionalizado

Lo han vacunado contra:	n	%	
Neumococo	Si	7	5,5 %
	No	107	83,6 %
	No sabe	14	10,9 %
Hepatitis	Si	5	4,0 %
	No	107	86,3 %
	No sabe	12	9,7 %
Tétanos	Si	3	2,5 %
	No	106	88,3 %
	No sabe	11	9,2 %

Influenza	Si	134	85,4 %
	No	15	9,6 %
	No sabe	8	5,1 %

Fuente: La presente investigación, 2017.

La Tabla 9 permite observar que los adultos mayores evaluados, en su gran mayoría no se han hecho aplicar vacunas que son importantes para su edad. Las vacunas de neumococo, hepatitis y tétanos no han sido aplicadas a los adultos mayores en porcentajes de 83,6 %, 86,3 % y 88,3 %, respectivamente. De igual manera cabe anotar, que hay adultos mayores que no saben o desconocen si han recibido estas vacunas y estos porcentajes deben ser tenidos en cuenta en la interpretación de esta variable. A diferencia de la Influenza que es la vacuna que la mayoría (85,4 %) de los AM informan haber recibido.

Tabla 10. Distribución porcentual del consumo de medicamentos formulados por el médico

Medicamentos	Formulado	
	Si	%
Cardiovasculares	101	56,4 %
Sistema nervioso central	90	50,2 %
Analgésicos	70	39,1 %
Metabólicos (antidiabéticos y tiroideos)	31	17,3 %
Vitaminas y suplementos nutricionales	35	19,5 %

Otros	35	19,5 %
Para dormir (tradicional o alternativo)	34	18,9 %
Antibióticos	22	12,2 %
Laxantes	3	1,6 %

Fuente: La presente investigación, 2017.

En la Tabla 10 se puede observar que los medicamentos que más consumen los adultos mayores son los que actúan sobre el sistema cardiovascular (56,4 %) seguido por aquellos que tienen un efecto a nivel del sistema nervioso central (50,2 %) y medicamentos analgésicos (39,1 %).

Tabla 11. Descripción de la población según estado nutricional

	Frecuencia	Porcentaje válido
Normal	31	17,3
Riesgo malnutrición	89	49,7
Malnutrición	59	33,0
Total	179	100,0

Fuente. La presente investigación, 2017

Según la Tabla 11, se puede concluir que la mayoría de la población (49,7 %) se encuentra en riesgo de malnutrición, correspondiente a 89 adultos mayores; seguidos del 33 % con malnutrición pertenecientes a 59 adultos mayores, y con un menor porcentaje de 17,3 % estado nutricional normal, en 31 adultos mayores.

Tabla 12. Valoración del estado nutricional por categorías según Mininutricional

Parámetros dietéticos		n	%
Cuántas comidas completas realiza al día	Una comida	0	0,0 %
	Dos comidas	11	6,4 %
	Tres comidas	161	93,6 %
El paciente consume productos lácteos al menos una vez al día	No	15	8,7 %
	Si	157	91,3 %
Huevos o legumbres 1 o 2 veces por semana	No	2	1,2 %
	Si	170	98,8 %
Carne, pescado o pollo, diariamente	No	74	43,3 %
	Si	97	56,7 %
Frutas o verduras al menos 2 veces por día	No	76	44,4 %
	Si	95	55,6 %
Ha perdido el apetito	Anorexia severa	1	0,6 %
	Anorexia moderada	14	8,9 %
	Sin anorexia	143	90,5 %
Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día	Menos de 3 vasos	40	23,4 %
	De 3 a 5 vasos	130	76,0 %
	Más de 5 vasos	1	0,6 %

Forma de alimentarse	Necesita ayuda	23	13,9 %
	Se alimenta solo con dificultad	18	10,8 %
	Se alimenta solo sin dificultad	125	75,3 %
Se considera, así mismo	Malnutrición severa	1	0,7 %
	Malnutrición moderada / No lo sabe	53	37,3 %
	Sin problemas de nutrición	88	62,0 %
Cómo se encuentra su estado de salud	Peor	20	14,7 %
	No lo sabe	37	27,2 %
	Igual	38	28,8 %
	Mejor	39	29,4 %

Fuente: La presente investigación, 2017.

Con relación a los parámetros dietéticos del Mininutricional, se observa (Tabla 12) el consumo de tres comidas en la mayor proporción de evaluados, así como el consumo de lácteos, huevos y legumbres, carne, pescado y frutas, consume agua diariamente, se alimenta solo sin dificultad. Por lo anterior la percepción sobre su estado nutricional lo categoriza como normal, considerando que su salud ha mejorado.

Tabla 13. Evaluación global del estado nutricional escala Mininutricional

Evaluación Global		n	%
Vive en su domicilio	No	112	68,7 %
	Si	51	31,3 %
Más de 3 medicamentos por día	Si	101	68,7 %
	No	46	31,3 %
Enfermedad o Estrés psicológico	Si	41	29,7 %
	No	97	70,3 %
Movilidad	De la cama al sillón	38	24,8 %
	Autonomía en el interior	105	68,6 %
	Sale del domicilio	10	6,5 %
Ha tenido problemas psicológicos	Demencia o depresión severa	19	12,7 %
	Demencia o depresión moderada	52	34,7 %
	Sin problemas psicológicos	79	52,7 %
Úlceras o lesiones cutáneas	Si	8	5,2 %
	No	147	94,9 %

Fuente: La presente investigación, 2017.

La Tabla 13 presenta el componente de valoración subjetiva nutricional, donde la mayoría de la población evaluada no vive en su domicilio, toma más de

3 medicamentos por día y una mayor proporción no presenta sintomatología psicológica, además refieren mayor autonomía al interior de su espacio habitual. En este sentido es contradictoria la información que se presenta respecto a la presencia de problemas psicológicos, donde la mayoría de la población evaluada reporta que no; sin embargo, se observa mayor proporción en función de cuadros clínicos como demencia y depresión.

2.2.2.2. Dimensión Cognitiva. Se describen los resultados relacionados el nivel cognitivo, depresión y memoria de 183 adultos mayores evaluados.

En relación con el rendimiento cognitivo evaluado con la escala Minimental, se observa que una mayor proporción de sujetos evaluados se ubican en la categoría de implicación cognitiva, con un porcentaje de 77,1 %. De igual manera, el 22,9 % de la población no evidencia compromiso en su esfera mental. (Ver Tabla 14).

Tabla 14. Estadísticos descriptivos Nivel cognitivo – Minimental

Nivel Cognitivo	n	%
Normal	41	22,9 %
Con Deterioro	138	77,1 %
Total	179	100,0 %

Fuente: La presente investigación, 2017.

Según la escala MOCA, se evidencia compromiso cognitivo en casi la totalidad de la población (96,1 %) y

solo el 3,9 % de los sujetos no presenta implicación en su esfera mental. (Ver Tabla 15).

Tabla 15. Estadísticos descriptivos Nivel cognitivo - MOCA

Nivel Cognitivo	n	%
Normal	7	3,9 %
Con Deterioro	172	96,1 %
Total	179	100,0 %

Fuente: La presente investigación, 2017.

En la escala Yesavage se observa un mayor porcentaje de la población equivalente al 42,4 % con depresión moderada. Igualmente, el 17,3 % de los sujetos presentan compromiso emocional severo; no obstante, el 40,2 % no evidencia implicación en esta categoría. (Ver Tabla 16).

Tabla 16. Estadísticos descriptivos Nivel de depresión (Yesavage)

Nivel de depresión	n	%
Normal	72	40,2 %
Moderada	76	42,4 %
Severa	31	17,3 %
Total	179	100,0 %

Fuente: La presente investigación, 2017.

En la escala Quejas subjetivas de memoria se determina que un mayor porcentaje de la población evaluada (54,8 %) presenta olvidos subjetivos. En tanto, el 45,2

% de los sujetos no evidencian quejas a nivel de los procesos amnésicos. (Ver Tabla 17).

Tabla 17. Estadísticos descriptivos Queja Subjetiva de Memoria

Queja de memoria	n	%
Normal	81	45,2 %
En Riesgo	98	54,8 %
Total	179	100,0 %

Fuente: La presente investigación, 2017.

2.2.2.3. Dimensión Funcional. A continuación, se describe los resultados relacionados con caídas, desempeño físico funcional, nivel de independencia en actividades de la vida diaria básica e instrumental.

Caídas

Tabla 18. Frecuencia de las caídas, según sexo y edad

Presentación de caídas	Frecuencia	Porcentaje
No	130	72,6
Si	34	18,9
Perdidos Sistema	15	8,5
Total	179	100
Sexo		
Mujer	20	59 %
Hombre	14	41 %
Total	34	100 %

Rango de edad		
60-69	7	20 %
70-79	12	35 %
80-89	11	31 %
90-99	5	14 %
Total	34	100 %

Fuente: La presente investigación, 2017.

En la Tabla 18 se puede observar que la mayoría de las personas no han presentado caídas en el último año correspondiente al 72,6 %. De los adultos mayores que sufrieron caídas (34 personas) se determina que son las mujeres quienes más han caído, representado en un 59 %. El rango de edad donde se presenta mayor porcentaje de caídas se encuentra en el rango comprendido entre los 70-79 años, representado en un 35 %.

Tabla 19. Distribución de la población según el miedo a caer

Presencia de miedo al caer	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	52	29,0
Poco	34	18,9
Regular	26	14,5
Mucho	43	24,0
Perdidos Sistema	24	13,4
Total	179	100,0

Fuente: La presente investigación, 2017.

Se evidencia que la mayoría de la población (29 %) no tiene miedo de caer, pero cabe resaltar que el 24 % de ellos presenta mucho miedo de caer. (Ver Tabla 19)

Tabla 20. Distribución de la población según el mecanismo de la caída en relación al sexo

Mecanismo de la caída	Se tropezó	Se deslizó	Se mareó y cayó	Otro	Total
Sexo					
Mujeres	5	10	2	2	19
Hombres	4	7	2	0	13
Total	9 (27,2 %)	17 (51,5 %)	4 (12,1 %)	2 (6 %)	33 (100 %)

Fuente. La presente investigación, 2017

En cuanto al mecanismo de caída que predomina en la población es deslizamiento con un 51% seguido de tropiezo con un 27 %. (Ver Tabla 20).

Tabla 21. Distribución de población según tiempo de permanencia en el piso en relación al sexo

Tiempo de permanencia	Menos de 15 seg.	15 seg. a 1 min	1 a 59 min	Total
Sexo				
Mujeres	7	9	3	19
Hombres	6	3	5	14
total	13(39,3 %)	12(36,3 %)	8(24,2 %)	33(100 %)
Total	9 (27,2 %)	17 (51,5 %)	4 (12,1 %)	33 (100 %)

Fuente: La presente investigación, 2017.

En la Tabla 21 se evidencia que el tiempo de mayor permanencia en el piso de los adultos mayores que sufrieron algún tipo de caídas se encuentra en menos de 15 segundos, representando un 39,3 %.

Tabla 22. Distribución de la población según el tipo de lesión

	Fractura	Herida	Golpe en Cabeza	Otra Lesión	Total
Mujeres	1	2	8	3	14
Hombres	1	2	3	3	9
total	2 (9 %)	4 (17 %)	11 (48 %)	6 (26 %)	23 (100 %)

Fuente: La presente investigación, 2017.

De los 34 adultos mayores que presentaron algún tipo de caídas, 11 exteriorizaron lesión siendo el golpe en la cabeza el que presenta un mayor porcentaje (48%).

Desempeño Físico Funcional

En cuanto a la velocidad de la marcha se observa que la máxima velocidad alcanzada por los sujetos fue de 51 m/seg, y la velocidad mínima fue de 1 m/seg., con una media de 12,9 m/seg. (Ver Tabla 23).

Tabla 23. Puntaje de la prueba de la velocidad de marcha

	N	Mínimo	Máximo	Media
Velocidad de la marcha	123	1,00	51,00	12,9563

Fuente: La presente investigación, 2017.

Tabla 24. Puntaje prueba de incorporación de una silla

	No lo hace	Lo hace	Total
1 repetición	47 (36 %)	85(64 %)	132 (100 %)
5 repeticiones	73 (55 %)	59 (45 %)	

Fuente: La presente investigación, 2017.

En la Tabla 24 se puede evidenciar que la mayoría de la población puede realizar la prueba de incorporarse de una silla en una sola repetición, a diferencia de la prueba de 5 repeticiones, donde el 55 % (n=73) no la pudo realizar.

Tabla 25. Distribución de Población según el puntaje de prueba de balance

	No lo hace o no intento	Lo hace	Total
Pies Paralelos	51 (38 %)	81 (62 %)	132 (100 %)
Semi-Tándem	75 (57 %)	57 (43 %)	
Tándem	87 (66 %)	45 (34 %)	

Fuente: La presente investigación, 2017.

En la Tabla 25 se puede observar que para las pruebas de equilibrio, los adultos mayores en su mayoría son capaces de realizar las pruebas de pies paralelos, semitandem y tándem con un 62 %, 57 % y 66 % respectivamente.

Fragilidad

En cuanto a los criterios de fragilidad asociados al sexo se puede observar que, tanto los hombres, como las mujeres

en su mayoría son pre frágiles, pero cabe resaltar que el 8 % de los hombres son calificados como robustos. En la relación entre el rango de edad con los criterios de fragilidad se observa que la mayoría de los adultos mayores que se encuentran entre los 70-79 años son catalogados como pre frágiles seguido del rango entre los 80-89 años. (Ver Tabla 26).

Tabla 26. Distribución de población según criterios de fragilidad en relación con sexo y edad

Criterios de Fragilidad		Frágil	Pre-Frágil	Robusto	Total
Sexo	Mujer	40 (46 %)	47 (54 %)	0	87 (100 %)
	Hombre	30 (40 %)	37 (50 %)	8 (10 %)	75 (100 %)
TOTAL		70 (100 %)	84 (100 %)	8 (100 %)	162 (100 %)
Rango de edad	60 - 69	3 (1,8 %)	17 (10,8 %)	6 (3,6 %)	26 (16 %)
	70 - 79	19 (11,7 %)	38 (23,4 %)	5 (2,7 %)	62 (38 %)
	80 - 89	14 (9 %)	32 (19,8 %)	9 (5,4 %)	55 (34 %)
	90 - 99	4 (2,7 %)	12 (7,2 %)	3 (1,8 %)	19 (11 %)
TOTAL		40 (25,2 %)	99 (61,3 %)	23 (13,5 %)	162 (100 %)

Fuente: La presente investigación, 2017.

Actividades de la vida diaria básica e instrumental

Tabla 27. Descripción de las actividades de la vida diaria básicas por Centro Geriátrico - CG (Índice de Barthel)

Actividades Básicas	Nivel independencia	CG1		CG2		CG3	
		T=118		T=33		T=16	
		No.	%	No.	%	No.	%
Alimentación	Independiente	102	86,4	33	100	16	100
	Con apoyo	9	7,6	0	0	0	0
	Dependiente	7	6,0	0	0	0	0
Baño	Independiente	59	50,0	18	54,5	9	56,2
	Con apoyo	1	0,8	0	0	0	0
	Dependiente	58	49,2	15	45,5	7	43,8

Vestido	Independiente	62	52,5	22	66,6	9	56,2
	Con apoyo	33	27,9	4	12,1	6	37,5
	Dependiente	23	19,6	7	21,3	1	6,3
Arreglo personal	Independiente	68	57,6	26	78,8	10	62,5
	Con apoyo	2	1,7	0	0	0	0
	Dependiente	48	40,7	7	21,2	6	37,5
Deposición	Independiente	86	72,9	29	87,9	8	50,0
	Con apoyo	4	3,4	1	3,0	0	0
	Dependiente	28	23,7	3	9,1	8	50,0
Micción	Independiente	86	72,9	29	87,9	8	50,0
	Con apoyo	4	3,4	1	3,0	0	0
	Dependiente	28	23,7	3	9,1	8	50,0
Uso sanitario	Independiente	74	62,7	27	81,8	8	50,0
	Con apoyo	18	15,2	4	12,1	3	18,7
	Dependiente	26	22,1	2	6,1	5	31,3
Traslado silla-cama	Independiente	67	56,8	26	78,8	7	43,7
	Con apoyo	30	25,4	5	15,1	6	37,5
	Dependiente	21	17,8	2	6,1	3	18,8
Deambulaci3n	Independiente	64	54,2	27	81,8	8	50,0
	Con apoyo	31	26,3	5	15,1	4	25,0
	Dependiente	23	19,5	1	3,1	4	25,0
Escalones	Independiente	56	47,4	24	72,7	7	43,7
	Con apoyo	34	28,8	8	24,2	5	31,2
	Dependiente	28	26,8	1	3,1	4	25,1

Fuente: La presente investigación, 2017.

De acuerdo con la Tabla 27 en las tres instituciones, la mayoría de los adultos mayores son independientes en las actividades de la vida diaria, sin embargo, se observa en una proporción importante, un nivel de dependencia en baño, para adultos que están en el CG1 y en micción para adultos del CG3.

Tabla 28. Descripción porcentual de las actividades de la vida diaria instrumentales por Centro Geriátrico CG (Escala de Lawton y Brody)

Actividades Instrumentales	Nivel independencia	CG1 T=112		CG2 T=32		CG3 T=16	
		No.	%	No.	%	No.	%
Usar el teléfono	Independiente	19	16,9	4	12,5	4	25,0
	Dependiente	93	83,1	28	87,5	12	75,0
Hacer compras	Independiente	17	15,1	3	9,4	1	6,2
	Dependiente	95	84,9	29	90,6	15	93,8
Preparar comida	Independiente	16	14,3	2	6,2	3	18,7
	Dependiente	96	85,7	30	93,8	13	81,3
Cuidado de la casa	Independiente	24	21,4	1	3,1	4	25,0
	Dependiente	88	78,6	31	96,9	12	75,0
Lavado de ropa	Independiente	22	19,6	2	6,2	4	25,0
	Dependiente	90	80,4	30	93,8	12	75,0
Uso medios transporte	Independiente	18	16,0	2	6,2	1	6,2
	Dependiente	94	84,0	30	93,8	15	93,8
Responsabilidad medicación	Independiente	18	16,0	1	3,1	1	6,2
	Dependiente	94	84,0	31	96,9	15	93,8
Manejo asuntos económicos	Independiente	18	16,0	1	3,1	2	12,5
	Dependiente	94	84,0	31	96,9	14	87,5

Fuente: La presente investigación, 2017.

En la Tabla 28 se destaca en las actividades de la vida instrumental que la gran mayoría de adultos mayores de las tres instituciones se encuentran en un nivel de dependencia, esto es común en la institucionalización, ya que se da por el mismo proceso de compensación de necesidades a este nivel.

2.2.2.4. Dimensión Social. Se describen los resultados de la aplicación del listado de intereses que mide la frecuencia y el nivel de participación según intereses (34 adultos mayores) Life Space Assessment (LSA) para medir la utilización de espacios de vida (159 adultos mayores) y el Medical Outcomes Study- Social Support Survey (MOS) que mide el nivel de apoyo social (120 adultos mayores).

Intereses de Ocio y Tiempo Libre

Tabla 29. Descripción porcentual de las actividades con mayor frecuencia de interés para su desempeño

Actividad	%
Escuchar radio	14 %
Ver televisión	14 %
Actividades de la iglesia	13 %
Caminar	12 %
Escuchar música	12 %
Jardinería	6 %
Bailar	6 %
Leer	6 %
Cocinar	6 %
Hacer manualidades	6 %
Viajar/pasear	6 %

Fuente: La presente investigación, 2017.

En la Tabla 29 se evidencia que el adulto mayor de 60 años institucionalizado presenta mayor interés en actividades de ocio relacionadas con escuchar radio y ver televisión, representado en un 14 % de la población.

Tabla 30. Descripción porcentual del nivel de interés en el último año

Actividad	%
Actividades de la iglesia	18 %
Escuchar radio	12 %
Caminar	12 %
Escuchar música	11 %
Ver televisión	11 %
Hacer manualidades	7 %
Viajar/pasear	6 %
Bailar	5 %
Jardinería	4 %
Costura	4 %

Fuente: La presente investigación, 2017.

En cuanto al nivel interés que presenta el adulto mayor en el último año (ver Tabla 30) se identifica que la actividad que prevalece, con un 18 % de la población es la relacionada con actividades de la iglesia.

Tabla 31. Descripción porcentual de la Participación actual de actividad

Actividad	%
Escuchar radio	17 %
Actividades de la iglesia	16 %
Ver televisión	16 %
Caminar	14 %
Escuchar música	14 %
Hacer manualidades	7 %
Bailar	5 %
Leer	4 %
Escribir	3 %
Ver deportes	3 %

Fuente. La presente investigación, 2017.

En la Tabla 31 se pueden identificar las actividades más importantes para continuar ejerciéndolas, como: escuchar radio y actividades relacionadas con la iglesia, esto resulta coherente con las respuestas anteriores.

Tabla 32. Descripción porcentual del interés por participar en esta actividad

Actividad	%
Escuchar radio	15 %

Ver televisión	14 %
Actividades de la iglesia	13 %
Escuchar música	12 %
Caminar	12%
Jardinería	6 %
Hacer manualidades	6 %
Viajar/pasear	6 %

Fuente: La presente investigación, 2017.

Respecto al interés de continuar con las actividades, persiste la de escuchar radio (15 %) y ver televisión (14 %). (Ver Tabla 32).

Tabla 33. Descripción porcentual de Asistencia a grupos

Grupos	%
Salud	46,4 %
Oración	43,1 %
Otros grupos	8 %
Comunitarios	5,4 %
Formación	3,3 %
Estudios	1,1 %

Fuente: La presente investigación, 2017.

Se logró identificar que predomina la asistencia a grupos de salud con un 46,4 % y de oración con un 43,1 % del adulto mayor. (Ver Tabla 33).

Utilización de Espacios de vida

Tabla 34. Descripción porcentual del uso, frecuencia y tipo de apoyo de espacios de vida en CG1

Espacios de vida	Nivel 1		Nivel 2		Nivel 3		Nivel 4		Nivel 5	
	No.	%								
Uso										
si	76	67,2	82	72,6	41	36,3	20	17,7	7	6,2
no	37	32,8	31	27,4	72	63,7	93	82,3	106	93,8
Total	113	100								
Frecuencia de uso										
Menor 1 vez / semana	11	14,5	11	13,4	11	26,8	13	65,0	6	85,7
1 a 3 veces / semana	5	6,6	16	19,5	7	17,0	4	20,0	1	14,3
4 a 6 veces / semana	4	5,3	11	13,4	4	9,8	1	5,0	0	0
Diario	56	73,6	44	53,7	19	46,4	2	10,0	0	0
Total	76	100	82	100	41	100	20	100	7	100
Tipo de ayuda										
Persona	13	17,1	13	15,9	6	14,6	7	35,0	2	28,6
Equipo	17	22,4	19	23,2	8	19,5	0	0	0	0
Ninguna	46	60,5	50	60,9	27	65,9	13	65,0	5	71,4
Total	76	100	82	100	41	100	20	100	7	100

Fuente: La presente investigación, 2017.

En el Centro Geriátrico CG1, se evidencia que los adultos mayores tienen un mayor uso del primero (67,2 %) y segundo (72,6 %) nivel de espacio de vida, con una frecuencia de uso diario del 73,6 % y del 53,7 % respectivamente, con ningún tipo de ayuda (60,5 %). Además, se resalta que en su gran mayoría no participan de actividades que estén relacionadas con el uso del cuarto (82,3 %) y quinto (93,8 %) nivel, referido a otros lugares dentro y fuera de la ciudad. (Ver Tabla 34).

Tabla 35. Descripción porcentual del uso, frecuencia y tipo de apoyo de espacios de vida en CG 2

Espacios de vida	Nivel 1		Nivel 2		Nivel 3		Nivel 4		Nivel 5	
	No.	%								
Uso										
si	27	87,0	26	83,9	11	35,5	5	16,1	2	6,5
no	4	13,0	5	16,1	20	64,5	26	83,9	29	93,5
Total	31	100	31	100	31	100	31	100	31	100
frecuencia de uso										
Menor 1 vez / semana	1	3,7	0	0	4	36,4	4	80,0	1	50,0
1 a 3 veces / semana	1	3,7	2	7,7	4	36,4	1	20,0	1	50,0
4 a 6 veces / semana	1	3,7	5	19,2	3	27,2	0	0	0	0
Diario	24	88,9	19	73,1	0	0	0	0	0	0
Total	27	100	26	100	11	100	5	100	2	100
tipo de ayuda										
Persona	5	18,5	5	19,2	1	9,1	1	20,0	0	0
Equipo	1	3,7	1	3,8	0	0	0	0	0	0
Ninguna	21	77,8	20	77,0	10	90,9	4	80,0	2	100
Total	27	100	26	100	11	100	5	100	2	100

Fuente: La presente investigación, 2017.

Los adultos mayores del Centro Geriátrico CG2 solo participan en su gran mayoría de los niveles 1 y 2 de los espacios de vida, de manera diaria y sin ningún tipo de ayuda, y no presentan mayor uso de los otros niveles, relacionados con espacio del barrio, la ciudad y fuera de la ciudad. (Ver Tabla 35).

Tabla 36. Descripción porcentual del uso, frecuencia y tipo de apoyo de espacios de vida en CG3

Espacios de vida	Nivel 1		Nivel 2		Nivel 3		Nivel 4		Nivel 5	
	No.	%								
Uso										
si	9	56,3	7	43,7	5	31,3	1	6,3	1	6,3
No	7	43,7	9	56,3	11	68,7	15	93,7	15	93,7
Total	16	100	16	100	16	100	16	100	16	100
Frecuencia de uso										
Menor 1 vez / semana	1	11,1	1	14,3	1	20,0	0	0	1	100
1 a 3 veces / semana	0	0	0	0	1	20,0	0	0	0	0
4 a 6 veces / semana	0	0	4	57,1	1	20,0	0	0	0	0
Diario	8	88,9	2	28,6	2	40,0	1	100	0	0
Total	9	100	7	100	5	100	1	100	1	100
Tipo de ayuda										
Persona	3	33,3	3	42,9	1	20,0	0	0	0	0
Equipo	1	11,1	1	14,3	0	0	0	0	0	0
Ninguna	5	55,6	3	57,2	4	80,0	1	100	1	100
Total	9	100	7	100	5	100	1	100	1	100

Fuente: La presente investigación, 2017.

Para los adultos mayores del Centro Geriátrico CG3, se evidencia que la gran mayoría solo utiliza un espacio diferente a su habitación, de uso diario y ningún tipo de ayuda, sin tener posibilidades de uso de

otros espacios de la institución como patios, jardines, corredores, del barrio o dentro y fuera de la ciudad. (Ver Tabla 36).

Red de apoyo social - MOS

Tabla 37. Índice de dimensiones de apoyo social de CG1

Dimensiones	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Mayoría de veces	Siempre	Total usuarios
Dimensión emocional / Informacional						
Alguien con quién pueda contar cuándo necesita hablar	20	23	29	3	8	83
Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	26	28	21	1	7	83
Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	29	24	22	3	5	83
Alguien en quien confiar o hablar de sus preocupaciones	28	25	20	3	7	83
Alguien cuyo consejo realmente desee	31	29	15	2	6	83
Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	32	28	15	2	6	83
Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	33	28	14	2	6	83
Alguien que comprenda sus problemas	33	27	14	4	5	83
Total respuestas	232	212	150	20	50	
Puntaje total / Número total de ítems (8)	29	26,5	18,75	2,5	6,2	
Dimensión Instrumental						
Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	18	13	8	13	31	83
Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	10	8	9	14	42	83
Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	10	8	9	14	42	83
Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	7	10	11	15	40	83
Total respuestas	45	39	37	56	155	

Puntaje total / Número total de ítems (4)	11,2	9,7	9,2	14	38,7	
Dimensión interacción social positiva						
Alguien con quién pasar un buen rato	18	34	16	6	9	83
Alguien con quien pueda relajarse	22	34	13	8	6	83
Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	26	32	13	7	5	83
Alguien con quién divertirse	21	36	13	5	8	83
Total respuestas	87	136	55	26	28	
Puntaje total / Número total de ítems (4)	21,7	34	13,7	6,5	7	
Dimensión apoyo afectivo						
Alguien que le muestre amor y afecto	30	29	10	7	7	83
Alguien que le abrace	29	26	15	7	6	83
Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido	36	25	10	7	5	83
Total respuestas	95	80	35	21	18	
Puntaje total / Número total de ítems (3)	31,6	26,6	11,6	7	6	

Fuente. La presente investigación, 2017

La percepción que tienen los adultos mayores frente al apoyo social que reciben en el Centro Geriátrico CG1 apunta a que, la gran mayoría **nunca** tienen un apoyo que esté relacionado con la dimensión emocional (29) y de apoyo afectivo (31,6), **casi nunca** se les apoya para tener una interacción social positiva (34), a diferencia de la dimensión instrumental donde la gran mayoría expone que **siempre** (38,7) se les apoya en este nivel, esto último, se confirma porque la institución brinda la atención en el cuidado de necesidades básicas como salud y alimentación. (Ver Tabla 37).

Tabla 38. Índice de dimensiones de apoyo social de CG2

Dimensiones	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Mayoría de veces	Siempre	Total usuarios
Dimensión emocional / Informacional						
Alguien con quién pueda contar cuando necesita hablar	7	5	4	5	3	24
Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	7	6	3	3	5	24
Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	6	7	4	3	4	24
Alguien en quien confiar o hablar de sus preocupaciones	7	6	3	4	4	24
Alguien cuyo consejo realmente desee	7	6	3	4	4	24
Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	7	6	3	4	4	24
Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	7	6	3	3	5	24
Alguien que comprenda sus problemas	9	4	2	5	4	24
Total respuestas	57	46	25	31	33	
Puntaje total / Número total de ítems (8)	7,1	5,7	3,1	3,8	4,1	
Dimensión Instrumental						
Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	6	3	2	5	8	24
Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	5	3	2	3	11	24
Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	5	3	2	2	12	24

Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	5	3	2	3	11	24
Total respuestas	21	12	8	13	42	
Puntaje total / Número total de ítems (4)	5,2	3	2	3,2	10,5	
Dimensión interacción social positiva						
Alguien con quién pasar un buen rato	7	7	3	4	3	24
Alguien con quien pueda relajarse	9	4	2	5	4	24
Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	9	4	2	5	4	24
Alguien con quién divertirse	8	5	2	5	4	24
Total respuestas	33	20	9	19	15	
Puntaje total / Número total de ítems (4)	8,2	5	2,2	4,7	3,7	
Dimensión apoyo afectivo						
Alguien que le muestre amor y afecto	9	4	2	4	5	24
Alguien que le abrace	9	4	2	4	5	24
Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido	10	3	2	4	5	24
Total respuestas	28	11	6	12	15	
Puntaje total / Número total de ítems (3)	9,3	3,6	2	4	5	

Fuente: La presente investigación, 2017.

Para los adultos mayores del Centro Geriátrico CG2, se percibe que **nunca** reciben apoyo para las dimensiones emocional (57), social positiva (33) y afectiva (9,3), en contraste con el apoyo que **siempre** reciben para sus necesidades instrumentales (10,5), por ser una institución donde se les suple las necesidades de salud y alimentación. (Ver Tabla 38).

Tabla 39. Descripción porcentual de dimensiones de apoyo social de CG3

Dimensiones	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Mayoría de veces	Siempre	Total usuarios
Dimensión emocional / Informacional						
Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	8	3	2	3	0	16
Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	6	4	2	4	0	16
Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	6	5	2	3	0	16
Alguien en quien confiar o hablar de sus preocupaciones	7	4	3	2	0	16
Alguien cuyo consejo realmente desee	8	3	2	3	0	16
Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	8	4	1	3	0	16
Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	8	4	2	2	0	16
Alguien que comprenda sus problemas	8	3	2	3	0	16
Total respuestas	59	30	16	23	0	
Puntaje total / Número total de ítems (8)	7,3	3,7	2	2,8	0	
Dimensión Instrumental						
Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	2	3	4	5	2	16
Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	2	3	4	5	2	16
Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	2	4	3	4	3	16
Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	2	3	4	4	3	16
Total respuestas	8	13	15	18	10	
Puntaje total / Número total de ítems (4)	2	3,2	3,7	4,5	2,5	

Dimensión interacción social positiva						
Alguien con quién pasar un buen rato	5	5	2	4	0	16
Alguien con quien pueda relajarse	5	6	2	3	0	16
Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	5	6	2	3	0	16
Alguien con quién divertirse	5	6	3	2	0	16
Total respuestas	20	23	9	12	0	
Puntaje total / Número total de ítems (4)	5	5,7	2,2	3		
Dimensión apoyo afectivo						
Alguien que le muestre amor y afecto	6	4	4	2	0	16
Alguien que le abrace	5	7	2	2	0	16
Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido	6	6	2	2	0	16
Total respuestas	17	17	8	6	0	
Puntaje total / Número total de ítems (3)	5,6	5,6	2,6	2	0	

Fuente: La presente investigación, 2017.

En contraste con las dos instituciones anteriores, se observa que los adultos mayores del Centro Geriátrico CG3, la **mayoría de las veces** reciben apoyo social para las necesidades inscritas desde una dimensión instrumental, sin embargo, perciben igualmente, que **nunca** reciben apoyo para las dimensiones emocionales, social positiva y afectiva. (Ver Tabla 39).

2.3. Discusión

La vejez es una etapa del ciclo vital, que trae consigo cambios psicológicos, físicos, sociales y emocionales;

en este sentido, en los últimos años, el aumento progresivo de la población colombiana y el envejecimiento poblacional han ocasionado nuevas etapas en la transición epidemiológica, que exigen una mayor intervención multidisciplinaria. Por lo tanto, los desafíos en salud que impone a la sociedad una población que envejece, son: doble carga de la enfermedad, mayor riesgo de discapacidad, asistencia de poblaciones que envejecen, la desigualdad económica en la población, lo que representa un reto para las políticas públicas en lo concerniente al desarrollo y la calidad de vida; para lograr un

modelo de envejecimiento competente en un sentido útil y productivo, capaz de fortalecer desde un punto de vista genérico de la salud, el cumplimiento de los derechos y la inclusión social (Cardona y Peláez, 2012).

De esta manera, como se aprecia, son muchos los factores que intervienen en un envejecimiento no saludable, sin embargo, existen personas mayores que logran mantenerse en buenas condiciones; todo dependerá de sus diferencias individuales, las características y el entorno en el cual interactúa; en este sentido variables, como la escolaridad, la edad y el sexo pueden influir de forma positiva o negativa, y hacen que sea diferente el proceso y adaptación de esta nueva etapa de la vida; por esta razón, en el presente estudio fue de suma importancia identificar las características sociodemográficas de cada individuo, las cuales en la literatura se referencian de manera significativa en las personas geriátricas (Arango y Ruiz, 2006).

A su vez, cuando se abordan estudios con población adulto mayor, es importante el análisis de los llamados factores sociodemográficos, los cuales según los referentes investigativos (Cárcamo, Fernández y Ovalle, 2013), influyen de manera significativa en el proceso de envejecimiento; por ello, inicialmente se abordó el análisis de la variable edad en el grupo evaluado, encontrando un mayor porcentaje en el rango entre 80 a 89 años. Lo anterior podría ser explicado, ya que en edades tempranas los ancianos conservan mejor su validez en el hogar y son más independientes, debido a que poseen mejor estado físico, cognitivo y funcional,

por lo cual no han sufrido cambios drásticos que los lleve a modificar su estilo y calidad de vida (Vidal, Zabala, Castro, Mora y Mathiesen, 2008); estos rangos de edad, también se observaron en el estudio de Escalona, Roca y Blanco (2010), por ello, se puede inferir que en esta edad, los adultos mayores comienzan a evidenciar la discapacidad por la enfermedad que presenten, cambios físicos, conductuales, agudización de rasgos de la personalidad y tendencia a la soledad, perdiendo su rol en la familia, lo que puede justificar su incorporación a los hogares geriátricos, ya que en las edades más avanzadas la discapacidad es mayor, ya no pueden valerse por sí mismos y la familia los acoge en el hogar o tienen que acudir a un asilo de ancianos.

Así mismo, al abordar el componente sociodemográfico en la investigación se observó que la mayoría de participantes son mujeres, lo que se relaciona con datos de otros estudios (Cheuen et al., 2011), realizados en adultos mayores institucionalizados, donde también predominó el género femenino, esto puede deberse a la feminización del envejecimiento, ya que las mujeres tienen mayor expectativa de vida que los hombres, de hecho en promedio, una mujer vive 7,4 años más que un hombre, sin embargo, aunque viven más, tienen grandes desventajas y requieren mayor cuidado. Por lo anterior, se puede afirmar que las mujeres son más que los hombres en el conjunto de edades, debido a que los hombres viven menos tiempo, de lo anterior se puede concluir que independientemente del país donde se encuentren, y de la situación de

institucionalización o no, el porcentaje a nivel de este género es mayor.

Respecto al estado civil de la población estudiada en su mayoría son solteros, tal como lo indican las investigaciones de Cardona et al. (2010) y Acosta y González (2009). Estos referentes explican que dicha condición conlleva a no tener hijos, por ende, deben ser atendidos por otros miembros de la familia y a su vez tienen mayor probabilidad de institucionalización. Además, el proceso de institucionalización es influenciado por el hecho de no tener una pareja o cónyuge, ya que el estado civil va a determinar en gran medida los vínculos familiares con los que las personas cuentan durante la vejez, al ser solteros no tienen ningún apoyo afectivo y económico durante esta etapa de la vida (Sepúlveda, Rivas, Bustos y Illesca, 2010).

En función de las características sociodemográficas, también se hace alusión a la variable escolaridad, ya que es un factor de gran importancia, que brinda oportunidades de bienestar y de desarrollo personal en los individuos, condicionando en gran parte su estilo de vida actual y futuro, de este modo, el bienestar de la población y el de los adultos mayores en particular, depende en gran medida de su nivel de educación, pues tiene una estrecha relación con la actividad que desarrollan, así como con las actitudes y valores que se adquieren gracias a éste nivel (Díaz y Alemán, 2011). Actualmente, las personas que tienen más de 60 años, pertenecen a una generación, donde el analfabetismo y la baja escolaridad

fueron una característica permanente durante varias décadas. Aun hoy, una importante proporción de este grupo poblacional continúa sin saber leer y escribir, característica que va cambiando con el tiempo debido a la renovación y al alcance de la tecnología.

Por tanto, la mayor proporción de adultos mayores presentaron un nivel de analfabetismo con un 39,4 %, también se observó un 32,4 % con un curso máximo alcanzado de 5 grado y un 19,8 % aprendieron a leer; lo anteriormente descrito se asocia a las pocas posibilidades de estudio que existían antes, ya que la educación no era gratuita, además desde edades muy tempranas las personas se veían obligadas a laborar para apoyar económicamente a la familia; respecto a esto, la educación es un factor que incide en la calidad de vida y bienestar de las personas, y de ello depende gran parte de su situación social, económica y laboral; sin embargo, debido a las mínimas oportunidades escolares que presentó esta población, los adultos mayores quedaron en desventaja para mantenerse laborando o conseguir un empleo en un mercado exigente, donde cada vez se debe tener mayores niveles de especialización y preparación educativa (Millán, 2010).

En cuanto al tipo de afiliación se pudo evidenciar en un estudio realizado en Medellín por Estrada et al. (2011), que del total de esta población objeto de estudio solo el 93,1 % cumplen con este tipo de vinculación, de los cuales, tienen una afiliación a la salud tipo contributivo (51 %) y subsidiada (46,3 %). En comparación con la presente investigación donde el mayor porcentaje se

encuentra en el régimen subsidiado (69,3 %). Probablemente se puede decir que, los adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Pasto están amparados por el Estado, en comparación al grupo etéreo de la ciudad de Medellín, quienes se encuentran afiliados a la salud por parte de algún familiar, demostrando con esto que los adultos mayores de Pasto tienen un mejor acceso a este tipo de servicio, puesto que ellos aún siguen cotizando con el dinero de su pensión, ya que la mayoría de esta población (58,3 %) son pensionados. Por otro lado, respecto al estudio realizado por Cardona et al. (2010), se observó que el nivel de satisfacción prestado por las instituciones valoradas fue bueno o se encontraban satisfechos con los servicios suministrados; respecto a la presente investigación indica que el mayor porcentaje en cuanto al nivel de satisfacción fue bueno, llegando a la conclusión que los servicios de las fundaciones del adulto mayor institucionalizados en Colombia son servicios dignos y acorde para éste tipo de población.

Otro de los factores mediadores en el proceso de envejecimiento lo constituye la salud, donde la enfermedad cardiovascular representa la principal causa de mortalidad en todos los países, y la hipertensión arterial determina un papel importante dentro de la mortalidad, por ser el factor de riesgo cardiovascular más significativo, en este sentido la enfermedad cerebrovascular, isquémica y hemorrágica, se incrementa con la edad, siendo la hipertensión arterial un importante elemento desencadenante para este tipo de patologías, además es considerada también un factor de riesgo para el desarrollo de demencia vascular y enfermedad de Alzhei-

mer (Lakatta, 2002). En este orden de ideas, respecto al factor médico, prevalece en el estudio también la demencia, siendo de especial relevancia en el ámbito institucional, dado que la evolución de la enfermedad y los cambios sociales no favorecen la permanencia en el hogar de esta población, porque afectan al comportamiento y derivan en una dependencia física, social y cognitiva. Todo ello confluye en un importante aumento del gasto socio sanitario, que será mayor a medida que aumente la gravedad de los procesos y también por la propia institucionalización (Waldemar et al., 2007).

Es así que la prevalencia global de la demencia en ancianos institucionalizados supera el 60 %, situándose con valores similares a los publicados en diferentes estudios, tanto para países europeos como en Estados Unidos; sin embargo, la incidencia de esta patología observada en residencias de ancianos en México fue menor, esto puede deberse a las diferencias étnicas y sociodemográficas entre las poblaciones estudiadas. Cifras similares (69 %) aparecen en estudios canadienses donde se establece que los mayores de 85 años son especialmente vulnerables para desarrollar demencia, esta población requiere el cuidado en residencias en un 36 % más que aquellos que no la presentan (Chen et al., 2007). Así mismo, la incontinencia urinaria, es considerada un problema médico social y un síndrome geriátrico en el adulto mayor, sus secuelas incluyen importante deterioro funcional, alteración en la calidad de vida, fragilidad, institucionalización. Su prevalencia se estima de 15 a 65 % de la población adulta mayor, la variabilidad de la cifra depende de la difícil detección por el personal de sa-

lud de primer contacto. Las consecuencias y complicaciones de esta enfermedad cuando no se tratan adecuadamente, deterioran significativamente la calidad de vida de los pacientes, limita su autonomía y reduce la autoestima incluyendo aislamiento social y depresión (Wilson, 2006).

Pese a tratarse de uno de los grandes síndromes geriátricos, su prevalencia real es difícil de conocer, por diferentes motivos, como limitaciones metodológicas, sesgos conceptuales, recogida de datos, cuestionarios utilizados, tendencia a su ocultación, etc., no obstante, las cifras en población geriátrica oscilan entre un 15 y 20 % en ancianos ambulatorios y un 60-70 % en población institucionalizada. En este sentido, sorprende negativamente el bajo índice de detección y de consulta de este síndrome geriátrico, ya que en alrededor de un 50 % de los casos no se consulta, y aun peor, no se pone en marcha el proceso diagnóstico ni terapéutico que requeriría, limitándose en la gran mayoría de los casos a un manejo paliativo, lo cual se traduce en un porcentaje muy bajo de ancianos adecuadamente tratados. Finalmente, un aspecto de gran relevancia es la afectación de la calidad de vida que esta situación desencadena, de ahí la importancia de una valoración sistémica (Salinas et al., 2010).

En este contexto, una de las funciones cognitivas más implicadas fue la memoria, afectación que podría ser explicada por el proceso de envejecimiento en el ser humano, ya que hay un cambio que se caracteriza por dos componentes principales: la dificultad en adquirir nueva información y disminución de la capacidad

de evocar información; acompañado al proceso de la memoria, la capacidad para prestar atención a los hechos nuevos es una variable primordial en la memoria a corto plazo, afectando el recobro de la información. Lo anterior no permite que la memoria de trabajo procese lo que se desea recordar y memorizar, de esta manera en el grupo evaluado se encontró problemas en el registro, procesamiento y la recuperación de información, donde la incidencia de implicaciones mnémicas en población adulto mayor, oscila entre un 50 %, por lo cual la presencia de estos déficits puede predisponer a un cuadro de deterioro cognitivo; sin embargo, la literatura refiere que los problemas a nivel de memoria pueden ser explicados por diversos factores, entre los que se destaca eventos de orden emocional, sociodemográfico y médicos (Ferrari, 2008).

Finalmente, respecto al factor médico, la actividad onírica es de gran relevancia en esta población, frecuentemente se relaciona el envejecimiento con el empeoramiento en la calidad del sueño; entre las características más significativa del sueño en población anciana se encuentran un adelanto en la fase circadiana de sueño y dificultades en el mantenimiento ininterrumpido del sueño. Por ello, estudios refieren la incidencia de insomnio para este grupo. Lo anterior puede estar asociado a varios factores que con frecuencia se encuentran interaccionando, entre ellos: mayor prevalencia de trastornos afectivos, como la depresión, y de trastornos mentales orgánicos, como la demencia. De esta manera, como ocurre con otros síndromes geriátricos, la etiología del insomnio en el anciano es mul-

tifactorial, sin embargo, las causas que con más frecuencia originan insomnio son las debidas a una mala higiene del sueño (Newman, Enrigh, Manolio, Haponik y Wahl, 1997).

Durante el proceso de envejecimiento son numerosos los cambios fisiológicos que se van presentando, por tal razón, es necesario reconocer la variabilidad de los requerimientos nutricionales, debido a la estrecha relación que existe entre la nutrición y el proceso de envejecimiento, ya que en este grupo poblacional estas necesidades están condicionadas fundamentalmente por la actividad física y por las enfermedades asociadas. Sin embargo, son numerosos los ancianos que tienen requerimientos especiales de nutrientes porque el envejecimiento influye en los procesos de absorción, asimilación y excreción, además del efecto que diferentes factores psicosociales y de autopercepción que ejercen sobre la ingesta y la malnutrición, procesos de absorción, asimilación y excreción (Méndez et al., 2013).

Además del efecto de diferentes factores psicosociales y de autopercepción que se ejercen sobre la ingesta y la malnutrición, en este proceso de envejecimiento se destaca el ámbito institucional, donde el adulto mayor se enfrenta a la adaptación de nuevos alimentos, horarios de comida y estilos de servicio, todo esto en un entorno que le puede parecer extraño o poco familiar en el momento de ingreso a una institución, la persona mayor debe adaptarse a una alimentación no propia de su estilo de vida (Hilerio, 2009). Por lo tanto,

Los adultos mayores son considerados como uno de los grupos más heterogéneos y vulnerables de la población, con un mayor riesgo de sufrir desequilibrios, carencia y problemas nutricionales, en el que las alteraciones biológicas, psíquicas y sociales repercuten en gran medida en las actividades de la vida diaria y en la capacidad para alimentarse, aspectos relacionados con la independencia funcional de este grupo etario. (Ayala y Gutiérrez, 2014, p. 22)

En este sentido, la literatura refiere mayor prevalencia de implicación nutricional en el adulto mayor institucionalizado, aunque no se conoce muy bien cómo influye esta situación en las alteraciones nutricionales, algunos autores refieren sobre la dieta monótona y poco atractiva en el ámbito institucional, así como, una falta de personal para cuidar y ayudar en el momento de la comida. Así mismo, el nivel de dependencia y el estado de salud de estos ancianos puede contribuir en el aumento de la prevalencia de desnutrición, al igual que la falta de apetito y la pérdida de capacidad gustativa son factores que pueden conducir a un desinterés del anciano por la comida (Hilerio, 2009).

Después de conocer los resultados anteriores, y considerando estudios que se han realizado en diferentes países, se puede afirmar que la institucionalización es un elemento que afecta a la nutrición sin distinción de contextos (Ayala y Gutiérrez, 2014). Por su parte otros autores describen la malnutrición como un problema que poco se ha valorado, a pesar de que afecta a entre el 20 y el 50 % de los adultos mayores institucionalizados (Álvarez et al., 2012), donde no solo los cambios

fisiológicos del envejecimiento, las enfermedades agudas y crónicas, el uso de algunos medicamentos, sino también la falta de dientes y la disfagia pueden favorecer su aparición, siendo un riesgo para el adulto mayor no contar con una atención oportuna de su salud oral y procesos de deglución. Esto obedece a que, al presentarse problemas dentales, ya sea por ausencia o enfermedad oral, además de una deficiencia en la capacidad masticatoria del adulto mayor, se empiezan a consumir alimentos más suaves y se va eliminando de la dieta aquellos alimentos difíciles de masticar, los cuales son los más ricos en proteínas y fibras, lo que conlleva a tener una alimentación deficiente afectando el estado nutricional de esta población (Borges et al., como se citó en Risari, 2011).

Otro de los factores básicos para la investigación de este tipo de población es el componente cognitivo, el cual, a medida que el individuo envejece presenta cambios que en ocasiones conllevan a un deterioro; en este sentido, algunos sujetos pueden experimentar alteraciones cognitivas, mientras que, en otros, los efectos pueden ser mínimos. Por ello, se da a conocer los resultados alusivos al desempeño cognitivo a través de la escala Mini Mental, donde un mayor porcentaje de los evaluados se ubicaron en la categoría de deterioro cognitivo. Investigaciones como la realizada por López, López, Castrodeza, Tamames y León (2009), refieren que más del 60 % de los residentes en instituciones geriátricas, presentaron algún grado de deterioro cognitivo, donde las áreas más afectadas fueron: memoria (específicamente en el proceso de evocación), cálculo

lo y lenguaje; de igual manera, autores como Pérez y Zepeda (Pérez, 2010), señalan datos similares con una prevalencia del 73 % en población adulta mayor institucionalizada, utilizando la misma escala de este estudio.

Cuando se evalúa el componente cognitivo a través de la utilización de escalas de rastreo es muy frecuente encontrar en los estudios científicos la utilización de la escala MOCA, la cual, al igual que el MINIMENTAL, se focalizan en el rastreo o tamizaje global de algunos procesos cognitivos; no obstante, la escala MOCA posee un mayor nivel de complejidad en su aplicación (Blackburn, Walters y Harkness, 2011). De acuerdo con lo planteado en el estudio se encontró que el 94,6 % de la población evaluada se ubicó en la categoría deterioro cognitivo, esto se contrasta con autores como Sánchez, Vásquez y Zúñiga (2013) quienes hallaron 244 adultos con deterioro cognitivo (de un total de la muestra estudiada de 690 adultos mayores).

Variables tales como el nivel de comprensión de las instrucciones, las diferencias cualitativas en semejantes niveles educativos, las diferencias debidas a los contextos sociales y económicos, entre otras pueden tener un importante papel interviniente en el comportamiento de los resultados, especialmente en el uso de diferentes puntos de corte que definen la diferencia entre un desempeño normal y un desempeño deficitario. (Pereira y Reyes, 2013, p. 53).

Las diferencias encontradas en torno al número de pacientes en esta muestra con deterioro cognitivo pueden ser explicadas debido a que el MMSE es un instrumento que detecta mayores alteraciones cognitivas mientras que la MoCA tiene la capacidad para detectar variantes del

funcionamiento cognitivo que no afectan la funcionalidad de los pacientes y es capaz de detectar etapas tempranas o incipientes del deterioro. (Rodríguez, Saracco, Escamilla y Orellana, 2014, p. 521).

Además de los cambios (...) propios del envejecimiento, es común que la salud psíquica en los adultos mayores se vea deteriorada, y se refleja a través de la presencia de síntomas depresivos como frustración, tristeza y sensación de inutilidad, lo cual genera dependencia funcional (Durán et al., 2013, p. 37).

La patología depresiva en el adulto mayor representa una importante carga de malestar para el paciente, para su familia y para los hogares geriátricos donde puede residir. Las características con las que se presenta la enfermedad en este grupo de edad hacen que se diagnostique poco y se intervenga en menor proporción (Borda et al., 2013, p. 70).

Al analizar esta patología en adultos mayores, es necesario realizar una serie de consideraciones, que nos sitúan en un contexto distinto de lo que es el paciente depresivo en general. Primero, existen algunas variables psicosociales propias de esta edad, como el aislamiento y la declinación social, que están relacionadas con el enfrentamiento terapéutico y con algunas labores de prevención de este tipo de patología en el adulto mayor; además, la mayoría de las personas de la tercera edad reciben pensiones o jubilaciones bastante más magras que su sueldo habitual, razón por la cual suele haber una caída en su estándar de vida, salvo excepciones.

En segundo lugar, está el tema de los duelos, tanto de familiares cercanos como de amigos, que afecta sobre todo a las personas de edad muy avanzada, ya que toda su generación comienza a desaparecer, se sienten cada vez más solos y empiezan a sentir que van a ser el próximo. También se produce una disminución de la actividad física y psíquica, y por otro lado, desde el punto de vista orgánico, suelen estar presentes una multitud de patologías que limitan al paciente *a priori*, antes de la patología psiquiátrica. Además, se debe considerar todo el tema farmacológico, porque habitualmente todas estas patologías requieren tratamientos independientes, algunos de los cuales favorecen la depresión o dificultan el tratamiento antidepressivo. (Santander, 2005, párr. 6).

Respecto a las quejas subjetivas de memoria, la literatura menciona que su prevalencia está determinada por diversos factores, sin embargo, estas quejas se han asociado frecuentemente a déficits en la velocidad del procesamiento de información, percepción subjetiva, trastornos del estado mental, implicaciones de orden emocional, pobre red social, enfermedad médica, entre otros. Así, las quejas mnésicas de este grupo parece que guardan más relación con factores psicológicos que con deterioros reales, no obstante, "las quejas de memoria solo serían una referencia que alerta sobre un cambio cognitivo, aunque en los últimos años se ha revalorizado su estudio como posible predictor, enfatizando su importancia en el seguimiento del estado cognitivo de los pacientes" (Mias, Luque, Bastida y Correché, 2015, p. 55). Desde esta perspectiva, esta implicación

no siempre corresponde con un estado psicológico, sino que puede alertar sobre la presencia de un deterioro en curso; que incluso puede ser de funciones cognitivas diferentes a los procesos mnésicos (Mias, 2010).

Por lo tanto, en el adulto mayor la depresión se manifiesta como un estado de ánimo caracterizado por sentimientos, tales como: indiferencia, soledad, pesimismo, dificultad para realizar actividades de la vida diaria, inactividad física, polifarmacia, dependencia económica, lo cual afecta su estado de ánimo y sus pensamientos; igualmente, la forma en que el paciente come y duerme, lo que piensa de sí mismo, su concepto de la vida y su comportamiento en general, estos aspectos cobran mayor importancia en los ancianos, y se suman a la presencia de somatizaciones y sentimientos de ser una carga para la familia. Dentro de las personas que sufren aislamiento (que muchas veces los conduce a un estado depresivo) es muy probable que se encuentren aquellos que están hospitalizadas o internados en una institución, de manera temporal, para que sean atendidas sus necesidades en el aspecto salud; estos lugares, por lo general se caracterizan por no poseer el personal necesario para que las personas, en especial las de edad avanzada, manifiesten sus emociones, necesidades, dudas, miedos, entre otras (Hernández, Vásquez y Ramo, 2012).

Por lo anterior, en el adulto mayor se desbordan una serie de implicaciones debido a la presencia de la sintomatología depresiva que afecta principalmente en la independencia funcional, la cual es un componente im-

portante de la calidad de vida; desde la perspectiva de las personas mayores, en ocasiones, "el deterioro funcional llega a un punto en que los sujetos no pueden cuidar completamente de sí mismos, hay carga sobre su familia y/o cuidador, y el sistema médico llega a ser sustancial" (Fernández, 2004, p. 1); la mortalidad, la discapacidad física y cognitiva son posibles consecuencias adversas que se pueden generar en la población estudiada, ya que la depresión puede afectar las capacidades cognitivas y motivacionales, la regulación del afecto, la percepción social e incrementar la tendencia a amplificar los síntomas físicos, lo cual en el anciano puede disminuir la motivación hacia la rehabilitación (Fernández, 2004).

Otro aspecto importante que se tuvo en cuenta en esta investigación fue el Desempeño Físico funcional de los adultos mayores institucionalizados, ya que es una herramienta clave de la condición física de los pacientes y es un método utilizado en casi toda clínica, como en investigación; éste permite avanzar en el desarrollo de tratamientos e intervenciones terapéuticas para la discapacidad y el deterioro físico, además de ser un medio estándar universalmente aceptado para medir el estado funcional del adulto mayor. De acuerdo a la ejecución de la Batería Corta de Desempeño Físico Funcional (SPPB), se compone de tres ítems, en la prueba de equilibrio se encontró en pies paralelos que el 62 % lo hace, seguido de la posición Semi Tándem con un 57 %, y por último en posición Tándem un 34 %, por lo tanto, se puede relacionar que a medida que disminuye la base de sustentación en estas pruebas, los adultos

mayores tienen menor capacidad para realizarlas, esto se explica porque los ancianos con trastornos de equilibrio sufren múltiples deficiencias como pérdida multisensorial, debilidad y limitaciones cognitivas que a menudo pueden llevar a pérdida funcional, tales como: incapacidad de caminar con seguridad, subir y bajar escaleras y vestirse independientemente; esto conlleva a generar deficiencias en las estrategias para mantener la estabilidad y el equilibrio (Rosas, Yarce, Paredes, Rosero y Morales, 2015).

En cuanto a la prueba de la velocidad de la marcha, el promedio encontrado en el presente estudio, recorriendo una distancia de 4 metros es de 0,31m/s, por lo tanto, teniendo en cuenta que el valor de referencia en Colombia es de 0,46 m/s en adultos mayores institucionalizados (Gómez et al., 2013), y en estudios como los de los autores Barbosa, Rodríguez, Hernández, Hernández y Herrera (2007) reportan valores de 0,52 m/s y 0,77m/s respectivamente, el valor obtenido en la población de esta investigación se encuentra por debajo del límite, lo que conlleva a que una menor velocidad se considere un punto para identificar eventos adversos, discapacidad de la movilidad, hospitalizaciones, deterioro de la salud física y la función, depresión, riesgo de caídas y muertes, con lo cual se puede deducir que los adultos mayores de esta ciudad, están expuestos a este tipo de situaciones.

El valor reportado en el estudio de Rosas et al. (2015) sobre la velocidad de la marcha en adultos mayores ambulatorios de San Juan de Pasto es de 0,73 m/s, éste

está por debajo del encontrado por González, Triviño y Valencia (2012) con 0,83 m/s, es decir que, tanto en los adultos mayores institucionalizado, como en ambulatorios de la ciudad de San Juan de Pasto se encontraron promedios por debajo de los valores de referencia; cabe resaltar que la lenificación en la marcha es un riesgo de institucionalización (Gómez y Curcio, 2002). En cuanto a la prueba de incorporarse de una silla en 5 repeticiones, se encontró que el promedio del tiempo empleado por los adultos mayores de la presente investigación fue de 18,82 seg (DE:8,06), lastimosamente, no fue posible comparar este resultado con otras investigaciones realizadas en adultos mayores institucionalizados colombianos, debido a que otros estudios evalúan esta prueba en 1 sola repetición, sin embargo, los valores reportados en adultos mayores ambulatorios (Cancela, Ayán y Varela, 2009) son de 13,87 segundos, que indica los tiempos prolongados en incorporarse de una silla se asocian con limitación funcional y morbimortalidad.

Los resultados totales de la SPPB en el presente estudio arrojaron en su mayoría predominio de puntajes bajos en las tres instituciones evaluadas, equivalente a un 66,5 %, lo que confirma que los puntajes inferiores del SPPB se relacionan con mayor nivel de discapacidad, acompañado de un amplio rango de consecuencias en la salud, que incluyen alteraciones en las AVD, dependencia, pérdida de la movilidad, tiempo de estancia hospitalaria, y muerte (Roca, Henriette, Ramírez y Prosper, 2013). Cabe resaltar que existe una relación significativa entre la autonomía e independencia de un adulto mayor y su deterioro producto de la instituciona-

lización (Pinillos y Prieto, 2012). Se describe que a mayor edad los sujetos exhiben mayor grado de discapacidad para realizar tareas motoras y un detrimento en las condiciones físicas que permiten el desempeño de la funcionalidad (Barbosa et al., 2007), de igual manera se reporta que estos bajos puntajes se asocian a una edad mayor y al sexo femenino (Cabrero et al., 2012), esto se ve reflejado en esta investigación donde el 48,2 % de las mujeres obtuvo desempeño bajo (0-6) en el puntaje de la SPPB.

Con una población cada vez más envejecida, es importante que los profesionales de la salud conozcan que las pruebas realizadas en esta batería son capaces de detectar cambios pequeños en el desempeño funcional, pero que pueden convertirse en alteraciones más graves donde se ve afectada directamente la funcionalidad de los adultos mayores, lo que se traduce en: pérdida de la capacidad para caminar 400 metros en los próximos 3 años, e incremento en 32 veces el riesgo de discapacidad de movilidad y dificultades en la ejecución de AVD a los 12 meses.

Otra variable que se evaluó en esta investigación fue las caídas, ya que el adulto mayor institucionalizado tiene una predisposición para caer y son múltiples las causas que pueden contribuir a ello; las caídas representan uno de los problemas más importantes dentro de la patología geriátrica, lo que se constituye como uno de los grandes Síndromes Geriátricos. En lo referente a la relación entre las caídas y el sexo se pudo determinar que el género femenino presentó mayor número de

caídas (59 %), esto puede darse por la disminución en cuanto a la fisiología osteomuscular presentada en el sexo femenino debido a múltiples factores (Cruz et al., 2014), lo cual coincide con lo demostrado en los diferentes estudios (Gac, Marín, Castro, Hoyl y Valenzuela, 2003) que determinan que de 113 adultos mayores que cayeron al piso, porcentualmente las mujeres presentaron un mayor número de caídas con un 26,1 %; porcentaje similar a este estudio, pero difiere en el horario en el cual ocurre el evento, ya que en el estudio antes mencionado se produce en las horas de tarde y noche, y en la presente investigación la prevalencia de las caídas fue en las horas de la mañana; por lo cual, es necesario referirse al estudio realizado por Romero y Uribe (2004) donde las caídas se presentan en mayor número con mujeres pero sin tener en cuenta el momento de ocurrir el evento.

De igual forma, el miedo a caer prevalece en mayor medida en las mujeres, esto se puede relacionar con lo expuesto por Terra et al. (2014), quienes argumentan que el miedo ya sea físico o mental ocasionado en una persona se debe al sin número de complicaciones que pueden acarrear las caídas, en especial en edades avanzadas, en las cuales una leve complicación se puede transformar en algo muy difícil de tratar, ya que la evolución de los sistemas óseo, neuromusculares e inmune no presentan una mayor fluidez en el paso de formación celular y regeneración de tejidos. Asimismo, el miedo se puede asociar a las condiciones del medio en el que la población se desarrolla, ya que de acuerdo al mecanismo de caída es más propenso el deslizamiento,

según el presente estudio el 51,5 % sufrieron una caída debido a este evento; de igual forma, lo refiere el trabajo de los autores Curcio, Gómez y García (1998) donde la mayor prevalencia de caídas se presentó por deslizamientos con un 33,5 %, siendo el lugar más frecuente el dormitorio; este resultado coincide con el presente estudio en cuánto al mecanismo, pero difiere en el lugar que se produce las caídas, ya que en esta investigación prevalecen como lugares frecuentes de caídas las gradas y el baño (12,1 %).

Además, teniendo en cuenta las lesiones producidas por las caídas, se determinó que la mayor lesión se produce en la cabeza (33,3 %), con mayor prevalencia en el sexo femenino (72,7 %); estos resultados concuerdan con lo expuesto por Ledur, Ceola, Bertoldo y d'Orsi (2013), quienes determinaron que el cráneo es el más expuesto a sufrir alteraciones a nivel esquelético, así como lesiones a nivel muscular debido a la pérdida de inestabilidad que conlleva a la caída, sin tener una reacción de protección o poder disminuirla; por lo tanto, la ayuda para levantarse es necesaria al igual que la hospitalización, dependiendo de la gravedad de la lesión. Desde esta perspectiva, la realización de este tipo de estudio en la ciudad de San Juan de Pasto es novedoso e importante, ya que al tener en cuenta datos como: el número de caídas, el miedo a caer y el riesgo que tienen los adultos mayores institucionalizados, aporta más conocimiento sobre las caídas, sus causas, consecuencias, complicaciones y factores de riesgo, con el fin de prevenirlas y disminuir su incidencia y porcentaje en los adultos institucionalizados.

Para la caracterización del desempeño de las actividades de la vida diaria de los adultos mayores institucionalizados es importante tener una comprensión acerca de lo que significa el envejecimiento asociado con la institucionalización. Por lo cual se considera, cómo es el impacto que tiene el proceso de envejecer y la presencia de enfermedades, no solamente sobre el área física (deambulación, movilidad, actividades de sobrevivencia), sino también sobre la conducta emocional, la interacción social, la comunicación con otros y las actitudes frente al envejecimiento. Además, es necesario comprender cómo es la autopercepción de salud, el bienestar mental y la satisfacción con la vida, como elementos que permiten valorar la calidad de vida al envejecer. Desde el punto de vista de la institucionalización, es necesario considerar las funciones, deberes y derechos que tiene el Estado, las redes de apoyo primarias y secundarias y las instituciones sociales, pues estos factores determinan la independencia y la autonomía, y la vez condiciona la calidad de vida al envejecer (Gómez y Curcio, 2002).

De acuerdo con los autores Gómez y Curcio (2002), quienes refieren que es característico en las instituciones de cuidado crónico, confundir la calidad del cuidado con la calidad de vida, a pesar de que la primera es un elemento fundamental de la estructura organizacional, no permite hacer una visión holística del anciano en las instituciones. Es una realidad que la vida en las instituciones de cuidado crónico se caracteriza por la rigidez de la rutina, los tratamientos son realizados en bloque y existe una notable despersonalización en la atención

y un marcado distanciamiento social entre el equipo de salud y los pacientes (Ugalde, 2010). Estas situaciones no son ajenas a lo observado en las instituciones de la ciudad de Pasto, donde la misma organización y estructura obliga al adulto mayor a perder cada día su autonomía y a cerrar sus oportunidades de participación, pues se les brinda un servicio donde los horarios, la atención de los cuidadores y los bajos recursos financieros, no son facilitadores para darle autonomía, independencia, un envejecimiento exitoso, saludable y activo.

Respecto al nivel de independencia en las actividades de la vida diaria básicas, en la presente investigación se encontró que los adultos mayores tienen una mayor limitación en actividades de baño. Este resultado se encuentra en gran semejanza con la investigación realizada en México por Acosta y Gonzáles (2010), la cual refiere que la mayoría de las limitaciones en el adulto mayor son las actividades de la vida diaria básicas. Esto significa que a nivel de Pasto, específicamente con la población institucionalizada, se encontraron coincidencias en los resultados frente a las actividades de la vida diaria instrumentales, también se pudo constatar en la investigación que hay una gran limitación del adulto mayor al ser institucionalizado debido a las condiciones del contexto (institución); aunque también existen otros estudios que demuestran lo contrario, pero es evidente que las condiciones sociales, culturales y económicas del contexto, posibilitan el mantenimiento de la autonomía e independencia, especialmente en las actividades de la vida diaria instrumentales (Pinillos y Prieto, 2012).

En función de la categoría de espacios de vida, principalmente se trabajó con características de la población en las cuales se abordó los valores, creencias y espiritualidad del adulto mayor institucionalizado (Mercado y Ramírez, 2010); también se tuvo en cuenta destrezas de ejecución, donde las destrezas de comunicación y sociales son importantes para lograr la participación en los diferentes entornos o espacios de vida, teniendo en cuenta que los patrones de ejecución incluyen hábitos, rutinas, roles y rituales del adulto mayor. Es importante mencionar que para esta investigación se logró definir los espacios de vida del adulto mayor a partir de los aspectos anteriores. Los valores, creencias y espiritualidad, influyen sobre el adulto mayor institucionalizado hacia la motivación y dedicación en su ocupación, dando significado a la vida a través del uso de los espacios de vida, siempre y cuando se promueva, partiendo de sus intereses (Simó y Urbanowski, 2006).

De igual manera, se toma como aspecto importante los hábitos, debido a que el adulto mayor dentro de su funcionalidad se encuentra en comunicación con otros adultos, en su vida cotidiana dentro de un espacio determinado con normas y rutinas como es la institución geriátrica (Kielhofner, 2004). Dentro de los rituales, se considera que los adultos mayores tienen acciones simbólicas con significados espirituales, culturales y sociales, que están involucrados en su diario vivir. En cuanto a los roles, se ven alterados algunos, como el rol de trabajador, ya que el adulto mayor no se encuentra en condiciones para ejercer una labor que genere ganancias; de igual manera, el rol de padres desaparece, ya

que, dentro de este se manifiesta una disminución en la participación y en el apoyo familiar; el rol de abuelos también se encuentra alterado debido a que en muchas ocasiones no hay comunicación y disfunciones cognitivas por parte del adulto mayor.

En relación, sobre el uso de los espacios de vida determinados en cada institución se logra evidenciar diferencias, las cuales están determinadas por los recursos con los que cuenta cada institución, sean locativos o de infraestructura, y de los servicios profesionales, que ofrecen diversas alternativas para promover la participación de los adultos mayores. Por lo tanto, en el Centro Geriátrico CG1, se observó que los adultos mayores desarrollan las actividades relacionadas con la vida diaria básicas e instrumentales, de descanso y sueño, establecimiento y gestión del hogar y participación social de manera más frecuente en los cuatro niveles, a diferencia del CG2 donde se alcanza mayor movilidad o uso en los niveles 1 y 2, donde se desarrollan actividades relacionadas con las básicas e instrumentales, de ocio, recreación y participación dentro de la institución, dejando a un lado aquellas que se relaciona con la gestión del hogar o la participación social en entornos por fuera de la institución. En el caso del CG3, se pudo observar la carencia de participación en espacios por fuera de las habitaciones de los usuarios, ya que están limitados a su cuarto, donde se realizan las actividades básicas, de ocio y alguna interacción con compañeros, esto como resultado de una infraestructura reducida, en comparación con las otras instituciones que cuentan con patios, capilla, zonas comunes de comedor y

de entretenimiento, así como servicios profesionales de terapia ocupacional y/o fisioterapia que posibilitan otras alternativas de movilidad dentro de la institución.

Referente a la limitación de la movilidad en los espacios de vida, cabe mencionar que, dentro de las instituciones no se promueve el uso de espacios de vida en los adultos mayores, situación similar encontrada en un estudio realizado en México (Snih et al., 2012), en el que se resalta que la presencia de patologías afectan la condición física para poder hacer uso de los diferentes espacios de vida de manera independiente y autónoma; por esto en la presente investigación se concluye que los adultos mayores no hacen uso de espacios de vida que se encuentran dentro y fuera de la institución a la que pertenecen, debido a que se presentan factores que restringen la interacción en ellos. Lo anterior tiene su razón de ser, pues la relación que existe entre la zona espacial y la movilidad, determina el uso de los espacios de vida, ya sea en el dormitorio, dentro y fuera de casa, el barrio, la ciudad y zonas distantes; en tanto, el propósito que tiene la persona de moverse en la vida diaria establece su frecuencia en un tiempo determinado, reflejando su capacidad de rendimiento en su desempeño ocupacional, que también está influenciado por las exigencias del entorno, ya que si éstas se exceden a las capacidades del adulto mayor la frecuencia de su uso va a disminuir, o si por el contrario, se hace una compensación de un déficit en la movilidad, ya sea con un caminador o adecuación de instalaciones, el uso y la frecuencia de uso de los espacios se puede mantener (Portegijs, Rantakokko, Mikkola, Viljanen y Rantanen,

2014). En el caso de los adultos mayores institucionalizados, las características mencionadas son factores determinantes para el uso de espacios de vida relacionados con su desempeño ocupacional en la vida diaria.

Frente al apoyo social que perciben los adultos mayores institucionalizados, se pudo determinar importantes diferencias en las dimensiones emocional/informacional, instrumental, de interacción social positiva y de apoyo afectivo, en las tres instituciones estudiadas; lo cual establece la existencia de facilitadores o barreras para poder promover el uso de espacios de vida para la participación social, como una medida para favorecer el envejecimiento exitoso en la población institucionalizada. Al indagar sobre la percepción que poseen los adultos mayores en cuanto al apoyo social que reciben, se pudo establecer que, tanto en el centro CG1 como en el CG2, existen aspectos que hacen sentir bienestar en las dimensiones emocional, instrumental, de interacción y afectiva, ya que sienten que cuentan con personas que apoyan la realización de sus actividades, a quienes pueden acudir para dar o recibir información y afecto, lo cual facilita el desarrollo de sus actividades diarias y la participación social, incidiendo positivamente en su proceso de envejecimiento; caso contrario en el CG3, donde es evidente la falta de apoyo, tanto para la interacción social positiva como en el aspecto afectivo; esto en parte porque la población de dicha institución está en situación de abandono y la institución no cuenta con algunos servicios de las otras instituciones, lo que afecta gravemente la condición física, cognitiva, social y emocional de sus usuarios.

Para los adultos mayores, la familia brinda apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas, aun cuando la gran mayoría son relativamente independientes y físicamente aptos y funcionales.

Numerosos estudios han mencionado que el cónyuge y los hijos son los principales actores de este tipo de red. Sin embargo, las redes familiares se encuentran amenazadas por el descenso de la fecundidad y se espera que en el futuro otras redes sean capaces de apoyar a las personas adultas mayores. (Montes, 2003, p. 145).

A partir de la institucionalización de los adultos, estas relaciones se ven afectadas, perdiendo los roles como apoyo social. Por lo anterior, es claro que las relaciones sociales influyen sobre el envejecimiento físico y cognitivo a través de vías psicológicas, comportamentales y fisiológicas, estar integrado a la familia y a la comunidad, produce un sentimiento positivo con la vida (Puga, Rosero, Glaser y Castro, 2007; Grijalva y Zúñiga, 2009). Las condiciones de satisfacción con las redes sociales formales e informales, el buen trato recibido por parte de familiares y cuidadores, el sentimiento de acompañamiento y la realización de las actividades lúdicas son importantes dentro de las instituciones de atención o centros de protección social (Congreso de Colombia, 2009). Por tanto, el bienestar, además de encontrarse influenciado por diferentes características sociodemográficas, como edad, género y estado civil, también se debe determinar desde la subjetividad del adulto frente a sus recursos, entre los cuales se encuentra el apoyo social percibido (Hicks, Epperly y Bender, 2001).

Es importante resaltar que el abandono y deterioro funcional repercuten en la participación social; para una participación social activa del adulto mayor institucionalizado es necesario el uso de espacios de vida, donde se genere grupos de interacción, ya sea en patios, jardines, comedores y lugares de esparcimiento, promoviendo su participación social. Por lo tanto, para la intervención de esta población se hace necesario realizar estrategias que optimicen al adulto mayor y que conlleve a una participación directa con la cotidianidad. Esta situación se relaciona con la experiencia de un estudio denominado: *Participación Social e Imagen Social de la Vejez* (Aranibar, 2003), que manifiesta sobre las personas mayores que participan en grupos sociales mantienen una calidad de vida superior en comparación con los adultos que están socialmente aislados, encontrando relaciones positivas entre percepción subjetiva de bienestar y estilo de vida, por tal razón esta investigación se asocia a la participación social del adulto mayor, teniendo en cuenta las necesidades que permiten involucrar aspectos de participación en comunidad, familia y compañeros.

Por otra parte, es relevante considerar las redes de apoyo como ente fundamental para motivar el envejecimiento exitoso, tal como lo expresan Fernández et al. (2010), quienes afirman que las redes de apoyo social o grupos de organización brindan ayudas para impulsar la motivación y la independencia del adulto mayor institucionalizado. En este sentido, es necesaria la intervención de profesionales que desarrollen estrategias que involucren a la población adulta mayor como eje principal para la comunidad. A pesar de que, en las instituciones el apoyo al adulto mayor es escaso por parte de organi-

zaciones gubernamentales, los grupos profesionales y la familia deben favorecer la conformación de estas redes, ya sea con los cuidadores, personal de las instituciones, los mismos adultos mayores o personas voluntarias externas, para que el adulto mayor se impulse a la participación social y así mismo disminuya el deterioro del adulto. Según lo anterior, las redes de apoyo social se clasifican en dimensiones que resaltan el apoyo por parte de la familia, profesionales y la comunidad que se encuentra dentro de la institución; la existencia y el cumplimiento de las redes de apoyo social son clave para un envejecimiento digno y con éxito.

3. Conclusiones

El estudio se convierte en un antecedente de gran importancia, ya que aporta bases para futuras investigaciones sobre el deterioro de la calidad de vida en población geriátrica, además ayuda a que los profesionales de la salud se autoevalúen en el cuidado de sus pacientes adultos mayores que se encuentran a su cargo, teniendo en cuenta que se debe trabajar en conjunto con un equipo interdisciplinario para disminuir la dependencia en los adultos mayores.

El desempeño físico funcional del adulto mayor institucionalizado de San Juan de Pasto es bajo, solo un mínimo porcentaje presenta un buen desempeño físico expresado en puntajes superiores a 10-12; en este sentido, este estudio es el primero en determinar resultados respecto a esta variable, constituyéndose en un antecedente de gran importancia para otras investigaciones, ya que el conocimiento de estas características es esencial para procesos de rehabilitación en torno a la fisioterapia.

Se concluye que el ocio está principalmente motivado por la satisfacción personal, pero hay que tener en cuenta que los intereses cambian dependiendo de la edad de la persona, el sexo, el estado civil, la situación social, la educación y el trabajo; por ello, es muy importante saber identificar el tipo y número de intereses que la persona tiene y puede desarrollar, estos pueden estar limitados o condicionados por los recursos disponibles, facilidades, conocimiento de oportunidades y el tiempo.

En cuanto a la asistencia de grupos sociales es importante resaltar que los adultos mayores que se encuentran institucionalizados asisten únicamente a grupos de salud, como: exámenes médicos o por enfermedad general; se observa la marcada inasistencia a grupos de estudios, comunitarios y de formación, afectando con esto principalmente las relaciones interpersonales, participación social, afectividad y la parte emocional de dichos adultos mayores que se encuentran en situación de institucionalización.

En futuras investigaciones con población adulto mayor institucionalizado se debe tener en cuenta su nivel de funcionalidad y deterioro, ya que estos factores determinan en gran medida la aplicación del protocolo de valoración geriátrica multidimensional.

4. Recomendaciones

Diseñar actividades productivas que se ajusten a los cambios que se presentan en las áreas de funcionamiento del adulto mayor, dirigidas a la prevención del declive funcional y promoción del envejecimiento activo; de igual manera, brindar espacios de esparcimiento que le permitan al adulto mayor afianzar procesos de

participación social y mejorar su adaptación al medio que lo rodea.

Diseñar programas de intervención orientadas a la potencialización cognitiva, a través de estrategias lúdicas y ecológicas que faciliten una mayor interacción social con su entorno o contexto. Igualmente, propender por el acompañamiento e intervención psicológica de los adultos mayores institucionalizados a fin de fortalecer su vínculo afectivo fundamental en procesos orientados hacia un envejecimiento saludable.

Debido a la alta prevalencia de puntajes bajos de desempeño físico encontrados en las instituciones de adultos mayores de San Juan de Pasto, el personal de salud que labora con esta población debe implementar estrategias que tengan en cuenta la prevención, el diagnóstico y tratamiento oportuno, en pro de mantener la calidad de vida y evitar la progresión de la misma.

En los procesos de evaluación se debe tener en cuenta la importancia de evidenciar un pobre desempeño físico e incluir la batería en sus protocolos de valoración y así identificar el potencial de rehabilitación geriátrica, reorientar objetivos de tratamiento y tener indicadores de resultados en las intervenciones, de esta manera se podrá realizar una intervención adecuada, oportuna y con calidad.

Referencias

- Abizanda, P., López, J., Romero, L., Sánchez, P., García, I. y Esquinas, J. (2012). Valores normativos de instrumentos de valoración funcional en ancianos españoles: estudio FRADEA. *Atención Primaria*, 44(3), 162-171. doi: 10.1016/j.aprim.2011.02.007
- Acosta, C. y González, A. (2009). Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Psicología y Salud*, 19(2), 289-293.
- Acosta, C. y González, A. (2010). Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(2), 393-401.
- Alegría, P., Castillo, N., Del Solar, P., Varas, J., Gómez, S; Gutiérrez, P. (2013). Factores que inciden en la participación social de los adultos mayores en actividades físico-recreativas. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 13(1), 59-69.
- Álvarez, J., Planas, M., León, M., García, A., Celaya, S., García, P., ...Sarto, B. (2012). Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized patients; the PREDyCES Study. *Nutrición Hospitalaria*, 27(4), 1.049-1.059.
- Arango, V. y Ruiz, I. (2006). *Diagnóstico de los adultos mayores de Colombia* (Documento de investigación). Recuperado de http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/diag_adul_mayor.pdf
- Aranibar, P. (2003). *Participación Social e Imagen Social de la Vejez*. Recuperado de https://www.academia.edu/1282491/PARTICIPACION_SOCIAL_E_IMAGEN_SOCIAL_DE_LA_VEJEZ
- Arboleda, A., Vargas, D. y Galicia, J. (2009). *Caracterización del nivel de funcionalidad cotidiana en un grupo de adultos mayores (Añoranzas) de Coeducar-Comcaja* (tesis de pregrado). Universidad Tecnológica de Pereira, Risaralda, Colombia.
- Arismendi, A. y Criollo, A. (2010). *Musicoterapia una estrategia psicoterapéutica para el tratamiento de la depresión por crisis existencial en el adulto mayor de la fundación Guadalupe de Pasto*. (Trabajo de Grado). San Juan de Pasto, Nariño, Colombia.
- Árraga, M. y Sánchez, M. (2007). Recreación y calidad de vida en adultos mayores que viven en instituciones geriátricas y en sus hogares. Un Estudio Comparativo. *Espacio Abierto*, 16(4), 737-756.
- Ayala, J. y Gutiérrez, A. (2014). *Factores nutricionales y capacidad funcional, en adultos mayores institucionalizados 2008* (tesis de maestría). Universidad CES, Medellín, Colombia.
- Barbosa, J., Rodríguez, N., Hernández, Y., Hernández, R. y Herrera, H. (2007). Masa muscular, fuerza muscular y otros componentes de funcionalidad en adultos mayores institucionalizados de la Gran Caracas-Venezuela. *Nutrición Hospitalaria*, 22(5), 578-583.
- Bayarre, V., Pérez, P. y Menéndez, J. (2006). Las transiciones demográficas y epidemiológicas y la calidad de vida objetiva en la tercera edad. *GEROINFO*, 1(3), 1-34.
- Benavides, C., Mavisoy, K. y Vela, S. (2010). *Sentimientos que experimenta frente al abandono el adulto mayor del Amparo de Ancianos San José de la unidad de beneficencia-hombres*. (Trabajo de Grado). Universidad Mariana, San Juan de Pasto, Nariño, Colombia.
- Bentosela, M., y Mustaca, A. (2005). Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación. *Interdisciplinaria*, 22(2), 211-235.
- Blackburn, D., Walters, S. y Harkness, K. (2011). Letter by Blackburn et al regarding article, "Is the Montreal cognitive assessment superior to the mini-mental state examination to detect post stroke cognitive impairment? A Study with neuropsychological evaluation. *Stroke*, 42(11), e582-e582.
- Borda, M., Anaya, M., Pertuz, M., Romero, L., Suárez, A. y Suárez, A. (2013). Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Revista Salud Uninorte*, 29(1), 64-73.
- Cabrero, J., Muñoz, C. L., Cabañero, M. J., González, L., Ramos, J. y Reig, A. (2012). Valores de referencia de la Short Physical Performance Battery para pacientes de 70 y más años en atención primaria de salud. *Atención Primaria*, 44(9), 540-548. doi:10.1016/j.aprim.2012.02.007
- Cancela, J., Ayán, C. y Varela, S. (2009). La condición física saludable del anciano. Evaluación mediante baterías validadas al idioma español. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44(1), 42-46.
- Cano, C., Ruiz, A., Plata, S., Matalla, D., Montañés, P. y Benito, M. (2002). Capacidad predictiva de una prueba de tamizado en el diagnóstico temprano en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*, 16, 428-429.
- Cárcamo, Y., Fernández, M. y Ovalle, K. (2013). *Perfil sociodemográfico y de salud del adulto mayor perteneciente a residencias de larga estadía públicas y privadas de la ciudad de Valdivia* (tesis de pregrado). Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.
- Cardona, D. y Peláez, E. (2012). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Salud Uninorte*, 28(2), 335-348.
- Cardona, D., Estrada, A., Chavarriaga, L., Segura, A., Ordoñez, J. y Osorio, J. (2010). Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado Medellín 2008. *Revista de salud pública*, 12(3), 414-424.
- Carmona, J. (2005). Cambios demográficos y epidemiológicos en Colombia durante el siglo XX. *Biomédica*, 25, 464-80.
- Casado, D. y López, G. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro* (Colección de estudios sociales No. 6). Barcelona: Fundación "La Caixa". Recuperado de <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/casado-vejez-01.pdf>

- Castro, M., Brizuela, S., Gómez, M. y Cabrera, J. (2010). Adultos Mayores Institucionalizados en el Hogar de ancianos Fray Mamerto Esquiú. *Margen revista de trabajo social y ciencias sociales*, 59, 1-18.
- CEPAL Naciones Unidas. (2004). *Población, envejecimiento y desarrollo* (04-4-282). Recuperado de <https://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/14988/dge2235.pdf>
- CEPAL Naciones Unidas. (2012). *Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe*. Recuperado de https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/1/44901/CR_Carta_ESP.pdf
- Cerquera, A. (2008). Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el asilo San Antonio de Bucaramanga. *Universitas Psychologica*, 7(1), 271-281.
- Chen, T., Chiu, M., Tang, L., Chiu, Y., Chang, S., Su, C., ...Chen, R. (2007). Institution type-dependent high prevalence of dementia in long-term care units. *Neuroepidemiology*, 28(3), 142-149.
- Cheuen, J., Toledo, M., Capelo, T., Ferreira, D., Queiroz, E. y Trindade, R. (2011). Perfil epidemiológico dos idosos institucionalizados em Juiz de Fora. *HU Revista*, 37(2), 207-216.
- Cid, J. y Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: El Índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 127-137.
- Climent, M., Villaplana, A., Dols, D; Martínez, R., Tortajada, M. y Moreno, L. (2012). Prevalencia y estudio de factores asociados al deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años del entorno de la farmacia comunitaria. Estudio piloto. *Farmacéuticos comunitarios*, 4(3), 96-100.
- Codón, I. (2003). Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 42, 193-208.
- Congreso de Colombia. (2008). *Ley 1251 del 2008*. Recuperado de http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1251_2008.htm
- Congreso de Colombia. (2009). *Ley 1276 de 2009*. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1276_2009.html
- Congreso de Colombia. (2009). *Ley 1315 de 2009*. Recuperado de http://biblioteca.saludcapital.gov.co/img_upload/03d591f205ab80e521292987c313699c/ley-1315-de-2009.pdf
- Cortés, A., Villarreal, E., Galicia, L., Martínez, L. y Vargas, E. (2011). Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. *Revista médica de Chile*, 139(6), 725-731.
- Cruz, E., González, M., López, M., Godoy, I. y Pérez, M. (2014). Caídas: revisión de nuevos conceptos. *Revista Hospital Universitario Pedro Ernesto*, 13(2), 86-95. doi:10.12957/rhupe.2014.11522
- Curcio, C., Alvarado, B., Phillips, S., Gómez, J., Guerra, R. y Zunzunegui, M. (2012). Validación y análisis de género del cuestionario de evaluación del espacio de vida en ancianos de Colombia y Brasil. IMIAS.
- Curcio, C., Gómez, J. y García, A. (1998). Caídas y capacidad funcional entre ancianos que realizan y no realizan ejercicio. *Colombia Médica*, 29(4), 125-128.
- Durán, T., Aguilar, R., Martínez, M., Rodríguez, T., Gutiérrez, G. y Vázquez, L. (2013). Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enfermería Universitaria*, 10(2), 33-66. doi: 10.1016/S1665-7063(13)72627-7
- Escalona, C., Roca, A. y Blanco, K. (2010). Deterioro cognitivo, demencia y estado funcional de residentes en un hogar de ancianos: estudio descriptivo de corte transversal con abordaje cuantitativo. *Revista Biomédica revisada por pares*, 12(11). doi: 10.5867/medwave.2012.11.5570.
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, Á., Chavarriaga, L. M., Ordóñez, J., y Osorio, J. (2011). Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*; 31(4), 492-502.
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, Á., Chavarriaga, L. M., Ordóñez, J., y Osorio, J. (2011). Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*; 31(4), 492-502.
- Fernández, I. (2004). Factores en el origen y mantenimiento de la discapacidad: el papel de la depresión. *Revista Hospitalarias*, 2(176), 1-14.
- Fernández, R., Zamarrón, M., López, M., Molina, M., Díez, J., Montero, P. y Schettini, R. (2010). Ocio Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4), 641-647.
- Ferrari, A. (2008). *Alterações cognitivas em pacientes idosos atendidos em ambulatório geral de clínica médica* (tesis doctoral). Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Folstein, M., Folstein, S., McHugh, P. (1975). Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-98.
- Gac, H., Marín, P., Castro, S., Hoyl, T. y Valenzuela, E. (2003). Caídas en adultos mayores institucionalizados: descripción y evaluación geriátrica. *Revista médica de Chile*, 131(8), 887-894.
- García, E. y Fernández, E. (2005). Deterioro funcional. En *Programa de Formación Geriátrica Atención Primaria*. Madrid: Edimsa.
- Gómez, J. y Curcio, C. (2002). *Valoración Integral de la Salud del Anciano*. Manizales: Artes Gráficas.
- Gómez, J., Curcio, C., Alvarado, B., Zunzunegui, M., y Guralnik, J. (2013). Validez y confiabilidad de la batería corta de desempeño físico (SPPB): un estudio piloto sobre la movilidad en los Andes colombianos. *Colombia Medica*, 44(3), 165-172.
- Grijalva, G. y Zúñiga, M. (2009). *Redes sociales de apoyo a las personas adultas mayores en Sonora*.

- CONACYT. México. Recuperado de <http://portales-colson.com/boletines/203/redes%20sociales.pdf>
- Guigoz Y, Vellas B, Garry P. (1996). Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev*, 54(1 Pt 2), S59-65.
- Guzmán, M. (2010). *Abandono del adulto mayor, derechos y política social* (proyecto de grado). Corporación Universitaria Minuto de Dios. Recuperado de https://repository.uniminuto.edu/bitstream/handle/10656/892/TTS_GuzmanParraMarthaIsabel_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hernández, Z., Vásquez, J. y Ramo, A. (2012). Depresión en adultos mayores hospitalizados. Una propuesta integral de intervención del psicólogo. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 3(1), 1-27.
- Hicks, J., Epperly, L. y Barnes, K. (2001). Gender, emotional support, and well-being among the rural elderly. *Sex Roles*, 45(1-2), 15-29.
- Hilerio, A. (2009). *Estado nutricional en el adulto mayor institucionalizado del estado de Colima mediante la mini valoración nutricional e indicadores séricos* (tesis de maestría). Universidad de Colima, México.
- Kielhofner, G. (2004). *Terapia ocupacional: modelo de ocupación humana: teoría y aplicación* (3^{ra} ed.). Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.
- Kielhofner, G. y Neville, A. (1983). *The Modified Interest Checklist. Model of Human Occupation*. University of Illinois at Chicago.
- Lakatta EG. (2002). Age-associated cardiovascular changes in health: impact on cardiovascular disease in older persons. *Heart Fail Rev*, 7(1), 29-49.
- Ledur, D., Ceola, I., Bertoldo, D. y d'Orsi, E. (2013). Medo de queda recorrente e fatores associados em idosos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(4), 758-768.
- Leturia, F. (1999). El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 34(2), 59-122.
- Londoño, N., Rogers, H., Castilla, J., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M.,...Aguirre, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150.
- López, R., López, J., Castrodeza, F, Tamames, S., León, T. (2009). Atención Sanitaria. Prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44(1), 1-56.
- Lozano, M., Hernández, M., Turro, O., Pericot, I., López, S. y Vilalta, J. (2009). Validación del Montreal Cognitive Assessment (MoCA): test de cribado para el deterioro cognitivo leve. Datos preliminares. *Alzheimer Real Invest Demenc*, 43, 4-11.
- Macia, E., Lahman, A., Baali, A., Boëtsch, G. y Chappuis, N. (2009). Perception of Age Stereotypes and Self-Perception of Aging: A Comparison of French and Moroccan Populations. *J Cross Cult Gerontol*, 24, 391-410. doi: 10.1007/s10823-009-9103-0
- Melguizo, E., Acosta, C. y Castellanos, B. (2012). Calidad de vida de adultos mayores en Cartagena-Colombia. *Enfermería Comunitaria*, 8(1). Recuperado de <http://www.index-f.com/comunitaria/v8n1/ec7698r.php>
- Méndez, E., Romero, J., Fernández, M., Troitino, P., García, S., Jardón, M.,...Menéndez, M. (2013). ¿Tienen nuestros ancianos un adecuado estado nutricional? ¿Influye su institucionalización? *Nutrición Hospitalaria*, 28(3), 903-913. doi: 10.3305/nh.2013.28.3.6349
- Mercado, R. y Ramírez, A. (Coord.). (2008). *Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso* (2^a ed.). Recuperado de <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
- Mias, C. (2009). *Quejas De Memoria Y Deterioro Cognitivo Leve, Concepto, evaluación, prevención*. Córdoba, Argentina: Editorial Encuentro.
- Mias, C., Luque, L., Bastida, M. y Correché, M. (2010). Quejas de Memoria, Psicopatología y Deterioro Leve. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatria y Neurociencias*, 15(2), 53-70.
- Millán, B. (2010). Factores asociados a la participación laboral de los adultos mayores mexiquenses. *Papeles de población*, 16(64), 93-121.
- Ministerio de la Protección Social. (2007). *Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2019*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. (s.f.). *Norma técnica para la Prevención de enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años*. Recuperado de http://edadmaravillosa.weebly.com/uploads/1/2/1/9/12195420/guia_de_adulto_mayor.pdf
- Ministerio de Salud. (2013). *Resolución Número 8430 de 1993*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Ministerio de Salud. (2014). *Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez, 2014-2024*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/POCEHV-2014-2024.pdf>
- Montenegro, L., Salazar, C., De la Puente, C., Gómez, A. y Ramírez, E. (2009). Aplicación de la evaluación geriátrica integral en los problemas sociales de adultos mayores. *Acta Médica Peruana*, 26(3), 169-174.
- Montes, V. (2003). Redes comunitarias, género y envejecimiento. El significado de las redes comunitarias en la calidad de vida de hombres y mujeres adultos mayores en la ciudad de México. *Revista Notas de Población*, 77, 139-174.
- Morales, F. (Ed.) (2000). *Temas prácticos en Geriatria y Gerontología Tomo I*. San José, Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.
- Naciones Unidas. (2002). *Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*

(8-12 de abril 2002 - Madrid, España). Recuperado de http://www.un.org/es/events/pastevents/ageing_assembly2/

Newman, A., Enright, P., Manolio, T., Haponik, E. y Wahl, P. (1997). Sleep disturbance, psychosocial correlates, and cardiovascular disease in 5201 older adults: The Cardiovascular Health Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(1), 1-7.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Hombres, envejecimiento y salud. Unidad del envejecimiento y el curso de la vida*. Recuperado de envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-hombres-01.rtf

Osuna, I., Verdugo, S., Leal, G. y Osuna, I. (2015). Estado nutricional en adultos mayores mexicanos: estudio comparativo entre grupos con distinta asistencia social. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 19(1), 12-20. doi: 10.14306/renhyd.19.1.119

Pedraza, O., Sánchez, E., Plata, S., Montalvo, C., Galvis, P., Chiquillo, A., Arévalo, I. (2014). Puntuaciones del MoCA y el MMSE en pacientes con deterioro cognitivo leve y demencia en una clínica de memoria en Bogotá. *Acta Neurológica Colombiana*, 30(1), 22-31.

Peel, C., Sawyer, P., Roth, D., Brown, C., Bodner, E. y Allman, R. (2005). Assessing mobility in older adults: the UAB Study of Aging Life-Space Assessment. *Physical therapy*, 85(10), 1.008-1.019.

Pereira, F. y Reyes, M. (2013). Confiabilidad y validez del Test Montreal Cognitive Assessment (MoCA) en

población mayor de Bogotá, Colombia. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 13(2), 39-61.

Pérez, M. (2010). Deterioro Cognoscitivo, Instituto de Geriatria de México, México.

Petersen, R. O'Brien, J. (2006). Mild Cognitive Impairment Should Be Considered for DSM-Y. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 19(3), 147-154.

Pinillos, Y. y Prieto, E. (2012). Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 14(3), 438-447.

Portegijs, E., Rantakokko, M., Mikkola, T., Viljanen, A. y Rantanen, T. (2014). Association between physical performance and sense of autonomy in outdoor activities and life-space mobility in community-dwelling older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(4), 615-621. doi: 10.1111/jgs.12763

Puga, D., Rosero, L., Glaser K. y Castro, T. (2007). Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. *Población y Salud en Mesoamérica*, 5, 1-21.

Risari, G. (2011). *Relación entre ingesta nutricional y dentición en adultos mayores internados en establecimientos de III Nivel Geriatrico* (tesis de pregrado). Universidad Abierta Interamericana, Argentina.

Roca, A., Henriette, K., Ramírez, A. y Prosper, C. (2013). Rasgos distintivos de la comorbilidad y funcionalidad

en ancianos institucionalizados con deterioro cognitivo y demencia. *Revista de enfermedades no transmisibles Finlay*, 3(3), 138-148.

Roca, A., Henriette, K., Ramírez, A. y Prosper, C. (2013). Rasgos distintivos de la comorbilidad y funcionalidad en ancianos institucionalizados con deterioro cognitivo y demencia. *Revista Finlay*, 3(3), 138-148.

Rodríguez, K. (2011). *Vejez y envejecimiento* (documento de investigación No. 12). Bogotá, Colombia: Editorial Universidad del Rosario.

Rodríguez, L. (2006). *Auxiliar geriátrico conceptos generales*. España: Editorial Mad, S, L.

Rodríguez, L., Saracco, R., Escamilla, R. y Orellana, A. (2014). Validity of the Montreal Cognitive Assessment Scale (MoCA) for the detection of cognitive impairment in schizophrenia. *Salud Mental*, 37(6), 517-522. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2014.062

Rojas, O., Toronjo, G., Rodríguez P. y Rodríguez, R. (2006). Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*, 17(1), 6-23.

Romero, C. y Uribe, M. (2004). Factores de riesgo para que la población mayor institucionalizada presente caídas. *Revista Ciencias de la Salud*, 2(2), 91-110.

Rosas, G., Yarce, E., Paredes, Y., Rosero, M. y Morales, A. (2015). Velocidad de la marcha en ancianos de la comunidad de la ciudad de Pasto. *Revista UNIMAR*, 33(1), 191-199.

Salinas, J., Díaz, A., Brenes, F., Cancelo, M., Cuenllas, A., Verdejo, C. (2010). Prevalencia de la incontinencia urinaria en España. *UROD A*, 23(1), 52-66.

Sánchez, J., Vásquez, D. y Zúñiga, J. (2013). *Prevalencia de deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores jubilados de los servicios sociales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Cuenca 2013* (trabajo de grado). Universidad de Cuenca, Ecuador.

Santander, J. (2005). Depresión en el Adulto Mayor: Abordaje Diagnóstico. *Medwave*, 5(3). doi: 10.5867/medwave.2005.03.655

Sarabia, C. (2014). La influencia de la institucionalización de la percepción de la autonomía y la calidad de vida en personas mayores. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(6), 1.013-1017.

Sepúlveda, C., Rivas, E., Bustos, L. y Illesca, M. (2010). Perfil Socio-Familiar en Adultos Mayores Institucionalizados. Temuco, Padre las Casas y Nueva Imperial. *Ciencia y Enfermería*, XVI(3), 49-61.

Servicio de Investigación Social. (2013). La participación social de las personas mayores en la CAPV. Sistema de Indicadores. Recuperado de <http://www.fundacionede.org/ca/archivos/investigacionsocial/participacion-social-mayores.pdf>

Sheikh, J., Yesavage, J. (1986). Geriatric Depression Scale: Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology*, 5, 165-173.

- Simó, S. y Urbanowski, R. (2006). El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional I. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG*, 3, 1-27.
- Snih, S., Peek, K., Sawyer, P., Markides, K., Allman, R. y Ottenbacher, K. (2012). Life-space mobility in Mexican Americans aged 75 and older. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(3), 532-537. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03822.x
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (2007). *Tratado de Geriatria para residentes*. Madrid. Recuperado de <https://clea.edu.mx/biblioteca/Soc%20Esp%20De%20Geriatria%20-%20Tratado%20De%20Geriatria.pdf>
- Tapia, C., Varela, H., Barra, V., Ubilla, D., Iturra, V., Collao, C. y Silva, R. (2010). Valoración multidimensional del envejecimiento en la ciudad de Antofagasta. *Revista Medica de Chile*, 138, 444-451.
- Terra, L., Vitorelli, K., Inácio, M., Mendes, M., Da Silva, J. y Ribeiro, P. (2014). Evaluación del riesgo de caídas en las personas mayores: ¿cómo hacerlo? *Gerokomos*, 25(1), 13-16.
- Ugalde, O. (2010). *Guía clínica para el Tratamiento de los Trastornos Psicogeriatricos*. México: Instituto Nacional de Psiquiatria Ramón de la Fuente Muñiz.
- Vidal, D., Zabala, M., Castro, M., Mora, O. y Mathiesen, M. (2008). Calidad de vida en el adulto mayor: estado físico y relaciones sociales. *Cuadernos Médico Sociales*, 48(1), 5-12.
- Villanueva, V. (2000). *Evaluación del paciente anciano*. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/168476489/Evaluacion-Del-Paciente-Anciano>
- Vivaldi, F. y Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29.
- Waldemar, G., Phung, K., Burns, A., Georges, J., Hansen, F., Iliffe, S.,...Noad, R. (2007). Access to diagnostic evaluation and treatment for dementia in Europe. *Int J Geriatr Psychiatry*, 22(1), 47-54.
- Wells, M. y Wade, M. (2013). Physical performance measures: an important component of the comprehensive geriatric Assessment. *Nurse Practitioner*, 38(6), 48-53. doi: 10.1097/01.NPR.0000429895.41373.7e
- Wilson, M. (2006). Urinary incontinence: selected current concepts. *Med Clin North Am*, 90(5), 825-836.
- Yarce, E., Botina, L., Cuero, C. y Ortiz, Y. (2016). Utilización de los espacios de vida en los adultos mayores. *Revista UNIMAR*, 34(1), 119-128.



Apéndices

Apéndice A. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD MARIANA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL

FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación Caracterización de los factores multidimensionales de los adultos mayores de 60 años institucionalizados de la ciudad de Pasto

Yo, _____, identificado(a) con la C.C. _____ de _____ manifiesto que he sido invitado(a) a participar dentro de la investigación arriba mencionada y que se me ha dado la siguiente información:

Propósito de este documento: Este documento se le entrega para ayudarle a comprender las características de la investigación, de tal forma que Usted pueda decidir voluntariamente si desea participar o no. Si luego de leer este documento tiene alguna duda, pida al personal de la investigación que le aclare sus dudas. Ellos le proporcionarán toda la información que necesite para que Usted tenga un buen entendimiento de la investigación.

Importancia de la investigación: Es importante realizar esta investigación ya que existe un vacío de conocimiento en cuanto a la caracterización multidimensional de los adultos mayores institucionalizados de la ciudad de San Juan de Pasto. Teniendo en cuenta los aspectos relacionados con la institucionalización mencionados en el área problemática que hacen que el adulto mayor sea más vulnerable, la presente investigación busca aportar a esta población proporcionando conocimiento acerca de las características multidimensionales lo que le ayudara a generar propuestas desde todos los niveles de prevención mejorando así su calidad de vida.

Objetivo y descripción de la investigación: El objetivo de esta investigación es, caracterizar multidimensionalmente a los Adultos Mayores de 60 años institucionalizados de la ciudad de Pasto, con el fin de obtener un diagnóstico integral. Se pretende Evaluar el total de Los adultos mayores que se encuentran Institucionalizados en las entidades adscritas el Instituto Departamental de Salud y que cumplan con los criterios de Inclusión, aproximadamente 232 Personas. Para la aplicación del instrumento se le realizarán unas preguntas, se tomarán sus signos vitales y se aplicarán unas pruebas de funcionalidad. Lo anterior tendrá una duración aproximada de 1 hora y no implica ningún costo económico para usted.

Responsables de la investigación: El estudio es dirigido y desarrollado por los docentes investigadores Fisioterapeuta Harvey Moncayo, Psicóloga Yenny Vicky Paredes Arturo y Terapeuta Ocupacional Eunice Yarce Pinzón. Usted las puede contactar en el teléfono: 7314923. Ext. 261

Riesgos y Beneficios: La encuesta y la obtención de información sobre sus condiciones médicas, cognitivas, funcionales y sociales no implican riesgo alguno para Usted; las respuestas dadas no tendrán ninguna consecuencia para su situación en la institución; el beneficio más importante para Usted es que si se identifica la presencia de algún factor o situación adversa para su salud, se le pueden realizar algunas recomendaciones para intentar controlar el problema.

Confidencialidad: Su identidad estará protegida, pues durante todo el estudio solo se utilizará un código numérico que lo diferenciará de los otros participantes en la investigación. La información obtenida será almacenada en una base de datos que se mantendrá por cinco años más después de terminada la presente investigación. Los datos individuales sólo serán conocidos por los investigadores y los auxiliares de la investigación mientras dura el estudio, quienes, en todo caso, se comprometen a no divulgarlos. Los resultados que se publicarán corresponden a la información general de todos los participantes.

Derechos y deberes: Usted tiene derecho a obtener una copia del presente documento y a retirarse posteriormente de esta investigación, si así lo desea en cualquier momento y no tendrá que firmar ningún documento para hacerlo, ni informar las razones de su decisión, si no desea hacerlo. Usted no tendrá que hacer gasto alguno durante la participación en la investigación y en el momento que lo considere podrá solicitar información sobre sus resultados a los responsables de la investigación. En caso que requiera algún tipo de tratamiento, este será cubierto por el sistema de seguridad social en salud, es decir que será remitido a la Empresa Promotora de Ser-

vicios de Salud (EPS) a la cual Usted esté afiliado, ya que el equipo que adelanta la investigación no se responsabilizará de ningún tipo de tratamiento.

Declaro que he leído o me fue leído este documento en su totalidad y que entendí su contenido e igualmente, que pude formular las preguntas que consideré necesarias y que estas me fueron respondidas satisfactoriamente. Por lo tanto, decido participar en esta investigación.

Nombre y firma del participante

C.C No.

Fecha:

Nombre y firma Representante Legal

C.C No.

Fecha:

Aprobado por el Comité de Bioética Institucional. 31 de julio de 2014.

Apéndice B. Instrumento de Valoración

UNIVERSIDAD MARIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
CARACTERIZACIÓN MULTIDIMENCIONAL DE LAS PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS
INSTITUCIONALIZADA DE LA CIUDAD SAN JUAN DE PASTO

I. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Fecha _____	2. Nombre _____
3. C.C. _____ de _____	4. Sexo 1.Mujer 2.Hombre _
5. Lugar de Nacimiento: _____	6.Fecha de nacimiento Día ___ Mes ___ Año _____
7. Nombre de la institución: _____	8.Servicio, piso o bloque: _____
9. Fecha de ingreso a la institución Día ___ Mes ___ Año ___	10. Ha tenido reingresos 1. Si ___ 2. No _____
3. cuantos reingreso? _____	4.Causa del reingreso _____
11. Habitación: 1. Unipersonal _____	2. Compartida _____
12. Teléfonos de contacto: 1. Institución _____	2. Personal _____
13. Tipo de afiliación a salud 1.Cotizante 2.Beneficiario 3.Subsidiado 4.SISBEN 5. Ninguna _____	
14.E.P.S.: _____	
15. ¿Cuál es su estado civil? 1.Soltero 2.Casado 3.Viudo 4.Separado/divorciado 5.Unión libre _	
16 .¿Qué estudios realizó usted? 1. No sabe leer/escribir 2.Solo aprendió a leer y escribir _ 3. Primaria . 4.Secundaria 5.Técnico 6.Pregrado 7.Postgrado 7	
17. ¿Terminó el último nivel de estudios? 1.Si 2.No _	
18. ¿Cuántas personas conforman su familia? _____	

19. ¿Cuántas personas vivían con usted antes de llegar a esta institución? _____
20. Si hay hijos, ¿alguno de ellos vive? 1. Si ___ 2. No _____
21. ¿Cuál fue la ocupación que tuvo por más tiempo? _____
22. Situación actual 1. Empleado 2.Independiente 3.Pensionado 4.Jubilado 5. Ninguno _
23. Razón por la cual está en esta institución: 1. Agobio para el cuidado ___ 2. Condición de salud ___ 3. Violencia___ 4. Situación económica ___ 5. Abandono familiar ___ 6. Demencia avanzada ___ 7. Voluntario ___ 8. Depresión ___ 9. Otra ___
24. Estuvo usted de acuerdo con su institucionalización? 1. Si ___ 2. No ___
25. ¿Depende económicamente de su familia? 1.Si 2.No _
27. Cada cuanto lo visitan: 1. Semanal ___ 2. Quincenal ___ 3. Mensual ___ 4. Nunca___ 5.Otro _____
28. ¿Nivel de satisfacción que le presta la institución? 1. Excelente _____ 2. Bueno_____ 3. Regular_____ 4. Malo_____

II. DIMENSIÓN MÉDICA

CONDICIONES GENERALES

Signos Vitales

29.Presión Arterial 22.1 Sentado ____/____mmHg	22.2 De pie ____/____ mmHg	22.3 acostado ____
30. ¿Toma algún medicamento para la presión? 1. Si 2.No _3. Otro ¿Cuál? _____		
31.Frecuencia cardiaca ____x'	32.Frecuencia respiratoria ____x'	33.Temperatura ____°
32. A continuación voy a enumerarle una serie de enfermedades, ¿cuál de ellas ha sufrido o tiene actualmente?		
	1.Si 2.No 3.No sabe	1.Si 2.No 3.No sabe
Hipertensión arterial _	Diabetes mellitus _	
Obesidad _ _	TBC _	
EPOC _	Enfermedades del corazón _	
Osteoporosis _	Insuficiencia venosa _	

Infeción Urinaria	<input type="checkbox"/>	Cataratas	<input type="checkbox"/>
Neumonía	<input type="checkbox"/>	Artritis o artrosis	<input type="checkbox"/>
Fracturas	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>
Demencias	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cerebro vascular (ECV)	<input type="checkbox"/>
Dislipidemias	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>
Incontinencia urinaria <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____			
33. En el <u>último mes</u> ha tenido: (repita esta pregunta cada vez, con cada síntoma) 1.No 2.Ocasionalmente 3.Con frecuencia 4.Continualmente			
Pérdida de memoria	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Dificultad para dormirse	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Sensación de vértigo o mareo	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Dificultad para respirar o tomar aliento	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Desgano o desaliento	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Cansancio o debilidad	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Dificultad para dormirse	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Malestar o dolor en las coyunturas o en la espalda	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
34. Lo han vacunado contra 1.Si 2.No 3.No sabe ¿Cuándo fue la última aplicación?			
Neumococo	<input type="checkbox"/>	36.1.1.	Mes ____ Año ____
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	36.2.1.	Mes ____ Año ____
Tétanos	<input type="checkbox"/>	36.3.1.	Mes ____ Año ____
Influenza	<input type="checkbox"/>	36.4.1.	Mes ____ Año ____

35. Nombre los medicamentos, formulados por un médico que ha tomado durante el último mes

Fármacos cardiovasculares 1.Si 2.No

Medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso central 1.Si 2.No

Medicamentos metabólicos (antidiabéticos y tiroideos) 1.Si 2.No

Analgésicos 1.Si 2.No 37.5 Antibióticos 1.Si 2.No 37.6 Laxantes 1.Si 2.No

Vitaminas y suplementos nutricionales 1.Si 2.No 37.8 Otros. 1.Si 2.No

36. Nombre los medicamentos, no recetados por médico que ha tomado durante el último mes

Fármacos cardiovasculares 1.Si 2.No

Medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso central 1.Si 2.No

Medicamentos metabólicos (antidiabéticos y tiroideos) 1.Si 2.No

Analgésicos 1.Si 2.No

Antibióticos 1.Si 2.No

Laxantes 1.Si 2.No

Vitaminas y suplementos nutricionales 1.Si 2.No

Otros. 1.Si 2.No

37. Si tiene dificultad para dormir, ¿toma algún medicamento tradicional o alternativo?

1. Si 39.1. ¿Cuál? _____ 2.No

38. ¿Lo han hospitalizado en el último año? 1.Si 2.No En caso afirmativo señale,
¿Por cuantos días? _____ ¿Causa? _____

39. ¿Le han practicado alguna cirugía? 1.Si 2.No En caso afirmativo señale,
¿Causa? _____ Fecha Mes ____ Año _____

40. ¿Usted consume sustancias cómo..? Presente Pasado Unidades Tiempo /día años

Cigarrillo 1.Si 2.No 1.Si 2.No _____

Licor o bebidas alcohólicas 1.Si 2.No 1.Si 2.No _____

Marihuana u otra sustancia 1.Si 2.No _ 1.Si 2.No _ _____
Evaluación Nutricional: Mini Nutritional Assessment (Guioz, et al.,1994)
41. Peso _____kg 42. Talla _____cm 43. Altura talón -rodilla: _____cm
44. Circunferencia Braquial _____cm 45.Circunferencia de la pierna _____cm
46. Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0. Mayor a 3 kg 1.No lo sabe _ 2. Entre 1 y 3 kg . 3. Sin pérdida de peso .
Evaluación global
47. ¿El paciente vive en su domicilio? 0.No 1.Si 48.¿Toma más de 3 medicamentos por día? Si 1.No .
49. ¿Ha habido una enfermedad o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0.Si 2.No _
50. Movilidad 0.De la cama al sillón 1.Autonomía en el interior 2.Sale del domicilio _
51. Problemas Neuropsicológicos ¿Ha tenido problemas psicológicos? Demencia o depresión severa 1.Demencia o depresión moderada 2.Sin problemas psicológicos _
52. Úlceras o lesiones cutáneas 0.Si 1.No _
Parámetros dietéticos
53.Cuántas comidas completas realiza al día? (equivalente a dos platos y postre) 0.Una comida 1.Dos comidas 2.Tres comidas
54.El paciente consume ... Productos lácteos al menos una vez al día 1.Si 2.No . Huevos o legumbres 1 o 2 veces por semana 1.Si 2.No . Carne, pescado o pollo, diariamente 1.Si 2.No . Frutas o verduras al menos 2 veces por día? 1. Si 2.No .

55. Ha perdido el apetito? Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o alimentación en los últimos tres meses? 0. Anorexia severa 1. Anorexia moderada 2.Sin anorexia .
56. Cuantos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumos, café, té, vino, cerveza) 0. Menos de 3 vasos 0.5. De 3 a 5 vasos 1. Más de 5 vasos
57.Forma de alimentarse 0. Necesita ayuda 1. Se alimenta solo con dificultad 2. Se alimenta solo sin dificultad .
Valoración Subjetiva
58.El paciente se considera, a sí mismo, bien nutrido? (problemas nutricionales) 0. Malnutrición severa 1. Malnutrición moderada 1.No lo sabe 2. Sin problemas de nutrición .
59. En comparación con las personas de su edad. ¿Cómo encuentra su estado de salud? 0. Peor 0.5. No lo sabe 1. Igual 2.Mejor _

III. DIMENSIÓN COGNITIVA

Examen Del Estado Mental (MMSE)
Orientación y tiempo 0.Incorrecto 1. Correcto
78.¿En qué año estamos? _
79. ¿En qué mes estamos? _
80. ¿Qué día de la semana es hoy?
81. ¿Qué fecha es hoy? _
82. ¿Estamos por la mañana, por la tarde o por la noche?
Orientación y lugar
83. ¿En qué barrio estamos? _
84. ¿Cómo se llama esta ciudad?

85. ¿Cómo se llama nuestro país?	
86. ¿Cómo se llama nuestro departamento?	
87. ¿Qué sitio es este?	—
Memoria de fijación	
88. Nombre tres objetos (MESA, SILLA, LAPIZ).	— —
Si el paciente repite estos nombres en el primer ensayo, en orden y completos, el puntaje es de 3. Puntaje de 2 o 1 si este es el número de palabras que repite correctamente _	
Atención y Cálculo	
89. Pregunte al paciente si tiene \$18 y debe pagar \$3 por una naranja, cuánto le queda, restar \$3 por cinco veces consecutivas.	
Puntaje de uno por cada cálculo correcto 15-12-9-6-3 .	
Memoria de evocación	
90. Pregunte por los tres objetos repetidos en la prueba de memoria de fijación.	_ . Puntaje de uno por cada objeto evocado en orden correcto.
Lenguaje	
91. Denominar reloj, papel. (Escribir cual menciona, si dice uno de los dos)	_ .
92. Repetir "El hombre camina por la calle".	—
(Escribir cual menciona, si dice uno de los dos) _	
93. Ejecutar la siguiente orden: "TOME ESTE PAPEL CON SU MANO DERECHA, DOBLELO POR LA MITAD Y COLOQUELO EN EL SUELO"	_
94. Leer o imitar "CIERRE LOS OJOS"	—
95. Escribir o decir una frase lógica.	—
(Orientar a que escriba lo que él quiera)	
96. Dibuje una casa	— —

ESCALA DE QUEJA DE MEMORIA

Instrucción: "Le voy a hacer una serie de preguntas acerca de su memoria. Ud. me dirá acerca de la pregunta si: nunca ocurre, rara vez, a veces o casi siempre, ¿de acuerdo?"

Puntuación: Marcar de acuerdo al criterio siguiente: 0. Nunca 1. Rara vez 2. A veces 3. Casi siempre

85. ¿Tiene dificultad para recordar eventos de la actualidad reciente?	— —
86. ¿Tiene dificultad para seguir una película, emisión de TV o libro?	— —
87. ¿Le ha sucedido que entre a un cuarto y olvide lo que venía a buscar?	_ _
88. ¿Olvida hacer cosas importantes que había previsto o debía hacer?	— —
como pagar una factura, cumplir una cita o invitación, etc.	
89. ¿Tiene dificultad para recordar números de teléfonos conocidos?	— —
90. ¿Olvida con frecuencia el nombre o apellido de personas conocidas?	—
91. ¿Se ha perdido en lugares familiares?	—
92. ¿Tiene dificultad para encontrar objetos colocados en los lugares habituales?	_ .
93. ¿Le ha sucedido que olvide cosas como apagar la estufa, cerrar con llave?	_
94. ¿Repite varias veces lo mismo, porque olvida haberlo dicho?	—
95. ¿Tiene dificultad para encontrar nombres de personas o lugares?	—
96. ¿Tiene dificultad para aprender cosas nuevas?	—
97. ¿Necesita anotar todo?	— —
98. ¿Se le pierden las cosas?	—
99. ¿Olvida inmediatamente lo que le acaban de decir?	—
MOCA (Montreal Cognitive Assessment) (Formato anexo)	
100. Visuoespacial/Ejecutiva	100.1 Alternancia conceptual 0 1 ___ 100.2 Copiar el cubo 0 1 ___
101. Dibujar el reloj	101.1 Contorno 0 1 ___ 101.2 Números 0 1 _ 101.3 Agujas 0 1 _

102. Denominación	102.1 León 0 1 ___	102.2 Rinoceronte 0 1 _	102.3 Camello 0 1 _
Memoria Realizar la prueba de memoria			
103. Atención (Secuencia Numérica)	103.1 Repetición directa 0 1 _	103.2 Repetición Inversa 0 1	
104. Concentración (Identificación de la letra A)	0 1 _	105. Número de errores	_____
106. Sustracción	0 1 2 3 _		
107. Repetición de frase	107.1 Frase 1 0 1 _	107.2 Frase 2 0 1 _	
108. Fluidez verbal (Puntaje)	0. Menor a 11 0 1.	1. Igual o mayor a 11 1 _	
109. Abstracción (Similitud)	109.1 Tren-bicicleta 0 1 _	109.2 Reloj-regla 0 1	
Recuerdo Diferido	Rostro	Seda	Iglesia Clavel Rojo
110. Sin Pistas	110.1 0 1 _	110.2 0 1 _	110.3 0 1 _ 110.4 0 1 _ 110.5 0 1 _
111. Pistas de categoría	111.1 0 1 _	111.2 0 1 _	111.3 0 1 _ 111.4 0 1 _ 111.5 0 1 _
112. Pistas elección múltiple	112.1 0 1 _	112.2 0 1 _	112.3 0 1 _ 112.4 0 1 _ 112.5 0 1 _
113. Orientación	113.1 Día del mes 0 1 _	113.2 Mes 0 1 _	113.3 Año 0 1 _
	113.4 Día de la semana 0 1 _	113.5 Lugar 0 1 ___	113.6 Ciudad 0 1 ___
Escala de Depresión Yesavage			
Pregunte de manera directa al paciente y solicite sus respuestas en términos de SI o NO. 1.Si 2.No			
114. ¿Está Usted básicamente satisfecho con su vida?			___
115. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses y actividades previas?			___
116. ¿Siente Usted que su vida está vacía?			___
117. ¿Se siente Usted aburrido frecuentemente?			___
118. ¿La mayoría del tiempo está Usted de buen ánimo?			___
119. ¿Está preocupado, o teme que algo malo le pueda pasar?			___
120. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?			___

121. ¿Se siente con frecuencia desamparado que no vale nada o desvalido?	___
122. ¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	___
123. ¿Siente que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	___
124. ¿Cree Usted que es maravilloso estar vivo?	___
125. ¿Se siente inútil o despreciable como está Usted actualmente?	___
126. ¿Se siente Usted lleno de energía?	___
127. ¿Se siente sin esperanza ante su condición actual?	___
128. ¿Cree Usted que las otras personas están, en general, mejor que Ud.?	___

IV. DIMENSIÓN FUNCIONAL (1)

EVALUACIÓN SÍNDROMES GERIÁTRICOS		
Caídas	0.NO 1.SI	Cuántas veces
144. En el último año ha <u>caído</u> al piso?	___	129.1 _____
<i>(si la respuesta es NO pase a la pregunta (164) sobre temor a caer)</i>		
145. Lugar o sitio de la última caída _____	146 .Hora de la caída _____	
147. Mecanismo de la caída		
Se tropezó 2. Se deslizó 3. Se mareó y cayó 4. Se chocó con alguien o algo _ 5. Otro .		
. Cuál? _____		
148. Qué hacía en el momento de la última caída? _____		
149. Necesitó ayuda de otra persona para levantarse? 0.No 1.Si _		
150. En la última caída, cuánto tiempo estuvo en el piso? 1. Menos 15 seg _ 2. 15 seg a 1 min _		
3. 1 a 59 min _ 4. 1 hora o más _		
A consecuencia de la última caída, usted 0.NO 1.SI Sitio		

151. Se fracturó	_ 136.1 _____
152. Se dislocó o torció algo	_ 137.1 _____
153. Se hirió	_ 138.1 _____
154. Se golpeó la cabeza	_ 139.1 _____
155. Otra lesión	_ 140.1 _____
156. A consecuencia de la última caída lo hospitalizaron? 0.No 1.Si	_
157. Por alguna caída en el último año tuvo necesidad de consultar al médico? 0.No 1.Si	_
158. Cuantas veces _____	
159. Donde? 1.Centro de salud _ 2.Clínica u hospital _ 3.Domicilio _	
4. Consultorio médico _ 5.Otro _ 6. Cuál? _____	
A consecuencia de una caída en el último año, estuvo incapacitado para: 0.No 1.Si	
160. Caminar dentro de la casa	_
161. Hacer oficio en la casa	_ _
162. Realizar actividades fuera de casa	_
163. Tiene miedo a caer? 0.Ninguno 1.Poco 2.Regular 3.Mucho	_
164. <i>En caso afirmativo, por miedo a caer.</i> Ha suspendido alguna actividad que usualmente realizaba?	
No 1.Si _ Cual Actividad? _____	

Escala de Riesgo de Caídas Morse	
165. Caídas recientes (últimos 3 meses) No 0 Si 25	_
166. Diagnóstico secundario No 0 Si 15	_
167. Ayuda para deambular: Reposo en cama 0 Bastón/Muletas/Andador 15 _ Se apoya en los muebles 30	
168. Vía Venosa No 0 Si 20	_
169. Deambulación: Normal/Inmovilizado/en reposo en cama 0 Débil 10 _ Alterada. Requiere asistencia 20	
170. Conciencia/Estado Mental: Consciente de sus limitaciones 0 No consciente de sus limitaciones 15	_
Fragilidad	
171. Usted ha dejado de realizar actividades que hacen parte de la vida cotidiana? 0.NO 1.SI	_
172. Se ha sentido débil al realizar alguna actividad? 0.No 1.Si	_
173. Fuerza de agarre primer intento Derecha ____kg/f Izquierda ____ kg/f	
174. Fuerza de agarre segundo intento Derecha ____kg/f Izquierda ____ kg/f	
175. Mano dominante 0.Derecha 1.Izquierda .	
176. Disminución de peso no intencional (Más de 5 Kilos en el año anterior) 0.No 1.Si _4444	
VARIABLES FUNCIONALES	
Prueba corta del desempeño físico	
Equilibrio y balance	0. No lo hace o no intento 1. Lo Hace Por qué? Segs.(<10)
(ver NOTA)	
177. Posición de Pies Paralelos	_____ u
178. Posición Semi-Tándem	_____
179. Posición Tándem 0.No lo hace o sostenida <3seg	_ _
1. Sostenida por 3 a <10 seg	_____
2. Sostenida por 10 seg .	

Comentarios _____
NOTA: Si el participante no intento o fallo en la prueba, indique el por qué: 1. Trato pero no pudo . 2.El Participante no pudo mantener su posición sin ayuda . 3.No intento, usted se sintió inseguro . 4.No intentó, el participante se sintió inseguro . 5.El Participante no pudo entender las instrucciones . 6.El participante se rehusó .
Velocidad de la marcha 180. Recorrido de las 2 pruebas: 3.Tres metros . 4. Cuatro metros . 181. Primera Prueba de Velocidad al Caminar: Tiempo ____ seg. Si el participante no intento o fallo en la prueba, indique el por qué: 1. Trato pero no pudo . 2.El Participante no pudo mantener su posición sin ayuda . 3.No intento, usted se sintió inseguro . 4.No intentó, el participante se sintió inseguro . 5.El Participante no pudo entender las instrucciones . 6.Otro . 181.1 Especifique _____ 7.El participante se rehusó . 181.2. Ayudas para el primer recorrido 0.Ninguna 1.Bastón . 2.Otra . Cuál? _____
182. Segunda Prueba de Velocidad al Caminar Tiempo ____ seg. Si el participante no intento o fallo en la prueba, indique el por qué: 1.Trato pero no pudo . 2.El Participante no pudo mantener su posición sin ayuda . 3.No intento, usted se sintió inseguro . 4.No intentó, el participante se sintió inseguro . 5.El Participante no pudo entender las instrucciones . 6.Otro . Especifique _____ 7.El participante se rehusó . 183.1 Ayudas para el segundo recorrido 0.Ninguna 1.Bastón . 2.Otra . Cuál? _____
Comentarios _____

Levantarse de la silla (una repetición) 184. Una repetición 0.No lo hace 1 1. Lo Hace . 185. Seguro de ponerse de pie sin ayuda 0.No 1.Si _ 186. El participante se puso de pie sin usar sus brazos 0.No 1.Si _ 187. Si el participante no intento o fallo en la prueba, indique el por qué: 1.Trato pero no pudo . 2.El Participante no pudo mantener su posición sin ayuda . 3.No intento, usted se sintió inseguro . 4.No intentó, el participante se sintió inseguro . 5.El Participante no pudo entender las instrucciones . 6.El participante se rehusó . 7.Otro . 187.1 Especifique _____
<i>Si el participante se puso de pie sin usar sus brazos, realizar la prueba levantarse de la silla repetidamente</i>
Levantarse de la silla repetidamente (cinco repeticiones) 188. Cinco repeticiones 0.No lo hace 1 1. Lo Hace . Seguro de ponerse de pie sin ayuda cinco veces 1. Si . 188.2 Tiempo para completar 5 repeticiones _____ 1. No ____
189. Si el participante no intento o fallo en la prueba, indique el por qué: 1.Trato pero no pudo . 2.El Participante no pudo mantener su posición sin ayuda . 3.No intento, usted se sintió inseguro . 4.No intentó, el participante se sintió inseguro . 5.El Participante no pudo entender las instrucciones . 6.El participante se rehusó . 7.Otro . 189.1 Especifique _____
IV. DIMENSIÓN FUNCIONAL (2)
EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES BÁSICAS COTIDIANAS. Índice de Barthel
200.Alimentación: 10.Independiente 10 5.Necesita ayuda 5 0.Dependiente 0
201.Baño: 5.Independiente 5 0.Dependiente 0 _

202.Vestido: 10.Independiente 10 5.Necesita ayuda 5 0.Dependiente 0
203.Arreglarse: 5.Independiente 5 0.Dependiente 0 _
204.Deposición: 10.Continete, ningún accidente 10 5.Accidente ocasional 5 0.Incontinete 0
205.Micción: 10.Continete, ningún accidente 10 5.Accidente ocasional 5 0.Incontinete 0
206.Uso Del Sanitario: 10.Independiente 10 5.Necesita ayuda 5 0.Dependiente 0
207.Traslado Silla – Cama: 15.Independiente 15 10.Minima ayuda 10 5.Gran ayuda 5 0.Dependiente 0
208. Deambulación: 15. Independiente 15 10. Necesita ayuda 10 5. Dependiente, silla de ruedas 5. 0. Inmóvil 0
209.Escalones: 10.Independiente 10 5.Necesita ayuda 5 0.Dependiente 0 _

EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA: Escala de Lawton Modificada

210. Capacidad para usar el teléfono 1. Utiliza el teléfono por iniciativa propia 1 _ 1. Es capaz de marcar algunos números familiares 1 _ 1. Es capaz de contestar al teléfono, pero no marcar 1 _ 0. No utiliza el teléfono 0 _
211. Hacer compras 1. Realiza todas las compras necesarias independientemente 1 _ 0. Realiza independientemente pequeñas compras 0 _ 0. Necesita ir acompañado para cualquier compra 0 _ 0. Totalmente incapaz de comprar 0 _

212. Preparación de la comida 1. Organiza, prepara y sirve por si solo las comidas adecuadamente 1 _ 0. Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los alimentos 0 _ 0. Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada 0 _ 0. Necesita que le preparen y sirvan las comidas 0 _
213. Cuidado de la casa 1. Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (trabajos pesados) 1 _ 1. Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas 1 _ 1. Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza 1 _ 1. Necesita ayuda en todas las labores de la casa 1 _ 0. No participa en ninguna labor de la casa 0 _
214. Lavado de la ropa 1. Lava por si solo toda la ropa 1 _ 1. Lava por si solo pequeñas prendas 1 _ 0. Todo el lavado de la ropa debe ser realizado por otro 0 _
215. Uso de medios de transporte 1. Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche 1 _ 1. Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte 1 _ 1. Viaja solo en transporte público cuando va acompañado de otra persona 1 _ 0. Utiliza el taxi o el automóvil solo con la ayuda de otros 0 _ 0. No viaja 0 _

216. Responsabilidad respecto a su medicación

1. Es capaz de tomar su medicación a la dosis y hora adecuadas 1 _

0. Toma su medicación si la dosis es preparada previamente 0 _

0. No es capaz de administrarse su medicación 0 _

217. Manejo de sus asuntos económicos

1. Se encarga de sus asuntos económicos por si solo 1 _

1. Realiza las compras cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras 1 _

0. Incapaz de manejar dinero 0 _

EVALUACIÓN DEL ESPACIO DE VIDA: LIFE-SPACE ASSESSMENT (LSA)

Repita esto: *Estas preguntas se refieren a sus actividades en el último mes solamente. Durante las últimas 4 semanas (último mes) Ud. Ha estado en.... Si la respuesta es SI, diga: ¿Cuántas veces?, ¿ha usado ayudas o equipo?, ¿ha necesitado la ayuda de otra persona?*

¿Durante el último mes Usted ha estado en...?		¿Cuántas veces?	¿Ha usado ayuda?
218. Nivel 1: En otras habitaciones de la casa diferentes a la habitación donde duerme	1.Si 1 0.No 0	1. Menos de 1 vez/semana 1 _ 2. 1-3 veces/semana 2 3. 4-6 veces/semana 3 _ 4. Diario 4 _	1. Ayuda de otro 1 1.5. Equipo solamente 1.5 2. Ninguna 2 _ (ni personal ni equipo)
219. Nivel 2: En un área fuera de su casa como su terraza o patio, el pasillo de su edificio de apartamentos, garaje, en su propio jardín o en la entrada de su casa	2.Si 2 0.No 0	1. Menos de 1 vez/semana 1 _ 2. 1-3 veces/semana 2 3. 4-6 veces/semana 3 _ 4. Diario 4 _	1. Ayuda de otro 1 1.5. Equipo solamente 1.5 2.Ninguna 2 _ (ni personal ni equipo)
220. Nivel 3: En sitios de su vecindario que no salen de su propio jardín o edificio de apartamentos	3.Si 3 0.No 0	1. Menos de 1 vez/semana 1 _ 2. 1-3 veces/semana 2 3. 4-6 veces/semana 3 _ 4. Diario 4 _	1. Ayuda de otro 1 1.5. Equipo solamente 1.5_ 2.Ninguna 2 _ (ni personal ni equipo)
221. Nivel 4: Sitios fuera de su vecindario pero dentro de la ciudad	4.Si 4 0.No 0	1. Menos de 1 vez/semana 1 _ 2. 1-3 veces/semana 2 3. 4-6 veces/semana 3 _ 4. Diario 4 _	1. Ayuda de otro 1 1.5. Equipo solamente 1.5_ 2.Ninguna 2 _ (ni personal ni equipo)
222. Nivel 5: Sitios fuera de la ciudad	5.Si 5 0.No 0	1. Menos de 1 vez/semana 1 _ 2. 1-3 veces/semana 2 3. 4-6 veces/semana 3 _ 4. Diario 4 _	1. Ayuda de otro 1 1.5. Equipo solamente 1.5_ 2.Ninguna 2 _ (ni personal ni equipo)

V. DIMENSIÓN SOCIAL

EXPLORACIÓN DE INTERESES OCUPACIONALES: Listado de Intereses modificación de Matsusuyu

ACTIVIDAD ¿Ha estado o está interesado en...?	¿Cuál ha sido su nivel de interés en el último año?			¿Participa actualmente de esta actividad?		Le gustaría participar en esta actividad			
	0.No	1.SI	1. Ninguno	2. Algo	3. Fuerte	0.No	1.SI	0.No	1.SI
237. Jardinería									
238. Costura									
239. Jugar a las cartas									
240. Idiomas extranjeros									
241. Actividades de la iglesia									
242. Escuchar radio									
243. Caminar									
244. Reparar autos									
245. Reparar cosas en la casa									
246. Escribir									
247. Bailar									
248. Nadar									
249. Practicar juego/deporte									
250. Ver fútbol/otro deporte									
251. Escuchar música									
252. Leer									
253. Cocinar									

254. Ver televisión									
255. Ir al cine									
256. Asistir a grupos sociales									
257. Hacer manualidades									
258. Trabajar									
259. Estudiar									
260. Viajar/pasear									

Asiste a grupos

261. De estudios	0.No	0	1.Si	1 _	Cuál? _____	Donde? _____
262. Comunitarios	0.No	0	1.Si	1 _	Cuál? _____	Donde? _____
263. De salud	0.No	0	1.Si	1 _	Cuál? _____	Donde? _____
264. De formación	0.No	0	1.Si	1 _	Cuál? _____	Donde? _____
265. De oración	0.No	0	1.Si	1 _	Cuál? _____	Donde? _____
266. Otros grupos	0.No	0	1.Si	1 _	Cuál? _____	Donde? _____

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL MOS

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Usted dispone:

Tamaño de la Red de Apoyo:

227. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Usted? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el No. de amigos íntimos y familiares cercanos _____

¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

Marque con un círculo uno de los números de cada fila	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	mayoría de veces	Siempre
Dimensión emocional/informacional					
267. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
268. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
269. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
270. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
271. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
272. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
273. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
274. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
Dimensión instrumental					
275. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
276. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5

277. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
278. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
Dimensión Interacción social positiva					
279. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
280. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
281. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
282. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
Dimensión Apoyo afectivo					
283. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
284. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
285. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5



Yenny Vicky Paredes Arturo

Psicóloga Universidad Mariana/ Magister en Neuropsicología U.S.B. Medellín/ PhD. Psicología con orientación en neurociencias. Universidad Maimónides Argentina/ Docente Investigadora Universidad Mariana programa de Psicología/ Grupo de Investigación: Desarrollo humano y social clasificado en categoría B por Conciencias. Es autora de varias publicaciones a nivel de libros y artículos científicos en torno a temáticas como envejecimiento, neuropsicología y neurociencias.



Eunice Yarce Pinzón

Terapeuta Ocupacional de la Universidad del Valle, Especialista en Gestión para el Desarrollo Empresarial de la Universidad Santo Tomás, Magister en Pedagogía de la Universidad Mariana.

Docente investigadora del Programa de Terapia Ocupacional de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Mariana, integrante del grupo de investigación Bienestar Ocupacional Humano BIOH. Con categoría de Investigador Asociado en Colciencias.

Con experiencia investigativa en el eje investigativo de comunidad, con temas relacionados a envejecimiento y vejez, educación y población vulnerable. Autora de libro resultado de investigación y varios artículos científicos.



Harvey Alexander Moncayo Paladines

Fisioterapeuta Universidad Mariana, Especialista en Actividad Física I.U. Escuela Nacional del Deporte – Cali. Diplomado en Fundamentación Pedagógica y Diplomado en B-Learning de la Universidad Mariana. Coordinador del Semillero “Kivnon” del Programa de Fisioterapia y docente responsable de los cursos: Investigación, Seminario de Investigación y Trabajo de investigación. Asesor y jurado de diferentes trabajos y eventos de investigación regionales y nacionales relacionados con la Actividad física y deporte.



Universidad Mariana
Calle 18 No. 34-104 San Juan de Pasto
<http://www.umariana.edu.co/EditorialUnimar/>