

**EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LAS ADULTAS MAYORES QUE ASISTEN A
TRES CENTROS DIA DE LA CIUDAD DE POPAYÁN 2005**

**JOSÉ LUIS DIAGO
NELLY EUNICE MARTINEZ
SANDRA FELISA MUÑOZ
CLAUDIA PATRICIA NARVÁEZ
DORA ZAMORA V.**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA – UNIVERSIDAD DEL BOSQUE
EPIDEMIOLOGÍA GENERAL II COHORTE
POPAYÁN
2005**

**EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LAS ADULTAS MAYORES QUE ASISTEN A
TRES CENTROS DIA DE LA CIUDAD DE POPAYÁN 2005**

**JOSÉ LUIS DIAGO
NELLY EUNICE MARTINEZ
SANDRA FELISA MUÑOZ
CLAUDIA PATRICIA NARVÁEZ
DORA ZAMORA V.**

**Trabajo de Grado presentado como requisito parcial
para optar al título de Epidemiólogo General
Directora: Epidemióloga Carmen Ofelia Daza**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA – UNIVERSIDAD DEL BOSQUE
EPIDEMIOLOGÍA GENERAL II COHORTE
POPAYÁN
2005**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
1. JUSTIFICACIÓN	8
1.1. CONSECUENCIAS DE LOS CAMBIOS DEMOGRÁFICOS	9
2. OBJETIVOS	18
2.1. OBJETIVO GENERAL	18
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3. PROPÓSITO	19
4. MARCO CONCEPTUAL	20
4.1. ANCIANO Y ENVEJECIMIENTO	21
4.2. CAPACIDAD FUNCIONAL	27
4.3. SOCIODEMOGRAFÍA DEL ENVEJECIMIENTO	27
4.3.1. Morbilidad	30
4.4. VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	39
4.4.1. Índice de Katz; Actividades de la Vida Diaria	40
4.4.2. Índice de Lawton: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	46
4.4.3. Valoración de los Recursos Sociales (OARS)	59
4.5. LOS CENTROS DIA	60
5. METODOLOGÍA	62
5.1. TIPO DE ESTUDIO	62
5.2. UNIDAD DE ANÁLISIS	62
5.3. UNIDAD DE MUESTREO	62
5.4. TÓPICOS DE ANÁLISIS	63

5.5.	ÁREA DEL ESTUDIO	63
5.6.	POBLACIÓN ESTUDIO	63
5.7.	DEFINICIÓN Y SELECCIÓN DE LOS GRUPOS A ESTUDIAR	64
5.8.	UNIVERSO	64
5.9.	CRITERIO DE INCLUSIÓN	64
5.10.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	64
5.11.	CONTROL DE SESGOS	65
5.12.	ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO DEL MUESTREO	69
5.13.	IMPLICACIONES ÉTICAS	70
5.14.	VARIABLES	70
5.15.	RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	72
5.16.	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	73
5.17.	PROCEDIMIENTOS	75
5.18.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	78
5.19.	ETAPAS DEL PLAN DE ANÁLISIS	82
6.	RESULTADOS	86
7.	DISCUSIÓN	117
8.	CONCLUSIONES	127
9.	RECOMENDACIONES	130
10.	BIBLIOGRAFÍA	131
11.	ANEXOS	133

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Resultados de la selección muestral por Centros Día y Ajuste.	69
Tabla 2.	Operacionalización de Variables.	78
Tabla 3.	Medía, valores máximos y Mínimos según edad de las ancianas por Centro Día.	87
Tabla 4.	Media, Intervalos de confianza al 95%, Desviación típica, Valores mínimo y máximo, según número de personas por grupos de edad que conviven con las ancianas por Centros Día.	87
Tabla 5.	Media, Intervalos de confianza al 95%, Desviación típica, Valores mínimo y máximo, según número total de personas que conviven con las ancianas por Centros Día.	88
Tabla 6.	Distribución Porcentual del Total de personas que conviven con las ancianas según Centros Día.	89
Tabla 7.	Distribución de la población de ancianas por grupos de edad en los tres Centros Día.	90
Tabla 8.	Comparación de medias a través de la prueba ANOVA a un factor en los tres grupos de estudio según Edad y número de personas por edad que conviven con las ancianas.	91
Tabla 9.	Comparaciones múltiples HSD de Tukey Edad y número de personas por grupos de edad que conviven con las ancianas.	91

Tabla 10.	Estado Civil, Seguridad Social y Educación de las ancianas por Centros Día.	93
Tabla 11.	Ocupación, tenencia de vivienda y Cuidadores de las Ancianas según Centros Día.	94
Tabla 12.	Fuente de ingresos e ingresos regulares de las ancianas según Centros Día.	95
Tabla 13.	Salidas de casa para visitar a familiares y/o amigos en fines de semana, número de personas de confianza para visitarlos en las casa y número de veces que hablo por teléfono, con amigos ó familiares la última semana de las ancianas según Centro Día.	96
Tabla 14.	Número de veces que alguien lo visito en la última semana o realización de alguna actividad con otra persona, Persona de confianza y Frecuencia de sentirse sola de las ancianas según Centros Día.	97
Tabla 15.	Frecuencia de visita a los familiares y amigos y apoyo en caso de enfermar de las ancianas según Centros Día.	98
Tabla 16.	Frecuencia de visita a los familiares y amigos y apoyo en caso de enfermar de las ancianas según Centros Día.	99
Tabla 17.	Total Índice de Katz según Centros Día.	99
Tabla 18.	Índice Lawton. De Actividades Instrumentales de la Vida Diaria según Centros Día.	101
Tabla 19.	Clasificación del Índice de Lawton De Actividades Instrumentales de la Vida diaria según severidad de la dependencia por Centro Día.	103
Tabla 20.	Morbilidad Sentida por Centros Día	104
Tabla 21.	Asociaciones significativas mediante las pruebas Chi cuadrado y Odds Ratio de algunas variables con sentimientos de soledad en el Centro A.	105

Tabla 22.	Asociaciones significativas mediante las pruebas Chi cuadrado y Odds Ratio de las variables con sentimientos de soledad en el Centro B.	106
Tabla 23	Asociaciones significativas mediante las pruebas Chi cuadrado y Odds Ratio de algunas variables con sentimientos de soledad en el Centro C.	107
Tabla 24	Asociaciones significativas mediante las pruebas Chi Cuadrado y Odds Ratio de algunas variables con sentimientos de soledad en los tres Centro Día.	108
Tabla 25	Regresión Lineal simple para las variables edad y Lawton según Centros Día.	109
Tabla 26	Modelos de regresión Lineal simple para las variables edad y Lawton según Centros Día.	110
Tabla 27	Correlaciones de Pearson de las variables nominales con la Variable sentimientos de soledad.	111
Tabla 28	Modelo predictorio por regresión logística en ancianas casadas y la probabilidad de padecer sentimientos de soledad.	112
Tabla 29	Modelo predictorio por regresión logística en ancianas en Unión Libre y la probabilidad de padecer sentimientos de soledad.	113
Tabla 30	Modelo predictorio por regresión logística en ancianas viudas y la probabilidad de padecer sentimientos de soledad.	114
Tabla 31	Modelo predictorio por regresión logística en ancianas separadas y la probabilidad de padecer sentimientos de soledad.	115
Tabla 32	Modelo predictorio por regresión logística en ancianas solteras y la probabilidad de padecer sentimientos de soledad.	116

LISTA DE GRÁFICOS

GRAFICO 1 Proyecciones de escala de dependencia (Lawton) esperada según la edad según ecuaciones del modelo de regresión para los tres Centros Día. (110)

NOTA DE ACEPTACIÓN

En cumplimiento de los requisitos legales y reglamentados se declara aprobado el siguiente trabajo.

FIRMA DEL PRESIDENTE DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

Popayán, Agosto de 2005

AGRADECIMIENTOS

A la profesora CARMEN OFELIA DAZA, por su asesoría, consejo y ayuda permanente;

A la Directiva de los Centros Días que permitieron el acercamiento a los ancianos y a todos los ancianos que participan en el estudio, no solo por su colaboración, sino por el compartir de todas sus experiencias.

RESUMEN

La evaluación funcional a través de instrumentos estandarizados como el ORS, Katz y Lawton son una buena alternativa para identificar ancianos frágiles. Objetivos; Evaluar el área funcional, los recursos sociales y morbilidad sentida y explorar la asociación de algunos factores de riesgo asociados a la presencia de sentimientos de soledad. Método; Estudio transversal, población 967 ancianas distribuidas en tres centros día. Se calculo una muestra de 200 personas. Las bases de datos se construyeron en EXCELL 2000 y el análisis estadístico realizado con SPSS 11.1. Resultados; Media= 66.2 años por ANOVA se encintraron diferencias significativas entre los Centros A y C (sig=0.003)- El 63% no tienen seguridad social, el 78% cuidada la casa, el 10% viven solas, el 84% informan al menos una patología. Se encontró que a población dispone de excelentes recursos sociales, Katz y lawton muestran gran independencia funcional. Los sentimientos de soledad se relacionan con las mayores de 75 años ($p=0.001$ OR=5.78), menores de tres convivientes ($p=0.000$ OR=3.14), ninguna persona de confianza ($p=0.03$ OR=1.05). Se encontró mediante regresión lineal asociación de edad avanzada y dependencia física, y se construyo un modelo de regresión logística para las ancianas estudiadas. Conclusiones; los métodos de evaluación funcional propenden por mantener y, mejorar dichas capacidades y permite sistematizar la observación.

Palabras claves; OAR, Katz, lawton, Ancianas, centro Día, Popayán, Colombia, Regresión Logística, Regresión Lineal.

Summary

The functional evaluation is through standardizing instruments like OARS, Katz and Lawton-Brody are a way of old and weak people identify and operate on time, to delay dependent states. **Objectives:** To assess the functional area, social resources and the dying sense in old people of three day centers in Popayán city, and explore the association of risk factors with loneliness feelings. **Methods:** It was mode of traverse studies in a population of 967 (nine hundred sixty -seven) old women distributed in three day centers (68/110/160).The sample $e=0.04$, $p= 0.05$, $Z= 1.96$, $n= 182$ people settled to 200 (two hundred) (17/110/43) the bases of information are made in excel 2000. The analysis is made with SPSS10.0. **Results:** Average population is 66.2 years old (fifty-five and eighty-six) (55-86) $DS=7.8$. ANOVA is found differences in the A and C centers A y C ($p=0.003$) 63% (127) they don't have social security. 78% (117) are house wives and the 82 % (164) the don't have any people who take care of the and the 10% (20) they live alone, the 84% (168) they have some illnesses there are some excellent social resources, Katz Shows independence and Lawton-Brody 87%(174) a good level of maintenance in their activities. The feelings of loneliness are related to people older than seventy-five (75) years old ($p= 0.001$ $OR=5.18$ $Li= 1.68$ $Ls= 19.86$).They are a group of people smaller than three that they are living together ($p=0.000$ $OR=3.14$ $Li=1.83$ $Ls8.07$), they are living together smaller ten years ($p=0.00$ $OR=3.85$ $Li=1.83$ $Ls=8.07$), nobody of confidence ($p=0.03$ $OR=3.33$ $Li=1.05$ $Ls=10.57$),No one visits them in the last week($p=0.014$ $OR=4.28$ $Li 1.18$ $Ls=15.5$). **Conclusions:** The functional evaluation is used to keep and improve these capacities to favour the observation system. **Key words:** Functional valves, OARS, Katz, Lawton, Old women, Centers Day in Popayán City, Colombia .Regression logistic binary.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento no es una enfermedad, sino un proceso natural y normal.

“La OMS para el año, predice que para el año 2020 habrá en el planeta 1.000 millones de ancianos, 700 millones de ellos, en países subdesarrollados. A lo largo de las últimas décadas la esperanza de vida ha experimentado un gran aumento y se espera que esta tendencia continúe, especialmente en los países más pobres, a medida que mejoren las condiciones asistenciales, la nutrición o la lucha contra las enfermedades infecciosas. Al mismo tiempo, el incremento de la esperanza de vida ha sido paralelo a la disminución de la tasa de natalidad. Estas tendencias ponen de manifiesto que la proporción de ancianos no sólo es superior en los países del Tercer Mundo hoy día sino que además irá en aumento”.¹

Según proyecciones de la OMS la población mayor de 60 años, muestra un crecimiento global del 75% entre 1.980 y el 2020.² Los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud, a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional de las personas adultas,

¹ Oscar Jiménez, Barcelona. Día Mundial de la Salud: "El envejecimiento activo marca la diferencia". OMS. 7 de abril 1999.

² Gómez José Fernando, Curcio Carmen, Gómez Diana. Evaluación de la Salud de los Ancianos. Manizales, Colombia. 1.995.

Provocando mayores problemas de salud. Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional. La capacidad para desempeñarse debe ser el aspecto principal en la evaluación de los adultos mayores, al permitir conocer la futura declinación o mejoría en el estado de salud y el nivel de independencia para la realización de las actividades de la vida diaria; que posibilite la planificación de los cuidados, establecer objetivos de rehabilitación y monitorizar la evolución clínica de los ancianos dependientes. Unos de los objetivos primordiales en el cuidado del adulto mayor es, prevenir la incapacidad y fomentar su independencia que es tan importante como prevenir y tratar su enfermedad.

El objetivo de este estudio, es determinar el nivel de dependencia de las actividades de la vida diaria, de las adultas mayores que acuden a los Centros Día. Mediante la evaluación funcional de las actividades básicas cotidianas e instrumentales a través de los índices de Katz, Lawton y Brody y valorar los recursos sociales con OARS.

En 1.963 un equipo multidisciplinario dirigido por Sydney Katz, publico el índice de Katz.³ Es una escala sencilla, cuyos grados reflejan niveles de conducta en 6 funciones socio biológicas. Este índice es muy eficaz en pacientes con altos grados de dependencia, pero disminuye en grupos de personas ambulatorias no institucionalizadas en general más sanas. Posee una buena fiabilidad y validez⁴, aunque es mejor en los pacientes menos deteriorados. El índice de Lawton and Brody, es una de las escalas más utilizadas ya que incluye un rango de actividades más complejas, que las que se necesitan para el autocuidado personal; como las que permiten adaptarse a su entorno y mantener su independencia en la comunidad. Esta escala da mucha importancia a las tareas domesticas, por lo que en nuestro entorno, los hombres suelen obtener menor puntuación. ⁵

Los recursos sociales informan sobre la estructura familiar, patrones de amistad, visitas sociales, disponibilidad de un confidente o persona que prestan ayuda en caso de necesidad. Evalúa en una escala de 6 puntos, la cantidad y calidad de las relaciones personales y de cuidados en el momento de necesidad.

³ katz S, Ford AB eta al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standarized measure of biological and psychosocial function. JAMA, 1.963333,185:914-9

⁴ Valderrama E, Pérez del Molino J. Una visión critica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. Rev Esp Geriatr Gerontol,1.997 32(5):297-306

⁵ Ibid

Con la implementación de la Ley 100 de 1993, se pretendió para el año 2000 atender la salud de la totalidad de los ancianos a través del plan de beneficios del régimen contributivo y subsidiado, complementado con los servicios de apoyo social para la población más pobre de Colombia, por medio de la red de solidaridad social;⁶ sin embargo estas metas, todavía no se han logrado, por la falta de coherencia entre la atención en salud para la población mayor de 60 años y su caracterización como grupo vulnerable debido a la baja cobertura de los servicios, su deficiente calidad, la gestión inapropiada, la escasez de recurso humano capacitado, la falta de una conciencia de autocuidado y de programas específicos en promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que para este grupo no ha sido considerado prioritario. Esto pone de manifiesto, la importancia de brindar una atención diferente a las personas mayores, en aras de lograr eficiencia y de mejorar la calidad de la que se presta actualmente y que muchas veces no corresponde a su caracterización de grupo vulnerable.

Según datos de la Dirección Departamental de Salud del Cauca, en el año 2004, el Departamento tenía 162.099 adultos mayores de 50 años y en Popayán 28.588 adultos mayores de 50 años.

⁶ Botero Beatriz Eugenia, Agudelo Luz Marina. Características de la atención en salud para los mayores de 60 años Manizales, 1998

En Popayán, la secretaria municipal de salud en cumplimiento a la circular 018 del 2004, que reglamenta la atención del adulto mayor, ha implementado un programa al que asisten 3000 ancianos, en su sedes. Este programa ofrece capacitación, valoración clínica y recreación.

Esta investigación busca evaluar el grado de funcionalidad del adulto mayor, para determinar las medidas preventivas necesarias que le permitan mantener su capacidad funcional y aumentar el numero de años de independecia con las mejores condiciones de salud. Igualmente servirá de aporte a los Centros Día y ancianatos para desarrollar programas de promoción de la salud, tratamiento y rehabilitación permitiéndole al adulto mayor, continuar con su liderazgo y conservar ó mantener su capacidad funcional.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la sociedad contemporánea, los cambios demográficos han provocado que el contacto clínico entre los profesionales de la salud y el adulto mayor, sea una situación mas frecuente; fenómeno que ha producido un interés sobre conocimientos del envejecimiento. Para favorecer un diagnostico e intervención acertadas en el paciente geriátrico se debe conocer y saber diferenciar entre las enfermedades propias de la vejez y los cambios relacionados con la edad que disminuyen su capacidad funcional y pueden traer como consecuencia discapacidades físicas, mentales y sociales, las cuales se consideran entre los problemas mas graves que hay que enfrentar en la presente década y en el próximo siglo XXI.

La evaluación de las discapacidades es difícil, ya que esta es consecuencia de interacciones entre alteraciones estructurales y funcionales del organismo, unido a una multitud de factores psicológicos y sociales; La Organización Mundial de la Salud considera que las actividades de la vida diaria constituyen el indicador mas importante par medir el funcionamiento del anciano.

La capacidad de realizar las actividades de la vida diaria es la resultante del funcionamiento en las áreas de la salud física, mental y socioeconómica, contemplada en la evaluación de las personas mayores dentro de una población determinada. A su vez, las actividades de la vida diaria se dividen en básicas, las cuales son las habilidades esenciales para llevar a cabo actividades del auto cuidado y las actividades instrumentadas necesarias para la independencia del individuo en su medio normal; actividades evaluadas con instrumentos, dentro de los cuales se destacan y han sido ampliamente probados: la valoración OARS, los índices de Katz y de Lawton Brody.

Los argumentos expuestos nos motivaron a realizar la evaluación funcional de los ancianos en la casa del Abuelo y ser esta la primera piedra para poder trazar políticas de intervención acertadas en esta población.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cual es la capacidad funcional de las adultas mayores que asisten a los Centros

Día Popayán 2005?

1. JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento origina una cadena de cambios físicos y psicológicos que influyen en la calidad de vida de los ancianos tanto institucionalizados como aquellos que viven con sus familias.

La capacidad para desempeñarse debe ser el aspecto principal en la evaluación de los pacientes geriátricos. La valoración de la capacidad funcional, se encuentra incluida dentro del concepto más genérico de evaluación geriátrica, entendiendo esta como aquel proceso diagnóstico, multidimensional e interdisciplinario dirigido a las capacidades funcionales, médicas y sicosociales del anciano para desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento adecuado. Por lo tanto, va más allá del examen médico de rutina, enfocándose hacia los aspectos funcionales y a la calidad de vida.⁷

Se entiende por función, la capacidad de ejecutar de manera autónoma aquellas acciones más o menos complejas, que componen las actividades cotidianas, a nivel individual y social.

⁷ Carrión, J.L. Valoración geriátrica integral: Valoración de la capacidad funcional del paciente anciano: Servicio de geriatría. Hospital de Navarra. Pamplona.

Al realizar una tarea sencilla, se necesita una mínima capacidad física, cognitiva y emotiva, así como un entorno y unos recursos sociales que lo permitan. Cuando alguno de estos componentes falla, el realizar la tarea se convertirá en algo difícil o imposible, alterándose su capacidad funcional.

La valoración funcional, nos permite desarrollar datos normativos, describir la población geriátrica, valorar necesidades, describir los resultados relacionados con varias intervenciones, identificar entre una población a riesgo a los individuos que deben someterse a valoración adicional, establecer un diagnóstico, asignar un tratamiento, observar el avance y establecer declaraciones pronósticas.

1.1 CONSECUENCIAS DE LOS CAMBIOS DEMOGRÁFICOS

Según la OMS, actualmente hay unos 600 millones de personas mayores de 60 años, pero en el año 2025 se calcula que habrá más de mil millones y “la carga de las enfermedades crónicas irá a la par con el envejecimiento de la población”. Este organismo señala que el fenómeno del envejecimiento se caracteriza por un incremento de la carga de las enfermedades no transmisibles y cardiovasculares.⁸

El aumento considerable de ancianos, especialmente en las regiones menos desarrolladas, tiene importantes repercusiones en las condiciones sociales,

⁸ LA PRENSA, La ciudad, 2002. EDITORES ASOCIADOS S. A . La paz, Bolivia.

medioambientales y económicas de las poblaciones, que requieren programas eficientes y eficaces para ofrecer atención al anciano.

Equilibrio entre los sexos: Una importante consecuencia del aumento de los ancianos, es el mayor número de mujeres ancianas en el mundo, especialmente mayores de 75 años, debido a su mayor longevidad, lo que aunado a la mayor mortalidad en hombres (por diferentes razones: biológicas, conductuales y medioambientales) hace que aumente considerablemente el número de viudas.

Los hombres tienen más altas tasas de mortalidad, mientras que las mujeres tienden a tener menor mortalidad pero más altas tasas de discapacidades no letales, especialmente las asociadas con problemas músculo esqueléticos.

Los hombres en mayor proporción están casados, mientras las mujeres son viudas, además, la cantidad de casados disminuye al aumentar la edad. Esto sumado a las condiciones de morbilidad y discapacidad, genera mayor necesidad de atención en servicios de salud, se les incrementa la pobreza, así mismo se disminuye el número de convivientes, aumenta vulnerabilidad y crecen los riesgos de enfermedad, institucionalización y muerte.

Migración: La distribución espacial de la población del país ha cambiado radicalmente. En 1938 la proporción de la población residente en los centros urbanos era alrededor del 30%, en la actualidad y como resultado de los

fenómenos migratorios, esta tendencia se ha invertido y hoy aparece aproximadamente un 72% de la población Colombiana concentrada en el sector urbano. Sin embargo, esta situación no es exclusivamente colombiana, puesto que la característica fundamental de Latinoamérica al finalizar el siglo veinte, fue el intenso crecimiento urbano, lo que ha originado grandes ciudades con gigantescos cordones de miseria, y aunque la migración del campo a la ciudad es más frecuente en grupos de menor edad, también se presenta en ancianos y origina dos situaciones: el desplazamiento obligatorio de personas ancianas con sus hijos a las ciudades huyendo de la violencia, buscando mejores oportunidades de trabajo o simplemente por ser parte del núcleo familiar que migra y el de los ancianos que se niegan a abandonar el campo quedando solos, sin un soporte económico y social adecuado y con mayor vulnerabilidad.

En el trabajo de investigación realizado por Beatriz Eugenia Botero y Luz Marina Agudelo, sobre Características de la atención en salud para los mayores de 60 años Manizales, 1998, se encontró que los ancianos del área rural de la zona cafetera migran a la ciudad especialmente por problemas de salud o ante la presencia de discapacidad.

Estructura Familiar: Los cambios en la estructura familiar son los más importantes en cuanto a la prestación de atención y cuidado a los ancianos. La mayor longevidad repercute en el aumento de las familias

multigeneracionales, en las cuales personas ancianas cuidan de padres mucho mayores.

La tendencia hacia el siglo veintiuno, es configurar familias nucleares con menor cantidad de hijos, lo que hace que paulatinamente vayan desapareciendo los grupos familiares extensos, que brindaban soporte y ayuda a las personas más ancianas de la familia. Además, las familias actuales se desintegran rápidamente, debido al matrimonio de los hijos en edades tempranas o migración a otras ciudades en busca de capacitación y educación, lo que aumenta, en forma considerable, el grupo de ancianos que viven solos, los cuales tienen mayores riesgos que los que conviven aún con su familia.

Por tal motivo se espera que aumenten los porcentajes de ancianos que viven solos; en el momento en Latinoamérica el 7% de los hombres y el 13% de las mujeres mayores de 60 años viven solos. En Colombia el rango de ancianos que viven solos va desde 4% en la región pacífica hasta 7.6% en Bogotá y el promedio nacional de convivientes es de 4.26.⁹

Medio ambiente. Uno de los componentes primordiales para la independencia y la autonomía del anciano es el espacio público y su

⁹ Carrión, J. L. Valoración geriátrica integral: Valoración de la capacidad funcional del paciente anciano: Servicio de geriatría. Hospital de Navarra. Pamplona.

accesibilidad, lo cual implica hablar de los aspectos urbanos y Arquitectónicos. Desde el punto de vista de lo urbano, ya desde 1992 las Naciones Unidas solicitaron la creación de un entorno que respondiera a las necesidades de los ancianos, permitiéndoles la plena accesibilidad, lo cual implica un urbanismo donde se pueda transitar libremente sin impedimentos, que facilite la escogencia de lugares donde se quiera permanecer y socializar y que faciliten las relaciones intergeneracionales.

La construcción de viviendas y la adecuación del espacio público que se hace hoy en día, no tiene en cuenta los requerimientos y normas para las personas ancianas. Son numerosas las barreras urbanísticas y arquitectónicas, como escaleras angostas, puertas estrechas, semáforos con cambios demasiado rápidos, ascensores con cierre de puertas en segundos y andenes con obstáculos, condiciones que aumentan los riesgos de caídas y traumas en los ancianos. La característica más notable de las viviendas actuales es la reducción de espacios, por la disminución del número de habitantes por familia. No existen espacios para los ancianos en las viviendas de las familias nucleares actuales. Al aumentar la población mayor de 60 años será necesario revisar y aplicar las normas existentes de construcción de viviendas y de diseño de los espacios públicos.

Aspectos sociales: Idalmis Carmenaty y Soler Laudelia en: Evaluación funcional del anciano en el Hogar de Ancianos "Mella" Cuba.2002, encontraron asociación entre soporte social, mayor salud física y mental,

estilos de vida más saludables y mayor supervivencia. Asistir a servicios religiosos se asocia con mayor bienestar, menor depresión, menor ansiedad, menor consumo de sustancias, menores tasas de suicidio, así como disminución de la presión sanguínea, de la presencia de enfermedad cerebrovascular y mayor supervivencia. Al envejecer es importante la disminución de los contactos sociales, especialmente en los «muy viejos», por lo regular sólo permanecen lazos estrechos con los convivientes, algunos vecinos y por supuesto con los hijos y los nietos. Las actividades sociales en las cuales participan los ancianos se reducen exclusivamente al ámbito familiar o religioso, como cumpleaños y funerales.

También es frecuente que exista una disminución progresiva de la independencia para realizar actividades personales, especialmente por problemas de salud, lo que obliga a requerir ayuda de los familiares o convivientes, para actividades tales como reclamar la pensión mensual. En Latinoamérica, por lo general, quienes proveen la atención al anciano son las hijas.

Aspectos económicos: El volumen de pensionados por jubilación se incrementará en forma notable en los próximos años, con una disminución paulatina de la mano de obra, lo que va a implicar una carga prestacional elevada para las empresas y el estado, que deben asumir no sólo el pago parcial de estas pensiones, sino ofrecerles servicios de atención en salud,

tanto como lo requieran, Progresivamente se va a tener mayor proporción de personas económicamente inactivas en relación con la población económicamente activa.

Las implicaciones económicas del envejecimiento variarán sustancialmente dependiendo si las poblaciones son urbanas o rurales, puesto que en las primeras, especialmente mujeres, tienen mayor dependencia económica, principalmente de los hijos, mientras que en las segundas, la ocupación en actividades agrícolas, prolonga por más tiempo el periodo económicamente activo.

El 42% de los ancianos carece completamente de ingresos, y de quienes los perciben, el índice de ingresos no alcanza al salario mínimo. El promedio para las mujeres es muchísimo menor que para los hombres y se ha demostrado que el estado de salud de los ancianos está estrechamente relacionado con el nivel de dependencia económica, ya que el tipo de patologías más frecuentes en ellos, las crónicas discapacitantes, impiden el mantenerse económicamente activos.¹⁰

Recursos de atención en salud. Ya que los ancianos son los mayores usuarios de los servicios de atención en salud, especialmente médicos y de

¹⁰ Botero Beatriz Eugenia, Agudelo Luz Marina. Características de la atención en salud para los mayores de 60 años Manizales, 1998

rehabilitación, generalmente más costosos, debido al número y complejidad de los problemas que presentan, es necesario replantear las estructuras de los servicios de atención existentes. La capacitación en Gerontología Clínica actualmente es reducida y no se cuenta con el personal suficientemente entrenado para atender la demanda considerable que se prevé para los próximos años.

La reclusión permanente de los ancianos en instituciones destinadas más a cuidado asistencial, la institucionalización, es la modalidad de atención más utilizada cuando se tienen problemas con el anciano, bien por carencias económicas o dificultades en el manejo debido a las condiciones de salud.

El aumento de la prevalencia de las enfermedades mentales, especialmente el síndrome demencial, trae como consecuencia una mayor carga de cuidado y atención del anciano enfermo, que recae no sólo en la familia, sino en la sociedad en general, la cual debe aprender a convivir con personas con deterioro cognoscitivo.

En general, entre los ancianos de Latinoamérica se encuentra una baja utilización de servicios de salud diferentes al médico, casi inexistencia de servicios de apoyo domiciliario y en su gran mayoría, los modelos de atención se dirigen a ancianos sanos.

Estilo de vida. Los últimos hallazgos en cuanto a factores determinantes del envejecimiento, enfatizan los aspectos relacionados con el estilo de vida, lo que redundará en una vejez satisfactoria o insatisfactoria. Realizar ejercicio, tener una balanceada nutrición y hábitos dietéticos adecuados, consumir alcohol en forma moderada, evitar el tabaquismo, utilizar normas de seguridad industrial en el trabajo, disminuir el estrés ocupacional y tener adecuados hábitos de sueño, son medidas de promoción de la salud y prevención de riesgos, en los que se insiste cada día, desde edades tempranas, para permitir mayor supervivencia con mejor calidad de vida.

En conclusión, el rápido crecimiento del número de ancianos, especialmente mujeres, su concentración en áreas urbanas y la desintegración de las tradicionales familias multigeneracionales, han originado no sólo una pérdida del soporte familiar, sino también una creciente dependencia económica y una mayor necesidad de servicios de atención en salud y apoyo social, con los grandes costos económicos que ello implica. Muchos planificadores de salud, han empezado a replantear las estrategias para la atención de esta población, la cual hace imprescindible que el personal que brinda atención en salud, conozca las singularidades de sus procesos de respuesta y adaptación al sufrimiento y la enfermedad, para así poder brindar una atención en salud que se aproxime a ellas.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el área funcional y la morbilidad sentida de las adultas mayores vinculadas a tres centros día de la ciudad de Popayán-

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Caracterizar la situación sociodemográfica de las ancianas.
- Caracterizar los recursos sociales de las ancianas
- Caracterizar las actividades básicas de la vida diaria de las ancianas
- Caracterizar las actividades instrumentales de la vida diaria de las ancianas.
- Determinar la morbilidad sentida.
- Explorar la prevalencia de sentimientos de soledad y su asociación con algunos factores de riesgo y Construir un modelo predictorio para la ocurrencia de sentimientos de soledad en la población de los tres centros estudiados.

3. PROPÓSITO

Establecer un cuerpo de información sobre la población de adultas mayores, identificando personas que pueden recibir futuras evaluaciones, y que permitan a las Entidades de Salud del Estado, a las Empresas Promotoras de Salud y a las Instituciones Prestadoras de Salud, programar intervenciones terapéuticas, seguimiento, y control de las ancianas que asisten a sus programas.

4. MARCO CONCEPTUAL

Todo ser humano en su ciclo vital pasa por diversas etapas y situaciones favorables, que determinara la forma como se desempeñará durante la vida, sus gustos, deseos, intereses, estado de salud, relación con los demás, y cada etapa de la vida tiene unas características muy definidas, como, en la niñez se observa un deseo de descubrir el mundo, en la adolescencia, el asumir responsabilidades y enfrentarse a nuevos retos, en la edad adulta se producen los eventos de vida mas importantes, y en la vejez última etapa del ciclo vital, se tiene la disponibilidad de tiempo para hacer una pausa y reflexionar, se tienen menos preocupaciones e inhibiciones, pero es necesario enfrentarse a algunas pérdidas, como la del estado laboral y social y la muerte de las personas queridas, además existe mayor vulnerabilidad a las enfermedades.¹¹

El envejecimiento puede definirse desde tres puntos de vista:

Como un estado del ciclo de la vida, es la suma de cambios físicos que ocurren en el organismo.

¹¹ Organización panamericana de la salud. División de Promoción y Protección de la salud de las personas de edad. Envejecimiento y salud: un cambio de paradigma. En: Revista Panamericana de Salud Publica: Vol.7, N° 1 (2000)

Como un proceso de deterioro, aumento de la sensibilidad y el riesgo de enfermar o de morir.

Como un daño molecular y celular, que sucede en el citoplasma y en el núcleo celular.

4.1 ANCIANO Y ENVEJECIMIENTO

Anciano, es aquella persona de muchos años, que ha superado valiosas etapas de la vida, adquiriendo una gran experiencia.

Una manera de referirse al anciano, es la de adulto mayor y es llamando a esta etapa de la vida como la “tercera edad”, haciendo alusión a la etapa número tres luego de haber transitado por las dos primeras, juventud y vida adulta.

Históricamente el término se ha generado para dar idea de una edad avanzada, pero dentro de un marco de funcionalidad y autonomía que permite llevar una vida independiente y con satisfacciones, como un estereotipo utópico de la edad dorada, luego del retiro de la actividad. Cuando se analizan las experiencias en relación con las últimas etapas de la vida, lo común es encontrar que este periodo de descanso no existe realmente como tal, y que cuando se da, tiene una terminación generalmente por la enfermedad. Con el avance de la edad llegan pérdidas

severas de salud y de capacidades físicas, mentales, sociales o económicas.¹²

Este último proceso, por marcar una diferencia, ha sido denominado la “cuarta edad”, con base en el proceso evolutivo que se vive hasta los 50 años y como de allí en adelante el proceso se vuelve involutivo.

Según la cultura oriental y en anteriores épocas de la occidental, la ancianidad representaba un periodo importante de la vida, en el siglo veinte la noción de juventud y productividad se torno en un ideal que marginalizó e invisibilizó la vejez. Bajo esta mirada, la “tercera edad”, es una categoría difusa, ya que por su condición biológica y temporal es la antítesis de los ideales modernos; es objeto de un tratamiento social y cultural ambiguo donde los valores que le son asociados expresan una representación social particular tanto de la acción como de la existencia individual y social¹³.

Norberto Bobbio (1997) hace un análisis descarnado de lo que significa ser anciano en una sociedad como la nuestra: la vejez es el descenso hacia ningún lugar, es largo, continuo e irreversible, bajas escalón por escalón, pero una vez apoyas el pie en la grada más baja, sabes que a la de arriba ya

¹² Villanueva LA. Sobre el envejecimiento: una perspectiva Integral. En: Revista Hospital General. Vol .I 3 (2000)

¹³ Orley, J. Que Calidad de vida. En: Foro mundial de la salud. Vol17 N° 4, (1996

no volverás, no sabes cuantos escalones quedan, pero cada vez son menos (...) porque la medicina no hace vivir más a los viejos, solo les impide morir”¹⁴

Envejecer constituye un proceso en el que participan factores biológicos, psicológicos y sociales. El envejecimiento biológico es tanto de órganos como de funciones que se producen a diferentes niveles: molecular, celular, tisular y sistémico, siendo a la vez estructural y funcional. El celular se caracteriza por una disminución en diferentes procesos como: capacidad metabólica, descontrol en las funciones de proliferación, replicación (se duplican menos) y sobre vivencia, fosforilación oxidativa, síntesis de proteínas enzimáticos, estructurales, receptores

Celulares y factores de transcripción, así como de la capacidad de incorporar nutrientes y reparar el daño del material genético por a senescencia replicativa; es un proceso continuo, universal, progresivo, irreversible e incrementa la vulnerabilidad a la mayoría de las enfermedades

Retos del Envejecimiento

La persona que envejece debe enfrentar condiciones cambiantes, tanto de su propio organismo como del medio social en que vive. El envejecimiento genera problemas comunes y retos similares para todos los que envejecen¹⁵.

¹⁴ Organización Mundial de la Salud. Departamento de Promoción de la Salud. Salud y Envejecimiento. España,2002.

Anteriormente, la sociedad veía al adulto mayor con respeto y veneración, lo premiaba nombrándolo gobernante, pontífice y consejero. Hoy, con el surgimiento de la familia nuclear se crea una serie de mitos alrededor de la vejez que la asocian con enfermedad, inutilidad, impotencia sexual, aislamiento, pobreza, debilidad, depresión. Este punto de vista “moderno” funciona como una profecía que se auto promueve, se considera al anciano de esta forma y ellos adoptan esa visión de sí mismos convirtiéndose en estereotipo legitimado por la sociedad¹⁶.

Potenciales de los Ancianos

Según Ricardo Moragas. La vejez, supone ciertas limitaciones para el sujeto pero también posee unos potenciales únicos y distintivos: serenidad de juicio, experiencia, madurez vital, perspectiva de la historia personal y social. Así los adultos mayores exhibirán la personalidad que el medio les permita, en algunos casos con elementos de desarrollo personal, aunque este desarrollo vaya en dirección contraria a los valores predominantes en la sociedad actual. Hay una gran diversidad de factores involucrados en el proceso de envejecimiento y la complejidad de sus relaciones.

¹⁵ Barros C. Aspectos sociales del envejecimiento. OPS 1994 (Publicación científica, 546)

¹⁶ Ham Roberto. El envejecimiento, una nueva dimensión. Salud Pública de México. Vol. 38. Nº 6, (1996)

En un sentido más amplio, se puede asumir que el envejecimiento resulta de la suma de todos los cambios que ocurren a través del tiempo en todos los organismos, desde su concepción hasta su muerte¹⁷.

Estereotipos del Envejecimiento.

En Colombia, el comportamiento de la vejez no resulta ajeno al de muchos otros países en desarrollo, en donde la cultura está condicionada por la producción y la competencia, el adulto mayor ha perdido poderes y derechos que lo han marginado de la sociedad creando una serie de estereotipos negativos de persona enferma, incapaz de producir, limitado e incompetente para asumir tareas y ejercer funciones; situaciones que han llevado al anciano y a la familia a optar por alternativas como la institucionalización¹⁸

Una tesis básica es entonces que en la sociedad contemporánea junto con el proceso de envejecimiento, se producen cambios sociales cuyas consecuencias influyen negativamente en las condiciones de vida de los que envejecen; entre estos cambios sociales se señalan cuatro que influyen marcadamente en el empeoramiento de la calidad de vida del adulto mayor a medida que se envejece: respuesta social al deterioro biológico propio del

¹⁷ Tabares Jesús. Derechos de los ancianos y fortalecimiento de su poder. Washinton. OPS. 1994

¹⁸ Barros C. Aspectos sociales del envejecimiento. OPS 1994 (Publicación científica, 546)

envejecimiento; pérdida de la ocupación, disminución del ingreso y deterioro de la identidad social.

Estos nuevos desafíos que enfrenta la sociedad contemporánea son, a su vez, el resultado del desarrollo económico, social y cultural. Así, las relaciones entre el envejecimiento y el desarrollo son bidireccionales y de carácter interactivo.

A partir de lo dicho anteriormente, es importante destacar como en Colombia, el proceso de envejecimiento se experimenta, visualizado en relación a la población total, también se observa al interior de la población adulta mayor. Es decir, dentro de las personas de edad aumenta el peso relativo de aquellas edades extremas superiores; este hecho es importante ya que pueden identificarse básicamente dos grupos etéreos con características biológicas y sociales diferentes, el grupo de 60-74 y el de 75 y más. Según Aranibar²¹ (2001) en América Latina, el primer grupo de ancianos lo conforman generalmente personas más independientes, muchas de ellas aún insertas en la fuerza de trabajo (en especial las de 60-64 años), y más integradas socialmente. Entre las personas del segundo grupo, pareciera ser más aplicable la visión de la vejez desde el punto de vista de las “pérdidas”

4.2 CAPACIDAD FUNCIONAL

Desde el punto de vista de actividad física, es considerada como la máxima función metabólica que se logra durante el ejercicio, sin embargo la capacidad funcional en geriátrica redefine como la facultad presente en una persona, para realizar las actividades de la vida diaria, sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, es decir, la capacidad de ejecutar las tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad. Es el grado como hombres y mujeres pueden funcionar como deseen hacerlo, esto implica tomar las propias decisiones, asumir las propias responsabilidades y por lo tanto reorientar las propias acciones¹⁹.

4.3 SOCIODEMOGRAFÍA DEL ENVEJECIMIENTO

La tendencia demográfica que se registra en Colombia, como lo demuestran los datos obtenidos en el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), es similar a las tendencias mundiales. Obviamente el índice de envejecimiento en cada país tiene un comportamiento único determinado por el momento, la magnitud y la velocidad del envejecimiento de la población, pero en casi todos, el grupo poblacional que más rápido crece es el de las personas en edad avanzada calculándose que se duplicará

¹⁹ Gómez José Fernando. Geriátrica y Gerontología. Universidad de Caldas. Manizales 1996

en los próximos dos decenios, fenómeno que representa un cambio poblacional sin precedentes²⁰.

En Colombia, como en muchos países de Latinoamérica, hay una tendencia al envejecimiento progresivo de la población. Se ha estimado que la prevalencia de los ancianos (personas de 60 años o más) es del 7.8% de la población de este país y en el año 2000, habrá, alrededor de 2.5 millones de personas²¹.

Medellín registraba en el censo nacional de 1964 una población adulta mayor de 65 años y más equivalente al 3,4% (26.271) de la población total, durante los años 1973 y 1985 la población de este grupo de edad se constituyó en un 3.53% del total de la población, con 38.598 y 57.060 respectivamente. A partir de esta fecha, la población anciana aumentó aceleradamente con respecto a otros grupos de edad respecto a los años anteriores con un total de 97.714 adultos mayores equivalentes al 5.37% del total de los habitantes de la ciudad; para junio de 2001 se calcula que la población ascendió al 5.7% con 105.612 adultos mayores en el área urbana, según las proyecciones de la Subdirección de Metroinformación, Departamento Administrativo de Planeación de la ciudad de Medellín²²

²⁰ Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. El Envejecimiento de la Población . CELADE 2000

Granados M., Angarita E. Proyecciones Subnacionales de Población DANE. Bogotá, D.E.

²¹

²² Medellín. Secretaría de Bienestar Social. Diagnóstico Social de Medellín. Alcaldía 2000

Dentro de este grupo poblacional (mayores de 65 años), es importante destacar la

Preponderancia femenina, debido a que existe un efecto diferencial en la mortalidad que arroja una esperanza de vida mayor para las mujeres que para los hombres. Esto puede verse a través del índice de masculinidad, que arrojó para el año 2001 un índice de 62 hombres por cada 100 mujeres de 65-74 años; en el caso de las personas de 75 y más años, la relación baja a 51 hombres por cada 100 mujeres aumento y continuará con esta tendencia hasta el año 2010, siendo las mujeres las que presentan desde 1985 un crecimiento constante casi lineal de su esperanza de vida por encima de los hombres que registran un incremento marcado a partir de 1990 (para el año 2000 la esperanza fue de 75.3 para las mujeres y 69.2 para los hombres)²³

Otras circunstancias que se encuentran asociadas con el proceso de envejecimiento que viene presentando en Colombia, son la tasa de envejecimiento y el coeficiente de dependencia económica. Los cuales, para el año 2000 muestran como del total de la población, el 5.7% son adultos mayores, presentándose una mayor proporción en las mujeres (6.51%); por otro lado, nótese como el número de personas económicamente inactivas que tiene que sostener una persona en edad económicamente activa viene en aumento, y para el año 2000 era de 8.27, esto es, por cada individuo en edad activa, existen 8.27 personas en edad inactiva (>65 años), situación

²³ San Martín H Epidemiología de la Vejez. Madrid: McGraw – Hill, 1990

que se hace más notoria en las mujeres, donde, cada mujer en edad activa tiene que sostener a 9.5 mujeres en edad inactiva⁴

Las condiciones sociodemográficas tales como el tamaño de la población, la distribución geográfica dentro de un país y la composición con respecto a características como edad, sexo, y estado económico, tienen un importante efecto sobre el nivel de la salud y las necesidades de atención en salud de una población. Los factores demográficos interactúan con los factores sociales, económicos y culturales e influyen las necesidades y la planeación de la atención en salud.

Los ancianos, debido a su creciente vulnerabilidad, se convierten en el grupo que más utiliza los servicios de atención en salud, además son demográficamente heterogéneos y abarcan varios grupos de edad con características diferentes, que cambian rápidamente a medida que cambia su proporción.

4.3.1 Morbilidad.

Los cambios en la estructura demográfica han modificado los patrones de morbilidad y mortalidad en este grupo poblacional. Hace algunas décadas las principales causas de enfermedad y muerte eran las enfermedades infecciosas, y las parasitarias. En Colombia en los últimos años, las causas de morbilidad esta dada por las enfermedades crónicas que originan

discapacidad y minusvalía. En 1990 las principales causas de morbilidad fueron las enfermedades hipertensivas y otras enfermedades del corazón, el EPOC, y las neoplasias. Estas patologías tienen una larga evolución, episodios de exacerbación frecuente y requieren constantemente servicios de atención en salud, lo cual obliga a establecer estrategias diferentes a las utilizadas en otros grupos poblacionales.

Incontinencia.

Es necesario controlar la micción para sobrevivir en sociedad, y esto se ha descrito como uno de los aspectos esenciales para la supervivencia en la edad avanzada. El anciano sano tiende a excretar orina con mayor frecuencia, y muestra cierto grado de micción imperiosa.

La incontinencia urinaria es un trastorno que se caracteriza por escape involuntario de orina a través de las vías urinarias inferiores. A un grado que produce en el individuo una situación inaceptable en lo social o desde el punto de vista higiénico. Los ancianos tienen alto riesgo de sufrir incontinencia y con frecuencia es el factor decisivo para que estas personas se queden en casa o vayan a un sanatorio.²⁴

²⁴ Janet Specht. Problemas genitourinarios en los ancianos. Pág. 524. interamericana. 2000

Hipertensión.

Se puede definir como un aumento duradero y sostenible de cifras de la presión arterial, con una presión arterial sistólica mayor de 140 mmhg y una presión arterial diastolita mayor de 90 mmhg. Los datos de estudios nacionales en salud para el año 2001 muestran una incidencia de hipertensión de 9% en adultos mayores blancos y de un 22% para adultos mayores de raza negra. En personas mayores de 65 años la incidencia aumenta en un 50% siendo mayor en la raza negra. ²⁵

Problemas Músculo Esqueléticos.

Son extensos los efectos del envejecimiento normal sobre el aparato músculo esquelético. Algunos de los problemas de salud más frecuentes en ancianos guardan relación con cambios que ocurren en músculos, huesos y articulaciones. El impacto de estos cambios sobre el estilo de vida del adulto mayor engloba diversas molestias, como dolor, reducción de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria e inmovilidad completa. La fuerza, rapidez, postura, imagen corporal, independencia y seguridad se ven completamente afectada.

²⁵ Nancy Pabon. Hipertensión arterial en los adultos mayores Pág. 60 Interamericana 2001

Si algunos signos y síntomas que ocurren anuncian los cambios normales del envejecimiento, otros son antecesores de trastornos, en que la incapacidad puede modificarse, postergarse o prevenirse. Ya que estos trastornos llevan al anciano a tener alto riesgo de caídas, fracturas, osteoporosis o artritis.²⁶

Otras causas importantes de deterioro de la calidad de vida al envejecer son las alteraciones de la visión, fatiga al subir escaleras o hacer ejercicio, molestias dentales, insomnio y dificultades en el sueño, limitaciones en brazos y piernas, problemas en los pies y molestias auditivas y sordera.

Los programas de valoración geriátrica determinan el estado funcional del anciano antes y después del tratamiento; e incluyen diferentes técnicas de valoración y rehabilitación.

Las medidas del estado funcional incluyen siempre la determinación de las actividades de la vida diaria para comprobar los cambios que se presentan con el paso del tiempo, y se ha podido confirmar que la mayor parte de los ancianos pueden mejorar su estado funcional.

Esta “doble carga de enfermedad” agota hasta el límite los ya escasos recursos. Sumando lo anterior, a el proceso de transición epidemiológica, y

²⁶ Helen Wolf. Problemas músculo esqueleticos del anciano. Pág. 27. Mcgrill. 1999.

aunado al hecho de que la población en edad avanzada es sobreviviente del régimen epidemiológico anterior, puede manifestarse como una carga de síntomas, limitaciones físicas e incapacidad²⁷.

La vejez es un período que exige esfuerzos adaptativos especiales sobre la base de los cambios que se experimentan tanto dentro como alrededor del viejo. En el orden físico, la apariencia, el rostro, la tersura de la piel, el color y cantidad de los cabellos, la vista, el oído, la fuerza muscular, la agilidad, la resistencia a la fatiga y la vitalidad disminuyen en esta etapa. Intelectualmente es víctima de trastornos de tipo amnésico y de poder de concentración: aumenta el olvido, disminuye la capacidad para almacenar nueva información, la memoria remota permanece pero la memoria reciente se altera, hay disminución y alteración de la agudeza visual, auditiva y verbal, se presenta dificultad para resolver problemas abstractos, lógicos y se disminuye la flexibilidad cognitiva.

Afectivamente es frecuente el sentimiento de abandono y soledad reforzado por la pérdida de familiares y amigos, el temor obsesivo de presenciar la muerte del cónyuge y la conciencia de estar viviendo el final de su propia existencia.

²⁷ Gómez José Fernando. Valoración de los ancianos . Universidad de Caldas. Manizales 1996

Entre los cambios biológicos se encuentran el daño molecular acumulado asociado a continuas alteraciones del ADN, ARN, las proteínas y los lípidos causando envejecimiento y lesión celular; cambios del sistema nervioso central –SNC- que se expresan en la disminución del peso y volumen cerebral, pérdida de neuronas, disminución en la arborización de las dendritas y del tejido conectivo, degeneración de las neurofibrillas, acumulación de placas seniles; cambios fisiológicos que se observan en la reducción del flujo sanguíneo cerebral, oxígeno y metabolismo de la glucosa.

Los cambios psicológicos son muy heterogéneos y variables, pero se sabe que en la vejez hay cambios en el funcionamiento cognoscitivo dependiendo de la edad: estable o incrementada la inteligencia cristalizada y disminuida la inteligencia fluida; estable la atención breve y disminuida la atención compleja; en el lenguaje permanece estable la comunicación, comprensión, conocimientos de sintaxis y palabras y se disminuye el lenguaje fluido y la nominación, por la dificultad en el acceso al léxico, el discurso es variable, impreciso y repetitivo; estable la memoria inmediata, disminuye la sensorial y reciente y es variable la memoria terciaria pero permanece intacta los aspectos importantes de la historia personal; la habilidad visuoespacial es variable para copia dibujos y se disminuye la orientación topográfica; se

disminuye la capacidad de raciocinio para resolver problemas lógicos y es variable para el razonamiento práctico²⁸.

Los cambios fisiológicos que acompañan el envejecimiento provocan deficiencias funcionales de diversos órganos del cuerpo. A este curso normal de acontecimientos se agregan cambios patológicos que llevan a la enfermedad. Ahora bien: diferenciar entre los dos puede ser difícil o imposible. Es evidente que las familias y las redes de apoyo social son las que mayormente proporcionan la atención a los ancianos débiles y logran que los enfermos se conserven en la comunidad. Ningún país puede facilitar servicios oficiales de salud y sociales adecuados que puedan sustituir al sistema extraoficial de asistencia aunque fuese deseable hacerlo así²⁹.

Según el Diagnóstico de la Situación de Salud de Antioquia, durante el año 1998, la población de 60 y más años registró como las cinco principales causas de morbilidad por consulta:

La enfermedad hipertensiva (29.0%), otras enfermedades del aparato respiratorio (7.1%), otras enfermedades del aparato digestivo (4.5%), signos síntomas y estados morbosos mal definidos (4.3%), diabetes mellitus (4.1%)⁴⁶; y por egresos hospitalarios fueron en el mismo año: otras

²⁸ Gómez José Fernando. Geriatria y Gerontología. Universidad de Caldas. Manizales 1996

²⁹ Medellín. Secretaría de Bienestar Social. Diagnóstico Social de Medellín. Alcaldía 2000

enfermedades del aparato respiratorio (11,3%), otras formas de enfermedades del corazón y de la circulación pulmonar (8,6%), neumonías (7,0%), otras enfermedades del aparato digestivo (5,7%) y diabetes mellitus (5,7%)⁴⁶. La enfermedad hipertensiva se constituye como la primera causa de morbilidad por consulta a partir de los 40 años y como novena causa de egreso hospitalario a partir de los 60 años. La enfermedad isquémica del corazón figura como sexta causa de egreso a partir de los 50 años. Las enfermedades de tipo cerebrovascular aparecen como causa importante de morbilidad a partir de los 65 años, con tendencia al incremento en edades superiores.

Soledad.

Para muchos ancianos la soledad es un riesgo personal y un problema de salud. El compañero, los familiares y los amigos de generación van muriendo o quedan confinados en su hogar. Los más jóvenes se encuentran preocupados con los múltiples problemas de sus propias vidas. De modo que las amistades de muchos tiempos atrás y las fuentes de afecto disminuyen y cambian. Al mismo tiempo, las limitaciones económicas, físicas y de transporte reducen la capacidad de desplazamiento y la posibilidad de conservar las relaciones o de hacer nuevos amigos.

La soledad es un factor capaz de influir en el estado de salud. Es un factor significativo en la planeación del manejo de la vida diaria. Ignorarla debido a que es difícil de tratar sería dejar sin respuesta muchas preguntas relacionadas con la dinámica de la salud del anciano.

Se define como soledad, a una deficiencia de la necesidad o el deseo de intimidad del ser humano. Produce sufrimiento personal que se caracteriza por sentimientos de abandono, desolación, insatisfacción, angustia y depresión.

Factores de riesgo para desarrollar soledad. Uno de los factores más poderosos para producir soledad, particularmente en el anciano, es la muerte del cónyuge, algún hermano, hijo, persona con quien se convive o un amigo querido. La vida urbana coloca al anciano en alto riesgo de soledad, pues las construcciones modernas no permiten la libre movilidad del anciano y la vida agitada de las ciudades hace peligrar la salud de estos. Cambios en la forma de vivir, cualquier cambio de lugar o de la forma de vivir para el anciano significa trastornar sus relaciones y contactos con los demás y por tanto riesgo de caer en soledad. Cuando el anciano se traslada a vivir con los hijos o con los nietos el peligro de la incompatibilidad de la relación hace que el anciano se sienta más solo dentro de la familia. Cambios en la capacidad de transporte influye en la forma de relacionarse con los demás; por lo tanto este también es un factor capaz de producir soledad. Cambio en la

costumbre de llamar por teléfono, de escribir cartas, los ancianos aun añoran recibir o enviar cartas, y la falta de dinero o la pérdida de memoria hacen que el anciano no recuerde los números telefónicos, y por lo tanto el anciano se aísla llevando a la soledad. Las enfermedades o la incapacidad física, y en ocasiones aun los sentimientos negativos acerca de la propia salud, aumentan los riesgos de sentirse solo. Por tanto, si aparecen síntomas de enfermedad, o el anciano se queja de mala salud, hay peligro de que ocurra sentimientos de soledad, ya que el anciano siente que el sufrimiento, la invalidez y la incapacidad deben sufrirse en soledad³⁰

4.4 VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Bajo el termino Actividades de la Vida Diaria o Actividades Básicas Cotidianas (ABC), se incluya todas aquellas acciones dedicadas al cuidado personal, a interactuar con el medio ambiente y a relacionarse con los otros, por tanto, son la expresión cotidiana de la capacidad funcional Dentro de éstas existen tres categorías o niveles: ABC Físico, ABC Instrumental y ABC Social.³¹

³⁰ D.L. Carnevali. Tratado de geriatría y gerontología Pág. 336. interamericana. 2000

³¹ Gómez José Fernando. Geriatría y Gerontología. Universidad de Caldas. Manizales. 1996

4.4.1 Índice de Katz; Actividades de la Vida Diaria.

El índice de KATZ, es uno de los mas ampliamente utilizados y mas cuidadosamente evaluados, se trata de una escala sencilla cuyos grados reflejan niveles de conductas en seis funciones socio biológicas. Su carácter jerárquico permite evaluar de forma sencilla el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo.³²

Fue desarrollado en personas ancianas y con enfermedades crónicas muy heterogéneas. Es el patrón estándar con el que habitualmente se compara la validez concurrente de otras escalas de valoración funcional, no disponemos de validación de esta escala en nuestro medio.

Este índice se utiliza ahora ampliamente para describir el nivel funcional de pacientes o poblaciones, predecir la necesidad de rehabilitación y la decisión de localización del paciente, comparar el resultado de diversas intervenciones, seguimiento evolutivo y del resultado del tratamiento.

ABC FÍSICO. Las Actividades Básicas Cotidianas (ABC) en el aspecto físico, incluyen las actividades de autocuidado y supervivencia, son conductas sensorio motrices de base, es decir, las que dependen

³² Isidoro Ruipérez. Guía Para Cuidadores de Ancianos. Interamericana. 1998

exclusivamente del desarrollo neurología y permiten la supervivencia, por ejemplo la locomoción, los movimientos para llevar la comida a la boca y masticar. Son las primeras capacidades que desarrolla el niño y le permiten explorarse a sí mismo y al medio que lo rodea, por el uso simultáneo de sus sentidos y movimientos. Son las conductas o actividades relacionadas consigo mismo, por ello describen cuidado personal, como alimentarse, caminar, trasladarse, vestirse, asearse y usar el baño.

Están jerárquicamente organizadas según el nivel de complejidad, su adquisición se hace durante la infancia siguiendo los patrones de desarrollo, los cuales a su vez están determinados tanto por la madurez neurológica como por factores socioculturales esta maduración es un proceso genético y biológicamente determinado según las leyes filogenéticas y ontogenéticas, que se traducen en un mayor control del movimiento a medida que se da el crecimiento y el desarrollo, por tanto la maduración tiene una connotación cualitativa, a su vez los factores socioculturales hacen referencia a la estimulación y oportunidades en el medio ambiente.

Universalmente las actividades del ABC físico se realizan de manera independiente cuando existe integridad física y mental para ejecutarlas; quienes no las hacen por sí mismos, son los que carecen de capacidades, los que nunca las adquirieron por condiciones físicas o mentales y los que

las perdieron como consecuencias de lesiones, enfermedades o por fragilidad.

Se ha demostrado que al enfermar, estas funciones se van perdiendo en orden inverso, es decir, de las más complejas a las mínimas básicas. El desarrollo de las actividades de alimentación y control de esfínteres es necesario para la supervivencia, por tanto, se aprenden primero y se pierden en última instancia, en cambio actividades como vestirse o bañarse tiene una connotación cultural, se aprenden en última instancia y se pierden primero.

En orden jerárquico son:

Alimentación. Requiere movimientos gruesos del brazo para llevar la comida a la boca y finos para actividades como cortar con cuchillo o untar mantequilla, lo cual también depende de los hábitos y rutinas relacionadas con el uso de los cubiertos (factores socioculturales). Los procesos preceptuales y cognoscitivos que se requieren para su ejecución son mínimos y dependen más de factores culturales relacionados con el gusto.

Continencia. Se refiere al control de esfínteres y básicamente requiere integridad del sistema nervioso central.

Movilidad, traslados y locomoción. Constituyen el eje central de la relación con el mundo, puesto que posibilitan desplazamientos acordes a las exigencias del entorno. Dependen de las necesidades y exigencias del medio ambiente, requieren más individualización de movimientos y mayor participación de las esferas mental y social. Son más complejas que las anteriores, puesto que además del factor de maduración necesario para su adquisición (puesto que la marcha ocurre a partir del gateo y éste a su vez del arrastre), exige integridad de los sistemas neurológico, músculo esquelético y cardiovascular para realizar las actividades (capacidad de iniciar la actividad y sostenerla), adecuado ingreso y procesamiento de la información sensorial (especialmente visual) para su eficacia, y factores cognoscitivos relacionados con la atención y la orientación espacial, entre otros, y afectivos relacionados con la motivación, que sumados le dan efectividad a la actividad.

Ir al baño o usar el sanitario. Además de todos los aspectos mencionados anteriormente, puesto que implica el desplazamiento hasta el baño, exige la participación de mayores niveles de integración perceptual y cognoscitiva para el manejo de la ropa, del papel higiénico y factores relacionados con el medio ambiente como la disposición de elementos en el baño, los espacios dentro y fuera de él y la accesibilidad, entre otros.

Vestido e higiene. Aunque son dos actividades separadas, tienen las mismas implicaciones y requisitos, no son funciones fisiológicas, sino que dependen del aprendizaje y del significado sociocultural, son las últimas en desarrollarse y las primeras en perderse, implican gran disociación de movimientos, especialmente finos, por ejemplo los utilizados para amarrar zapatos o manipular botones, y la participación de procesos mentales y preceptuales más complejos, puesto que hay que escoger la ropa, determinar que colores se combinan y cuáles no y cuál es el derecho y revés de las prendas, entre otros aspectos que también están determinados por patrones culturales (hábitos y costumbres). Así mismo el orden de recuperación en personas discapacitadas, es similar al orden de desarrollo de las funciones primarias en los niños, la última actividad de vestido que se aprende es anudarse los zapatos y ante una enfermedad es lo primero que se pierde.

El ABC físico se construye sobre la base de la capacidad física o funcionamiento físico, es decir los procesos neuróticos, músculo esquelético y cardiovascular que permiten la flexibilidad, la fuerza muscular, el equilibrio o balance, la marcha y el control postural. Por ello, ante la pérdida de la independencia en estas actividades se debe buscar siempre un proceso patológico subyacente.

Es importante anotar que ante la presencia de enfermedad o trauma, aunque se pierden en orden inverso a su adquisición, pueden presentarse diferencias individuales relacionadas con factores del individuo, de la enfermedad y del medio en el cual transcurre la vida. Por ejemplo, ante una artritis reumatoide deformante se perderán primero las actividades de vestido e higiene, pero ante un evento cerebro vascular las alteraciones en primera instancia estarán en las actividades de movilidad, traslados y locomoción.

El ABC físico se califica mediante el concepto de independencia o dependencia, de acuerdo a que se lleven a cabo o no las actividades, importante anotar que se presentan variaciones de la independencia en el tiempo o en determinadas situaciones, por ejemplo, las dificultades: presentes en un anciano recién hospitalizado, pueden ser evaluadas en forma errónea como dependencias y corresponder sólo al proceso de adaptación al medio hospitalario.

Al mismo tiempo, quien tiene problemas físicos por enfermedad o deterioro, puede requerir atención personal o asistencia permanente dependiendo del área comprometida, por ejemplo, quien tiene dificultades en traslados puede requerir asistencia permanente para prevenir complicaciones de la inmovilidad, mientras que quien tiene dificultades en higiene o vestido puede requerir dirección, es decir, orientar paso a paso la ejecución de la actividad: «póngase el pantalón, ahora abotónelo y por último póngase el cinturón», o

simplemente supervisión, donde solamente se evalúa si la actividad se realizó o no.

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), índice de Katz, fueron establecidas por Katz, Ford, Moskowitz, Jackson y Jaffee en 1963, quienes definieron como independiente la ejecución de tareas para el cuidado personal (bañarse, comer, vestirse, levantarse, usar el retrete y continencia) sin la supervisión, dirección o asistencia activa de otra persona^{33 34 35}

4.4.2 Índice de Lawton: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.

Este instrumento valora la capacidad de desarrollo de tareas que implican el manejo de utensilios habituales y actividades sociales del día a día.³⁶

Ha servido de modelo a escalas posteriores y continua siendo una de las escalas más utilizadas, ya que incluye un rango de actividades, más complejas que las que se necesitan para el auto cuidado personal, como las que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener su independencia en la comunidad. Esta escala da mucha importancia a las

33 Organización Panamericana de la Salud. Aspectos clínicos en la atención del envejecimiento. Washintong DC: Organización Panamericana de la Salud; 2001.

34 Rocabrano Medero JC. Tratado de Gerontología y Geriatria Clínica. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica; Editorial Academia; 1999. p.72

35 Medicina Interna Farrera/Rozman. Harcourt SA. 14 ed. CD ROM Version. Madrid: Elsevier; 2001. p.40-4

36 Carnevali D.L. Tratado de Geriatria y Gerontología. Interamericana. 2ª Edición 1998

tareas domesticas, por lo que en nuestro entorno los hombres suelen obtener menor puntuación, no obstante, evalúa la capacidad para realizar una tarea en una circunstancia determinada.

ABC INSTRUMENTAL. El ABC instrumental es el nivel intermedio, su conceptualización se inició en 1969 con los trabajos de Lawton y Brody, y aunque no es estrictamente jerárquico, en gran medida se construye sobre la base de la independencia en el ABC físico. Se ha demostrado la presencia de relaciones jerárquicas entre algunos ítem del ABC físico e instrumental, por lo regular el estar dependiente en el primero, implica dependencia en el segundo.

Este nivel de función hace referencia a la ejecución de actividades complejas necesarias para la vida independiente en la comunidad, por tanto implica un nivel de funcionamiento adecuado y acorde a la forma y condiciones de vida de una persona, resulta de la interacción de factores físicos, cognoscitivos y emocionales en una compleja organización neuropsicológica, que permiten la independencia en el entorno inmediato, es decir, la casa, el vecindario y el sitio de trabajo.

Aunque se le llama instrumental, es diferente del uso de instrumentos, lleva implícita la conciencia del propio ser, la capacidad de dominar el propio cuerpo y el conocimiento del mundo circundante. Para ello es necesario

manipular y reconocer los objetos, seleccionar y asociar estímulos sensoriales, integrar percepciones para que formen un cuadro coherente y uniforme del mundo, los cuales unidos a los recuerdos y experiencias previas, le permiten al anciano responder adecuadamente en todas las situaciones de la vida cotidiana. Más que de factores personales, depende de patrones culturales, de las condiciones de vida y en menor medida del estilo de vida.

Incluye habilidades perceptivo motrices que se refieren a la interpretación de información sensorial para manejarse a sí mismo (salir de casa) y a los objetos en el entorno inmediato (manipular llaves). También exige habilidades de procesamiento o elaboración para manejar procesos o eventos en el ambiente, para planificar y resolver problemas (hacer trabajo liviano y pesado en casa, manejar su propio dinero) y finalmente habilidades de comunicación e integración que posibilitan recibir información para coordinar el propio comportamiento con las condiciones del medio ambiente inmediato (usar el teléfono, ir de compras). Por ejemplo, el uso de transporte público requiere una adecuada función física (movilidad y traslados) pero también está influenciado por factores sociales y culturales (accesibilidad, soporte económico) y aspectos cognoscitivos (orientación espacial, manejo del dinero).

El ABC instrumental se correlaciona fuertemente con la función cognoscitiva. Se ha encontrado que el uso del teléfono, del transporte, tomar su propio medicamento y manejar su propio dinero, tienen una fuerte correlación con la presencia de demencia, independiente de la edad, el sexo y el nivel educativo. También se ha demostrado que la valoración del ABC instrumental permite hacer distinciones entre discapacidades situacionales, no debidas a condiciones de salud sino a factores del medio ambiente o culturales, y las discapacidades funcionales que sí dependen de las condiciones de salud del individuo.

La medición del ABC instrumental es más sensible para detectar disfunciones en los ancianos que el ABC físico solo, ya que este último tiene un “efecto piso o techo”: cuando el anciano está sano tiene puntajes completos en ABC físico (efecto techo) pero ante un evento agudo, que lo obligue a permanecer en cama, la valoración mostrará una total dependencia en todas las actividades (efecto piso).

La selección del ítem a evaluar debe hacerse teniendo en cuenta la forma de vida y estilo de vida de la población anciana específica, ya que el sexo, los patrones culturales y las características socioeconómicas, condicionan la ejecución de la mayoría de las actividades. Por ejemplo, no se puede considerar que un anciano tenga deteriorado el ABC instrumental solamente porque no realiza trabajo liviano o pesado en casa, puesto que es frecuente

encontrar hombres que nunca lo han realizado por tradición cultural. Sin embargo, para su valorado se incluyen actividades como salir de casa, usar transporte público y viajar, tomar medicamentos, ir de compras, hacer su propia comida, hacer trabajo liviano y pesado en casa, cortarse las uñas, usar el teléfono, manejar dinero, abrir y cerrar ventanas, encender y apagar radio y televisor, entre otros.

ABC SOCIAL. Se ha denominado ABC social avanzado o de “lujo” a la ejecución de actividades que implican contacto social e interrelación con las demás personas, indicando un nivel de funcionamiento acorde a las normas y costumbres de una población. Permite la expresión, dominio, mantenimiento y mejoría de cualidades personales, valores, destrezas, intereses y motivaciones. Resulta de la interacción de factores físicos, cognoscitivos y emocionales del individuo y de los recursos sociales y medioambientales, e implica un buen nivel de independencia y autonomía.

Una función como manejar dinero o cocinar (ABC instrumental), bañarse (ABC físico), hacer visitas (ABC social), pueden estar comprometidos por problemas físicos, cognoscitivos o factores psicológicos, pero también por la falla de recursos o porque la familia no lo permite. Por eso, el denominador de la fórmula es tanto o más importante que numerador y por tanto, requiere ser evaluado y es susceptible de intervención.

Por ejemplo, la asistencia a un club de ancianos o costurero, requiere por una parte, condiciones físicas y cognitivas mínimas que le permitan al individuo llegar al sitio de reunión, además, un comportamiento emocional acorde a las circunstancias. De otra parte, necesita lazos de unión con el grupo, adecuado acceso al sitio y mínimas expectativas frente al grupo y a la actividad a realizar. Por ello, se considera que las actividades sociales son voluntarias (activas o pasivas) y necesitan un importante componente físico: ir a..., participar en..., hacer.... Así mismo implican compromiso y pertenencia y están estrechamente relacionadas con el uso del tiempo y la recreación y la lúdica.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede concluir que el ABC social está determinado por elecciones personales, aptitudes, intereses y expectativas, por lo cual cada persona tiene pailones individuales de participación en actividades. No es esencial para el mantenimiento de la independencia y la falla de participación en actividades, no significa necesariamente disfunción.

Diseñar y estandarizar escalas de evaluación social es difícil, puesto que debe ser individualizado y apropiado a cada grupo o persona, sin embargo, los aspectos del funcionamiento social importantes en la evaluación y cuidado del anciano son:³⁷

³⁷ Isidoro Ruipérez. Guía Para Cuidadores de Ancianos. Interamericana. 1998

Relaciones sociales: Frecuencia, contexto y calidad.

Actividades sociales: frecuencia, naturaleza y calidad.

Recursos sociales: Ingresos, vivienda y condiciones del medio.

Soporte social: Qué tipo de ayuda recibe de otros y qué tipo de ayuda espera.

Es importante además, evaluar la capacidad del individuo para compensar las dificultades y no olvidar que la situación económica es un factor determinante para estas compensaciones, por ejemplo, tener dificultades para hacer su propia comida se puede compensar mediante la compra de aparatos, ayudante de cocina, hacer adaptaciones en casa o contratar a alguien para hacerla.

Importancia de la Evaluación de las Actividades de la Vida.

Uno de los parámetros que mide el estado de salud en la última etapa evolutiva del hombre es la "funcionalidad". La funcionalidad física es la que más valora la persona mayor y las que quiere mantener mientras viva, de la funcionalidad psíquica desea un instante de lucidez más que de vida y, de la funcionalidad social precisa suficiencia económica y relaciones socio familiares y en su defecto políticas adecuadas de pensiones, actividades culturales y ambientales que le faciliten su adaptación al ambiente y le

garanticen un bienestar mínimo "necesidades básicas garantizadas" (alimentación, vivienda, vestido, salud, cultura y ocio). El apoyo social interesa en relación a la salud y longevidad, las personas necesitan amar y sentirse amadas³⁸.

Para fortalecer la capacidad funcional de los ancianos –entendida como la facultad presente en una persona, para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad está íntimamente ligada al concepto de autonomía –entendida como el grado en que hombres y mujeres pueden funcionar como deseen hacerlo, es decir, tomar las propias decisiones, asumir las propias responsabilidades y reorientar las propias acciones- es el mejor indicador del estado de salud de las personas, porque para ello es necesario tener un funcionamiento adecuado tanto físico como mental y social³².

La utilidad de conocer la capacidad funcional de un adulto mayor, es la valoración de los elementos con que cuenta para enfrentar las situaciones difíciles de su vida (enfermedad, discapacidad, minusvalía) y determinar cuanta vulnerabilidad física, mental, social y funcional tiene y así poder

³⁸ Isidoro Ruipérez. Guía Para Cuidadores de Ancianos. Interamericana. 1998

formular criterios acerca de cómo emplear correctamente las aptitudes y habilidades existentes, estimar el nivel en que se realizan las tareas cotidianas y la necesidad de atención a corto y largo plazo. Estas condiciones difíciles que tienden a generar la pérdida de la autonomía en los ancianos, son los factores de riesgo ya analizados, pero que su detección lleva a emprender acciones en salud mental de tipo preventivo, encaminadas a retardar las consecuencias de la evolución natural de las enfermedades, especialmente las mentales³³.

Debido a la naturaleza jerárquica de los tres niveles, es lógico que si un anciano funciona en el ABC social, sea funcional en todas las tareas del físico e instrumental, de hecho, algunos estudios han apoyado esta jerarquía, pero también es claro que las disfunciones pueden ocurrir fuera de la secuencia esperada, por ejemplo, muchas mujeres ancianas con buena función en el ABC social tienen dificultades en la continencia, lo cual representa alteración en el ABC, físico. Así, la evaluación funcional debe incluir una evaluación de tareas en todos los niveles de función.

A continuación se presentan en detalle, los instrumentos más utilizados para evaluar niveles de ABC entre los ancianos.

Escalas de Valoración de ABC Físico.

De las múltiples escalas de valoración existentes para la evaluación del área física de la capacidad funcional, las que más se ajustan a las necesidades de la Gerontología Clínica son la escala de Katz (1963) que considera 6 aspectos: alimentación, continencia, traslados, uso del sanitario, bañarse y vestirse. Se ha utilizado tanto en la clínica como en estudios epidemiológicos. Es una escala validada de amplia difusión internacional y evalúa las seis funciones básicas, graduando de la A a la G. Un Katz A significa una total independencia para todas las funciones evaluadas, un Katz G significa total dependencia. A medida que se asciende en la gradación, se requiere un mayor nivel de asistencia.³⁹

El índice de Barthel que mide 10 actividades con puntajes de 0 a 10 o 15, según el ítem, en relación con la de Katz, añade deambular, subir y bajar escaleras y desglosa incontinencia urinaria y fecal. Aunque el índice de Barthel sigue siendo una escala ordinal, otorga puntajes a las opciones de respuesta, de tal manera que a mayor puntaje mejor funcionalidad. Incluye 10 actividades, para un puntaje total de 100 que indica independencia completa. Las escalas tienen validez y confiabilidad comprobadas.

³⁹ Gómez José Fernando. Geriatria y Gerontología. Universidad de Caldas. Manizales. 1996

Escalas de Valoración de ABC Instrumental.

Aún no se ha logrado establecer un acuerdo sobre los ítems que debe contener la parte de evaluación instrumental de la capacidad funcional, desde que fueron propuestos por Lawton en 1972, puesto que dependen del funcionamiento de la persona en su medio ambiente y están influenciados por factores culturales y sociales.

Por lo regular, las diferentes escalas que se utilizan, incluyen los siguientes grupos de actividades: cocinar, trabajo en casa, uso de transporte, socialización y pasatiempos, lavandería, compras, manejo del dinero y las finanzas, habilidad para tomar su propio medicamento y usar el teléfono. Estos ítem pueden tener sesgos naturales y de género, por la distribución de actividades entre hombres y mujeres, En la escala de calificación se incluye si actualmente el anciano es capaz o no de hacer la actividad, y si la hace, se determina el grado de independencia con el cual la realiza.

Por lo general, se recomienda utilizar los que evalúan la independencia en forma integral, para lograr una comprensión global de la ejecución de actividades en el hogar. Para la valoración del ABC instrumental, se recomienda utilizar la escala de Lawton modificada que tiene validez y confiabilidad comprobadas.

Escalas de Valoración de ABC Social.

El área de evaluación de la capacidad funcional, se halla aún más pobremente estandarizada en su evaluación que la anterior, puesto que sólo recientemente se ha dado importancia a la esfera social como factor fundamental del nivel de salud de los ancianos. Las actividades sociales se realizan en forma voluntaria y están determinadas por elecciones personales e íntimamente relacionadas con la calidad y disfrute de la vida.

Los ítem seleccionados son susceptibles de cambio según las características de la forma de vida de la persona evaluada y las condiciones socioculturales, pero es aconsejable incluir preguntas que valoren las relaciones sociales, actividades sociales, uso del tiempo y calidad de los contactos sociales, además, dentro de las estrategias de atención en salud es importante valorar las redes de apoyo (primarias y secundarias) y los recursos humanos con que se cuenta para adecuar las estrategias de atención en salud.

Los niveles de ABC se deterioran en forma diferente según el tipo, las manifestaciones clínicas y la evolución natural de la enfermedad. A continuación se muestran algunos ejemplos ilustrativos de diferente tipo y orden, de pérdida de la capacidad funcional:

Enfermedad Cerebro Vascular

Característica principal: Hemiparesia o hemiplejía.

ABC FÍSICO. Dependencia en el baño y vestido.

ABC INSTRUMENTAL. Dificultad para hacer trabajo en casa y usar transporte público.

ABC SOCIAL. Disminución de contactos sociales y no-participación en actividades grupales.

Lawton y Brody (1969) desarrollaron las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD), índice de Lawton, para obtener información más compleja en el mantenimiento de la vida. Estas son: transportarse, comprar, preparar alimentos, realizar trabajos en la casa, manejar finanzas, lavar ropas y responsabilidad con la medicación. La habilidad para realizar estas actividades sin la ayuda de otra persona es el criterio que determina independencia. Wolinsky y Johnson (1991) debatieron que el manejo de finanzas, uso de teléfono y preparar alimentos mide funcionamiento cognitivo^{40 41}

⁴⁰ Medicina Interna Farrera/Rozman. Harcourt SA. 14 ed. CD ROM Version. Madrid: Elsevier; 2001. p.40-4

⁴¹ Rodger W, Miller B. A comparative analysis of ADL questions in survey of older people. Gerontol 1997;52B(Special issue):21-36.

4.4.3. Valoración de los Recursos Sociales (OARS)

El OARS (Older Americans Resources and Services): Para evaluar la situación social general se empleó la traducción española del OARS⁴² en su área social, que ya ha demostrado su utilidad en nuestro país⁴³. Consta de una serie de preguntas que proporcionan información sobre estructura familiar, patrones de amistad, visitas sociales, disponibilidad de un confidente y disponibilidad de una persona que pueda prestar ayuda en casos de necesidad, se emplea una versión diferente para aquellas personas que viven en una residencia. Este instrumento mide la disponibilidad de recursos sociales en forma de la cantidad y calidad de las relaciones personales y de cuidados en los momentos de necesidad. A partir de las respuestas dadas por el sujeto, el evaluador hace un juicio de la situación social sobre una escala de 6 puntos, que va desde recursos excelentes hasta la total incapacidad social. En este trabajo se han considerado los siguientes grupos: recursos sociales excelentes, buenos e incapacidad social (incapacidad social leve, moderada, severa y total).

⁴² Duke University Center for the Study of aging and Human development. Multifunctional assessment: the OARS methodology. Durham: Duke University; 1978

⁴³ Eiroa Patiño P, Vazquez-Vizoso FL, Veras Castro R. Discapacidades y necesidades de servicios en las personas mayores detectadas en la encuesta de salud OARS-Vigo. Med Clin (Barc) 1996;106:641-648

El OARS proporciona información sobre la estructura familiar, los patrones de amistad y de visitas sociales, y la disponibilidad de cuidador. Basándose en las respuestas se evalúan los recursos sociales del individuo según una escala de seis puntos, que van desde “excelentes recursos sociales” hasta “relaciones sociales totalmente deterioradas.

En la evaluación social se recoge la información siguiente: historia social, convivencia, soporte asistencial formal (institucional) e informal (familiar), situación económica y situación de la vivienda. Se han desarrollado diferentes escalas pero son difíciles de estandarizar al estar muy influenciadas por las características culturales y socioeconómicas de cada país⁴⁴

4. 5. LOS CENTROS DIA

El Centro Día⁴⁵ es una de las mejores y más adecuadas estrategias de servicios contempladas dentro de las alternativas de atención al anciano y se caracteriza por ofrecerle al usuario una asistencia gerontológico diurna y abierta (no institucionalizada). Por tanto el Centro Día difiere conceptualmente de los denominados Centros de Bienestar del Anciano.

⁴⁴ Medicina Interna Farrera/Rozman. Harcourt SA. 14 ed. CD ROM Version. Madrid: Elsevier; 2001. p.40-4.

⁴⁵ Diago F José Luis. Programa Salud del Anciano. Ministerio de Salud. 1995; 73.

El Centro Día se debe estructurar sobre, procesos de socialización, actividades que incentiven la creatividad, actitudes que fortalezcan la imagen positiva del anciano y procesos de integración con los grupos familiares y/o comunitarios organizados a través de formas solidarias (voluntariados, clubes, asociaciones, etc.)

El Centro Día permite mejorar la calidad de vida de los ancianos al proporcionarles compañía, recreación, apoyo nutricional, atención odontológica y asistencia médica. Idealmente estos Centros deben estar dirigidos a personas validas, de escasos recursos económicos y que teniendo un grupo primario de referencia (familia, amigos, etc.) desean seguir interactuando en procesos de convivencia social, ocupación del tiempo libre a través de actividades lúdicas y/o productivas. El Centro Día estructura sus programas teniendo en cuenta las potencialidades residuales del anciano, independientemente de la edad cronológica, evitando la marginación precoz, puesto que no desconoce las múltiples capacidades funcionales que éstas personas de edad avanzada y reconoce las posibilidades funcionales que éstas personas pueden ofrecer a la sociedad.

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo de corte transversal (estudio de Prevalencia).

5.2 UNIDAD DE ANÁLISIS:

Adultas mayores.

5.3. UNIDAD DE MUESTREO:

Centros Día.

5.4. TÓPICOS DE ANÁLISIS:

Determinar la morbilidad sentida y caracterizar las actividades básicas y las instrumentales de la vida diaria de las adultas mayores.

5.5. ÁREA DEL ESTUDIO

Se desarrollo la investigación en el área de salud de las adultas mayores, específicamente en el estudio de las actividades básicas e instrumentales y la asociación de algunos factores de riesgo individual y social en las adultas mayores, vinculadas en tres Centros Día.

5.6. POBLACIÓN ESTUDIO

La población de estudio son las adultas mayores que acuden a tres centros Día:

- **Centro Día A:** 68 adulta mayor vinculadas a un programa de Promoción de la salud de una EPS de régimen contributivo.
- **Centro Día B:** 839 adulta mayor vinculadas a un programa de salud del anciano de la Alcaldía municipal.
- **Centro Día C:** 60 adulta mayor vinculadas a un programa comunitario de atención de un Centro Universitario de la ciudad.

5.7. DEFINICIÓN Y SELECCIÓN DE LOS GRUPOS A ESTUDIAR

Según el marco conceptual los tres programas del adulto mayor se aplican a la definición de Centro Día.

5.8 UNIVERSO

La población de referencia para el estudio estará conformada por 967 adultas mayores que asisten regularmente a los Tres Centros Día de la Ciudad de Popayán.

5.9. CRITERIO DE INCLUSIÓN

1. Mujeres mayores de 50 años.
2. Que se encuentren vinculadas a los tres Centros Día como mínimo 3 años y que asistan regularmente.
3. Que deseen participar voluntariamente en el estudio.

5.10. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Que presenten secuelas físicas ó mentales de una enfermedad crónica degenerativa

5.11. CONTROL DE SESGOS

Plan de capacitación y estudio piloto

Prueba piloto

Mediante invitación directa se vincularon a la investigación, 10 estudiantes del programa de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca, desarrollándose el siguiente temario:

- Presentación del equipo de investigadores.
- Antecedentes y finalidades del estudio.
- Epidemiología de la Tercera Edad.
- Salud de la Mujer Anciana.
- Selección del equipo de encuestadores
- Capacitación en el desarrollo del instrumento
- Prueba piloto

Se presento a los encuestadores las razones del estudio y las ganancias secundarias que generaría el mismo en la formación disciplinar, al mejorar

los conocimientos en el tema de salud de la mujer anciana. No existieron incentivos económicos por la participación en el estudio.

Apoyados en el marco teórico del proyecto, los conocimientos en el tema por parte del equipo investigador, en dos sesiones mediante la metodología de clase magistral se capacitaron en los temas de salud de la mujer anciana, y en una sesión se aplicó una encuesta estructurada para evaluar el nivel de conocimientos relacionados con el tema del estudio.

La prueba piloto requirió de la aplicación de 80 encuestas en mujeres mayores de 50 años vinculadas a programas de tercera edad. Con esta prueba piloto se ajustó el instrumento y se pudo calcular la prevalencia de la actividad ir de compras como referencia para el cálculo final de la muestra y se incluyó una sección para evaluar los recursos sociales de las ancianas.

Plan de capacitación

Seguidamente se ejecutó el plan de capacitación dirigido a los investigadores, quienes se organizaron en dos grupos conformados el primero por médico, enfermera y bacterióloga y el segundo médico y enfermera. Se estructuró el plan en los siguientes aspectos:

Procedimientos iniciales del estudio

- Simulacro para mejorar las destrezas de los encuestadores para el contacto inicial con los entrevistados y la concertación de citas.
- Entrenamiento en la interpretación de la respuesta a las preguntas de los sujetos.
- Cumplimiento de privacidad y entorno de la investigación para los sujetos del estudio.
- Entrenamiento para evitar negativas y ausencias de respuestas.
- Entrega de listados para la búsqueda y localización de los sujetos del estudio.

Función del entrevistador

- Entrenamiento para asegurar el establecimiento de una relación apropiada con el entrevistado.
- Entrenamiento en el contenido de la entrevista.
- Cómo lograr respuestas completas
- Correcto diligenciamiento de los registros de la información obtenida.

Instrucciones para realizar la entrevista

- Guía par el uso de los instrumentos de la investigación.

- Manejo de convenciones y abreviaturas utilizadas en el instrumento.
- Indicaciones para la formulación de las preguntas.
- Instrucciones para el cierre o conclusión de la entrevista.
- Entrega del consentimiento informado a los sujetos del estudio.

Formas y procedimientos de aplicación

- Entrenamiento para la obtención de entrevista.
- Compromiso de confidencialidad.
- Edición de la entrevista efectuada.
- Entrega de las entrevistas efectuadas al director del proyecto.
- Control de errores e información faltante.

No se realizaron ajustes a los instrumentos utilizado en el estudio, (OARS, KATZ y Lawton) por:

- Ya ha sido probado en otras investigaciones.
- Tiene congruencia conceptual con los principios teóricos del modelo de los investigadores.
- Es un instrumento estandarización.
- Es un instrumento que tiene claridad de las preguntas.
- Es un instrumento breve.

5.12. ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO DEL MUESTREO

Mediante la formula $n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{(n-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$ se calculo la muestra para los Tres Centro Día y se incremento a la selección muestral un 10% para controlar las encuestas no diligenciadas.

Tabla 1. Resultados de la selección muestral por Centros Día y ajuste.

Centros Día	Total Mujeres	Muestra	Ajuste (*)
Centro A	68	43	47
Centro B	839	100	110
Centro C	60	39	43
Total	967	182	200

(*) Incremento del 10%

Los valores utilizados fueron; “**Z** ² es el coeficiente de la normal tipificada para un nivel de confianza del 95%, (1.96), “**p**” es la proporción del fenómeno de la población, y se tomo la prevalencia reportada por la prueba piloto en la variable capacidad para ir de compras (0.05), “**q**” es el complemento de “**p**”, así “**q**” = **1 – p = 0.95**, “**e**” es el margen de error, precisión o tolerancia para las estimaciones de las mediciones (4%).

Con la anterior formula de muestreo se aplico a cada uno de los universos de los Centros Día. Una vez identificado los tamaños muestrales y realizado su ajuste Se utilizó la técnica de muestreo aleatorio simple y mediante la función random se identificaron los números de las encuestas por cada Centro Día.

Estos números se confrontaron con los listados de los tres centros día y se identificaron los nombres de las adultas mayores, y posteriormente se ubicaron sus direcciones y teléfonos para posteriormente proceder a su ubicación y citación para su evaluación en las sedes de reunión regular.

5.13. IMPLICACIONES ÉTICAS

El estudio es un trabajo de investigación autorizado por el comité de investigaciones de la Universidad del Cauca. No representó ningún riesgo, ni se realizó intervención alguna o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio. Se aplicó una entrevista estructurada, con carácter anónimo y sin tratar aspectos sensitivos de su conducta. Contemplo el consentimiento informado por escrito de las personas sujetas de la investigación, asegurando la ausencia de riesgos de los participantes, se le dio el derecho a retirarse de la investigación en el momento que deseará y a contestar las preguntas que considerara pertinentes.

5.14. VARIABLES

Las variables que se implementaran en este estudio son:

Situación Sociodemográfica:

Hace referencia a las condiciones del individuo en cuanto a su edad, sexo, ocupación etc. (ver anexo A)

Morbilidad Sentida:

Permite determinar por medio de preguntas dicotómicas, si los ancianos han presentado algunas enfermedades crónicas. (Ver Anexo A)

Sentimientos de Soledad

Es la variable efecto del estudio. Y permite conocer las asociaciones de algunas variables independientes con esta situación emocional.

Recursos Sociales -OARS

Este instrumento suministra información sobre la estructura familiar, los patrones de amistad y de visitas sociales, y la disponibilidad de cuidador. Basándose en las respuestas se evalúan los recursos sociales del individuo según una escala de seis puntos, que van desde “excelentes recursos sociales” hasta “relaciones sociales totalmente deterioradas (ver anexo B).

Actividades Básicas de la Vida Diaria

Permite evaluar de forma sencilla el estado funcional de los ancianos y evaluar el grado de independencia o dependencia que ellos tengan a través de seis (6) indicadores. . (Ver Anexo C)

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria,

Este instrumento valora la capacidad de desarrollo de tareas que implican el manejo de utensilios habituales y actividades sociales del día a día a través de ocho (8) ítems ó indicadores (ver anexo D)

5.15. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

La información se recolecta por medio de un cuestionario estructurado donde se consignaron las características sociodemográficas de los Ancianos que asisten a la casa del abuelo y la morbilidad sentida por ellos.

Con el OARS se recolecta la información necesaria para valorar la disponibilidad de recursos sociales en forma de la cantidad y calidad de las relaciones personales y de cuidados en los momentos de necesidad.

Con el índice de KATZ se recolecto la información para evaluar de forma sencilla el estado funcional global del Anciano

Con la Escala de LAWTON Y BRODY se recolecto la información para valorar la capacidad de desarrollo de tareas que implican actividades, más complejas que las que se necesitan para el auto cuidado personal, como las que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener su independencia en la comunidad

5.16. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para caracterizar la situación sociodemográfica se utilizo la estadística descriptiva, la moda, la desviación estándar, frecuencias y porcentajes.

Para caracterizar los recursos Sociales se utilizo la escala OARS, la cual consta de seis (6) puntos, que van desde “excelentes recursos sociales” hasta “relaciones sociales totalmente deterioradas. Se utilizaron frecuencia y porcentajes.

Para caracterizar las actividades básicas de la vida diaria se utilizo el índice de Katz, el cual se estructura en seis (6) ítems evaluando: 1 como criterio de máxima independencia, y 0 como criterio de máxima dependencia.

Para caracterizar las actividades instrumentales de la vida diaria se utilizó el índice de LAWTON Y BRODY el cual contiene ocho (8) ítems.

Para determinar la morbilidad sentida se utilizó frecuencias y porcentajes.

Se utilizó el análisis de varianza para explorar la existencia de diferencias significativas entre los tres Centros Día y preparar el análisis estadístico de inferencia.

Para explorar la prevalencia de sentimientos de soledad y su asociación con algunos factores de riesgo, se utilizó la prueba de Chi cuadrado, la prueba exacta de Fisher con casillas menores de 5 casos, los odds ratio con intervalos de confianza.

Para construir un modelo predictorio para la ocurrencia de sentimientos de soledad en la población de los tres centros estudiados, se utilizó inicialmente una prueba de correlación de Pearson, se identificaron las variables con mayor correlación y se aplicó la regresión logística.

5.17. PROCEDIMIENTOS

Fase pre-analítica

Elaboración del marco teórico

Para la construcción del marco teórico, se realizó una revisión de los artículos publicados en la base de datos de Medline (Nation Library of Medicine, EEUU, www.ncbi.nlm.nih.gov). La revisión se realizó entre el mes de agosto de 2004 y julio de 2005), de artículos publicados de 1980 a 2004 en inglés o español relacionados con la salud de la mujeres ancianas con las palabras claves: evaluación funcional, centros día, índice de Katz y Lawton, OARS, patología respiratoria, cardiovascular, digestiva, articular, renal , alteraciones de la piel, sueño y recursos sociales.

Entrega de listados y encuestas

Con el apoyo de los coordinadores de los tres Centro Día, se obtuvieron los listados para desarrollar la selección muestral y su posterior ubicación. A cada grupo de encuestadores se le entrego el listado y las encuestas.

Instrumentos y Técnicas de recolección de la información

Instrumentos

- Encuesta socioeconómica
- Instrumento KATZ, Lawton y OARS.
- Lápiz con borrador.

Técnicas

Las encuestas se realizaron para el Centro A los días Viernes en el horario entre las 2:30 pm y las 5:00 pm. En el Centro B Los días miércoles y viernes en horario de 2:30 pm a 5:00 pm. Para el Centro C el día Miércoles en el horario 2:30 pm a 5:00 pm. Se citaron en los horarios establecidos toda vez que estos son los días de mayor asistencia por parte de las ancianas, como una estrategia para mejorar la cobertura del estudio y evitar el incumplimiento de las citas por parte de los sujetos de la investigación.

Los encuestadores desarrollaron los cuestionarios en cada Centro, buscando en la posibilidad de las circunstancias comodidad y privacidad para el encuestado.

Fase analítica

Recolección, revisión de las encuestas y control de calidad de los datos

Los formularios diligenciados por los encuestadores fueron revisados en su totalidad. De las 200 encuestas programadas se obtuvo:

- 190 encuestas completamente diligenciadas y sin inconsistencias.
- 10 encuestas con información insuficiente. Se corrigieron en terreno.

Tabulación, codificación, verificación y administración de datos

Se numeraron las encuestas y se digito la información en el programa Excel, construyéndose el archivo principal de trabajo. Se realizó una segunda revisión mediante la utilización de la aplicación de filtros y tablas dinámicas del programa Excel, se encontraron 14 posibles inconsistencias en las respuestas de 10 instrumentos, las cuales fueron revisadas directamente por el equipo investigador, ubicando a los sujetos de investigación y corrigiéndose solamente las preguntas con presuntas inconsistencias.

Una vez ajustada la base de datos, se codificaron las variables y sus correspondientes categorías (ver tabla 1). Se realizaron dos copias de

seguridad. Se traslado esta base de datos al programa estadístico SPSS

10,0.

5.18. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 2. Operacionalización de Variables

Nombre	Etiqueta de la Variable	Categorías	Medida
lps	Centro de Atención al Anciano	1= centro A, 2= centro B y 3= Centro C	Escala
Edad	Edad		Escala
may75ño	Mayores de 75 años	0= Menor de 74 años 1 = mayor de 75 años	Escala
edocivil	Estado civil	1= casado, 2= Unión Libre, 3= Viudo, 4= Soltero y 5= separado	Nominal
casados	Casado	0= El resto de estados civiles 1= Casado	Escala
unionlib	Unión Libre	0= El resto de estados civiles 1= unión Libre	Escala
Viudo	Viudo	0= El resto de estados civiles 1= Viudo	Escala
separado	Separado	0= El resto de estados civiles 1= Separado	Escala
Soltero	Soltero	0= El resto de estados civiles 1= Soltero	Escala
alfabet	Nivel de manejo lectura y escritura	1= lee y escribe, 2= Lee pero escribe 3= No lee ni escribe	Ordinal
Alfabet2	Capacidad para Leer	0= No Lee 1= Lee	Escala
segsocia	Seguridad Social	0= Vinculados, 1= Cotizantes 2= Beneficiarios y 3= Subsidiados	Escala
nivedpr	Nivel de Educación Primaria	0= Sin estudio 1= Incompleto y 2= Completo	Ordinal
niveduse	Nivel de Educación Secundaria	0= Sin estudio 1= Incompleto y 2= Completo	Ordinal
segsoc2	Nivel de aseguramiento	1= No 0= Si	Escala
niveduun	Nivel de Educación Universitaria	0= Sin estudio 1= Incompleto y 2= Completo	Ordinal
nivedute	Nivel de Educación Tecnológica	0= Sin estudio 1= Incompleto y 2= Completo	Ordinal
ocupacio	Ocupación habitual	1= Trabaja permanentemente 2= Trabaja ocasionalmente 3= Cuida de la Casa 0= No tiene	Ordinal

Nombre	Etiqueta de la Variable	Categorías	Medida
		ninguna obligación	
ocupac2	Ocupación	1= No 0= Si	Escala
npem10	Número de personas menores de 10 años que viven con el anciano		Escala
m10	Número de personas menores de 10 años que viven con el anciano	1= No 0= Si	Nominal
np1014	Número de personas entre 10 y 14 años que viven con el anciano		Escala
m1014	Número de personas entre 10 y 14 años que viven con el anciano	1= No 0= Si	Nominal
np1550	Número de personas entre 15 y 50 años que viven con el anciano		Escala
m1550	Número de personas entre 15 y 50 años que viven con el anciano	1= No 0= Si	Nominal
nper50	Número de personas mayores de 50 años que viven con el anciano		Escala
m50	Número de personas mayores de 50 años que viven con el anciano	1= No 0= Si	Nominal
totalper	Total personas		Escala
totalpe2	Grupo de personas	1= Menos de 3 personas 0= Mas de 4 personas	Escala
vivienda	Vivienda	1= propia 2= arrendada 3= Hijo 4= Amigo	Ordinal
tenvivi2	Tenencia de vivienda	1= No 0= Si	Nominal
cuidador	Apoyo de cuidadores	0= No tiene 1=Nieto o Hijos 2= Amigo 3= Enfermero	Ordinal
cuid2	Apoyo de cuidadores	1= No 0= Si	Nominal
ftingres	Fuente de ingresos	1= pensión 2= Trabajo 3= Ayuda Hijos 4= Ayuda de amigos 5= Subsidios 0= No tiene ingreso	Ordinal
fin2	Fuente de ingresos	1= No 0= Si	Nominal
ingresor	Ingresos regulares	1= menos medio SMLV, 2= entre medio y 1 SMLV 3= 1 y 2 SMLV 4= Mas de 3 SMLV 0= No tiene ingresos	Ordinal
ing2	Ingresos regulares	1= No 0= Si	Nominal
prbresp	Problemas respiratorios	0= No tiene 1= Si tiene y usa medicamentos prescritos 2= Si tiene y no usa medicamentos.	Ordinal
prbresp1	Problemas Respiratorios	1= No 0= Si	Escala
prdig	Problemas digestivos	0= No tiene 1= Si tiene y usa medicamentos prescritos 2= Si tiene y no usa medicamentos.	Nominal
prdig1	Problemas Digestivos	1= No 0= Si	Escala

Nombre	Etiqueta de la Variable	Categorías	Medida
probcora	Problemas del Corazón (HTA, ICC, IMA, etc)	0= No tiene 1= Si tiene y usa medicamentos prescritos 2= Si tiene y no usa medicamentos.	Nominal
prbcora1	Problemas del Corazón	1= No 0= Si	Escala
prosueñ	Problemas del sueño	0= No tiene 1= Si tiene y usa medicamentos prescritos 2= Si tiene y no usa medicamentos.	Nominal
prsueñ1	Problemas del Sueño	1= No 0= Si	Escala
dolarti	Dolores articulares frecuentes	0= No tiene 1= Si tiene y usa medicamentos prescritos 2= Si tiene y no usa medicamentos.	Nominal
dlarti1	Dolores Articulares	1= No 0= Si	Escala
piehinc	Piernas Hinchadas	0= No tiene 1= Si tiene y usa medicamentos prescritos 2= Si tiene y no usa medicamentos.	Nominal
perhinc1	Piernas Hinchadas	1= No 0= Si	Escala
problpie	Problemas de Piel	0= No tiene 1= Si tiene y usa medicamentos prescritos 2= Si tiene y no usa medicamentos.	Nominal
prblpie1	Problemas de Piel	1= No 0= Si	Escala
otrospro	Otros problemas de salud	0= No tiene 1= Si tiene y usa medicamentos prescritos 2= Si tiene y no usa medicamentos.	Nominal
otrpro1	Otros Problemas	1= No 0= Si	Escala
enfermed	Enfermedad	1= No 0= Si	Nominal
frsalred	Frecuencia de salidas de la residencia	0= Nunca 1= 1 vez semana o mas 2= 3 veces por mes 3= Menos de 1 vez al mes 0= Nunca	Nominal
frsalr2	Frecuencia de salidas de la residencia	1= No 0= Si	Escala
perconvi	Numero de personas de confianza para visitarlos en sus casas	0= Ninguna 1= 5 o mas 2= 3 o 4 3= 1 o 2	Nominal
percon2	Numero de personas de confianza para visitarlos en sus casas	1= No 0= Si	Escala
ncomte	Veces que hablo con amigo en la ultima semana	0= Nunca 1= 1 vez o mas al dia 2= 2 veces 3= 1 vez	Nominal
ncomt2	Veces que hablo con amigo en la ultima semana	1= No 0= Si	Escala
visitas	Veces que alguien lo visito en al ultima semana o realización de alguna actividad con otra persona	0= Ninguna 1= 1 vez al dia 2= 2 a 6 veces 3= 1 vez	Nominal
visitas2	visitas	1= No 0= Si	Escala
perconfi	Persona de confianza	1= No 0= Si	Nominal
fresoled	Frecuencia de sentirse solo	1= Algunas veces 2= A menudo 0= casi nunca	Nominal
vefliami	Ve a sus familiares y amigos a menudo	1= No 0= Si	Nominal
apoyenfe	Existencia de un apoyo en caso de enfermar	0= Si 1= Nadie dispuesto y capaz de ayudarlo	Nominal

Nombre	Etiqueta de la Variable	Categorías	Medida
bañlav	Uso de Baño y lavado	0= Independiente 1= dependiente	Nominal
vestido	Vestido	0= Independiente 1= dependiente	Nominal
inodor	Uso de retrete	0= Independiente 1= dependiente	Nominal
moviliza	Movilización (Cama / Sillón)	0= Independiente 1= dependiente	Nominal
congtime	Continencia	0= Independiente 1= dependiente	Nominal
alimenta	Alimentación	0= Independiente 1= dependiente	Nominal
katz	Puntaje Katz	1= Independiente en todas las actividades 2= Independiente en todas las actividades menos en una 3= independiente en todas las actividades menos en dos	Escala
telefono	Capacidad para usar el teléfono	1= Por iniciativa propia y sin ayuda 2= marca números conocidos 3= contesta al teléfono pero no marca 0= No usa el teléfono	Nominal
noteleno	No usa el teléfono	1= No 0= Si	Escala
compras	Ir de compras	1= No necesita de ayuda 2= Compra pequeñas cosas, 3= no mantiene una dieta adecuada 0= Necesita ayuda	Nominal
compr2	Incapaz de ir a compras	1= No 0= Si	Escala
comida	Preparación de la comida	1= Prepara y sirve comidas adecuada 2= prepara si le suministran los ingredientes 3= no mantiene una dieta adecuada 0= Ninguna	Nominal
comi2	Necesita que le preparen los alimentos	1= No 0= Si	Escala
cuidadoc	Cuidar la casa	1= Cuida la casa 2= realiza tareas domesticas sencillas 3= realiza tareas domesticas pero no mantiene limpieza aceptable 4= necesita ayuda 0= No participa en nada	Nominal
lavropa	Lavado de la ropa	1= sin ayuda 2= Lava o aclara algunas prendas 0= Necesita que otro se ocupe	Nominal
lavrop2	Necesita que otra persona se ocupe del lavado de su ropa	1= No 0= Si	Escala
transpor	Medio de transporte	1= Viaja independiente 2= Usa solo taxi 3= Viaja acompañado 4= viaja en taxi acompañado 0= No viaja en absoluto	Nominal
transpo2	No viaja en absoluto transporte publico	1= No 0= Si	Escala
medicaci	Responsabilidad sobre la medicación	1= No necesita ayuda 2= necesita ayuda == No es capaz de responsabilizares de la medicación	Nominal
medic2	No es capaz de responsabilizarse de la medicación	1= No 0= Si	Escala
dinero	Capacidad para utilizar el dinero	1= no necesita de ayuda 2= Necesita ayuda para ir al banco y para grandes gastos 0= Es incapaz de manejar dinero	Nominal
dinero2	Incapaz de manejar dinero	1= No 0= Si	Escala

Nombre	Etiqueta de la Variable	Categorías	Medida
lawton	Lawton		Escala
lawt2	Lawton	0= Normal 1= Anormal	Nominal
soledad	Sentimientos de soledad	1= No 0= Si	Escala

5.19. ETAPAS DEL PLAN DE ANÁLISIS

Programa Estadístico

Se utilizó el paquete estadístico SPSS V 10,0 y la Hoja electrónica EXCEL 6-0.

Características generales de la población de ancianas

Se construyeron tablas de frecuencia por grupos de edad, estado civil, seguridad social, nivel educativo, ocupación, tenencia de vivienda, ingresos, con quien vive, cuidadores.

Análisis de Varianza.

Para organizar y definir el análisis de los resultados del estudio, se tuvo en cuenta las variables continuas y/o discretas por cada Centro Día y se analizaron las varianzas para encontrar las posibles diferencias y planear la fase de análisis.

Caracterización de los OARS

Se construyeron tablas de frecuencias y porcentaje según las categorías que conforma la escala según Centros Día.

Caracterización de la Escala de KATZ

Se construyeron tablas de frecuencias y porcentaje según las categorías que conforma la escala según Centros Día.

Caracterización de la Escala de Lawton

Se construyeron tablas de frecuencias y porcentaje según las categorías que conforma la escala según Centros Día.

Caracterización de la Morbilidad Sentida

Se construyeron tablas de frecuencias y porcentaje según las categorías de los grupos de enfermedades establecidos por el cuestionario según Centros Día.

Variables relacionadas con los sentimientos de soledad

Se construyeron tablas de frecuencia con las variables relacionadas con los sentimientos de soledad de las ancianas, se aplicó la prueba Chi Cuadrado o prueba exacta de Fisher y Odds Ratio-OR.

Regresión Lineal entre Edad y dependencia medida con la escala de Lawton

Se construyó la ecuación del modelo de regresión lineal para predecir la dependencia y su relación con la edad

Correlaciones Bivariadas con sentimientos de soledad.

Mediante el programa SPSS 10 función Analizar /Correlaciones/Binarias / Pearson se identificaron las variables que presentaron una $p < 0.05$ con respecto a la presencia de sentimientos de soledad, para prepararlas para aplicar regresión logística binaria.

Regresión múltiple binaria

Con el apoyo de la regresión múltiple binaria, se construyeron modelos independientes por cada centro, ajustando las posibles variables de confusión a través del análisis exploratorio de las bases de datos y por el propio programa SPSS 10.

Se utilizó la aplicación de los comandos analizar, regresión, logística binario, se eligió el método adelante: Razón de verosimilitud, y se categorizaron cada una de las covariables y en las opciones se amplió el margen de las

probabilidades para los pasos de entrada en 0.10 y de salida en 0.10, incluyendo contratos en el modelo y bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow.

Para enriquecer el análisis del modelo de regresión se construyeron variables tipo Dummy. Se colapsaron por categoría: Las variables Dummy seleccionada fué: estado civil: casado, unión libre, viudo, soltero y separado. Una vez obtenido los valores de Betas de las variables introducidas dentro de la ecuación del modelo seleccionado, se determinó el modelo de regresión para pronosticar probabilidades de sentimientos de soledad.

$$p = \frac{1}{1 + \exp(-\alpha - \beta_1 x_1 - \beta_2 x_2 - \dots - \beta_k X_k)}$$

6. RESULTADOS

Caracterizar la situación sociodemográfica de las ancianas.

El estudio se desarrollo con 200 mujeres entre 50 y 85 años distribuidas en el centro A (47), Centro B (110) y el Centro C (43). El promedio de edad más alto lo tiene el Centro C (69,3 años IC 95% 67.04-71.61), el mayor rango de edades lo presento el grupo de ancianas del Centro B (35), la edad más alta la presentó el grupo del Centro C (85 años) y la edad más baja la presento el grupo del Centro B (50 años) (Ver tabla 3).

El promedio de personas menores de 10 años por anciana mas alto lo tienen las del centro A (0.53, IC95% 0.27-0.79), el promedio de personas entre 10 y 14 años por anciano mas alto lo tienen las del Centro B (0.57 IC95% 0.43-0.72), el promedio de personas entre 15 y 50 años por anciana mas alto lo tienen los Centro A y B (1.79 IC95% 1.33-2.25 y 1.65 IC95% 1.42-1.87 respectivamente), y el promedio de personas mayores de 50 años por anciana lo tienen las del Centro A (1.47 IC95% 1.2-1.7). (Ver tabla 4)

Tabla 3. Media, valores máximos y Mínimos según edad de las ancianas por Centro Día.

	Centro Día			Total
	Centro A	Centro B	Centro C	
Media	64,02	65,95	69,33	66,23
Límite inferior	55	50	52	50
Límite superior	82	85	82	85
Rango	27	35	30	35
N=	47	110	43	200

Tabla 4. Media, Intervalos de confianza al 95%, Desviación típica, Valores mínimo y máximo, según número de personas por grupos de edad que conviven con las ancianas por Centros Día.

Categoría		Centros Día			Total
		Centro A	Centro B	Centro C	
Número de personas menores de 10 años que viven con el anciano	Promedio por anciana	0,53	0,32	0,30	0,37
	Límite inferior	0,27	0,14	0,06	0,23
	Límite superior	0,79	0,50	0,67	0,50
Número de personas entre 10 y 14 años que viven con el anciano	Promedio por anciana	0,47	0,57	0,16	0,46
	Límite inferior	0,16	0,43	0,01	0,35
	Límite superior	0,77	0,72	0,31	0,57
Número de personas entre 15 y 50 años que viven con el anciano	Promedio por anciana	1,79	1,65	0,81	1,50
	Límite inferior	1,33	1,42	0,54	1,32
	Límite superior	2,25	1,87	1,08	1,68
Número de personas mayores de 50 años que viven con el anciano	Promedio por anciana	1,47	0,61	0,35	0,76
	Límite inferior	1,20	0,51	0,19	0,65
	Límite superior	1,73	0,71	0,51	0,86

El promedio mas alto de convivientes por anciana lo presento el Centro A (4.23 IC 95% 3.34-5.13) y el promedio según todos los centros (3.12 IC 95% 2.78 –3.45) (Ver tabla 5)

Tabla 5. Media, Intervalos de confianza al 95%, Desviación típica, Valores mínimo y máximo, según número total de personas que conviven con la ancianas por Centros Día.

	Categoría	Centro A	Centro B	Centro C	Total
Total personas	Promedio por anciana	4,23	3,15	1,81	3,12
	Límite inferior	3,34	2,78	1,23	2,78
	Límite superior	5,13	3,51	2,40	3,45

Con relación al número de personas que conviven con los ancianos es mas frecuente para las ancianas de los Centro A y B son el de 3 personas por anciana con tres (3) personas por anciano. Para las ancianas del Centro C, es mas frecuente, dos (2) personas por anciana y para el total se concentra los promedios mas frecuente los de dos (2) y tres (3) acompañantes por anciana (Ver tabla 6)

Tabla 6. Distribución Porcentual del Total de personas que conviven con las ancianas según Centros Día

Persona / anciana	Centros Día							
	Centro A		Centro B		Centro C		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	4	8,5	4	3,6	12	27,9	20	10,0
1	3	6,4	8	7,3	6	14,0	17	8,5
2	7	14,9	35	31,8	19	44,2	61	30,5
3	10	21,3	29	26,4	1	2,3	40	20,0
4	6	12,8	18	16,4	0	0	24	12,0
5	4	8,5	6	5,5	3	7,0	13	6,5
6	4	8,5	2	1,8	0	0	6	3,0
7	2	4,3	3	2,7	0	0	5	2,5
8	1	2,1	2	1,8	2	4,7	5	2,5
9	1	2,1	0	0	0	0	1	0,5
10	3	6,4	3	2,7	0	0	6	3,0
11	1	2,1	0	0	0	0	1	0,5
12	1	2,1	0	0	0	0	1	0,5
Total	47	100	110	100	43	100	200	100

En cuanto a las características de la población de los tres centros día según edad, las ancianas de los Centro A y B presentaron el porcentaje mas alto de menores de 60 años el 31.9% (15/47) y el 30% (33/110) respectivamente), el Centro que presento los porcentaje de población mayores de 75 años fue el Centro C (20.9% /43). En el grupo entre los 61 a 69 años las personas del Centro A presentaron el mayor porcentaje con relación a los Centros restantes del 46.8% (22/47) (Ver Tabla 7)

Tabla 7. Distribución de la población de ancianas por grupos de edad en los tres Centros Día.

Grupos de Edad	Centro A		Centro B		Centro C		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Menos de 60	15	31,9	33	30,0	4	9,3	52	26,0
61 a 64	17	36,2	15	13,6	7	16,3	39	19,5
65 a 69	5	10,6	27	24,5	10	23,3	42	21,0
70 a 74	6	12,8	19	17,3	13	30,2	38	19,0
75 a 79	1	2,1	8	7,3	5	11,6	14	7,0
Mayor de 80	3	6,4	8	7,3	4	9,3	15	7,5
Total	47	100	110	100	43	100	200	100

Analizadas las variables discretas; edad y número de personas que conviven con la anciana, se compararon las medias, a través de la prueba ANOVA de un factor, y comparaciones múltiples Post Hoc con la prueba Tuckey. Se encontró que hay diferencias en las medias por edades ínter grupos y que hay diferencias entre las medias de los tres grupos estudiados a excepción del número de personas menores de 10 años que conviven con el anciano. Los grupos que mostraron diferencias fueron los del centro A y el centro C. Estos hallazgos sustentan el análisis independiente de cada Centro Día (ver tablas 8 y 9).

Tabla 8. Comparación de medias a través de la prueba ANOVA a un factor en los tres grupos de estudio según Edad y número de personas por edad que conviven con las ancianas.

Variable	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Edad	649,68	2	324,84	5,57	0,00*
Número de personas menores de 10 años que viven con el anciano	1,72	2	0,86	0,87	0,42
Número de personas entre 10 y 14 años que viven con el anciano	5,20	2	2,60	4,18	0,02*
Número de personas entre 15 y 50 años que viven con el anciano	26,44	2	13,22	8,58	0,00*
Número de personas mayores de 50 años que viven con el anciano	33,33	2	16,67	42,28	0,00*
Total personas	131,75	2	65,87	13,18	0,00*

Tabla 9. Comparaciones múltiples HSD de Tukey Edad y número de personas por grupos de edad que conviven con las ancianas.

	(I) Centro Día	(J) Centro Día	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
				Lím inferior	Lím superior
Edad	Centro A	Centro B	0,314	-5,05	1,19
	Centro A	Centro C	0,003	-9,08	-1,53
	Centro B	Centro C	0,038	-6,59	-0,15
Menor 10 años	Centro A	Centro B	0,433	-0,19	0,62
	Centro A	Centro C	0,517	-0,26	0,72
	Centro B	Centro C	0,996	-0,4	0,43
10 a 14 años	Centro A	Centro B	0,727	-0,43	0,22
	Centro A	Centro C	0,158	-0,0847	0,7
	Centro B	Centro C	0,011	0,0776	0,74
15 a 50 años	Centro A	Centro B	0,789	-0,37	0,65
	Centro A	Centro C	0,001	0,36	1,59
	Centro B	Centro C	0,001	0,31	1,35
Mas de 50 años	Centro A	Centro B	0,000	0,6	1,12
	Centro A	Centro C	0,000	0,81	1,43
	Centro B	Centro C	0,055	-0,0044	0,52
Todos	Centro A	Centro B	0,014	0,18	2

(I) Centro Día	(J) Centro Día	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
			Lím inferior	Lím superior
Centro A	Centro C	0,000	1,31	3,53
Centro B	Centro C	0,003	0,39	2,27

Con relación al estado civil presenta mayor frecuencia, el de casado en los Centro A y B 59% (28/47) y 40% (44/110) respectivamente. Y para el Centro C predomina los solteros 34.9% (15/43). Según el tipo de vinculación al sistema de seguridad social en salud, el 66% (31/47) del grupo A son beneficiarios, el centro B y C son vinculados respectivamente con 89.1% (98/110) y 67.4% (29/43). Para el nivel de preparación de básica primaria predomina el incompleto en todos los Centros. En cuanto al nivel de secundaria las ancianas del grupo A informaron educación completa 2.1% (1/47). Predomina la categoría sin estudios en todos los Centros Día. (Ver tabla 10).

Tabla 10. Estado Civil, Seguridad Social y Educación de las ancianas por Centros Día.

Variable	Categoría	Centros Día						Total	
		Centro A		Centro B		Centro C		Nº	%
		Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Estado civil	Casado	28	59,6	44	40,0	7	16,3	79	39,5
	Unión Libre	6	12,8	22	20,0	1	2,3	29	14,5
	Viudo	6	12,8	31	28,2	14	32,6	51	25,5
	Soltero	4	8,5	4	3,6	15	34,9	23	11,5
	Separado	3	6,4	9	8,2	6	14,0	18	9,0
Seguridad Social	Vinculados	0	0	98	89,1	29	67,4	127	63,5
	Cotizantes	16	34,0	12	10,9	3	7,0	31	15,5
	Beneficiarios	31	66,0	0	0	0	0	31	15,5
	Subsidiados	0	0	0	0	11	25,6	11	5,5
Primaria	Sin estudios	0	0	1	0,9	0	0	1	0,5
	Incompleto	28	59,6	84	76,4	29	67,4	141	70,5
	Completo	19	40,4	25	22,7	14	32,6	58	29,0
Secundaria	Sin estudios	38	80,9	95	86,4	42	97,7	175	87,5
	Incompleto	8	17,0	15	13,6	1	2,3	24	12,0
	Completo	1	2,1	0	0	0	0	1	0,5
N		47	100	110	100	43	100	200	100

La ocupación más frecuente informada por las ancianas de los tres Centros Día, es el cuidado de la casa y con relación a la tenencia de vivienda es más frecuente la casa propia. Las ancianas no tienen cuidador en más del 72% en todos los Centros Día. (Ver tabla 11).

Tabla 11 Ocupación, tenencia de vivienda y Cuidadores de las Ancianas según Centros Día.

		Centros Día							
		Centro A N=47		Centro B N=110		Centro C N=43		Total N=200	
Variable	Categoría	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ocupación	No tiene ninguna obligación	4	8,5	1	0,9	0	0	5	2,5
	Trabaja permanentemente	7	14,9	1	0,9	8	18,6	16	8,0
	Trabaja ocasionalmente	1	2,1	3	2,7	3	7,0	7	3,5
	Cuida de la Casa	34	72,3	92	83,6	31	72,1	157	78,5
	Trabaja ocasionalmente y cuida la casa	1	2,1	13	11,8	1	2,3	15	7,5
Tenencia	Propia	41	87,2	84	76,4	36	83,7	161	80,5
	Arrendada	5	10,6	13	11,8	6	14,0	24	12,0
	Hijo	1	2,1	11	10,0	1	2,3	13	6,5
	Amigo	0	0	2	1,8	0	0	2	1,0
Cuidador	No tiene	34	72,3	97	88,2	33	76,7	164	82,0
	Hijos o Nietos	13	27,7	12	10,9	10	23,3	35	17,5
	Amigos o vecinos	0	0	1	0,9	0	0	1	0,5

Según la fuente de ingresos la categoría mas frecuente para las ancianas del Centro A es la pensión con un 34% (16/47), para el Centro B la ausencia de fuentes de ingreso con un 49.1% (54/110) y para el Centro C la ayuda de hijos o parientes con un 66.7% (28/43). Los ingresos regulares de las ancianas predomina la categoría de menos de medio salario mínimo en los Centro A y C respectivamente 34% (16/47) y 60.5% (26/43) y para el Centro B predomina la ausencia de ingresos económicos regulares 49.1% (54/110) (Ver tabla 12)

Tabla 12 Fuente de ingresos e ingresos regulares de las ancianas según Centros Día.

Variable	Categoría	Centros Día						Total	
		Centro A N=47		Centro B N=110		Centro C N=43		N=200	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fuente	No tiene	13	27,7	54	49,1	0	0	67	33,7
	Pensión	16	34,0	12	10,9	3	7,1	31	15,6
	Trabajo	10	21,3	18	16,4	11	26,2	39	19,6
	Ayuda de Hijos y/o parientes	7	14,9	25	22,7	28	66,7	60	30,2
	Subsidios del Estado	0	0	1	0,9	0	0	1	0,5
	Pensión y trabajo	1	2,1	0	0	0	0	1	0,5
	Ingresos	No tiene	13	27,7	54	49,1	0	0	76
	Menos medio SMLV	16	34,0	49	44,5	26	60,5	82	41,0
	Entre medio y 1SMLV	15	31,9	2	1,8	14	32,6	31	15,5
	Entre 1 y 2 SMLV	3	6,4	5	4,5	3	7,0	11	5,5

Caracterizar los recursos sociales de las ancianas

Según el número de salidas es el de menos de 1 vez al mes o solo de vacaciones en todos los Centros Día. El Centro A sale 1 a 3 veces por semana con un 23.4% (26/110). Y el número de personas de confianza es de una a dos en todos los Centros Día. Para el número de veces que hablaron por teléfono es mas frecuente para el Centro A dos veces 31.9% (15/47) y para los Centros B y C es la categoría de 1 vez respectivamente 52.7% (58/110) y 39.5% (17/43) (Ver tabla 13)

Tabla 13 Salidas de casa para visitar a familiares y/o amigos en fines de semana, número de personas de confianza para visitarlos en las casa y número de veces que hablo por teléfono, con amigos ó familiares la última semana de las ancianas según Centro Día.

Variable	Categoría	Centros Día						Total	
		Centro A N=47		Centro B N=110		Centro C N=43		N=200	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Salidas	Nunca	12	25,5	26	23,6	6	14,0	44	22,0
	Una vez a la semana o mas	2	4,3	10	9,1	10	23,3	22	11,0
	Una a 3 veces por Mes	11	23,4	5	4,5	7	16,3	23	11,5
	Menos de 1 vez al mes o solo en vacaciones	21	44,7	69	62,7	20	46,5	110	55,0
	No responde	1	2,1	0	0,	0	0	1	0,5
Personas	Ninguna	12	25,5	25	22,7	1	2,3	38	19,0
	Cinco o mas	3	6,4	6	5,5	9	20,9	18	9,0
	Tres a Cuatro	1	2,1	12	10,9	8	18,6	21	10,5
	Una a dos	31	66,0	67	60,9	25	58,1	123	61,5
Veces hablo por teléfono	Ninguna	11	23,4	28	25,5	8	18,6%	47	23,5
	Una vez o mas al día	6	12,8	12	10,9	3	7,0	21	10,5
	Dos veces	15	31,9	7	6,4	14	32,6	36	18,0
	Una vez	14	29,8	58	52,7	17	39,5	89	44,5
	No responde	1	2,1	5	4,5	1	2,3	7	3,5

La categoría mas frecuente en cuanto al número de veces que alguien visito a las ancianas o realizó alguna actividad con otra persona es el de una vez y la mayor prevalencia la tuvo el Centro B con 72.73% (80/110). Los tres Centros presentan, similares proporciones de personas a las que les tienen confianza, con un promedio total de 85% (170/200). En los tres Centros, en su mayoría se han sentido solos alguna vez, con un promedio total del 44.5% (89/200). (ver tabla 14)

Tabla 14. Número de veces que alguien lo visito en la ultima semana o realización de alguna actividad con otra persona, Persona de confianza y Frecuencia de sentirse sola de las ancianas según Centros Día.

		Centros Día							
		Centro A N=47		Centro B N=110		Centro C N=43		Total N=200	
Frecuencia		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Visitas	Ninguna vez	15	31,9	20	18,2	3	6,9	38	19,0
	Una vez o mas al día	1	2,1	5	4,6	5	11,6	11	5,5
	De 2 a 6 veces al día	5	10,6	2	1,8	9	20,9	16	8,0
	Una vez	26	55,3	80	72,7	26	60,5	132	66,0
	No responde		0		3	2,7		0	3
Personas de confianza	No	6	12,8	18	16,4	6	14,0	30	15,0
	Si	41	87,2	92	83,6	37	86,0	170	85,0
Sentimientos de soledad	Algunas veces	20	42,6	48	43,6	21	48,8	89	44,5
	Casi Nunca	20	42,6	37	33,6	10	23,3	67	33,5
	A menudo	7	14,9	25	22,7	12	27,9	44	22,0

Las ancianas de los tres Centros las visitan tan a menudo como desean en un 56,5% (113/200). Esta categoría es mas frecuente en los Centro A y B respectivamente 53.2% (25/47) y 61.8% (68/110). Para el centro C la categoría mas frecuente visitas algunas veces 53.5% (23/43). El 93.5% (187/200) de las ancianas de los tres centros, reciben apoyo en caso de enfermar (Ver Tabla 15)

Tabla 15. Frecuencia de visita a los familiares y amigos y apoyo en caso de enfermar de las ancianas según Centros Día.

Variable	Categoría	CENTROS DÍA							
		Centro A N=47		Centro B N=110		Centro C N=43		Total N=200	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Visitas	Tan a menudo como desea	25	53,2	68	61,8	20	46,5	113	56,5
	Algunas veces se siente triste por lo poco que lo visitan	22	46,8	19	17,3	23	53,5	64	32,0
	No sabe / No Responde	0	0	23	20,9	0	0	23	11,5
Apoyo	Nadie dispuesto y capaz de ayudarlo	2	4,3	10	9,1	1	2,3	13	6,5
	Si	45	95,7	100	90,9	42	97,7	187	93,5

Caracterizar las actividades básicas de la vida diaria de las ancianas

Se observa que la mayoría de personas, no tienen comprometidos sus actividades de la vida diaria. La actividad que se encuentra alguna dificultad es la de continencia toda vez que en promedio en los tres Centros Día las ancianas presentan incontinencia urinaria parcial o total del 24.5% (49/200) (Ver tabla 16) Según la clasificación de Katz las ancianas presentan con relación al promedio de los tres centros Día un excelente mantenimiento de la AVD encontrándose Independencia en todas las actividades en un 83.5%(167/200) e independiente en todas las actividades salvo en una el 16% restante (33/200) (Ver tabla 17).

Tabla 16 Frecuencia de visita a los familiares y amigos y apoyo en caso de enfermar de las ancianas según Centros Día.

Variable	Categoría	Centros Día							
		Centro A N=47		Centro B N=110		Centro C N=43		Total N=200	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Baño	No Necesita ayuda para lavarse el cuerpo	47	100	110	100	43	100	200	100
Vestido	se viste sin ayuda	46	97,9	110	100	43	100	199	99,5
	No se viste solo o lo hace en forma incompleta	1	2,1	0	0	0	0	1	0,5
Inodoro	No necesita y salir del cuarto del aseo	47	100	110	100	43	100	200	100
Movilización	No requiere ayuda para sentarse o levantarse	47	100	110	100	43	100	200	100
Continencia	Control completo de la micción y la defecación	38	80,9	82	74,5	31	72,1	151	75,5
	Incontinencia parcial o total	9	19,1	28	25,5	12	27,9	49	24,5
Alimentación	Lleva la comida del plato a la boca sin ayuda	46	97,9	110	100	43	100	199	99,5
	Es ayudado a llevar la comida del plato a la boca	1	2,1	0	0	0	0	1	0,5
Promedio	No necesita ayuda en las actividades	45	96,1	105	95,8	41	95,3	192	95,8

Tabla 17. Total Índice de Katz según Centros Día.

Puntaje	CENTROS DÍA							
	Centro A N=47		Centro B N=110		Centro C N=43		Total N=200	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Independiente en todas las actividades	44	93,6	82	74,5	41	95,3	167	83,5
Independiente en todas las actividades, salvo en una	3	6,4	28	25,5	2	4,7	33	16,5

Caracterizar las actividades instrumentales de la vida diaria de las ancianas

En cuanto a la utilización del teléfono, por parte de las ancianas en los tres centros es similar con un promedio total del 74%(148/200). En cuanto a las compras por parte de las ancianas el Centro A presenta los porcentajes mas bajos de independencia con relación a los dos Centro Día restantes con un 68.1% (32/47). En la preparación de alimentos, las ancianas de los tres centros no requieren ayuda con un promedio total del 90.5%.(181/200). En el Centro C, el 93% (40/43) de las ancianas no necesita ayuda en el cuidado de la casa. Las ancianas del Centros B necesitan en un 3.6% (4/110) que alguien se ocupe de esta labor. En cuanto a uso del transporte público las ancianas presenta dificultades para acceder a este servicio cuando requiere de ayuda o compañía solamente en un 6% (12/110). El 79.5% (159/200) de las ancianas se transportan de forma independiente. El 91% (182/200) de la ancianas en los tres Centros, no necesitan ayuda para tomarse los medicamentos. La ancianas del Centro no precisan ayuda para manejar el dinero en un 91.5%(43/47) y las ancianas que mas precisan ayuda son las Centro B, con un 54.5%.(60/110) (Ver tabla 18).

Tabla 18 Índice de Lawton. De Actividades Instrumentales de la Vida Diaria según Centros Día.

Variable	Categoría	CENTROS DÍA							
		Centro A N=47		Centro B N=110		Centro C N=43		Total N=200	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Teléfono	Utiliza el teléfono por iniciativa propia y sin ayuda	36	76,6	81	73,6	31	72,1	148	74,0
	Marca numero bien conocidos	1	2,1	24	21,8	3	7,0	28	14,0
	Contesta al teléfono pero no marca	9	19,1	1	0,9	5	11,6	15	7,5
	No usa el teléfono en absoluto	1	2,1	4	3,6	4	9,3	9	4,5
Compras	Realiza todas las compras	32	68,1	100	90,9	39	90,7	171	85,5
	Compra pequeñas cosas	2	4,3	1	0,9	4	9,3	7	3,5
	Necesita compañía para realizar cualquier compra	13	27,7	3	2,7	0	0	16	8,0
	Es incapaz de ir de compras		0	6	5,5	0	0	6	3,0
Comidas	Planea, prepara y sirve sin ayuda las comidas adecuadas	38	80,9	101	91,8	42	97,7	181	90,5
	Prepara las comidas si le proporcionan los ingredientes	2	4,3	4	3,6	1	2,3	7	3,5
	Prepara la comida, pero no mantiene una dieta adecuada	1	2,1	2	1,8	0	0	3	1,5
	Necesita que se le prepare la comida	6	12,8	3	2,7	0	0	9	4,5
Cuido	Cuida la casa sin ayuda o esta es ocasional	31	66,0	94	85,5	40	93,0	165	82,5
	Realiza tareas domesticas ligeras.	10	21,3	9	8,2	3	7,0	22	11,0
	Realiza tareas domesticas no mantiene limpieza aceptable	0	0	4	3,6	0	0	4	2,0
	Necesita ayuda en todas las tareas de la casa	2	4,3	3	2,7	0	0	5	2,5
	No participa en ninguna tarea domestica	5	10,6	0	0	0	0	5	2,5

		CENTROS DÍA							
Variable	Categoría	Centro A N=47		Centro B N=110		Centro C N=43		Total N=200	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Lavandería	Lo realiza sin ayuda	41	87,2	92	83,6	41	95,3	174	87,0
	Lava o aclara algunas prendas	6	12,8	14	12,7	2	4,7	22	11,0
	Necesita que otro se ocupe de todo el lavado	0	0	4	3,6	0	0	4,0	2,0
Transporte	Viaja de forma independiente	35	74,5	87	79,1	37	86,0	159	79,5
	No usa transporte publico, salvo taxi.	1	2,1	6	5,5	0	0	7	3,5
	Viaja en transporte publico si le acompaña otra persona	10	21,3	9	8,2	3	7,0	22	11,0
	Viaja en taxi o automóvil solamente con la ayuda de otros	1	2,1	8	7,3	3	7,0	12	6,0
Medicación	No necesita ayuda para tomar correctamente la medicación	45	95,7	103	93,6	34	79,1	182	91,0
	Necesita que le sean preparadas las dosis con antelación	1	2,1	7	6,4	9	20,9	17	8,5
	No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	1	2,1	0	0	0	0	1	0,5
Dinero	No precisa ayuda para manejar dinero ni llevar cuentas	43	91,5	60	54,5	34	79,1	137	68,5
	Necesita ayuda para ir al banco, para grandes gastos	4	8,5	36	32,7	8	18,6	48	24,0
	Incapaz de manejar dinero	0	0	14	12,7	1	2,3	15	7,5

La mayor independencia en las actividades de la vida instrumental, la tiene las ancianas del Centro B con un 74%(82/110), la mayor dependencia severa la tienen las ancianas del Centro B 2.7% (3/110) en promedio solo el

65% (130/200) de las ancianas gozan de una total independencia (ver tabla 19)

Tabla 19 Clasificación del Índice de Lawton De Actividades Instrumentales de la Vida diaria según severidad de la dependencia por Centro Día.

	Centros Día							
	Centro A		Centro B		Centro C		Total	
	N=47		N=110		N= 43		N=200	
Lawton	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
severa	0	0	3	2,7	0	0	3	1,5
moderada	24	51,1	25	22,7	17	39,5	67	33,5
total independencia	23	48,9	82	74,5	26	60,5	130	65

Determinar la morbilidad sentida

Los más altos porcentajes de personas que no presentan morbilidad se encuentran en el Centro C. La mayor morbilidad son los problemas cardiovasculares, manejados con tratamiento médico en un 78.7% (37/47) para el Centro A seguido de las dolencias Osteomusculares 61.7% (39/47) y trastornos del sueño 44.6% (21/47). Para el Centro B el mas prevalente son los problemas cardiovasculares 42 % (47/110). Para el Centro C los problemas cardiovasculares 72.1% (31/43) (ver tabla 20)

Tabla 20. Morbilidad Sentida por Centros Día

Variable	Categoría	Centros Día						Total	
		Centro A N=47		Centro B N=110		Centro C N=43		N=200	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Respiratorios	No tiene	37	78,7	89	80,9	36	83,7	162	81,0
	Si y tiene prescrito medicamentos	7	14,9	19	17,3	6	14,0	32	16,0
	Si y no consume medicamentos	3	6,4	2	1,8	1	2,3	5	2,5
Digestivos	No tiene	30	63,8	93	84,5	39	90,7	162	81,0
	Si y tiene prescrito medicamentos	11	23,4	17	15,5	3	7,0	31	15,5
	Si y no consume medicamentos	6	12,8	0	0,0	1	2,3	7	3,5
Cardiovasculares	No tiene	10	21,3	63	57,3	12	27,9	85	42,5
	Si y tiene prescrito medicamentos	32	68,1	46	41,8	31	72,1	109	54,5
	Si y no consume medicamentos	5	10,6	1	0,9	0	0,0	6	3,0
Sueño	No tiene	26	55,3	89	80,9	38	88,4	153	76,5
	Si y tiene prescrito medicamentos	1	2,1	18	16,4	3	7,0	22	11,0
	Si y no consume medicamentos	20	42,6	3	2,7%	2	4,7	25	12,5
Piel	No tiene	46	97,9	105	95,5	43	100	194	97,0
	Si y tiene prescrito medicamentos	0	0,0	3	2,7	0	0,0	3	1,5
	Si y no consume medicamentos	1	2,1	2	1,8	0	0,0	3	1,5
Articulares	No tiene	18	38,3	79	71,8	35	81,4	132	66,0
	Si y tiene prescrito medicamentos	13	27,7	24	21,8	6	14,0	43	21,5
	Si y no consume medicamentos	16	34,0	7	6,4	2	4,7	25	12,5
Otros	No tiene	47	100,0	107	97,3	36	83,7	190	95,0
	Si y tiene prescrito medicamentos	0	0,0	3	2,7%	7	16,3	10	5,0

Explorar la prevalencia de sentimientos de soledad y asociación con algunas variables socioeconómicas como factores de riesgo.

Para el Centro A solo se encontró como factor de riesgo para la aparición de sentimientos de soledad la poca frecuencia de visitas de familiares y amigos y una escala de Lawton inferior a 6 (Ver tabla 21)

Tabla 21. Asociaciones significativas mediante las pruebas Chi cuadrado y Odds Ratio de algunas variables con sentimientos de soledad en el Centro A.

		Sentimientos de soledad			p	OR	IC 95%	
		Rara vez	Con alguna frecuencia	Total			Lim Inf	Lim Sup
Ve a sus familiares y amigos a menudo	Tan a menudo como desea	16	9	25	0,00	8,00	2,06	31,07
	Algunas veces se siente triste por lo poco que lo visitan	4	18	22				
	Total	20	27	47				
Lawton	Normal (>7)	19	18	37	0,02	9,50	1,09	82,72
	Anormal (<6)	1	9	10				
	Total	20	27	47				

Para el Centro B solo se encontró como factor de riesgo para la aparición de sentimientos de soledad la convivencia de las ancianas con menores de 10 años, pocas visitas, ausencia de personas de confianza y poca frecuencia de visitas de familiares y amigos. Como factores protectores la presencia de convivientes y el estado civil de casadas (Ver tabla 22)

Tabla 22. Asociaciones significativas mediante las pruebas Chi cuadrado y Odds Ratio de las variables con sentimientos de soledad en el Centro B.

Centro B		Sentimientos de soledad			p	OR	IC 95%	
		Rara vez	Con alguna frecuencia	Total			Lim Inf	Lim Sup
Convivientes menores de 10 años	Si	11	7	18	0,01	3,99	1,39	11,41
	No	26	66	92				
	Total	37	73	110				
visitas	Si	34	53	87	0,01	4,28	1,18	15,50
	No	3	20	23				
	Total	37	73	110				
Persona de confianza	Si	35	57	92	0,03	4,91	1,06	22,66
	No	2	16	18				
	Total	37	73	110				
Ve a sus familiares y amigos a menudo	Tan a menudo como desea	36	47	83	0,00	9,91	2,58	153,76
	Algunas veces se siente triste por lo poco que lo visitan	1	26	27				
	Total	37	73	110				
Grupo de personas	Menos de 3	21	55	76	0,05	0,43	0,19	1,00
	Mas de 4	16	18	34				
	Total	37	73	110				
Casado	No	11	45	56	0,00	0,26	0,11	0,61
	Si	26	28	54				
	Total	37	73	110				

Para el Centro C solo se encontró como factor de riesgo para la aparición de sentimientos de soledad poca frecuencia de visitas de familiares y amigos y el estado de viudez. (Ver tabla 23)

Tabla 23. Asociaciones significativas mediante las pruebas chiquadrado y Odds Ratio de algunas variables con sentimientos de soledad en el Centro C.

Centro C		Sentimientos de soledad			P	OR	IC 95%	
		Rara vez	Con alguna frecuencia	Total			Lim Inf	Lim Sup
Ve a sus familiares y amigos a menudo	Tan a menudo como desea	9	11	20	0,00	18,00	2,02	160,6
	Algunas veces se siente triste por lo poco que lo visitan	1	22	23				
	Total	10	33	43				
Viudo	No	3	26	29	0,00	0,12	0,02	0,57
	Si	7	7	14				
	Total	10	33	43				

Para el total de los tres Centros Día se encontró como factor de riesgo para la aparición de sentimientos de soledad, la edad de las ancianas mayores de 75 años, la convivencia de las ancianas con menores de 10 años, la convivencia con personas entre 15 y 50 años, poca frecuencia de visitas de familiares y amigos, Lawton menor de 6. Como factores protectores la presencia de convivientes, el estado civil de casadas y la ocupación de las ancianas. (Ver tabla 24)

Tabla 24. Asociaciones significativas mediante las pruebas Chi Cuadrado y Odds Ratio de algunas variables con sentimientos de soledad en los tres Centro Día

Todos		Sentimientos de soledad			p	OR	IC 95%	
		Rara vez	Con alguna frecuencia	Total			Lim Inf	Lim Sup
Mayores de 75 años	Menor de 74 años	64	108	172	0,00	4,94	1,43	17,01
	Mayores de 75 años	3	25	28				
Convivientes menores de 10 años	Si	22	15	37	0,00	3,85	1,83	8,07
	No	45	118	163				
Convivientes entre 15 y 50 años	Si	59	97	156	0,02	2,74	1,19	6,29
	No	8	36	44				
Ve a sus familiares y amigos a menudo	Tan a menudo como desea	61	67	128	0,00	10,01	4,05	24,75
	Algunas veces se siente triste por lo poco que lo visitan	6	66	72				
Lawton	Normal > 7	65	109	174	0,00	7,16	1,64	31,27
	Anormal < 6	2	24	26				
Grupo de personas	Menos de 3	35	103	138	0,00	0,32	0,17	0,60
	Mas de 4	32	30	62				
Casado	No	20	72	92	0,00	0,36	0,19	0,67
	Si	47	61	108				
Ocupación	Si	3	20	23	0,02	0,26	0,08	0,93
	No	64	113	177				

No se encontró ninguna asociación estadísticamente significativa en la escala de Katz con la variable independiente en todas las actividades salvo en una con sentimientos de soledad. La mayor prevalencia de sentimientos de soledad y la variable estudiada en este aparte la presentaron las ancianas del centro A. La frecuencia promedio fue del 78% ($p= 0.1$ OR= NS) .

No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas que asocien como factor de riesgo a la morbilidad sentida con la aparición de sentimientos de soledad por parte de las ancianas

Mediante la aplicación del modelo de regresión simple Se encontró una relación significativa entre la variable Edad y Dependencia medida con la Escala de Lawton, en las ancianas de los Centros B y C y en el total de la población de ancianas de los tres (3) Centros Día. (Ver tabla 25)

Tabla 25. Regresión Lineal simple para las variables edad y Lawton según Centros Día.

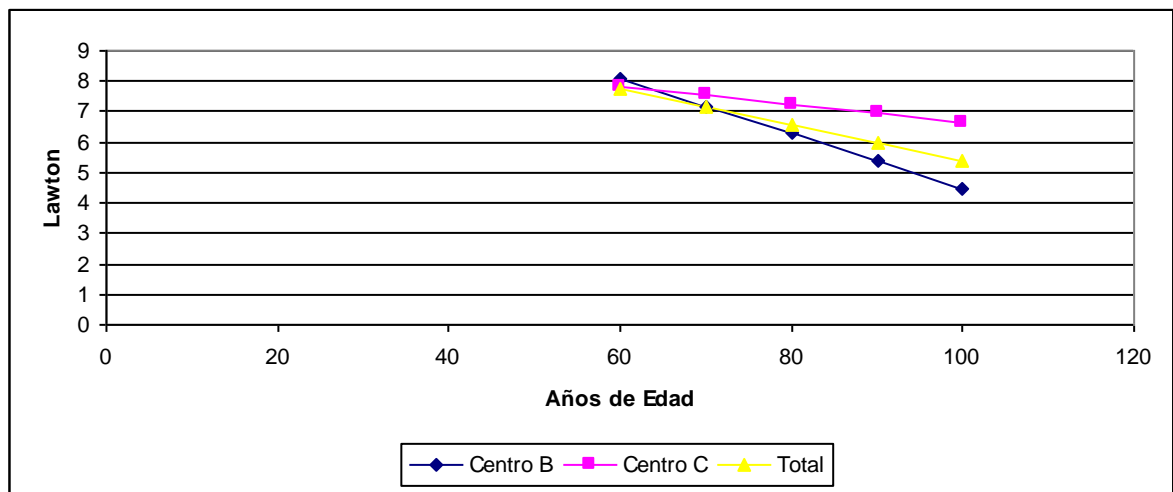
Centro	Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Total	Regresión	43,88	1,00	43,88	33,51	0,00
Centro A	Regresión	2,55	1,00	2,55	2,21	0,14
Centro B	Regresión	56,74	1,00	56,74	36,80	0,00
Centro C	Regresión	2,23	1,00	2,23	4,94	0,03

Las ecuaciones para la regresión simple $Y_1 = B_0 + B_1X_1$ para el caso del Centro B $Y_b = 13.48 - 0.09) * X_b$, para el Centro C $Y_c = 9.64 - 0.03 * X_c$ y para el total de la población $Y_t = 11.36 - 0.06) * X_t$ (Ver Tabla 28) aplicando las ecuaciones del modelo se encontró para los Centros B y C y para el total de los tres Centro las proyecciones que se consignan en la Tabla 26.

Tabla 26. Modelos de regresión Lineal simple para las variables edad y Lawton según Centros Día.

Centro	Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
Total	(Constante)	11,36	0,69		16,41	0,00
	Edad	- 0,06	0,01	- 0,38	- 5,79	0,00
Centro B	(Constante)	13,48	1,00		13,47	0,00
	Edad	- 0,09	0,02	- 0,50	- 6,07	0,00
Centro C	(Constante)	9,64	0,97		9,90	0,00
	Edad	- 0,03	0,01	- 0,33	- 2,22	0,03

Grafico 1. Proyecciones de escala de dependencia (Lawton) esperada según la edad según ecuaciones del modelo de regresión para los tres Centros Día.



Construir un modelo predictorio para la ocurrencia de sentimientos de soledad en la población de los tres centros estudiados.

Para preparar la construcción del modelo predictorio para la ocurrencia de sentimientos de soledad se cruzaron la totalidad de las variables nominales

con la variable sentimientos de soledad, las cuales se escogieron las que obtuvieron una significancia menor de 0,05 (Ver tabla 27)

Tabla 27 Correlaciones de Pearson de las variables nominales con la Variable sentimientos de soledad

Correlaciones	Sentimientos de soledad	
Mayores de 75 años	Correlación de Pearson	0,194779934
	Sig. (bilateral)	0,005712201
Estado civil	Correlación de Pearson	0,133303656
	Sig. (bilateral)	0,006756676
Número de personas menores de 10 años que viven con el anciano	Correlación de Pearson	0,262041139
	Sig. (bilateral)	0,000178035
Número de personas entre 15 y 50 años que viven con el anciano	Correlación de Pearson	0,172360614
	Sig. (bilateral)	0,01466443
Total personas	Correlación de Pearson	-0,368998045
	Sig. (bilateral)	0,000000
Frecuencia de salidas de la residencia	Correlación de Pearson	-0,121544298
	Sig. (bilateral)	0,086439872
Ve a sus familiares y amigos a menudo	Correlación de Pearson	0,399902145
	Sig. (bilateral)	0,0000
Existencia de un apoyo en caso de enfermar	Correlación de Pearson	0,144167318
	Sig. (bilateral)	0,04167947
Preparación de la comida	Correlación de Pearson	0,178058501
	Sig. (bilateral)	0,011651254
Cuidar la casa	Correlación de Pearson	0,18919993
	Sig. (bilateral)	0,007292183
Lavado de la ropa	Correlación de Pearson	0,156597472
	Sig. (bilateral)	0,026799805
Capacidad para utilizar el dinero	Correlación de Pearson	0,189309345
	Sig. (bilateral)	0,007257794
Lawton	Correlación de Pearson	0,226121632
	Sig. (bilateral)	0,001283684
Grupo de personas	Correlación de Pearson	-0,257223795
	Sig. (bilateral)	0,000236033
Casado	Correlación de Pearson	-0,229979033
	Sig. (bilateral)	0,001052765
Union Libre	Correlación de Pearson	0,141857211
	Sig. (bilateral)	0,045098588
Ocupación	Correlación de Pearson	-0,156234107
	Sig. (bilateral)	0,027159413

Para la construcción de los modelos predictorios se estructuró el análisis teniendo en cuenta el estado civil de las ancianas y se generaron cuatro escenarios de análisis; Todos los Centros, Centro A, Centro B y Centro C. Para el estado civil de casadas la variables que se repite en los cuatro escenarios de análisis es la situación de no ver con frecuencia a sus familiares y amigos, la compañía en sus hogares (menos de dos acompañantes por anciana) se presenta en todos los escenarios de análisis a excepción del Centro C. (Ver tabla 28). El Centro A presenta la mayor probabilidad de presentar sentimientos de soledad en ancianas casadas (0.957) y el de menor probabilidad el centro B (0.74).

Tabla 28 Modelo predictorio por regresión logística en ancianas casadas y la probabilidad de padecer sentimientos de soledad.

		B	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)		p
					Inferior	Superior	
Total	Menos de 2 acompañantes	- 0,417	0,000	0,659	0,548	0,8	0,836
	Sin Ocupacion	- 1,832	0,028	0,160	0,031	0,8	
	Lawton menor 7	2,109	0,021	8,237	1,376	49,3	
	No ve a Familiares y amigos	2,654	0,000	14,210	4,465	45,2	
	Casadas	- 0,882	0,022	0,414	0,195	0,9	
Centro A	Menos de 2 acompañantes	- 0,489	0,006	0,614	0,432	0,9	0,957
	No ve a Familiares y amigos	3,600	0,003	36,599	3,416	392,1	
Centro B	Menos de 2 acompañantes	- 0,436	0,012	0,646	0,461	0,9	0,746
	No ve a Familiares y amigos	2,779	0,011	16,104	1,915	135,4	
	Casadas	- 1,266	0,012	0,282	0,105	0,8	
Centro C	No ve a Familiares y amigos	2,731	0,022	15,354	1,494	157,8	0,939

Con relación a la probabilidad de padecer de sentimientos de soledad en ancianas en estado de unión libre la variable que se encuentra en los cuatro escenarios es la situación de no visitar a familiares o amigos. La ocupación fue una variables asumida por los modelos de los Centros A y B y el Total. El Centro en que las ancianas en unión libre tienen la mayor probabilidad de sentirse solas es el A (0.948) (Ver tabla 29)

Tabla 29 Modelo predictorio por regresión logística en ancianas en Unión Libre y la probabilidad de padecer sentimientos de soledad

		B	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)		p
					Inferior	Superior	
Todos	Menos de 2 acompañantes	- 0,434	0,000	0,648	0,540	0,8	0,974
	Sin Ocupacion	- 1,958	0,017	0,141	0,028	0,7	
	Lawton menor 7	2,234	0,016	9,336	1,509	57,8	
	No ve a Familiares y amigos	2,530	0,000	12,559	4,053	38,9	
	Unión Libre	1,249	0,027	3,487	1,150	10,6	
Centro A	Menos de 2 acompañantes	- 0,482	0,007	0,618	0,435	0,9	0,948
	No ve a Familiares y amigos	3,388	0,012	29,596	2,137	410,0	
Centro B	Menos de 2 acompañantes	- 0,360	0,014	0,697	0,523	0,9	0,928
	No ve a Familiares y amigos	2,921	0,007	18,552	2,223	154,9	
Centro C	No ve a Familiares y amigos	2,616	0,027	13,674	1,338	39,7	0,932

Con relación a la probabilidad de padecer de sentimientos de soledad en ancianas viudas la variable que se encuentra en los cuatro escenarios es la situación de no visitar a familiares o amigos. La compañía menos de 2 convivientes por anciana fue una variables asumida por los modelos de los Centros A y B y el Total. El Centro en que las ancianas viudas tienen la mayor probabilidad de sentirse solas es el A (0.957) y el de menor probabilidad el Centro C (0.618) (Ver tabla 30)

Tabla 30. Modelo predictorio por regresión logística en ancianas viudas y la probabilidad de padecer sentimientos de soledad

		B	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)		p
					Inferior	Superior	
Todos	Menos de 2 acompañantes	- 0,430	0,000	0,651	0,544	0,8	0,920
	Sin Ocupacion	- 1,769	0,030	0,170	0,034	0,8	
	Lawton menor 7	2,027	0,028	7,589	4,244	46,3	
	No ve a Familiares y amigos	2,608	0,000	13,574	11,45	41,4	
Centro A	Menos de 2 acompañantes	- 0,489	0,007	0,613	0,431	0,9	0,957
	No ve a Familiares y amigos	3,583	0,003	35,973	3,361	85,1	
Centro B	Menos de 2 acompañantes	- 0,395	0,009	0,674	0,500	0,9	0,927
	No ve a Familiares y amigos	2,935	0,007	18,820	2,272	55,9	
Centro C	No ve a Familiares y amigos	3,015	0,028	20,394	1,389	299,5	0,618
	Viudo	- 2,535	0,047	0,079	0,007	1,0	

Con relación a la probabilidad de padecer de sentimientos de soledad en ancianas separadas la variable que se encuentra en los cuatro escenarios es la situación de no visitar a familiares o amigos. La compañía menos de 2 convivientes por anciana fue una variables asumida por los modelos de los Centros A y B y el Total. El Centro en que las ancianas separadas tienen la

mayor probabilidad de sentirse solas es el A (0.958) y el de menor probabilidad el Centro B (0.933) (Ver tabla 31)

Tabla 31. Modelo predictorio por regresión logística en ancianas separadas y la probabilidad de padecer sentimientos de soledad

		B	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)		p
					Inferior	Superior	
Todos	Menos de 2 acompañantes	- 0,461	0,000	0,631	0,523	0,8	0,909
	Sin Ocupacion	- 1,936	0,020	0,144	0,028	0,7	
	Lawton menor 7	2,036	0,029	7,663	1,232	47,7	
	No ve a Familiares y amigos	2,663	0,000	14,335	4,635	44,3	
Centro A	Menos de 2 acompañantes	- 0,488	0,007	0,614	0,431	0,9	0,958
	No ve a Familiares y amigos	3,609	0,003	36,934	3,294	414,1	
Centro B	Menos de 2 acompañantes	- 0,442	0,005	0,643	0,471	0,9	0,933
	No ve a Familiares y amigos	3,076	0,006	21,674	2,462	190,8	
Centro C	No ve a Familiares y amigos	2,734	0,022	15,400	1,484	159,8	0,939

Con relación a la probabilidad de padecer de sentimientos de soledad en ancianas solteras la variable que se encuentra en los cuatro escenarios es la situación de no visitar a familiares o amigos. La compañía menos de 2 convivientes por anciana fue una variables asumida por los modelos de los Centros A y B y el Total. El Centro en que las ancianas solteras tienen la mayor probabilidad de sentirse solas es el A (0.971) y el de menor probabilidad el Centro B (0.923) (Ver tabla 32)

Tabla 32. Modelo predictorio por regresión logística en ancianas solteras y la probabilidad de padecer sentimientos de soledad

		B	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)		p
					Inferior	Superior	
Todos	Menos de 2 acompañantes	- 0,457	0,000	0,633	0,524	0,8	0,987
	Sin Ocupacion	- 1,757	0,037	0,173	0,033	0,9	
	Lawton menor 7	2,207	0,020	9,090	1,426	58,0	
	No ve a Familiares y amigos	2,693	0,000	14,772	4,666	46,8	
	Soltero	1,659	0,033	5,253	1,147	24,1	
Centro A	Menos de 2 acompañantes	- 0,579	0,007	0,560	0,368	0,9	0,971
	Sin Ocupacion	- 3,119	0,088	0,044	0,001	1,6	
	Lawton menor 7	2,871	0,044	17,648	1,080	288,3	
	No ve a Familiares y amigos	4,343	0,004	76,957	4,017	1.474,1	
Centro B	Menos de 2 acompañantes	- 0,404	0,011	0,668	0,490	0,9	0,923
	No ve a Familiares y amigos	2,890	0,007	18,000	2,226	145,5	
Centro C	No ve a Familiares y amigos	2,902	0,019	18,211	1,624	204,2	0,948

7. DISCUSIÓN

ESTADO CIVIL

Según la ECV del año 1997, el estado civil de mayor proporción de los adultos mayores encuestados en los dos años de estudio es el casado, 46,9% (2.264) y 45,5% (3.365) respectivamente, seguidos de los viudos que no varían su aporte con 34% (1.642) y 34,4% (2.544), pero la condición civil que más variación registró es el separado que pasó de un 3.4% a un 5.9%. Acorde a esta tendencia mundial presentada en el año 2001, las mujeres en ese mismo año presentaban un 31% de casadas y un 48% de viudas. Estos porcentajes se diferencian marcadamente de los observados en Europa central, donde más del 70% de las mujeres adultas mayores son viudas.⁴⁶ En nuestro estudio se encontró un 39% de mujeres casadas y un 25.5% de viudas.

⁴⁶Barros , C. Aspectos sociales del Envejecimiento. Washington: OPS, 1994

TENENCIA DE VIVIENDA Y JEFATURA DE HOGAR

Ham – Chande. En su estudio “El Envejecimiento una nueva Dimensión”⁴⁷ encontró que, el papel que desempeña el adulto mayor en su hogar, eran jefes de hogar en un 59.7% (2.885), otros parientes en un 20.2% (976), durante el año 1997 y para el 2001, eran jefes de hogar en un 62.2% (4.604) y otros parientes un 18.1% (1.337). En el estudio del DANE 2002.⁴⁸ Se encontró que el 77% tienen vivienda propia. En nuestro estudio las ancianas ejercen la jefatura del Hogar por ser propietarias de la vivienda en un 80% (161/200).

COMPONENTE ECONÓMICO

En el estudio realizado por Cardona D. Estrada, en la Ciudad de Medellín⁴⁹ encontró que del total de adultos mayores registrados en la Encuesta Calidad de Vida durante 1997, el 44% manifestó no tener ningún ingreso mensual, el 50% recibía \$100.000 pesos o menos, equivalente al 58% de un salario mínimo legal vigente de ese año (SMLV \$172.005) y el 75% recibía \$180.000 o menos. En el año 2001, se deterioró el ingreso del adulto mayor, al registrar que un 46% no recibía ingresos mensuales, el 50% recibía

⁴⁷ Ham-Chande. El envejecimiento una nueva dimensión. Salud Pública de Mexico. Vol. 38 N° 6 1996

⁴⁸ Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Certificados de Defunción 1990-1999. Bogotá:
DANE, 2002.

⁴⁹ Cardona D. Estrada. Envejecer nos toca todos. Universidad de Antioquia 2001

\$64.900 o menos, equivalentes al 23% de un salario mínimo legal vigente de ese año (SMLV \$286.000) y el 75% recibía \$286.000 o menos. En nuestro estudio se encontró que el 38% (76/200) no tenían ingresos, el 41% (82/200) recibía menos de medio salario mínimo, el 15.5% (31/200) recibía entre medio SLMV y 1 SMLV y entre 1 y 2 SMLV el restante 5,5% (11/200) de ancianas.

Otro aspecto importante que rodea la vida del adulto mayor es su situación económica. Dicha situación se ha deteriorado con el transcurso de los años, en parte debido a la crisis económica que atraviesa el país: crecimiento económico negativo en los últimos años, altas tasas de desempleo, incremento del trabajo informal, aplicación de reformas laborales que reducen las estructuras administrativas de las empresas que lanzan a la calle a un sinnúmero de personas económicamente activas. En el trabajo se encontró que el 19.6% (39/200) de las ancianas trabajan para mejorar las finanzas familiares.

PENSIÓN

En el estudio del DANE.⁵⁰ referente al componente económico que rodea al adulto mayor se encontró, que la mayoría de ellos tenían como ocupación u oficio el ser amas de casa con el 44.1% (281), seguido por las personas

⁵⁰ Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Certificados de Defunción 1990-1999. Bogotá: DANE, 2002.

pensionadas / jubiladas con un 32.3% (206). Encontrándose como desempleados en ese momento el 16,8% (107) y eran empleados u obreros el 6,8% (43). Los adultos mayores encuestados presentaron como principal fuente de ingresos los aportes familiares y la pensión/jubilación representando el 41.1% para cada fuente de ingresos, se destaca además como una baja proporción de adultos tienen su sustento económico derivado en el sueldo (5.3%), situación explicable en el hecho que la jubilación se adquiere a partir de los 62 años para los hombres y los 58 para las mujeres. Igualmente, los adultos mayores consideran que su actual situación económica es peor comparada con la que tenían hace cinco años atrás (55.4%), seguido por un 32% de adultos que consideran que dicha situación se mantiene igual. Según la OMS, los grupos de adultos mayores en situación de riesgo son los que cuentan con muy escasos recursos socioeconómicos⁵¹. En el estudio se encontró que el 78.5% (157/200) cuidan la casa y reciben pensión de vejez el 15.6% (31/200)., y el 30.2% (60/200) recibían ayudas de Hijos y/o parientes.

MORBILIDAD SENTIDA

La OMS ⁵² en su estudio Salud y envejecimiento y aspectos relacionados con la morbilidad sentida en la población colombiana, encontró que el 77.7%

⁵¹ Morales Martinez,F. Evaluación integral del anciano, en la Atención de los Ancianos, ob.cit:p.74.

⁵² Organización Mundial de la Salud. Departamento de Promoción de la Salud. Salud y

(495) de adultos mayores actualmente sufren de alguna enfermedad, de estos el 63.6% (405) consultan periódicamente. En el adulto mayor se incrementa la frecuencia de hospitalización, la prolongación de la estadía hospitalaria y las visitas al médico. El paciente mayor de 65 años de edad tiene el 85 % de enfermedades crónicas y el 30 % tiene 3 o más enfermedades crónicas⁵³. En el estudio se encontró que el 84% (168/200) de las ancianas se quejaban de alguna dolencia.

Sobre las enfermedades que padecían, los ancianos referían no solo enfermedades, sino también signos y síntomas, y se encontró como los adultos mayores padecen patologías en uno o varios sistemas simultáneamente, las enfermedades, signos o síntomas que mas los aquejan son las relacionadas con el sistema cardiovascular, presentándose en el 51% de la población; En nuestro estudio se encontró para los problemas cardiovasculares el 57.5%.

Dentro de los sistemas o grupos se encontró en segundo lugar las patologías del tejido osteomuscular y conjuntivo con un 21% cada uno; en el estudio se encontró un 34% (68/200)

Envejecimiento. Un documento para el debate. Segunda Asamblea Mundial. España, 2002.

⁵³ Menéndez JJE, Rocabrano MJC, Quintero DG. La autonomía como medida de salud. Rev Cubana. Salud Pub 993;19(2):79-83.

Sin embargo se comenta en este mismo estudio⁵⁴, como la tercera parte de los encuestados (30%) manifestó no utilizar ningún tipo de tratamiento para sus dolencias o enfermedades, mostrando que su condición de salud es buena o no contar con los recursos ni la afiliación a los sistemas necesarios para proporcionárselo. En nuestro estudio encontramos que aproximadamente el 12.5% (25/200) no consumen medicamentos.

PERSONAS CON LAS QUE VIVE EL ADULTO MAYOR.

Según la encuesta realizada por los investigadores a 637 adultos mayores de la ciudad de Bogotá⁵⁵, con respecto a las personas con las que vive el adulto mayor, el 92% (586) viven con su familia comprendiendo en este término a: cónyuges o compañeros, hijos, yernos o nueras, nietos, hermanos, sobrinos y a todos aquellos con los que tenga un vínculo sanguíneo en primer o segundo grado; el 5.8% (37) manifestaron vivir solos o solas y el 2,0% (13) vive con amigos o personas con los que tenga algún vínculo afectivo. Según la OMS los grupos de adultos mayores en situación de riesgo son los que viven solos en una vivienda y los ancianos sin hijos.⁵⁶ En nuestro estudio se encontró que el 10% (20/200) viven solas.

⁵⁴ Organización Mundial de la Salud. Departamento de Promoción de la Salud. Salud y Envejecimiento. Un documento para el debate. Segunda Asamblea Mundial. España, 2002.

⁵⁵ Cartilla de Seguridad Social y Pensiones. Bogotá: LEGIS, 1999

⁵⁶ Morales Martinez,F. Evaluación integral del anciano, en la Atención de los Ancianos, ob.cit:p.74.

PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR DE LAS AYUDAS DE SUS FAMILIARES.

En un estudio realizado por el Departamento de planeación de Medellín⁵⁷ encontró que el 8% (51) de los adultos mayores encuestados contestaron que cuando se enferman nadie los cuida. En nuestro estudio se encontró que el 6.5% (13/200) se cuidan ellos mismos.

DEPENDENCIA

Sobre la percepción que tienen sobre la capacidad funcional para realizar las actividades cotidianas básicas o necesarias, para llevar una vida independiente, autónoma y autodeterminada⁵⁸ En general, el 71,6% (456) se consideró independiente y el 6,4% (41) dependiente; pero al indagarle solo a los 526 adultos mayores que respondieron independiente, el 77.4% (407) se consideró independiente y dependiente solo el 2.7% (14). Diferente consideración sobre el grado de autonomía tienen las 111 personas que respondieron por el adulto mayor, al considerar que solo el 44,1% (49) son independientes y el 24,3% (27) son dependientes. En la encuesta de la alcaldía de Medellín, 2002 sobre la percepción para realizar las actividades

⁵⁷ Medellín. Departamento Administrativo de Planeación. Subdirección de Metroinformación. Encuesta Calidad de Vida 1997 y 2001. Medellín: Alcaldía, 2002.

⁵⁸ Cardona D. Estrada. Envejecer nos toca todos. Universidad de Antioquia 2001

básicas cotidianas (ABC) respondieron: Independiente 71,6% Parcialmente dependiente 22,0%, Dependiente 6,4%.

Las actividades básicas cotidianas de carácter físico, como: tomar los alimentos, utilizar correctamente los servicios sanitarios, manejar la incontinencia, traslados pequeños en el hogar, higiene personal y auto cuidado de su persona, y seleccionar y ponerse los vestidos que desea son realizadas por los adultos mayores sin mayores dificultades, en el 96% de las actividades indagadas. Bañarse solo es la actividad para la que está más incapacitado, según la persona que lo cuida, con un 22,5% (25) de respuestas. En nuestro estudio se encontró un 83,5% (167) de independencia en todas las actividades y porcentaje restante independiente en todas las actividades salvo una.

Las actividades de más complejidad como las instrumentales que resultan de la interacción de factores físicos y psicológicos como: salir a la calle, usar transporte, tomar medicamentos, hacer su propia comida, hacer trabajo liviano y pesado en casa, cortarse las uñas, usar el teléfono, manejar dinero, abrir y cerrar ventanas, encender y apagar la radio y la televisión, son realizadas por los adultos mayores con un poco más de dificultad. La evidencia sugiere que hay cuatro condiciones básicas a las que se debe dar prioridad en el análisis y diseño de la atención y las estrategias de promoción de la salud de los mayores: Inmovilidad, incontinencia, aislamiento, déficit

intelectual/sensorial.⁵⁹ Las actividades como salir solo a la calle con un 71,6% (456), tomar un medio de transporte para desplazarse como bus, metro o taxi con un 61,5% (392) y hacer sus propias compras con un 72,1% (459) son las más difíciles de realizar, para las demás actividades relacionadas tienen un grado más de funcionalidad en su realización.⁶⁰

En nuestro estudio se encontró que las ancianas manejan el teléfono sin ayuda en un 74%,(148/200), realiza todas las compras en un 85.5%,(171/200), planea y prepara las comidas en un 90.5%(181/200), cuida la casa sin ayuda o es ocasional en el 82.5%,(161/200), lava las prendas sin ayuda en un 87%(174/200), viajan de forma independiente en un 79.5%, (159/200), no necesita ayuda para tomar correctamente sus medicamentos 91%(182/200), no precisa ayuda para manejar dinero ni llevar cuentas en un 68.5% (137/200).

SENTIMIENTOS DE SOLEDAD

En cuanto a la presencia de sentimientos de soledad se encontró como factor de riesgo en el Centro A es la poca frecuencia de visitas por parte de

⁵⁹ Morales Martinez,F. Evaluación integral del anciano, en la Atención de los Ancianos, ob.cit:p.74.

⁶⁰ Cardona D. Estrada. Envejecer nos toca todos. Universidad de Antioquia 2001

amigos y familiares y una calificación de Lawton < 6. Para el Centro B se encontró como factor protector la compañía y el estado civil casado. Los factores de riesgo la convivencia de menores de 10 años, las visitas, ausencia de personas de confianza. Para el Centro C Se encontró como factor protector estado de viudez y factor de riesgo la ausencia e visitas de amigos y familiares.

Para los Tres Centros Día Factores protectores Compañía, casados y ocupación. Como factores de riesgo la edad mayores de 75 años, convivientes menores de 10 años, convivientes entre 15 y 50 años, ausencia de visitas de amigos y familiares y Lawton < 6.

Mediante la regresión logística el modelo predictorio de ocurrencia de sentimientos de soledad se encontró una probabilidad para casadas un 0.836, Separadas 0.909, viudez 0.92, Unión Libre 0.974 y Soltera 0.987.

Se encontró en el modelo como la variable mas importante para la ocurrencia de sentimientos de soledad la ausencia de visitas a familiares y amigos, variable que fue incluida en todos los modelos teniendo en cuenta el estado civil

8. CONCLUSIONES

Los tres Centros Día estudiado muestran diferencias entre sí.

Las ancianas que viven con menos de tres personas o solas tienen una gran vulnerabilidad para presentar sentimientos de soledad.

Las ancianas mayores de 75 años tienen una gran vulnerabilidad para presentar sentimientos de soledad.

La morbilidad sentida no se asocia significativamente a la presentación de sentimientos de soledad en la población estudiada.

Se encontró como factor protector para la .presencia de sentimientos de soledad el estado civil casado y la ocupación.

El estado civil que presento la menor probabilidad en la regresión logística de padecer sentimientos de soledad fue el de casada y el mas alto las solteras.

Las ancianas desarrollan roles tales como el cuidado de la casa dentro de sus hogares y presentan un muy importante nivel como propietarios de sus casas.

Los cuidadores no son frecuentes en las poblaciones estudiadas en el presente trabajo. Mas de la tercera parte de las ancianas no reciben ingresos económicos regulares.

Según las mediciones con la escala OARS muestra excelentes recursos sociales de la población de ancianas estudiadas.

En cuanto a las actividades básicas diarias e instrumentales predominan las ancianas dependientes. Se encontró relación con edad avanzada y dependencia medida con Lawton.

Los resultados de este estudio indican que la valoración funcional es un importante instrumento para identificar precozmente situaciones que generan dependencia.

El uso regular de escalas de evaluación de la capacidad funcional es muy importante para estructurar intervenciones que propendan por el mantenimiento o mejoría de dicha capacidad.

La sistematización de estas escalas favorece la generación de conocimiento de la capacidad funcional del anciano y evaluar la efectividad de los programas gerontológicos.

Aunque solo se trató de un estudio exploratorio, CROSS SECTIONAL los autores consideran que sus resultados pueden servir a los responsables de los programas de atención al anciano para que intervengan oportunamente con el uso de instrumentos que permitan la valoración oportuna para desarrollar intervenciones estructuradas que propendan por el mantenimiento de la salud y la independencia de los ancianos.

El Estudio permite incursionar en el uso de los denominados modelo predictivo (regresión logística multivariante binaria) para identificar los principales factores de riesgo asociados con los problemas prevalentes de la vejez y para poder diseñar intervenciones que propendan por evitar esta situación.

9. RECOMENDACIONES

Institucionalizar dentro de los diferentes programas de la ciudad que atienden a los adultos mayores el uso de las escalas de medición del estado funcional.

Utilizar los resultados de las escalas de medición del estado funcional para incrementar, mantener y monitorizar, sus habilidades físicas y cognitivas en el mejor estado de salud, incidiendo positivamente en sus años por vivir.

Fomentar actividades ciudadanas en la promoción de actitudes respetuosas y preferentes al adulto mayor para que lleven a cabo sin riesgo sus actividades funcionales de la vida diaria.

Propiciar la investigación en el área de salud del anciano, para generar conocimiento sobre las particularidades de nuestra población anciana para así poder estructurar intervenciones adecuadas a sus necesidades.

10. BIBLIOGRAFÍA

BOTERO Beatriz Eugenia, AGUDELO Luz Marina. Características de la atención en salud para los mayores de 60 años Manizales, 1998

CARRIÓN, J. L. Valoración geriátrica integral: Valoración de la capacidad funcional del paciente anciano: Servicio de geriatría. Hospital de Navarra. Pamplona.

LA PRENSA, La ciudad, 2002. EDITORES ASOCIADOS S. A. La paz, Bolivia.

CARRIÓN, J.L. Valoración geriátrica integral: Valoración de la capacidad funcional del paciente anciano: Servicio de geriatría. Hospital de Navarra .Pamplona.

BOTERO Beatriz Eugenia, Agudelo Luz Marina. Características de la atención en salud para los mayores de 60 años Manizales, 1998

Katz S, Ford AB et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA, 1963;185:914-9

VALDERRAMA E, Pérez del Molino J. Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. Rev Esp Geriatr Gerontol, 1997; 32(5):297-306

JIMÉNEZ Oscar, Barcelona. Día Mundial de la Salud: "El envejecimiento activo marca la diferencia" .OMS.7 de abril 1999.

GÓMEZ José Fernando, Curcio Carmen, Gómez Diana. Evaluación de la Salud de los Ancianos. Manizales, Colombia .1995.

DIAGO Franco José Luis. Programa: Salud del Anciano. Ministerio de Salud. Colombia. 1997

ANEXOS

ANEXO A. ENCUESTA SOCIOECONÓMICA

Para el diligenciamiento de la encuesta en lo relacionado a la información socioeconómica, se debe tener en cuenta, para:

Número de Registro: Corresponde al número asignado a cada encuesta teniendo en cuenta que para el Centro A se inicia con el número 1 y termina en el 47, para el centro B inicia en 48 y al 157 y para el Centro C inicia en el 158 hasta el número 200. Los números de encuesta y los nombres de las ancianas ya se establecieron de acuerdo a la selección muestral.

Nombre; corresponde al nombre de la anciana suministrado previamente por las directivas de los Centros y de acuerdo a la selección muestral.

Teléfono; Corresponde al número de teléfono suministrada por la encuestada.

Edad; Suministrado por las directivas de los centros día. Y se debe corroborar esta información al momento de la encuesta.

Género; Se marca en la casilla con la letra **F.** que corresponde a género femenino.

Estado Civil; Se debe marcar con una cruz al estado civil a que la encuestada responda. Solo se debe marcar una sola casilla.

Nivel de Educación. Esta exploración tiene dos apartes. El primero corresponde al nivel de lectura y el segundo al nivel de educación formal.

En cuanto al nivel de lectura hay tres posibilidades y se debe marcar solo una.

En cuanto al nivel de educación formal se marca la casilla **C.** siempre y cuando la anciana informe haber cursado la totalidad de los años que corresponde al ciclo explorado (primaria, secundaria, tecnología y universidad). La casilla **I.** Solo se marca cuando el ciclo explorado no fue cursado totalmente. Solo se debe marcar una sola opción.

Ocupación; Se identificaron 4 opciones. Se considera *trabajo permanente* cuando la anciana trabaja regularmente más de un día por semana. Se considera *trabajo ocasional* el que no guarda una regularidad. Se considera que la anciana *Cuida de la Casa* cuando no trabaja y es propietaria de la casa y no hay miembros de la familia que asuman este rol. Se considera que la anciana *No tiene ninguna obligación*, cuando independientemente de tener

o no vivienda hay otro miembro de la familia u otra persona que asume este papel de cuidado del domicilio.

Convivientes con el anciano; Este bloque explorar el número de personas que conviven de manera permanente con la anciana. Las casillas identificadas con las letra S= Si y N= No se debe diligenciar al final de chequeado este aparte.

El encuestador debe preguntar y consignar el número informado por la anciana encuestada según los cuatro (4) grupo de edad explorado (menores de 10 años, entre 10 y 14 años, entre 15 y 50 años y mayores de 51 años).

Vivienda; Se debe explorar la calidad de propiedad de la vivienda en las cuatro categoría propuesta por el estudio (propia, arrendada, hijo y amigo). Solo se debe marcar una sola opción.

Cuidadores. Corresponde a la situación que de manera explícita la anciana tiene asignada de manera regular una persona encargada de sus necesidades básica. Se consideran cuatro opciones (Hijos o nietos, amigos, enfermero que corresponde a un personal de salud pagado por la familia o el propio anciano y sin cuidadores). Solo se debe marcar una sola opción.

Fuente de Ingresos. Corresponde a una fuente determinada del origen de los ingresos económicos informados por la encuestada. Se definieron seis opciones (pensión, trabajo de las ancianas, ayuda de hijos, ayuda de amigos, subsidios del Estado y sin ingresos). Solo debe marcarse una sola opción.

Ingresos regulares; Corresponde a los ingresos que la anciana informe que recibe de manera regular, al menos que en el año reciba como mínimo seis (6) aportes económicos. El encuestador debe calcular el total de aportes en el año y llevarlos a cifras mensuales y calcular sobre \$390.000 el valor del salario mínimo vigente legal (SMLV). Solo se debe marcar una sola opción.

PROBLEMAS DE SALUD

Se escogieron ocho grupos de enfermedades prevalentes agrupados así:

Para el grupo de *problemas respiratorios* esta el asma, bronquitis crónica y enfisema principalmente.

Para el grupo de *problemas digestivos* esta la gastritis, esofagitis, colonitis, hemorroides, ulcera gástrica, poliposis y diverticulosis principalmente.

Para el grupo de *problemas del corazón* esta la hipertensión arterial, las cardiopatías y la falla cardiaca.

Para el grupo de *problemas del sueño* se debe explorar la autopercepción en este tema.

Para el grupo de *dolores articulares* incluye a las artritis, artrosis, y dolencias osteomusculares principalmente.

Para el grupo de *problemas de piel* esta las micosis, petequias y dermatitis principalmente.

El encuestador debe preguntar sin direccionar al encuestado de acuerdo a los grupos establecidos en el estudio. Cuando el encuestado exprese otra patología esta se debe ubicar en los grupos propuestos y si no es posible se consolida en el grupo de *otros problemas de salud*. Si el encuestado informa tener una patología se debe ubicar el grupo y se marca la casilla **S.** y posteriormente se explora si esta tomando medicamentos prescritos por un facultativo de salud y si es afirmativa la respuesta se marca la casilla **S.** y si es negativa se marca la casilla **N.** .

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO
MAYOR

Numero de Registro

ANEXO A

Nombre

Teléfono

1 **Edad**

2 **Genero** M F

3 **Estado Civil**

4 **Nivel de Educación**

Lee y Escribe
 Lee pero No escribe

No Lee ni escribe

Primaria C I
 Secundaria C I

Tecnología C I
 Universitaria C I

Casado
 Viudo
 Separado

Unión L
 Soltero

6 **Vive solo** S N

Número de personas menores de 10 años
 Número de personas entre 10 y 14 años
 Número de personas entre 15 y 50 años años
 Número de personas mayores de 50 años

5 **Ocupación**

Trabaja permanente
 Trabaja ocasionalmente
 Cuida de la Casa
 No tiene ninguna obligación

7 **Familia o vecinos ayudando** S N

8 **Vivienda**

Propia
 Hijo
 Arrendada
 Amigo

9 **Cuidadores**

Hijos o Nietos
 Enfermero
 Amigo
 No tiene

9 **Ingresos**

Pensión
 Ayuda Hijos
 Subsidios
 Trabajo
 Ayuda de amigos
 No tiene Ingresos

11 **Problemas de Salud**

Medica

Problemas respiratorios	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Problemas digestivos	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Problemas del corazón	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Problemas del sueño	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Dolores de articulaciones	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Problemas de piel	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Otros problemas de salud	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

10 **Ingresos regulares**

Menos de medio SMLV al mes
 Entre medio y 1 SMLV al mes
 Entre 1 y 2 SMLV al mes
 Mas de 3 SMLV al mes
 No tiene ingresos regulares

¿Cuál?

ANEXO B

RECURSOS SOCIALES OARS

Durante el último año, ¿con que frecuencia salió de la residencia para visitar a la familia o amigos en fines de semana o vacaciones, de compras o paseos?

Se pregunta el número de veces con que sale de la residencia el anciano con el propósito de visitar a familia o amigos, no aplica salidas a compras, a cine a las actividades del Centro Día.. Marque una sola posibilidad de respuesta.

- Una vez a la semana o más
- Una a 3 veces por mes

- Menos de una vez al mes o solo en vacaciones
- Nunca
- No responde

¿Con cuantas personas tiene la suficiente confianza para visitarlos en su casa?

Identificar el número de personas de confianza a las cuales el anciano puede ir a visitarlos sin problemas. Se debe marcar solo una posibilidad.

- Cinco o más
- Tres o cuatro
- Una o dos
- Ninguna

¿Cuántas veces habló (amigos, familiares u otros) por teléfono durante la última semana? (Si la persona no tiene teléfono la pregunta también es válida)

Aplica igualmente las salidas de los ancianos al vecindario que impliquen establecer comunicación. Se debe marcar solo una posibilidad.

- Una vez o más al día
- Dos veces
- Una vez
- Ninguna
- No Responde

¿Cuántas veces durante la semana pasada lo visitó alguien que no vive con usted, fue usted de visita o realizó alguna actividad con otra persona?

Incluye visitas o actividades con cualquier persona que no conviva con el anciano, en las que se mencionan visitas a la casa del anciano, visita por el anciano a la casa de esa personas, actividades compartidas cotidianas como ir al cine, de compras, pagar servicios, etc. Se debe marcar solo una posibilidad

- Una vez o más al día
- De 2 a 6 veces
- Una vez
- Ninguna
- No Responde

¿Hay alguna persona en la que tenga confianza?

Explora las relaciones de confianza con personas cercanas. Puede ser incluidas los parientes, convivientes, amigos, personal de salud, sacerdotes, Se debe marcar solo una posibilidad

- Si
- No
- No sabe o no responde

¿Con que frecuencia se siente solo?

Aplica para identificar principalmente los sentimientos de soledad, en la cotidianidad frente a la imposibilidad de contar con personas en momentos importantes o en el día a día. Se debe marcar solo una posibilidad

- A menudo
- Algunas veces
- Casi nunca
- No sabe o No responde

¿Ve a sus familiares y amigos tan a menudo como quisiera o está algunas veces triste por lo poco que vienen a verle?

Explora las actitudes de tristeza frente a la necesidad de estar acompañado o compartir frecuentemente con personas cercanas. Se debe marcar solo una posibilidad.

- Tan a menudo como deseo
- Algunas veces se siente triste por lo poco que vienen
- No Responde

¿Hay alguien que le ayudaría en cualquier cosa si se pusiera enfermo o quedare incapacitado (por ejemplo pareja, otro familiar, amigo)?

Explora la certeza del anciano a identificar persona que en una eventualidad podrían apoyarlo con asistencia en situaciones de enfermedad o minusvalía. Se debe marcar solo una posibilidad

- Si
- Nadie dispuesto y capaz de ayudarlo
- No responde

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

RECURSOS SOCIALES

ANEXO B

Numero de Registro

Durante el último año, ¿con que frecuencia salió de la residencia para visitar a la familia o amigos en fines de semana o vacaciones, de compras o paseos?

- | | | | |
|----------------------------|--|----------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Una vez a la semana o más | <input type="checkbox"/> 4 | Nunca |
| <input type="checkbox"/> 2 | Una a 3 veces por mes | <input type="checkbox"/> 5 | No responde |
| <input type="checkbox"/> 3 | Menos de una vez al mes o solo en vacaciones | | |

¿Con cuantas personas tiene la suficiente confianza para visitarlos en su casa?

- | | | | | | | | | |
|----------------------------|-------------|----------------------------|---------------|----------------------------|-----------|----------------------------|---------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 3 | Cinco o mas | <input type="checkbox"/> 2 | Tres o cuatro | <input type="checkbox"/> 1 | Una o dos | <input type="checkbox"/> 0 | Ninguna | <input type="checkbox"/> |
|----------------------------|-------------|----------------------------|---------------|----------------------------|-----------|----------------------------|---------|--------------------------|

**¿Cuántas veces habló (amigos, familiares u otros) por teléfono durante la última semana?
(Si la persona no tiene teléfono la pregunta también es válida)**

- | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------|----------------------------|-----------|----------------------------|---------|----------------------------|---------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 3 | Una vez o más al día | <input type="checkbox"/> 2 | Dos veces | <input type="checkbox"/> 1 | Una vez | <input type="checkbox"/> 0 | Ninguna | <input type="checkbox"/> No Responde |
|----------------------------|----------------------|----------------------------|-----------|----------------------------|---------|----------------------------|---------|--------------------------------------|

¿Cuántas veces durante la semana pasada lo visitó alguien que no vive con usted, fue usted de visita o realizó alguna actividad con otra persona?

- | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------|----------------------------|----------------|----------------------------|---------|----------------------------|---------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 3 | Una vez o más al día | <input type="checkbox"/> 2 | De 2 a 6 veces | <input type="checkbox"/> 1 | Una vez | <input type="checkbox"/> 0 | Ninguna | <input type="checkbox"/> No Responde |
|----------------------------|----------------------|----------------------------|----------------|----------------------------|---------|----------------------------|---------|--------------------------------------|

¿Hay alguna persona en la que tenga confianza?

2 Si 0 No NS/NC

¿Con que frecuencia se siente solo?

0 A menudo 1 Algunas veces
 2 Casi nunca 3 NS/NC

¿Ve a sus familiares y amigos tan a menudo como quisiera o está algunas veces triste por lo poco que vienen a verle?

1 Tan a menudo como deseo 2 Algunas veces se siente triste por lo poco que vienen NR

¿Hay alguien que le ayudaría en cualquier cosa si se pusiera enfermo o quedare incapacitado (por ejemplo pareja, otro familiar, amigo)?

1 Si 0 Nadie dispuesto y capaz de ayudarlo NR No responde

ANEXO C INDICE DE KATZ

INDICE DE KATZ

Para el desarrollo del índice de Katz los encuestadores deben recoger lo que el paciente hace realmente y no lo que dice que es capaz de hacer, de ahí que se requiere comprobar si realmente o no realizan las actividades de la vida diaria.

EVALUACIÓN DE BAÑO

¿Usted se lava o se baña sin ayuda la cara, cabeza, abdomen, manos, axila, genitales, pies?

Si responde que entra al baño (ducha) sin ayuda y se baña solo o necesita ayuda para lavarse la espalda, pies y/o piernas. Se considera INDEPENDIENTE.

Si responde que necesita ayuda para entrar y salir del baño (ducha) y para lavarse más de una parte del cuerpo se considera DEPENDIENTE.

EVALUACIÓN DEL VESTIDO

¿Usted saca la ropa del armario y se viste solo? (No incluye el amarrado de los cordones.)

Si responde que saca la ropa del armario y se viste solo se considera INDEPENDIENTE.

Si responde que necesita ayuda para vestirse o lo hace de forma incompleta, se considera DEPENDIENTE

EVALUACIÓN DE USO DEL INODORO

¿Necesita ayuda para entrar o salir del baño? ¿Usa el inodoro sin ayuda?
¿Se asea sin ayuda con papel higiénico después de defecar? ¿Se baja los pantalones y pantaloncillos (para hombres) y se sube la falda y se baja los calzones (para mujeres) sin ayuda? ¿Usa el orinal de noche sin ayuda?

Si responde que sin ayuda entra y sale del baño, usa el inodoro, se limpia con papel higiénico, se viste dentro del baño y usa el orinal de noche, se considera DEPENDIENTE

Si responde que necesita ayuda para entrar y salida del inodoro y utilizarlo adecuadamente se considera DEPENDIENTE

EVALUACIÓN DE LA MOVILIZACIÓN

¿Necesita ayuda para sentarse o levantarse de una silla o para acostarse o levantarse de la cama? (Incluye el uso de ayudas mecánicas como bastones y caminadores)

Si responde que se levanta y se sienta solo de una silla y se sube o se baja de la cama, aun con ayuda de apoyos mecánicos se considera INDEPENDIENTE.

Si responde que necesita ayuda para cualquiera de las anteriores acciones (silla/cama) se considera DEPENDIENTE.

EVALUACIÓN DE CONTINENCIA

¿Usted no tiene problemas con la retención de la materia fecal o de la orina, sin presentar emisiones espontáneas y no controladas?

Si responde que si se considera INDEPENDIENTE

Si responde que presenta incontinencia total o parcial en la micción y/o defecación, incluyendo que necesita de enemas, sondas y el uso de pato se considera DEPENDIENTE.

EVALUACIÓN DE ALIMENTACIÓN

¿Usted lleva la comida del plato a la boca usando los cubiertos sin ayuda?

Si responde afirmativamente se considera INDEPENDIENTE.

Si responde que necesita ayuda para llevar la comida del plato a la boca, o esta en programas de alimentación parenteral o enteral se considera DEPENDIENTE

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR**

**INDICE DE KATZ
DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

<p>BAÑO/LAVADO: <i>Independiente:</i> Necesita ayuda solo par lavarse una parte del cuerpo ó lo hace sólo. <i>Dependiente:</i> Requiere ayuda al menos para lavarse más partes del cuerpo ó para entrare y salir de la bañera.</p>
<p>VESTIDO: <i>Independiente:</i> Se viste sin ayuda (incluye coger las cosas del armario).Excluye el atado de los cordones de los zapatos. <i>Dependiente:</i> No se viste sólo ó lo hace de forma incompleta.</p>
<p>USO DEL RETRETE <i>Independiente:</i> No precisa ningún tipo da ayuda para entrar y salir del cuarto de aseo. Usa el retrete, se limpia y se viste adecuadamente. Puede usar un orinal por la noche. <i>Dependiente:</i> Precisa ayuda para llegar hasta el retrete y para utilizarlo adecuadamente. Incluye el uso del orinal y de la cuña.</p>
<p>MOVILIZACIÓN (CAMA/SILLON) <i>Independiente:</i>No requiere ayuda para sentarse ó levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama(puede utilizar ayudas mecánicas, como un bastón) <i>Dependiente:</i> Requiere alguna ayuda para una u otra acción.</p>
<p>CONTINENCIA <i>Independiente:</i> Control completo de la micción y de la defecación. <i>Dependiente:</i> Incontinencia total ó parcial. Incluye el control total de los esfínteres mediante enemas, sonda ó el empleo reglado del orinal y/o cuña.</p>
<p>ALIMENTACIÓN <i>Independiente:</i> Lleva la comida del plato a la boca sin ayuda. <i>Dependiente:</i> Es ayudado a llevar la comida del plato ala boca. Incluye no comer y alimentación parenteral ó a través de una sonda. Debe recogerse lo que el paciente hace realmente, no lo que es capaz de hacer. Clasificación: A. Independiente en todas las actividades. B. Independiente en todas las actividades, salvo en una. C. Independiente en todas las actividades, salvo en el baño y otra más. D. Independiente en todas las actividades, salvo en el baño, el vestido y otra más. E. Independiente en todas las actividades, salvo en el baño, el vestido, el uso del retrete y otra más. F. Independiente en todas las actividades, salvo en el baño, el vestido, el uso del retrete en la transferencia y otra más. G. Dependiente en todas las actividades.</p>

ANEXO D
ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY,
DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

Para el desarrollo del índice de Lawton los encuestadores debe recoger lo que el paciente hace realmente y no lo que el dice que es capaz de hacer, de ahí que se requiera comprobar si realmente o no realizan las actividades instrumentales de la vida diaria.

En la evaluación de cada ítem solo se permite marcar únicamente una alternativa toda vez cada una de ellas son excluyentes.

EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO. Esta se explora siempre y cuando el anciano(a) tenga en su casa teléfono. Los ítem a explorar son:

Utiliza el teléfono por iniciativa propia y sin ayuda para marca. Si la respuesta es afirmativa se marca 1.

Marca números bien conocidos. Si la respuesta es afirmativa se marca 1.

Contesta el teléfono pero no marca. Si la respuesta es afirmativa se marca 1.

No usa el teléfono en absoluto.

Si la respuesta es afirmativa se marca 0.

EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DE PARA IR DE COMPRAS. Los ítems a explorar son:

Realiza todas las compras necesarias sin ayuda. Se incluye en este ítem las compras en la plaza de mercado, supermercados, almacenes del comercio. Si la respuesta es afirmativa se marca 1.

Compra pequeñas cosas. Se incluye en este ítem las compras que se realizan en las tiendas del barrio.. Si la respuesta es afirmativa se marca 0.

Necesita compañía para realizar cualquier compra. Si la respuesta es afirmativa se marca 0.

Es incapaz de ir a compras, aún con compañía. Si la respuesta es afirmativa se marca 0.

EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PARA PREPARAR COMIDAS. Los ítem a explorar son:

Planea, prepara y sirve sin ayuda las comidas adecuadas. Si la respuesta es afirmativa se marca 1.

Prepara las comidas si le proporciona los ingredientes. Si la respuesta es afirmativa se marca 0.

Prepara las comidas, pero no mantiene una dieta adecuada. Si la respuesta es afirmativa se marca 0.

Necesita que le preparen las comidas. Si la respuesta es afirmativa se marca 0.

EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DEL CUIDADO DE LA CASA. Los ítems a explorar son:

Cuida de la casa con ayuda o ésta es ocasional. Si la respuesta es afirmativa se marca 1.

Realiza tareas domésticas ligeras. Si la respuesta es afirmativa se marca 1.

Realiza tareas domésticas pero no mantiene un nivel de limpieza aceptable. Si la respuesta es afirmativa se marca 1.

Necesita ayuda en todas las tareas de la casa. Si la, respuesta es afirmativa se marca 0.

No participa en ninguna tarea doméstica. Si la respuesta es afirmativa se marca 0.

EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PARA EL LAVADO DE LA ROPA. Los ítems a explorar son:

La realiza sin ayuda. Si la respuesta es afirmativa se marca 1.

Lava o aclara algunas prendas. Si la respuesta es afirmativa se marca 1.

Necesita que otro se ocupe de todo el lavado. Si la respuesta es afirmativa se marca 0.

EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DE UTILIZAR LOS MEDIOS DE TRANSPORTE. Los ítems a explorar son:

Viaja de forma independiente. Incluye el uso del servicio de transporte público (buses, busetas y taxis). Si la respuesta es afirmativa se marca 1.

No usa transporte público, salvo taxis. Si la respuesta es afirmativa se marca 1.

Viaja en transporte público (buses, busetas y taxis) si le acompaña otra persona. Si la respuesta es afirmativa se marca 1.

Viaja en taxi o automóvil solamente con la ayuda de otro. Si la respuesta es afirmativa se marca 0.

No viaja en absoluto, ni aún con compañía. Si la respuesta es afirmativa se marca 0.

EVALUACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN Los ítem a explorar son:

No precisa ayuda para tomar correctamente la medicación. Si la respuesta es afirmativa se marca 1.

Necesita que le sean preparadas las dosis o las pastillas con antelación. Si la respuesta es afirmativa se marca 0.

No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación. Si la respuesta es afirmativa se marca 0.

EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PARA UTILIZAR EL DINERO. Los ítems a explorar son:

No precisa ayuda para manejar dinero ni llevar cuentas. Si la respuesta es afirmativa se marca 1.

Necesita ayuda para ir al banco, para grandes gastos. Si la respuesta es afirmativa se marca 1.

Incapaz de manejar dinero. Si la respuesta es afirmativa se marca 0.

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR
ÍNDICE DE LAWTON DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA
DIARIA

<p>Capacidad para usar el teléfono.</p> <p>1 Utiliza el teléfono por iniciativa propia y sin ayuda</p> <p>1 Marca números bien conocidos.</p> <p>1 Contesta el teléfono pero no marca</p> <p>0 No usa el teléfono en absoluto.</p>
<p>Ir de compras</p> <p>1 Realiza todas las compras necesarias sin ayuda.</p> <p>0 Compra pequeñas cosas.</p> <p>0 Necesita compañía para realizar cualquier compra.</p> <p>0 Es incapaz de ir de compras.</p>
<p>Preparación de la comida</p> <p>1 Planea, prepara y sirve sin ayuda las comidas adecuadas.</p> <p>0 Prepara las comidas si le proporcionan los ingredientes.</p> <p>0 Prepara la comida, pero no mantiene una dieta adecuada.</p> <p>0 Necesita que se le prepare la comida.</p>
<p>Cuidar la casa</p> <p>1 Cuida la casa sin ayuda o ésta es ocasional.</p> <p>1 Realiza tareas domesticas ligeras.</p> <p>1 Realiza tareas domesticas, pero no mantiene un nivel de limpieza aceptable.</p> <p>0 Necesita ayuda en todas las áreas de la casa.</p> <p>0 No participa en ninguna tarea domestica.</p>
<p>Lavado de la ropa</p> <p>1 Lo realiza sin ayuda.</p> <p>1 Lava o aclara algunas prendas.</p> <p>0 Necesita que otro se ocupe de todo el lavado.</p>
<p>Medio de transporte</p> <p>1 Viaja de forma independiente.</p> <p>1 No usa transporte público, salvo taxis.</p> <p>1 Viaja en transporte público, si le acompaña otra persona.</p> <p>0 Viaja en taxi o automóvil solamente con la ayuda de otros.</p> <p>0 No viaja en absoluto.</p>
<p>Responsabilidad sobre la medicación</p> <p>1 No precisa ayuda para tomar correctamente la medicación.</p> <p>0 Necesita que le sean preparadas las dosis o las pastillas con antelación.</p> <p>0 No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación.</p>
<p>Capacidad para utilizar dinero.</p> <p>1 No precisa dinero para manejar dinero, ni llevar cuentas.</p> <p>1 Necesita ayuda para ir al banco, para grandes gastos.</p> <p>0 Incapaz de manejar dinero.</p>

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR**

**ANEXO E
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

La presente carta certifica mi aceptación para participar en una investigación, que firmo libremente, después de haber escuchado las explicaciones y hechas las aclaraciones y respondidas todas las preguntas que he considerado necesarias. Declaro que;

He sido informado(a), he leído, me han explicado y he entendido cuales son: a) los objetivos de la investigación en la cual voy a participar; b) los procedimientos en que se espera que colabore, incluida su duración, frecuencia, tipo de actividad requerida y restricciones a que me comprometo; c) los riesgos y beneficios que conllevan dichos procedimientos y d) las alternativas de tratamiento existentes.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que por esta razón puedo retirarme del estudio; cuando yo quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos, en la institución a la cual estoy afiliado.

Los costos adicionales que demande la investigación corren a cargo de los investigadores. Lo anterior no me exime del pago de materiales y servicios normales, que no hagan parte de la investigación.

Acepto voluntariamente participar en la investigación, con los compromisos que me han sido explicados y sin más beneficios que los previamente pactados.

Para constancia, firmo ante un testigo, el presente CONSENTIMIENTO INFORMADO, en la ciudad de Popayán a los _____ días del mes de _____ del año _____

Firma y N° cc del paciente

Firma y N° CC del investigador responsable

Firma y N° CC de testigo

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL INFORMANTE

ESTUDIO DE VALORACIÓN FUNCIONAL DE LAS ANCIANAS EN TRES CENTROS DIA. POPAYÁN. 2005.

Como requisito para optar el título de especialista en Epidemiología General se llevara a cabo un estudio cuyo objetivo general es evaluar el área funcional de las adultas en tres Centros Día, para prevenir la incapacidad y fomentar su independencia. Y con este trabajo vamos a:

- Caracterizar la situación sociodemográfica de las ancianas.
- Determinar la morbilidad sentida.
- Determinar el índice de Katz para caracterizar las actividades básicas de la vida diaria
- Determinar el índice de Lawton Browdy y para caracterizar las actividades instrumentales de la vida diaria
- Caracterizar los recursos sociales de las ancianas
- Explorar la prevalencia de sentimientos de soledad y su asociación con algunos factores de riesgo.

La participación en este estudio es voluntaria y puede retirarse del mismo cuando usted lo considere. Inmediatamente finalice su evaluación funcional usted será informado de sus resultados y recibirá las correspondientes recomendaciones por parte de su evaluador, que es un profesional de la salud con conocimientos en el área del estudio.

El estudio representa una investigación sin riesgo, toda vez que empleara técnicas y métodos de investigación la aplicación de encuestas, las cuales ya han sido usadas en otros trabajos a nivel mundial. No se realizaran intervenciones intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, y no se trataran aspectos sensitivos de su conducta. Se garantiza la confidencialidad de los resultados. La que se mantendrán, toda vez que al análisis de la información solo se considerará un código asignado.

Para poder ingresar al estudio debe firmar el consentimiento informado, el cual se le presentara por escrito y se le explicará los contenidos del presente texto, mediante el cual le estamos asegurando a las personas que

participaran en nuestro estudio la ausencia de riesgos, y la garantía que no sufrirán ningún daño físico, psicológico o social.

La valoración de las personas se realizará en las instalaciones de tres centros día. Se hará por medio de una entrevista.

Entre los beneficios que se obtendrán de este trabajo, permitirá a las personas identificar su estado actual de funcionalidad, las alternativas institucionales para la búsqueda del mantenimiento de su funcionalidad o de recuperación en el caso que se identifiquen algunas pérdidas que sean susceptibles de recuperar. Igualmente será un aporte para la administración municipal y la dirección del ancianato para desarrollar programas de promoción de la salud.