

**SITUACIÓN DE SALUD FÍSICA DE BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA RED DE
CUIDADO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR**

**INVESTIGADORES
LINA MARÍA GÓMEZ SERNA
MANUELA TORRES VANEGAS
JUAN JOSÉ URIBE MONTOYA**

**ASESORA
DORIS CARDONA ARANGO**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA DE LA SALUD PÚBLICA
MEDELLÍN
2018**

SITUACIÓN DE SALUD FÍSICA DE BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA RED DE
CUIDADO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

INVESTIGADORES
LINA MARÍA GÓMEZ SERNA
MANUELA TORRES VANEGAS
JUAN JOSÉ URIBE MONTOYA

ASESORA
DORIS CARDONA ARANGO

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA DE LA SALUD PÚBLICA

INFORME FINAL PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTAS EN GERENCIA DE
LA SALUD PÚBLICA

MEDELLÍN
2018

ÍNDICE DE CONTENIDO

1	RESUMEN Y PALABRAS CLAVES.....	7
2	ABSTRACT AND KEYWORDS	8
3	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	9
3.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
3.2	JUSTIFICACIÓN	11
3.3	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	12
4	MARCO TEÓRICO	13
4.1	ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ	13
4.2	SITUACIÓN DE SALUD DEL ADULTO MAYOR.....	14
4.2.1	Características y cambios normales del adulto mayor sano	15
4.2.2	Minimental State Examination (MMSE).....	17
4.2.3	Patologías crónicas en el adulto mayor.....	17
4.3	POLÍTICAS PÚBLICAS.....	20
4.4	CONDICIONES DEL CUIDADO.....	21
4.4.1	El cuidador y el cuidado	21
4.4.2	El colapso del cuidador	22
4.5	PROGRAMA RED DE CUIDADO DEL ADULTO MAYOR	23
5	OBJETIVOS	27
5.1	OBJETIVO GENERAL	27
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
6	METODOLOGÍA.....	28
6.1	ENFOQUE METODOLÓGICO	28
6.2	TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	28
6.3	POBLACIÓN	28
6.4	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	28
6.5	DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.....	28
6.5.1	Cuadro de variables	29
6.5.2	Diagrama de variables.....	31
6.6	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	32
6.6.1	Fuentes de información	32
6.6.2	Instrumento de recolección de información	33
6.6.3	Proceso obtención de la información.....	33
6.7	PRUEBA PILOTO	34
6.8	CONTROL DE ERRORES Y SESGOS.....	35

6.9 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	35
7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	36
8 RESULTADOS	38
8.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA DEL PROGRAMA	38
8.2 DESCRIPCIÓN DE CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS CON LA SALUD FÍSICA Y ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA.....	39
9 DISCUSIÓN.....	53
10 CONCLUSIONES	55
11 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
12 ANEXOS.....	61
12.1 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	61

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Pirámide poblacional de Envigado años 2005-2016-2020	10
Gráfico 2. Cambio en la proporción de la población por grupos etarios, municipio de Envigado 2005, 2016 y 2020.	24

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Colombia. Distribución de la población, según grandes grupos de edad. 1950 - 2050.	14
Tabla 2. Distribución de la población beneficiaria del programa cuidadores por grupo de edad y sexo. Envigado, año 2018.	38
Tabla 3. Distribución absoluta y porcentual de la prueba MMSE por sexo según el puntaje total y deterioro cognitivo en la población beneficiaria del programa cuidadores. Envigado, año 2018.	40
Tabla 4. Frecuencias y porcentajes de respuestas sobre preguntas relacionadas con la salud bucal en población beneficiaria del programa cuidadores. Envigado, año 2018.	42
Tabla 5. Tipo de discapacidad identificada en la población beneficiaria del programa cuidadores. Envigado, año 2018.	43
Tabla 6. Identificación de enfermedades que padecen los beneficiarios del programa cuidadores. Envigado, año 2018.	44
Tabla 7. Aspectos relacionados con el estado nutricional de la población beneficiaria del programa cuidadores. Envigado, año 2018.	45
Tabla 8. Aspectos relacionados con el nivel de dependencia de la población beneficiaria del programa cuidadores. Envigado, año 2018.	45
Tabla 9. Aspectos relacionados con la calidad de vida de la población beneficiaria del programa cuidadores. Envigado, año 2018.	46
Tabla 10. Apoyo de la red social que recibe la población beneficiaria del programa cuidadores. Envigado, año 2018.	47
Tabla 11. Identificación de rechazos o trato injusto sufrido por la población beneficiaria del programa cuidadores. Envigado, año 2018.	47
Tabla 12. Nivel de autonomía de la población beneficiaria del programa cuidadores respecto a la alimentación. Envigado, año 2018.	48
Tabla 13. Nivel de autonomía de la población beneficiaria del programa cuidadores respecto a la diferentes categorías. Envigado, año 2018.	49

1 RESUMEN Y PALABRAS CLAVES

Debido al incremento en la longevidad en los habitantes de Envigado, se identificó la necesidad de fortalecer su acompañamiento y cuidado, es así como se generó el programa “Red de cuidado del adulto mayor” para mejorar la calidad de vida de personas en situación de cuidado dependiente. Debido a la falta de información sobre los beneficiarios, se requerían datos para establecer líneas de base y determinar procesos futuros.

Objetivo: determinar la situación de salud de los beneficiarios del programa red del cuidado integral del adulto mayor.

Materiales y métodos: estudio observacional descriptivo, transversal prospectivo, con fuente de información primaria encuestando a 81 beneficiarios del programa. Se realizaron análisis univariados, bivariados y cálculos estadísticos.

Resultados: Las personas beneficiarias en su mayoría son mujeres (69,1%) la edad promedio es de 77,9 (DE 8,4 años) y son mayormente casadas (35,8%). Viven en residencias ubicadas principalmente en el estrato 3 (58,0%); el 33,3% reporta que su vivienda tiene barreras arquitectónicas. El riesgo de deterioro cognitivo fue del 21,0% principalmente en hombres. Respecto al cuidado bucal, el 39,5% tiene dentadura natural, el 37,0% se cepilla 3 o más veces al día, aunque el 51,9% no utiliza seda. El 46,9% no limita sus alimentos por problemas bucales. El 66,7% reportó tener al menos una discapacidad y el 50,6% tiene hipertensión arterial, con tratamiento en el 97,6% de los casos. Se identifican altos niveles de dependencia para diferentes actividades cotidianas.

Conclusiones: los hallazgos reflejan la necesidad de apoyo que tienen los adultos mayores, por lo que se recomienda continuar con el programa.

Palabras claves: Anciano; envejecimiento; cognición; salud del anciano; servicios de salud para ancianos, vulnerabilidad; apoyo social (Fuente: DeCS).

2 ABSTRACT AND KEYWORDS

The increase in longevity among the inhabitants of Envigado showed the need to strengthen the accompaniment and care for elderly. Due to this the program "Red de cuidado del adulto mayor" was created, to improve the quality of life of people in care dependents. There was also a lack of information about the beneficiaries, data were required to establish baselines and determine future processes

Objective: to determine the health situation of the beneficiaries of the program "Red de cuidado del adulto mayor".

Materials and methods: a descriptive, cross-sectional, prospective, observational study with a primary source of information, surveying 81 program beneficiaries. Univariate, bivariate and statistical calculations were performed.

Results: the beneficiaries are mostly women, 69.1%, the average age is 77.9 (SD 8.4 years) and mostly married 35.8%. The stratum predominates three 58.0%; 33.3% report that their house has architectural barriers. The risk of cognitive deterioration was 21.0%, mainly in men. With regard to oral care, 39.5% have natural teeth, 37.0% brush 3 or more times a day, although 51.9% do not use floss. 46.9% do not limit their food due to oral problems. 66.7% reported having at least one disability and 50.6% had high blood pressure, with treatment in 97.6% of cases. High levels of dependency are identified for different daily activities.

Conclusions: the findings reflect the need for support for elder person, so it is recommended to continue with the program.

Keywords: Elder persons; aging; cognition; health for the aged, health services for the aged, vulnerability; social support (Source: DeCS).

3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial se describe un fenómeno de alta relevancia en términos demográficos relacionado con las altas expectativas de vida y que es conocido como “envejecimiento poblacional”, el cual está generando una transformación en las dinámicas de los territorios debido a tres factores claves como lo son la reducción de la fertilidad, el incremento en la longevidad y los movimientos migratorios. Para el año 2017, 962 millones de personas se encontraban por encima de 60 años representando el 13% de la población. Dicha población está creciendo a un ritmo de aproximadamente 3% por año estimándose que para el año 2030 esta sea de 1.400 millones y para el 2050 un cuarto de la población en todas las regiones, excepto en África, será mayor de 60 años, representando 2.100 millones de personas en total ⁽¹⁾.

Para Latinoamérica en general se observa que la población cambiará de un 12% en 2017 a un 25% en 2050^(1,2). Aunque el proceso de transición demográfica es generalizado en la región, ha sido muy disímil entre los diferentes países. Sin embargo, es común el descenso más acelerado en la fecundidad que en la mortalidad ⁽³⁾ y hacia el año 2050 habrá tantas personas cumpliendo 65 años cada año como nuevos nacimientos ⁽⁴⁾.

Colombia no es ajena a esta rápida transición demográfica, un 10% de su población tiene 60 años o más y es el grupo que registra el mayor crecimiento poblacional. Esto llevará a que aproximadamente a partir del año 2040 el tamaño absoluto de la población de 60 años o más supere al de la población menor de 15 años. Al igual que en Latinoamérica, en Colombia la población de 60 años o más tiende a crecer de manera más proporcional en las zonas urbanas frente a las zonas rurales debido a la mayor mortalidad, mayores tasas de fecundidad y al proceso de envejecimiento de los adultos que migraron hacia las ciudades en años anteriores⁽³⁾. En el 2050, Bogotá sería la región con mayor porcentaje de personas de 60 años o más, seguida por Antioquia y Valle del Cauca, por su lado, Medellín registrará para el 2050 el índice de envejecimiento más alto de todo el país, equiparándose al que en la actualidad muestran los países más desarrollados del mundo^(2,3). Lo anterior demuestra la existencia de una relación entre las dinámicas de envejecimiento y el nivel de modernización y urbanización de las ciudades⁽²⁻⁴⁾.

El municipio de Envigado según la proyección de población del DANE, para el año 2017, tuvo una población de 232.903 habitantes, de esta población, el 51.8 % (120.764) eran mujeres y el 48.2 % (112.139) hombres. Para el año 2005 la población fue de 175.085 habitantes, de los cuales el 52,1% (91.189) eran mujeres y el 47,9% (83.896) eran hombres, de manera que se evidencia un aumento en la población del municipio hasta la fecha del 33,02% y se calcula para la fecha un total de 26.168 hombres y 33.756 mujeres de 50 años o más ^(5,6).

A medida que se analiza la población del municipio en el transcurso de los años, como se evidencia en el gráfico 2, la estructura poblacional ha mostrado un cambio importante donde se observa una mayor proporción en la población adulta mayor. Como resultado de esta nueva pirámide poblacional, el municipio cuenta ahora con un número importante de habitantes adultos mayores, que por sus condiciones propias de la edad presentan diversos estados patológicos que requieren una atención y cuidado diferente, no solo por el sistema de salud sino por la familia. Se puede encontrar que las 5 primeras causas de muerte en esta población son: enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, tumores malignos, enfermedades cerebro vasculares y tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón. Estas enfermedades antes de causar la muerte son crónicas y degenerativas, por lo que demandan a la familia del enfermo cuidados especiales y este es el momento en el cual algunos de los familiares se pueden convertir en el cuidador primario o requerir de un cuidador externo ⁽⁵⁾. Este cambio demográfico, invita a las autoridades sanitarias a tener muy en cuenta en las agendas académicas y gubernamentales el desarrollo del envejecimiento en la sociedad, definido este como un proceso inherente a la vida humana que requiere entenderse como un fenómeno multidimensional que involucra cambios de orden físico, psicológico y social entre otros^(6,7).

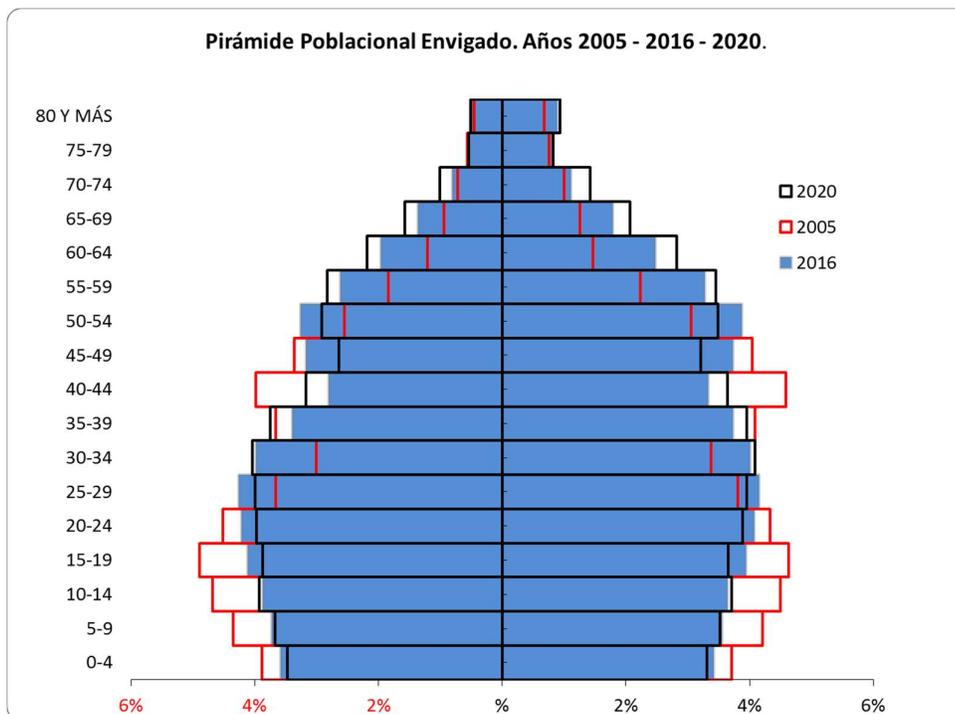


Gráfico 1. Pirámide poblacional de Envigado años 2005-2016-2020

A raíz de este incremento en la longevidad y las patologías propias de estos grupos etarios, el municipio de Envigado identificó necesidades globales específicas de sus ciudadanos mayores y es así como en el año 2015 se generó el proyecto llamado “Red de cuidado del adulto mayor” para mejorar la calidad de vida de personas en situación

de cuidado dependiente por enfermedad y/o discapacidad, donde se incluye al adulto mayor, a través de la asistencia, el acompañamiento y la provisión de ayudas básicas para la subsistencia y el cuidado. Dicho proyecto está constituido por varias fases: en la primera fase se realiza una convocatoria en la comunidad para la participación voluntaria del programa de cuidadores y se inicia la formación y certificación de los participantes; la segunda fase es la creación de la red de cuidadores del municipio, la cual debe tener influencia en todas las zonas para así poder brindar el apoyo a familias que lo requieran. La tercera y última fase es la entrega de suministros para mejorar el cuidado y la calidad de vida de esta población en caso de que lo requieran. Para el año 2018 se espera atender alrededor de 240 usuarios, con una inversión cercana a los 1.400 millones de pesos ⁽⁸⁾.

Desde la creación del proyecto hasta la actualidad no existe información (datos o registros) ni investigaciones que permiten establecer la línea de base relacionada con el estado integral de salud de los beneficiarios del programa “Red de cuidado integral del adulto mayor”, lo cual ante la alta demanda del servicio (reflejado en un incremento sostenido de solicitudes de cuidadores por parte de cuidadores primarios, familias y líderes sociales) y a pesar de conocer con claridad el perfil de morbimortalidad de la población del municipio y definir el mismo en el grupo etario de interés, limita a los tomadores de decisiones para definir las prioridades de intervención, la destinación pertinente de los recursos, la implementación de procesos específicos de capacitación, la adquisición de insumos y suministros y la determinación en procesos futuros de instrumentos de medición que permitan establecer el impacto de las acciones desplegadas en el programa en términos del estado de salud de su población objeto.

3.2 JUSTIFICACIÓN

En el mundo actual se determina como de alta importancia la existencia de información oportuna, veraz, real y aplicable en el sector salud y diversos sectores del orden social, información que permita tomar decisiones acertadas, que facilite el seguimiento y permita la medición del impacto. En ese orden de ideas se hace necesario conocer la línea de base del estado de salud y del cuidado primario de los usuarios de la red de cuidado del adulto mayor en el municipio de Envigado, información que permita determinar las problemáticas existentes y posteriores escenarios de intervención, mejoramiento y seguimiento de los programas. Existen diversos estudios a nivel local y mundial relacionados con el envejecimiento y la vejez, sin embargo, el municipio de Envigado pese a que cuenta con registros y datos sobre la población adulta mayor no tiene información científicamente estructurada que permita caracterizar las condiciones básicas relacionadas con el ámbito de la salud y la posibilidad de cuidado primario de los adultos que ingresan al programa.

La presente investigación fue planeada para mitigar el requerimiento de información sobre las características de vulnerabilidad en términos de la salud física y las oportunidades de cuidado primario de los adultos mayores beneficiarios de la red, cuyos resultados, más allá del interés de los investigadores por la información, aportarán al

gobierno local para entender y proponer espacios propicios que faciliten la disminución de brechas de inequidad y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población usuaria del programa, lo cual tiene un impacto directo en los estándares de salud de los territorios y en la calidad de vida de los grupos vulnerables ^(3,9), toda vez que se establecerán criterios que permitirán enfocar de manera más acertada la elaboración y seguimiento de las políticas, planes, programas y proyectos de la administración municipal y diversos actores sociales.

La posibilidad de tener una línea de base con datos específicos de los usuarios del programa permitirá establecer un punto de partida y orientar los objetivos de la realización del proyecto, aportaría un nuevo conocimiento respecto a la situación de salud de aquellas personas que son beneficiarias y con estos nuevos datos generados, a futuro, permitirá realizar el análisis y evaluar el impacto que está teniendo dentro de la población, su entorno y familia. También permitirá conocer y llevar a cabo un seguimiento del progreso del estado de salud y condiciones de cuidado de los beneficiarios del programa, determinado posiblemente su impacto y permitiendo proponer intervenciones que reduzcan las desigualdades, uso racional de los recursos y contribuir al diseño de estrategias que conlleven a un impacto positivo en la calidad y esperanza de vida de los usuarios ⁽¹⁾.

De esta forma el programa red de cuidadores del adulto mayor está inmerso en el actual plan de desarrollo de la administración municipal 2016-2019 “Vivir mejor un compromiso con Envigado” y por medio de los resultados de este proyecto de investigación se podrá contar con herramientas de análisis para crear indicadores de evaluación que permitan el reconcomiendo del impacto del programa en los individuos, con el fin de dar solución a los nuevos retos que presenta el fenómeno demográfico que se está dando, sumado a la alta demanda del servicio de internación de los adultos mayores, de cuidadores para el hogar y de insumos y suministros para su cuidado y a su vez encontrar debilidades, fortalezas y oportunidades de mejora continua específicas para el programa, todo lo anterior contribuye de manera directa en la facilitación de la gestión gerencial en salud pública para aquellos responsables en la administración, diseño y toma de decisiones relacionadas con los planes, programas y proyectos del orden sanitario y social.

3.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la situación de salud de los beneficiarios del programa red de cuidado integral del adulto mayor?

4 MARCO TEÓRICO

4.1 ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ

El envejecimiento es un proceso natural, asociado al tiempo, multifactorial y dinámico que se presenta a lo largo del ciclo vital desde la concepción hasta la muerte. Este proceso genera cambios en las distintas esferas del desarrollo humano y se ve influenciado por el contexto en el cual se ha desarrollado el individuo (histórico, económico, ambiental, político y sociocultural) así como por los comportamientos y respuestas a estos desde el nivel individual, familiar y social. Este proceso se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible ^(2,6,7,10).

Se puede afirmar que gracias al desarrollo económico, social, científico y tecnológico se ha generado una disminución de la mortalidad, de la fecundidad y un aumento de la esperanza de vida lo cual se manifiesta en el fenómeno mundial conocido como envejecimiento poblacional ^(10,11). A nivel mundial la esperanza de vida al nacer se incrementó de 3,6 años entre 2000-2005 y 2010-2015, o dicho de otra forma incrementó de 67,2 años a 70,8 años. Se proyecta que esta esperanza de vida al nacer pase a 77 años en 2045-2050 ⁽¹⁾.

Para el 2017 se estima que existían 962 millones de personas con 60 años o más, representando el 13% de la población mundial y va creciendo a un ritmo de 3% al año. Se proyecta que para el año 2050 se alcance una población de 2100 millones de personas mayores de 60 años, representando un número muy similar al de la población de 15 años o menos⁽¹⁾.

La transición demográfica es el proceso en el cual se pasa de altas tasas de fecundidad y mortalidad a bajas tasas. Se pueden diferenciar en estas dos grandes etapas: en la primera etapa aumenta la tasa de crecimiento natural gracias a un descenso de la mortalidad manteniéndose la fecundidad alta y en la segunda disminuye la tasa de crecimiento natural debido al descenso de la tasa de fecundidad, pero la mortalidad permanece baja o continúa bajando ^(3,4).

Colombia ha experimentado este proceso de transición demográfica desde mediados del siglo XX, lo cual ha modificado la estructura de la población. Actualmente el país se encuentra en un estadio avanzado de transición demográfica y en una etapa moderada de envejecimiento, lo que quiere decir que tiene tasas de fecundidad entre 2.3 y 3.3 e índice de envejecimiento entre 20% y 32% ^(3,12).

Para el 2050 como lo muestra la tabla 1, se espera un aumento en el número de adultos con más de 60 años los cuales representarán un 23% de la población. Desde el 1985 la población de 60 años o más es la que más aumenta en términos absolutos proyectándose que para el 2040 este grupo poblacional supere en número a la población menor de 15 años en Colombia ^(3,11).

Tabla 1. Colombia. Distribución de la población, según grandes grupos de edad. 1950 - 2050.

Tabla 1. Colombia. Distribución de la población, según grandes grupos de edad. 1950-2050								
Años	Menores de 15 años	%	De 15 a 59 años	%	De 60 y más años	%	Total	%
1950	5.358.4	42,6	6.584.0	52,4	626.0	5,0	12.568.5	100
1980	11.567.9	40,7	15.248.6	53,6	1.630.1	5,7	28.446.6	100
2000	12.850.6	32,7	25.570.1	60,4	2.900.8	6,9	42.321.4	100
2010	14.312.6	28,8	31.171.3	62,8	4.181.5	8,4	49.665.3	100
2020	14.479.4	25,6	35.560.6	62,9	6.529.3	11,5	56.569.3	100
2030	14.525.5	23,2	38.341.3	61,2	9.788.1	15,6	62.695.3	100
2040	14.413.2	21,3	40.450.6	59,8	12.758.7	18,9	67.632.4	100
2050	14.517.6	20,3	41.591.7	58,1	15.440.2	21,6	71.549.6	100

Fuente: DANF (1998).

Las migraciones son otro factor a tener en cuenta al momento de hablar sobre el proceso de la transición demográfica ya que hay una migración selectiva desde el área rural al área urbana en los grupos de 15 a 35 años de edad lo que hace que este proceso comience más rápido en el área urbana debido a un descenso de la fecundidad más acelerado. Así mismo el proceso se retrasa en la zona rural ya que hay mayores tasas de fecundidad en dicha zona.

Existe una asociación entre modernización y urbanización con regiones que muestran niveles más altos de envejecimiento gracias a que el proceso de transición demográfica es más adelantado en dichas regiones. Este fenómeno no es homogéneo en todas las regiones de Colombia ^(2,4). El envejecimiento humano lleva a cambios en los patrones de enfermedad, incrementando el riesgo de padecer enfermedades de índole físicos, mentales y cognitivas donde en un gran porcentaje son enfermedades crónicas ^(7,10,13).

4.2 SITUACIÓN DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

El proceso de envejecimiento trae consigo implicaciones a nivel individual, familiar y en la sociedad. De esta forma se impacta en el sistema de salud y seguridad social ⁽¹³⁾, el cual debe analizar y adecuarse a la situación de salud del adulto mayor. Para conocer esta situación se debe tener en cuenta las condiciones de salud y la respuesta que se da a dichas condiciones, como la transición epidemiológica y la transición de la atención sanitaria, respectivamente ⁽¹⁰⁾. La transición epidemiológica es el cambio a largo plazo de las condiciones de salud y la transición de la atención sanitaria es la respuesta a los patrones de salud-enfermedad y la relación con el contexto donde se está desarrollando.

La situación de salud del adulto mayor se encuentra en medio de una paradoja ya que la mortalidad se está disminuyendo, pero la morbilidad está aumentando. Esto se debe a los avances tecnológicos y científicos que se han tenido en el área de la salud que permite prolongar la vida aun con enfermedades crónicas y degenerativas ⁽¹⁰⁾.

4.2.1 Características y cambios normales del adulto mayor sano

El proceso de envejecimiento implica múltiples cambios fisiológicos y morfológicos que depende de la interacción de factores físicos, mentales, sociales y ambientales y las acciones que se planeen y ejecuten, basados en el proceso del cuidado del adulto ya sea por el mismo, su familia o cuidador ⁽⁶⁾.

La valoración completa del estado de salud abarca la revisión por sistemas, el estado mental, situación social y nivel de autonomía, así como la capacidad para funcionar como persona independiente a pesar de la presencia de enfermedades crónicas ^(7,8).

- Sistema nervioso: hay cambios en el desempeño cognitivo que se debe a todo el proceso de envejecimiento con disminución progresiva de la masa cerebral más o menos en un 5%. Antiguamente se asociaba a la muerte de neuronas, pero en estudios recientes se demuestra que la pérdida de neuronas es mínima en la vejez. La pérdida está ubicada en zonas específicas el cerebro, lo que se correlaciona con deterioro en la función ejecutiva ⁽¹⁴⁾. La medula espinal pierde peso, los productos de desecho se acumulan en el tejido cerebral ocasionando el engrosamiento de las meninges, se pierde masa celular nerviosa provocando atrofia del cerebro y la medula espinal, además se presenta una disminución en la cantidad de células nerviosas que trae como consecuencia la disminución en la velocidad de transmisión del mensaje, disminución en la percepción y enlentecimiento en la coordinación sensorio-motora. Adicional, disminuye en el sentido del tacto y sensación de dolor crenado confusión y se da una disminución en el control de la musculatura esquelética que conlleva a caídas ⁽¹⁵⁾.
- Sistema cardiovascular: se presenta un leve incremento en el tamaño del corazón, la pared cardiaca es más gruesa, el gasto cardiaco en reposo disminuye aproximadamente 1% cada año después de los 20 años de edad, las válvulas cardiacas son más gruesas, las arterias se dilatan y pierden elasticidades y son invadidas por capas de grasa, colesterol tejido fibroso y calcio ^(14,16).
- Aparato respiratorio: se aprecia calcificación de cartílagos costales, disminución de movilidad de las costillas y los músculos accesorios son menos efectivos, además hay menor eficacia de la tos y de la actividad ciliar lo que hace al adulto más susceptible a infecciones respiratorias ⁽¹⁷⁾.
- Piel y anexos: la epidermis y dermis se adelgazan, disminuyen el número de fibras elásticas, se reduce la cantidad de grasa subcutánea en especial en

extremidades, hay disminución de capilares y de riego sanguíneo por lo que la piel es menos elástica, reseca, se arruga, con irritaciones, menos pigmentación, se reduce la tolerancia a las temperaturas y a la luz solar ^(6,14).

- Aparato reproductor femenino: en la mujer la producción ovárica de estrógenos y progesterona cesa con la menopausia, la vagina se torna delgada, estrecha, pierde elasticidad y se reducen las secreciones, tiene mayor sequedad y menos acidez vaginal; el útero y los ovarios presentan involución y por consiguiente atrofia, hay disminución en el deseo y actividad sexual.
- Aparato reproductor masculino: se reduce el tamaño del pene y los testículos al igual que las concentraciones de andrógenos, se desarrolla disfunción eréctil y disminuye la producción de espermatozoides ⁽¹⁴⁾.
- Sistema genitourinario: hay disminución en el tamaño de los riñones, los músculos de la vejiga se debilitan, se aumenta la eliminación de agua y hay menor capacidad de reabsorción y secreción tubular, el esfínter urinario es menos capaz de cerrarse, en los hombres la próstata tiende a aumentar su volumen, hay retención de orina e incontinencia urinaria ⁽⁸⁾.
- Digestivo: hay deterioro de la función de masticar y deglutir, disminuye salivación, presencia de caries, pérdida del gusto, vaciamiento intestinal lento, sensación de llenura, estreñimiento.
- Sistema musculo esquelético: la fuerza y la masa muscular alcanzan su máxima expresión entre la segunda y la cuarta décadas de la vida y desde entonces se produce una declinación progresiva, se dan cambios en la movilidad equilibrio y funcionamiento de ligamentos, tendones entre otras estructuras óseas. Hay pérdida de la elasticidad y las articulaciones son más inestables, pérdida de fuerza en extremidades inferiores, hay balanceo y dificultad para desplazamiento y movimientos extremos.
- Órganos de los sentidos: la capacidad para diferenciar el verde del azul disminuye, hay deterioro de la capacidad para escuchar tonos agudos, hay acumulación de cerumen, pérdida de sensibilidad a sabores dulces, a estar mucho tiempo percibiendo un determinado olor ⁽¹⁴⁾.

Con el paso de los años ocurren muchos cambios en el organismo del adulto mayor, algunos de ellos visibles otros no. Muchos de estos cambios requieren que las personas hagan ajustes para realizar las actividades cotidianas.

4.2.2 Minimental State Examination (MMSE)

El Minimental State Examination (MMSE) fue creado por Folstein y colaboradores en 1975 y es una de las pruebas cognitivas más breves y más utilizadas en el mundo para el tamizaje de pacientes con alteraciones cognitivas que se realiza de forma rápida (de 5 a 10 minutos). Este instrumento se compone de 30 ítems dicotómicos que evalúan seis procesos cognitivos: orientación temporal, orientación espacial, memoria de fijación, memoria de evocación, atención y cálculo y lenguaje. Originalmente fue diseñado en inglés y posteriormente fue validado y traducido al español ⁽¹⁸⁾.

Debido a su eficiencia como test breve su aplicación pasó de la práctica clínica solamente a estudios poblacionales y de comunidad debido a sus características que permiten evaluar al individuo de forma cuantitativa y la brevedad de su aplicación, adicional de no necesitar que el personal que realice la prueba sea especializado ⁽¹⁸⁾.

Se ha demostrado que diversos factores pueden cambiar los resultados del MMSE, por eso se debe nombrar que el test presenta limitaciones y es sensible a edad, nivel de educación y cultura donde en este último punto los países han intentado disminuir este contratiempo adaptándolo a su cultura ⁽¹⁸⁾. Presenta también el efecto suelo y techo, es decir, cuando la tarea es tan buena o sencilla en todos los casos que es imposible hallar alguna diferencia y cuando la tarea es tan complicada que la ejecución de los individuos es pobre y no permite discriminar entre los sujetos, respectivamente ⁽¹⁹⁾.

4.2.3 Patologías crónicas en el adulto mayor

Las enfermedades crónicas o incapacitantes son aquellas que comúnmente se adquieren por medio de estilos de vidas inapropiados, aunque siempre hay que considerar que existen factores genéticos de naturaleza hereditaria que concierne a estas condiciones. Se caracterizan por tomar un período de tiempo prolongado para que se desarrollen, ocasionan una destrucción progresiva de los tejidos, interfieren con la capacidad del cuerpo para funcionar de forma óptima.

La estructura y funcionamiento del cuerpo humano cambian con el aumento de la edad, se disminuye la percepción, coordinación y la función sensorial y sensitiva, adicional de existir una disminución en el control de la musculatura esquelética. La población de adultos mayores tiende al crecimiento como consecuencia del aumento de la disminución de la natalidad ^(9,20).

En el sistema nervioso es muy común encontrar la enfermedad de Alzheimer el cual es un mal neurológico progresivo, debilitante y eventualmente fatal, es la forma más común de demencia ⁽¹⁵⁾. Más de la mitad de las personas mayores que sufren de impedimentos mentales padecen de esta enfermedad. Dentro de los signos y síntomas más comunes en esta enfermedad se encuentran pérdida de memoria sobre eventos recientes, pérdida en la habilidad para realizar cosas en el trabajo o en el hogar, dificultad en el proceso de aprendizaje, la persona muestra fallas de discernimiento, cambio de

personalidad, dificultad en el movimiento y en el habla, eventualmente la persona muestra desorientación total y no responde a ningún estímulo exterior ^(14,15).

Por otra parte, una de las enfermedades crónicas de mayor impacto en el adulto mayor es la enfermedad de Parkinson o temblor en reposo. Desafortunadamente es progresivo y degenerativo, hay ausencia de expresión facial, marcha característica, flexión anterior del tronco y rigidez y debilidad muscular. Entre los principales síntomas están la aquinesia (rareza del gesto y pérdida de los automatismos como el parpadeo espontáneo, el balanceo de los brazos en la marcha al caminar), hipertonía, temblor de reposo exagerado ⁽⁸⁾.

En el sistema cardiovascular una de las enfermedades más prevalente es la hipertensión arterial, que se caracteriza por un aumento de su espesor con cambios en su estructura y aumento de la resistencia⁽¹⁶⁾. Una de las complicaciones de la esta patología es el accidente cerebrovascular, que se caracteriza por la interrupción del flujo sanguíneo a una parte del cerebro debido a que un vaso sanguíneo se bloquea o se rompe. Si se detiene el flujo sanguíneo durante más de unos pocos segundos, el cerebro no puede recibir sangre y oxígeno ⁽²¹⁾. Las células cerebrales pueden morir, causando daño permanente. Los principales síntomas son cambios en la lucidez mental (incluyendo coma, somnolencia y pérdida del conocimiento, la memoria y los sentidos), dificultad para deglutir, mareos, falta de control de esfínteres, incoordinación, entumecimiento de un lado del cuerpo y problemas para caminar.

En el aparato respiratorio una de las enfermedades más prevalentes es el EPOC o Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, que causa dificultad para respirar. Se manifiesta por la bronquitis crónica (tos prolongada con moco) y el enfisema. La mayoría de los pacientes con este tipo de afecciones requieren de un cuidado especial, porque con el tiempo se vuelven oxígeno dependientes ⁽²⁰⁾.

Dentro del sistema genitourinario, las patologías que se presentan con mayor prevalencia es la insuficiencia renal crónica, que es la pérdida progresiva e irreversible de la función renal, además de las infecciones urinarias a repetición por los cambios morfológicos del aparato reproductor de los adultos mayores que las favorecen ⁽²²⁾.

Estas infecciones del tracto urinarias se pueden presentar en cualquier parte a lo largo de las vías urinarias, dependiendo de qué parte de las vías urinarias está infectada, los síntomas más comunes son orina turbia, disuria, hematuria, piuria, cistitis, fatiga, piel enrojecida y caliente y si la infección se propaga hasta los riñones, los síntomas pueden abarcar cambios mentales o confusión ^(8,23).

En el sistema musculo esquelético dentro de las principales alteraciones se encuentra la osteoporosis que es un proceso degenerativo caracterizado por la desmineralización del hueso, que sucede con mayor frecuencia en mujeres pos menopáusicas, en personas sedentarias o inmovilizadas y en enfermos en tratamiento con corticosteroides.

Dentro de las enfermedades reumáticas se encuentra la osteoartritis o enfermedad articular degenerativa, en donde las articulaciones más afectadas son aquellas que

soportan el peso corporal (caderas, rodillas, y espina dorsal). Los cartílagos que protegen las caras articulares (en los extremos de los huesos) se degeneran debido a la debilidad de las estructuras de apoyo, tales como los tendones, ligamentos, y músculos. Los síntomas son: dolor articular, entumecimiento de las articulaciones. Otra enfermedad reumática es la artritis reumatoide que representa el tipo de artritis más severa debido a conlleva a estados de invalidez. Generalmente comienza entre las edades de 20 a 45 años y afecta tres veces más a la mujer que al hombre. El síntoma principal es inflamación de las articulaciones, el dolor es severo y puede persistir por un período de tiempo mayor en comparación con la osteoartritis ⁽¹⁴⁾.

La diabetes mellitus predomina en las alteraciones metabólicas que es una enfermedad crónica caracterizada por niveles altos de azúcar en la sangre. La diabetes tipo 2 se presenta en la edad adulta, porque el páncreas no produce suficiente insulina para mantener los niveles de glucemia normales, debido a que el cuerpo no responde bien a la insulina, es común debido a la creciente obesidad y a la falta de ejercicio. Los síntomas son visión borrosa, fatiga, polifagia, polidipsia y poliuria. Algunas de las complicaciones que se pueden presentar y que pueden generar necesidad de cuidador en el hogar son cetoacidosis diabética, que causa en el paciente desorientación, dificultad respiratoria al estar acostado, disminución del apetito y sentidos embotados que pueden progresar a un coma ⁽²⁴⁾.

Otra complicación de la diabetes es la neuropatía diabética, que es un daño a los nervios del cuerpo causado por los niveles altos de azúcar en la sangre. Los síntomas con frecuencia se desarrollan lentamente durante algunos años y pueden variar dependiendo de los nervios que estén afectados. Entre estos se encuentran: entumecimiento (pérdida de sensibilidad) u hormigueo doloroso, ardor en partes del cuerpo, en especial en los dedos de las manos, los dedos de los pies, las manos y los pies, debilidad muscular y dificultad para caminar, cortes, llagas o ampollas, problemas de vejiga tales como infecciones del tracto urinario e incontinencia urinaria (la pérdida del control de la vejiga), problemas digestivos, entre otros.

Por último, se encuentra el cáncer, que se caracteriza por un crecimiento y propagación descontrolada de células anormales. Éstos comúnmente crecen e invaden tejidos próximos y frecuentemente se diseminan hacia otras partes del cuerpo. Los síntomas más comunes son escalofríos, fatiga, inapetencia, malestar general, pérdida de peso e incluso la muerte ⁽¹⁴⁾.

Las enfermedades crónicas tienen un alto índice de morbilidad y mortalidad, y en muchos casos, son el resultado de conductas adoptadas por las personas a lo largo de su vida como fumar, falta de sueño, el sedentarismo, las dietas inadecuadas y el consumo de bebidas alcohólicas. Además, debido a la duración significativa de la enfermedad crónica, el individuo necesita aprender a vivir con ella, por lo cual la intervención se debe encaminar a la modificación de la conducta, el control del estrés y la responsabilidad de cada persona con su salud.

La falta de seguridad económica es otro factor que influye en la situación de salud de la persona, ya que son personas que pasan de un grupo poblacional que labora a ser

dependientes bien sea de terceros o de su propia pensión, lo que eventualmente afecta de forma negativa en su acceso a los servicios de salud o tratamientos de enfermedades inevitables crónicas propias de la edad ⁽²⁵⁾.

4.3 POLÍTICAS PÚBLICAS

El gran reto que enfrentan los países es el de preservar la calidad de vida de las personas mayores de 60 años, donde no se trata solo de preservar la supervivencia y el aumento de la expectativa de vida, sino también evitar así una saturación de los servicios de salud, la discapacidad y la dependencia funcional ⁽¹⁰⁾.

Como lo dice en la Política Colombiana de envejecimiento humano y vejez 2012-2024 “la calidad de vida en el adulto mayor va fuertemente asociada a su estado de salud donde el concepto de salud para el adulto mayor se relaciona en buena medida, en su capacidad funcional, en el sentirse útil, con capacidad para realizar cualquier actividad, lo que mantiene su autoestima, una mejor sensación de satisfacción con la vida y una reducción en los estados depresivos, que han demostrado tener relaciones significativas con indicadores objetivos como son la presencia de enfermedades crónicas, el tiempo con el que han convivido con la enfermedad, y la complicación de la enfermedad, entre otros. De ahí que, el bienestar emocional y la percepción de la salud, sean utilizados como indicador de una mejor calidad de vida, y estén condicionados por la autopercepción de la condición de salud de los adultos mayores y el grado de actividad física que manejan en su vida cotidiana” ⁽¹⁰⁾. Según la encuesta SABE la tenencia de vivienda, los ingresos y el empleo también influyen en la percepción de la calidad de vida ⁽²⁶⁾.

En la II Asamblea Internacional sobre envejecimiento de la población se dieron tres lineamientos para aplicar políticas: las personas de edad y su desarrollo, la promoción de salud y bienestar entre las personas mayores y el logro de entornos emancipadores y propicio⁽¹¹⁾.

El estado colombiano ha adquirido el compromiso de formular políticas públicas orientadas al ejercicio efectivo de los derechos humanos, con las implicaciones que esto conlleva en términos de disponibilidad de recursos, planes y programas que orienten las acciones del estado y la sociedad.

En la Constitución Política Nacional de 1991 se protege los derechos humanos de los adultos mayores y se establece que el estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas mayores y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria ^(10,26).

La ley 1151 de 2007 y la ley 1251 de 2008 establecen la obligación Del Ministerio De Salud Y Protección Social, de desarrollar la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez adicional de ratificar la promoción y defensa de los derechos de esta población. La Política Nacional de Envejecimiento y Vejez es una política pública que está dirigida a

todos los adultos de 60 años o más y tiene especial énfasis en aquellos que hacen parte de alguna minoría o tengan alguna desventaja en cualquier aspecto del desarrollo ⁽¹⁰⁾.

En un estudio realizado en el 2015 a adultos mayores vinculadas al centro Atardecer, un hogar gerontológico subsidiado por el municipio de Envigado se concluyó que estos tienen una buena percepción de la calidad de vida, ya que califican el municipio como un lugar donde se puede vivir muy bien, satisfacer sus necesidades psicosociales y los componentes de salud y bienestar en general. Esto da a entender que el municipio de Envigado está bien encaminado en el cuidado del adulto mayor ⁽²⁵⁾. Pero para dar continuidad al trabajo articulado que permita sostener el bienestar de los adultos mayores el Municipio viene trabajando en una política pública municipal.

4.4 CONDICIONES DEL CUIDADO

4.4.1 El cuidador y el cuidado

El cuidado de los adultos mayores, los abuelos o los ancianos de la familia, representa un verdadero reto sobre la atención adecuada que se les debe proporcionar debido en gran parte a la reciprocidad que nos merecen, aún más cuando éstos llegan a presentar limitaciones y enfermedades.

El cuidador es aquella persona que se encuentra implicada en las labores de cuidado de otra persona que padece una enfermedad crónica de forma permanente o temporal. Es la persona que se responsabiliza de las necesidades del tratamiento y de representar los intereses de su ser querido, al mismo tiempo debe atender sin distracción su propia salud mental y física, su trabajo, sus tareas familiares, sus amistades, darse espacio para el disfrute de lo cotidiano, el esparcimiento, las actividades gratificantes y una vida sexual sana. Al asumir el papel de cuidador otros aspectos de su vida reciben menos atención. Se cuenta con menos tiempo y energía para compartir con la familia y muchos descuidan su trabajo, es por esto, que una de las intervenciones sobre los cuidadores es incentivarlos a que tengan una actitud abierta y honesta respecto de los sentimientos y la situación ⁽²⁷⁾.

Según la OMS entre los objetivos prioritarios de los cuidados se encuentran aliviar el dolor u otros síntomas molestos en el paciente, apoyar a la familia durante la enfermedad, proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible, apoyo psicológico, espiritual y social al enfermo, no alargar ni acortar la vida, reafirmar la importancia de la vida y considerar la muerte como algo normal. Se enfatiza que los cuidados se deben basar en la atención integral, la importancia del ambiente, la concepción terapéutica activa, la promoción de la autonomía y la dignidad a considerar al enfermo y la familia como unidad a tratar ⁽²⁸⁾.

Existen varios tipos de cuidadores entre los que se encuentran el cuidador primario y el secundario. El cuidador primario que es la persona que debe cumplir con una serie de acciones de la vida cotidiana, para las cuales puede o no estar preparado, tener

experiencia o motivación, e influye mucho si su función le fue impuesta o la realiza de forma inesperada ⁽²⁹⁾.

Su labor comprende la higiene corporal diaria que se realiza en la ducha, bañera o en cama, el aseo bucal después de cada comida, el corte y aseo de las uñas y cabello, la selección de la ropa para el paciente y el resto de la ayuda que según la patología del paciente así lo requiera ^(30,31).

En cuanto a los requerimientos o dietas especiales del paciente, el cuidador se encarga de brindar ayuda en la acción de alimentarse, si necesita nutrición parenteral o enteral, o el suministro de la comida desde el plato hacia la boca en porciones pequeñas, vigilando que el adulto tenga una adecuada deglución de los alimentos para evitar el ahogamiento, sin olvidar la hora de la medicación si es antes o después de las comidas ^(28,32).

El cuidado del adulto mayor en el hogar, una vez que éste depende totalmente de sus familiares o de sus cuidadores, genera una problemática muy amplia pues exige del cuidador el conocimiento de actividades que tal vez nunca ha realizado o en las cuales no tiene suficiente experiencia, además las atenciones que brinda deben ser personalizadas, ajustadas específicamente a las necesidades del sujeto de cuidado. Es importante entonces lograr una conducta equilibrada: por una parte, evitar agredir la dignidad de quien recibe la atención sin dejar de proporcionarle los cuidados adecuados y, por otro lado, que el cuidador no cometa el error de olvidarse de sus propias necesidades ya que sólo así se podrá ofrecer una atención de calidad.

4.4.2 El colapso del cuidador

La salud del cuidador se deteriora y cada vez es menos capaz de cumplir con las crecientes exigencias del familiar enfermo, por ejemplo, el cuidado de un enfermo con deterioro cognitivo siempre implica una carga que se vive de manera distinta según las características de cada cuidador, por lo que en ocasiones es difícil de evaluar ⁽³³⁾.

El colapso del cuidador se presenta cuando la carga del cuidado sobrepasa su capacidad y recursos y es tan grave que puede causar síndrome de burnout (agotamiento emocional, despersonalización en el trato e inadecuación con la tarea que se realiza) ⁽³²⁾ además del riesgo de muerte o suicidio. También es importante que la familia tenga claro el alcance del cuidador y sus limitaciones a fin de evitar conflictos. Es vital que el cuidador delegue funciones y solicite ayuda y debe de entender que nadie es culpable de la enfermedad del anciano ⁽³⁴⁻³⁶⁾.

Todos los cuidadores podrían considerarse como población de alto riesgo por esta razón, el cuidador tiene que ver como la salud de su ser querido va declinando progresivamente y la vida empieza a girar en torno al enfermo, apareciendo de esta manera un círculo de codependencia y falta de límites, empiezan a aparecer todas las sensaciones y sentimientos de frustración, depresión o cansancio y es importante que esta rabia o impotencia sea canalizada en abuso y negligencia en contra del enfermo o

en descuido de sí mismo que es lo que comúnmente pasa. El cuidador muchas veces es incapaz de mostrar y dirigir sus sentimientos negativos hacia los demás y lo que no puede volcar al exterior se vuelve en su contra. En suma, todo el dolor se queda en la persona solo porque no se encuentran los canales para darle salida ⁽³⁵⁾.

Además de la depresión, otros problemas frecuentes del cuidador primario es el estrés, que es la reacción de la mente y el cuerpo a situaciones amenazantes o desafiantes ⁽³⁵⁾. El cuidado de un paciente crónico implica un alto grado de estrés, cada día los familiares se enfrentan a la realidad de que el paciente vaya empeorando y que en vez de mejorar con el cuidado que se les proporciona la persona se vuelve más dependiente hasta llegar a necesitar cuidados y supervisión las 24 horas del día.

Esto significa cambios inesperados en la vida cotidiana de ambos, paciente y familiar. Surgen un sinnúmero de sentimientos y pensamientos diversos que pueden crear conflictos, dudas, temores, tensiones, angustia y tristeza, además no es fácil entender que ninguna persona está suficientemente preparada para cuidar de alguien dependiente ⁽³⁶⁾.

En muchos estudios se ha revelado que el cuidador (enfermera o familiar) tienen un riesgo aumentado de sufrir de depresión. El riesgo de depresión es mayor cuando el paciente pierde independencia, es decir, cuando depende cada vez más del cuidador.

4.5 PROGRAMA RED DE CUIDADO DEL ADULTO MAYOR

Durante la vejez se empieza a hacer necesario el cuidado y acompañamiento debido a los retos que presenta esta nueva etapa de la vida para los adultos mayores, en cuanto a las necesidades médicas y no médicas. Estos cuidadores deben ser personas con capacidad de respuesta adecuadas a cada situación particular y a cada persona individual. Los cuidadores pueden ser personas externas o mismos miembros de la familia, donde generalmente el papel recae en la mujer, y en la mayoría de los casos son los hijos los cuidadores ⁽²⁶⁾.

A raíz de las características poblacionales que presenta el municipio de Envigado, donde según el estudio DANE (2005) El 53,6% de la población adulta estaba conformado por habitantes entre los 50 y 62 años en edad laboral, mientras el 46,3% eran personas entre los 63 años y los 104.

Para el año 2016 - 2017 se contó con una población menor de un año (< 1) que representaba el 1,4% (3.122) del total de la población, proporción igual a la presentada en los años 2013 y 2014, y muy similar al año 2012, en el cual dicha población representó el 1,5% ⁽⁵⁾.

Lo anterior muestra poca variación de este grupo de edad en el último quinquenio, sin embargo, se evidencia disminución del peso porcentual frente al resto de la población, el grupo de edad de uno a nueve años (1 a 9), corresponde al 13% de la población general, comportamiento similar al presentado en los últimos cinco años. Para la población entre diez y veintinueve años (10 a 29) se ha venido presentando disminución

sostenida en el peso porcentual en este grupo poblacional desde el año 2012 pasando de 34,0% en ese año a 32,3% en el 2016 y de igual forma, el grupo de personas entre treinta y cuarenta y cuatro años (30 y 44) se ha mostrado estable en el último quinquenio con el 21% aproximadamente de la población del municipio. Por otro lado, el comportamiento del grupo de edad de cuarenta y cinco y más años (> 45) ha mostrado aumento, puesto que en el año 2012 fue de 30,8% mientras que en el 2016 fue del 32,2% del total de la población, evidenciándose un aumento en la población del 1,4% en este grupo poblacional desde el año 2012 ⁽⁵⁾.

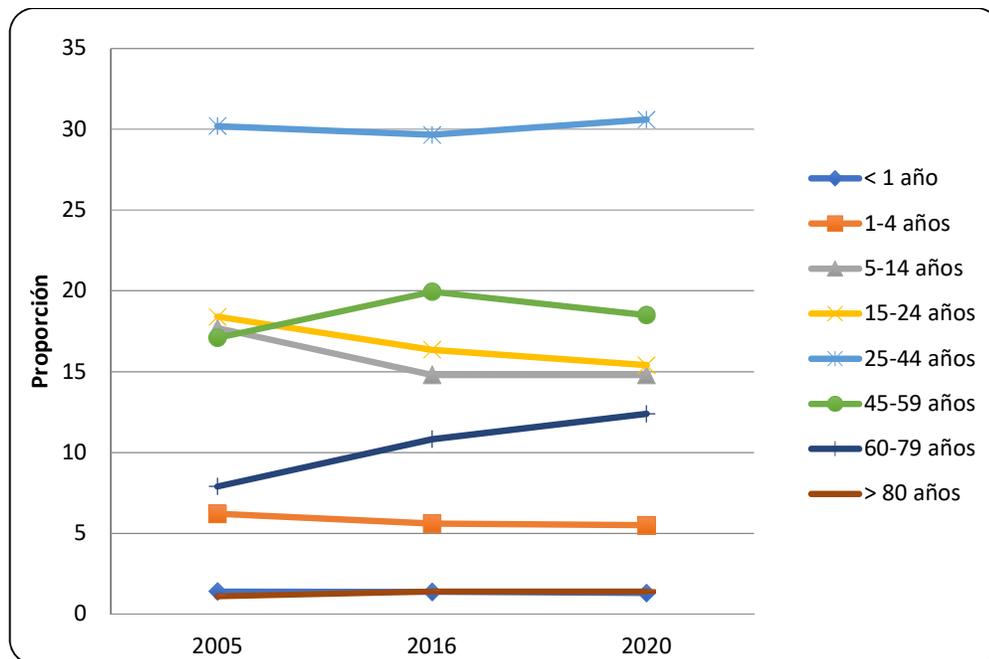


Gráfico 2. Cambio en la proporción de la población por grupos etarios, municipio de Envigado 2005, 2016 y 2020.

Se genera el programa “Red de cuidado integral del adulto mayor” dentro del municipio, el cual tiene tres fases para su desarrollo e implementación:

- Fase I

Esta fase contempla la formación y certificación de los cuidadores primarios o secundarios a través del desarrollo de un curso donde se abordan temas relacionados con los procesos de cuidado, teniendo en cuenta la situación de morbilidad municipal y las características de las personas seleccionadas para brindar el cuidado. Este curso se realiza para personas que residan en el municipio de Envigado.

Esta formación es dada por el CEFIT con el fin de certificar ante una institución educativa el respectivo curso, la deben realizar idealmente profesionales de enfermería por ser estas especialistas en el cuidado, su duración mínima es de 45 horas y se tienen tres niveles, para progresar en la cualificación de estos cuidadores.

De esta formación se benefician personas residentes en el municipio que entrarán al proyecto como cuidadores de personas y se les paga por ello y también aquellos que

voluntariamente quieran estar en el curso y en la red de cuidadores ofreciendo cuidados de manera voluntaria mas no remunerada. Se seleccionan, para la formación, personas de todas las zonas de planificación del municipio y de manera proporcional al número de adultos mayores y de personas en situación de discapacidad.

- Fase II

Esta fase consiste en el acompañamiento a personas en situación de enfermedad o discapacidad una vez formados y seleccionados los cuidadores, se empieza a cuidar a personas. Este proceso consiste en el acompañamiento al usuario, en la provisión de cuidados básicos como el baño, el cambio de pañal, el arreglo de la cama, actividades de prevención de accidentes y de úlceras por presión entre otras que no impliquen la realización de un proceso invasivo. Para ello los cuidadores deben realizar las siguientes actividades:

- Valoración por enfermería

- Visita inicial: esta es la primera actividad que se ejecuta, consiste en realizar la primera visita y por tanto el primer contacto con el paciente. Para ello se debe tener en cuenta que se realizaran tres acciones fundamentales:

a. Primer contacto: aquí se establece la primera conversación con el paciente y/o el cuidador, se genera empatía con él o ellos, se presenta el cuidador y también el objetivo del programa y la metodología del acompañamiento.

b. Valoración: consiste en una evaluación de las condiciones generales del paciente, con el fin de tener herramientas para hacer el plan de cuidados. Esta valoración se realizara basándose en las 14 necesidades de Virginia Henderson⁽³⁷⁾. Estas 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Esta valoración se realiza en el transcurso de 2 o tres visitas. Las necesidades son:

- Respirar normalmente.
- Comer y beber adecuadamente.
- Eliminar por todas las vías corporales
- Moverse y mantener posturas adecuadas
- Dormir y descansar.
- Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
- Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.

- Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
- Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
- Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
- Participar en actividades recreativas.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

c. Establecimiento de normas en el proceso de acompañamiento: aquí se menciona al paciente y a la familia como se realizará dicho acompañamiento, estas deben incluir como será la alimentación del cuidador en el tiempo de cuidado, hora de salida y entrada, que acciones desarrollará el cuidador para ayudarle al paciente y que acciones debe hacer el paciente para fomentar su autonomía (baño, deambulaci3n, alimentaci3n, entre otros).

- Visitas sucesivas: Estas corresponden a los acompa1amientos que el cuidador deber1 realizar a cada uno de los pacientes asignados.

- Fase III

Suministro de ayudas alimenticias y aditamentos para enfermos de acuerdo con sus necesidades.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la situación de salud de los beneficiarios del programa “Rred del cuidado integral del adulto mayor” del municipio de envigado durante el primer semestre del 2016 con el fin de establecer una línea de base.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociodemográficas de la población beneficiaria del programa.
- Describir la salud física de los adultos mayores beneficiarios del programa.
- Establecer las condiciones básicas de cuidado en el hogar con las que cuentan los beneficiarios del programa.

6 METODOLOGÍA

6.1 ENFOQUE METODOLÓGICO

El presente estudio desarrolló un enfoque cuantitativo, debido a que se trata de un estudio descriptivo, haciendo uso de la estadística y la epidemiología como herramientas de análisis.

6.2 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

Este estudio es observacional de alcance descriptivo, cuya temporalidad es transversal con direccionalidad prospectiva. No se realizó ningún tipo de intervención, toda la información se analizó a partir de las encuestas aplicadas, donde describen las características de la población usuaria del programa sin intervención directa o generación de cambios. La recolección de datos se realizó en un solo momento con el propósito de describir variables, levantando la información desde la fuente primaria.

6.3 POBLACIÓN

La población objeto del estudio fueron todos los adultos mayores (81) beneficiarios del programa “red cuidado integral del adulto mayor” del municipio de Envigado, que se encontraron activos para la vigencia 2018, donde la unidad de análisis fue el adulto mayor.

6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Los criterios de inclusión fueron adultos mayores con capacidad de firmar el consentimiento informado y responder la encuesta con previa verificación de la superación de la prueba mini mental y que estaban activos en el programa “red cuidado integral del adulto mayor”.

6.5 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Las variables utilizadas en este estudio que le dan respuesta a los objetivos planteados, fueron las siguientes:

6.5.1 Cuadro de variables

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS				
NOMBRE	NATURALEZA	MEDICIÓN	FORMATO	VALORES
Genero	Cualitativa	Nominal	Numérico	1. Femenino 2. Masculino
Edad	Cuantitativa	Nominal	Numérico	De 0 a 110 años
Estado civil	Cualitativa	Nominal	Numérico	1. Soltero 2. Casado 3. Separado 4. Viudo 5. Unión Libre
Ocupación	Cualitativa	Nominal	Numérico	1. Ama de casa 2. Empleo Formal 3. Pensionado o jubilado sin ocupación 4. Independiente 5. Empleo informal
Empresa administradora de planes de beneficio	Cualitativa	Nominal		Nombre EAPB
Barrio	Cualitativa	Nominal		Nombre del barrio
Régimen afiliación	Cualitativa	Nominal	Numérico	1. Subsidiado. 2. Contributivo. 3. Pobre no asegurado. 4. Régimen especial
Encuesta SISBÉN	Cualitativa	Nominal	Numérico	1. Si 2. No
Puntaje SISBÉN	Cuantitativa	Nominal		Numero puntaje
Quien ofrece el soporte Económico	Cuantitativa	Nominal	Numérico	1. Conyugue 2. Hijos 3. Cuñado. 4. Sobrinos. 5. Otro.
VARIABLES CLÍNICAS				
Antecedentes Patológicos	Cualitativa	Nominal	Numérico	1. HTA 2. EPOC 3. Diabetes 4. Enfermedad Cerebro Vascular 5. En. Oseas y osteoarticulares degenerativas. 6. En Mental

Presencia de Escaras	Cualitativa	Nominal	Numérico	1. Si 2. No
Amputación	Cualitativa	Nominal	Numérico	1. Si 2. No
Alteración de la movilidad	Cualitativa	Nominal	Numérico	1. Si 2. No
Postración en cama	Cualitativa	Nominal	Numérico	1. Si 2. No
Uso de sondas vesicales	Cualitativa	Nominal	Numérico	1. Si 2. No
Uso material de ostomias	Cualitativa	Nominal	Numérico	1. Si 2. No
Alimentación complementaria	Cualitativa	Nominal	Numérico	1. Si. 2. No
Uso de pañales	Cualitativa	Nominal	Numérico	1. Si. 2. No
Uso equipos de locomoción	Cualitativa	Nominal	Numérico	1. Si 2. No
Acceso a medicamentos o tratamiento	Cualitativa	Nominal	Numérico	1. Si 2. No
Necesidad de tutela para acceso a los servicios de salud	Cualitativa	Nominal	Numérico	1. Si 2. No
CONDICIONES DE CUIDADO				
Situación Económica	Cualitativa	Nominal	Numérico	1. Más de 2 salario mínimo 2. Entre 1 y 2 salarios mínimos 3. 1 salario mínimo y pensión contributiva 4. Ayudas o subsidios del Estado o entidades privadas 5. Sin ingresos
Situación familiar	Cualitativa	Nominal	Numérico	1. Vive con familia sin dependencia físico/psíquica 2. Vive con cónyuge de similar edad 3. Vive con familia y/o conyugue y presenta algún grado de dependencia 4. vive solo y tiene hijos próximos 5. Vive solo y carece de hijos o viven alejados
Situación Vivienda	Cualitativa	Nominal	Numérico	1. Adecuada a necesidades 2. Servicios públicos (Luz eléctrica, alcantarillado, agua potable, servicio de gas, teléfono) 3. Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (escaleras, puertas estrechas, baños,...) 4. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente,...) 5. Vivienda inadecuada (escasas dimensiones, elaboradas con materiales

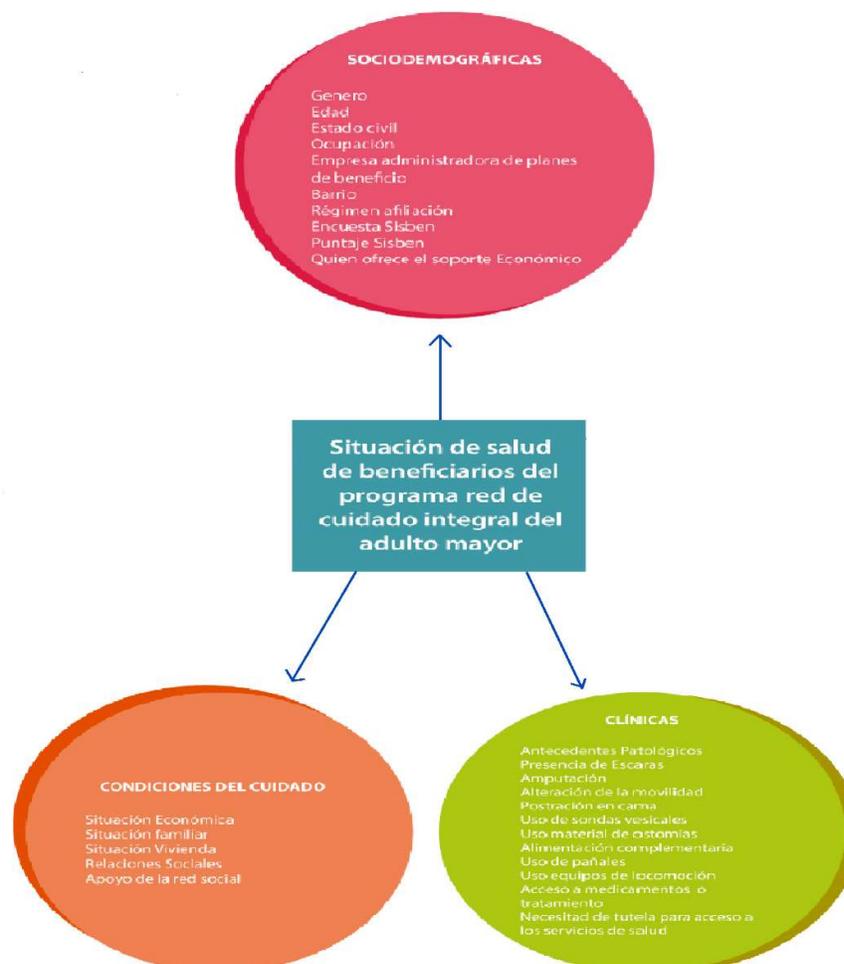
				de construcción no convencionales, ausencia de equipamientos mínimos)
Relaciones Sociales	Cualitativa	Nominal	Numérico	1. Relaciones sociales amplias
				2. Relación social con familia y vecinos
				3. Relación social sólo con familia o vecinos
				4. No sale de su domicilio, recibe visitas
				5. No sale y no recibe visitas
Apoyo de la red social	Cualitativa	Nominal	Numérico	1. Con apoyo familiar y vecinal
				2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria
				3. No recibe apoyo
				4. Pendiente del ingreso a hogar geriátrico
				5. Recibe cuidados permanentes

6.5.2 Diagrama de variables

6.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

6.6.1 Fuentes de información

Este estudio se elaboró a partir de una fuente primaria ya que se creó un instrumento tipo encuesta para la recolección de la información. Esta encuesta se aplicó directamente al adulto mayor beneficiario del programa. En algunos casos, al no lograr obtener la información directamente del adulto mayor, se consultó directamente la historia clínica y documentos anexos suministrados por el adulto mayor y con su consentimiento.



6.6.2 Instrumento de recolección de información

Se construyó un instrumento tipo encuesta que contiene inicialmente la identificación del encuestado, posterior a esto varias preguntas para identificar las características sociodemográficas de esta población como la edad, género, régimen de afiliación, puntaje del SISBÉN, entre otros. Luego se compone de preguntas para identificar su estado clínico, tanto antecedentes como patologías actuales y la necesidad o no de suministros para mejorar las condiciones de vida de acuerdo con sus antecedentes patológicos. Por último, dicha encuesta se complementa con el Test de Gijón (escala que permite valorar el riesgo social del adulto mayor, a partir de la puntuación sobre aspectos como la situación familiar, situación económica, entre otros). Esta escala ayudó a conocer las condiciones del cuidado del adulto mayor tales como su situación económica, de vivienda, nutricional, relaciones sociales y apoyo en la red para su cuidado.

6.6.3 Proceso obtención de la información

Para la obtención de la información se llevó a cabo la siguiente ruta: luego de tener diseñado el instrumento de recolección con cada una de las variables, se identificó la necesidad de que no fueran los mismos cuidadores quienes realizaran las encuestas, debido a que se incluyeron variables a cerca de su cuidado; en su lugar, realizaron las encuestas tres estudiantes de enfermería profesional y una técnica en enfermería. Estas cuatro personas fueron capacitadas por el equipo investigador para la aplicación del instrumento.

En la capacitación se expuso claramente cada una de las preguntas y se resolvieron las inquietudes de los encuestadores. Una vez superado el alistamiento, se inició la aplicación de las encuestas en el domicilio de los beneficiarios del programa, donde los encuestadores se presentaron con indumentaria propia del programa (pijama) y el respectivo carnet que los identificó como encuestadores.

Una vez los encuestadores estaban en la vivienda, se realizó la socialización del consentimiento informado para plasmar la firma o huella del beneficiario. Al este dar su consentimiento, se aplicó de manera rápida el MMSE (test para el cual también recibirán entrenamiento previo) con el objetivo de determinar la autonomía de los adultos mayores para dar respuesta al instrumento de recolección de la información. Al pasar satisfactoriamente el test se procedía con la entrevista donde el encuestador llevó en medio impreso (papel) el cuestionario par ser llenado con lápiz o lapicero, al igual que el huellero y demás insumos e inició solicitando el documento de identidad y el certificado del SISBÉN para llenar con un mínimo margen de error el reporte de datos de variables sensibles en términos sociodemográficos como número de identificación y puntaje del SISBÉN.

Posteriormente, se realizaron las preguntas que se respondieron por parte del entrevistado de manera verbal y cabe anotar que se consideró también como mecanismo para responder el suministro de datos a través de historias clínicas y otros documentos conexos con la atención en salud (órdenes, formulas médicas, certificados sanitarios y demás) buscando obtener la mayor de cantidad de información. El tiempo estimado de la entrevista fue de una hora en promedio y al finalizar la recolección de la información el encuestador agradeció al entrevistado por el tiempo dedicado y se desplazó hasta la sede administrativa del programa para entregar las encuestas al referente de sistematización y procesamiento de los datos para dar trámite a la consolidación y análisis de la misma.

6.7 PRUEBA PILOTO

La prueba piloto permitió realizar un análisis preliminar de los instrumentos antes de iniciar la ejecución del trabajo de campo del proyecto. Los objetivos de esta fueron evaluar la efectividad, idoneidad y claridad del instrumento de estudio y calcular el tiempo necesario para llevar a cabo las entrevistas.

Dicha prueba se llevó a cabo en adultos mayores del Hogar Gerontológico Santa Isabel, contando con autorización previa del hogar, y así tomar una muestra representativa con un tamaño del 20% de la población que fue estudiada y que cumplía con las condiciones que los hacían similares a la población objeto, es decir, adultos mayores beneficiarios del programa. Los demás criterios de inclusión o exclusión no son relevantes para esta prueba piloto y sus objetivos.

Estos adultos mayores estuvieron de acuerdo con su participación en esta prueba piloto, por ello se les presentó el consentimiento informado, previamente avalado por el comité de ética, y una vez recibido el consentimiento del individuo se procedió a realizar el test MMSE. Se hizo una selección aleatoria dentro de los adultos mayores que pasaron el test MMSE y a aquellos que quedaron seleccionados se les aplicó el instrumento de recolección de información.

La dinámica realizada en la prueba piloto es ligeramente diferente a la ejecutada para la recolección de información porque al hacer un muestreo aleatorio desde el principio, no todos los adultos mayores seleccionados aprobaron el test MMSE, lo que llevó a tener menor cantidad de adultos mayores en quien aplicar el instrumento de recolección de información.

En esta prueba se evaluó el tiempo que se tardó el adulto mayor en los tres momentos de la prueba piloto: lectura y firma de consentimiento informado, realización de test MMSE y repuesta de encuesta, el cual fue de una hora en promedio. Posterior a esto, los investigadores evaluaron y realizaron ajustes en el instrumento de recolección de información de acuerdo a lo observado en la prueba piloto.

6.8 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

Ante los posibles sesgos de la investigación se utilizaron los siguientes controles: en primer lugar se cambió la propuesta inicial de que los encuestadores fueran los cuidadores, dado que se podrían presentar conflicto en las preguntas que hablaban específicamente de ellos y su cuidado, por lo que las encuestas las realizaron personas ajenas al programa y capacitadas para ello. Para sesgos de información se realizó una prueba piloto para evidenciar la claridad en las preguntas. Para evitar sesgos en los datos de identificación del encuestado se solicitó el documento de identificación y así mismo se hizo con la ficha del SISBÉN. En caso de que el encuestado no recuerde sus antecedentes patológicos se tomaron los datos anotados en la historia clínica o documentos asociados suministrados por el encuestado o su familia. El sesgo de selección fue controlado ya que toda la población objeto estaba previamente seleccionada. No había lugar al sesgo de confusión ya que en este estudio se toman en cuenta todas las variables que interactúan en el estado de salud de la población para poder determinarlo.

6.9 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para caracterizar la población del programa en sus variables sociodemográficas, de situación de salud y del cuidado se analizaron las variables cualitativas mediante frecuencias absolutas y relativas; las variables; edad del beneficiario, del cuidador y el puntaje obtenido con la prueba MMSE se clasificaron según su naturaleza como cuantitativas, y para éstas se analizaron algunos estadísticos descriptivos (tendencia central, dispersión y posición).

Para el procesamiento de la información se utilizó el software estadístico SPSS versión 23, para el diseño de informes se utilizaron Microsoft Excel y Word, y tablas y gráficos para la presentación de resultados.

7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para respetar la dignidad, los derechos fundamentales y los derechos humanos de los pacientes, esta investigación se cobija bajo la legislación internacional que protegen a los seres humanos en la investigación y mantiene la ética, como lo son el código de Núremberg de 1949, la declaración de Helsinki en 1964, las normas redactadas en el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS por sus siglas en inglés) en 1981 y el informe de Belmont de 1978. Así mismo se adopta la resolución 8430 de 1993 bajo la ley colombiana.

Se considerarán los principios éticos básicos según el informe de Belmont. Uno de los principios que se contempla es el respeto a la autonomía de la persona la cual se refleja en el consentimiento informado. Este demuestra que cada sujeto que participa de la investigación lo hace con pleno conocimiento del proyecto, con sus beneficios y posibles consecuencias y la posibilidad de negarse o retirarse en cualquier momento. Así se considera la protección de las personas con autonomía reducida ^(38,39).

Otro es el principio de beneficencia y no maleficencia, es decir, no hacer daño e incrementar los beneficios y disminuir los posibles daños lo más que sea posible. Los individuos que participan en la investigación lo harán con el conocimiento de los beneficios que trae para el programa y, por consiguiente, a ellos mismos, la generación de este nuevo conocimiento. Y, por último, el principio de justicia por el cual se hará una equidad en la distribución de los beneficios ya que todos los seres humanos son iguales y se merecen un trato justo ^(38,39).

La investigación fue evaluada por un comité de ética. El valor social de la investigación está con la información nueva generada la cual permitió establecer una línea base de la salud física de los beneficiarios del programa Red de cuidadores del adulto mayor para en un futuro poder evaluar el programa y su impacto, para tomar decisiones asertivas en pro de la salud del adulto mayor.

La validez científica se comprueba mediante la metodología, la cual da un claro paso a paso de los procedimientos a realizar y la forma de medición, soportados en evidencia científica. La selección de los sujetos que participaron en la investigación es equitativa ya que no se discriminó ningún paciente por su condición socioeconómica, de género, etnia o cultura. Adicional a esto, el estudio se encuentra dentro de los lineamientos legales y no se ofrecerán pagos para la aprobación o autorización de la investigación.

La investigación se clasifica en investigación con riesgo mínimo según el artículo 11 de la ley 8430 de 1993 debido a que hay interacción directa con los sujetos estudiados y los beneficios potenciales son directos para dicha población.

De acuerdo al artículo 15 de la resolución 8430 de 1993 el consentimiento informado presentó la información explicada, de forma completa y clara para los sujetos de investigación, de forma que fuera comprendida. Así mismo, las personas que cuenten con autonomía limitada no pudieron participar de la investigación. Antes de iniciar la lectura del consentimiento informado, el investigador hizo la aclaración de que pueden

preguntar en cualquier momento sobre éste y se les haría la debida aclaración de no entender algo que allí se encuentre ⁽⁴⁰⁾.

Los consentimientos informados fueron firmados por el sujeto de investigación y éste quedó en su poder con una copia del consentimiento informado diligenciado. El respeto por los sujetos inscritos está amparado bajo este consentimiento, justificándose en los principios de beneficencia y respeto a la autonomía. Este consentimiento informado cumple con los requisitos propuestos en el artículo 16 de la resolución previamente nombrada necesarios para que sea válido.

8 RESULTADOS

8.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA DEL PROGRAMA

Durante este estudio se identificó un total de 81 personas beneficiarias del programa “Red de cuidado del adulto mayor”, las cuales fueron visitadas. Todas las personas pasaron la prueba MMSE y dieron su consentimiento, por lo que se aplicó la encuesta sin descartar a ninguna de éstas. Se identificó que el mayor porcentaje de beneficiarios del programa son mujeres (56) con el 69,1%, mientras que los hombres (22) representan el 27,2%; para 3 registros (3,7%) no se estableció el sexo. En promedio los beneficiarios tienen una edad de 77,9 (DE 8,4 años), con un mínimo de 58 años y un máximo de 96; se encontró el mayor número de beneficiarios pertenece al grupo comprendido entre 80 y 84 años (24) representando el 29,6% del total de beneficiarios, y es el grupo de edad más representativo en ambos sexos: mujeres (16) con el 28,6% y hombres (8) con el 36,4% respecto al total según sexo. Posterior a este grupo de edad, se encuentran las edades comprendidas entre 75 y 79 años (18,5%) y el grupo de 85 y más (16,0%), (tabla 2).

Tabla 2. Distribución de la población beneficiaria del programa cuidadores por grupo de edad y sexo. Envigado, año 2018.

Grupo de edad	Sexo					Total	%
	Mujeres	%	Hombres	%	Sin dato		
55 a 59	2	3,6	0	0,0	0	2	2,5
60 a 64	4	7,1	0	0,0	0	4	4,9
65 a 69	5	8,9	1	4,5	0	6	7,4
70 a 74	8	14,3	3	13,6	0	11	13,6
75 a 79	9	16,1	6	27,3	0	15	18,5
80 a 84	16	28,6	8	36,4	0	24	29,6
85 y más	10	17,9	3	13,6	0	13	16,0
Sin dato	2	3,6	1	4,5	3	6	7,4
Total	56	69,1	22	27,2	3	81	100,0

Según el estado civil, el mayor porcentaje de la población encuestada 35,8% reportó estar casada (29), seguido de solteros (27) 33,3% y viudos (20) 24,7%, el porcentaje restante corresponde a personas separadas, divorciadas o en unión libre (5). Respecto a la escolaridad, para el 64,2% el máximo nivel de escolaridad alcanzado fue la primaria (52), seguido de secundaria (17) 21,0% y únicamente el 7,4% reportó tener educación terciaria o superior (6). En cuanto a la ocupación, el 70,4% de las personas informó no tener ninguna (57), el 24,7% ser ama de casa (20) y el porcentaje restante 4,9% reportó tener algún tipo de empleo formal o informal (4).

Para los ingresos económicos que obtiene esta población, se encontró que el 69,1% reportó haber obtenido algún ingreso económico durante el mes anterior (56), mientras que el 30,9% no reportó o no recibió ningún ingreso (25). De quienes reciben algún

ingreso se comportan de igual manera con el 24,7% quienes tuvieron ingresos entre \$ 100.000 y \$ 200.000 y entre \$ 500.000 y \$ 1.000.000 pesos colombianos (20); mientras que el 6,2% informó ingresos menores a \$ 100.000 o superiores a \$ 1.000.000 (5); 3,7% no reportó el valor de sus ingresos (3) y el mismo porcentaje informó que tuvo ingresos entre \$ 200.000 y \$ 500.000 pesos. Las fuentes de obtención de ingresos son en su orden: jubilación o pensión (29) con el 35,8%, subsidios (23) 28,4%, ayuda familiar interior (12) 14,8%, y el porcentaje restante de alquiler, renta, ingresos bancarios, ayuda de familiares en el exterior o empleo.

El 93,8% de las personas beneficiarias el programa reportaron tener encuesta del SISBÉN (76), de los cuales el 69,7% tiene un puntaje superior al 51,58 (53) seguido de 15,8% con puntajes entre 44,80 y 51,57(12) y 7,9 menos de 44,79 (6). Respecto al estrato socioeconómico de la vivienda, se encontró que el 58,0% pertenecía a estrato 3 (47), el 30,9% a estrato 2 (25) y únicamente el 4,9% a estrato 4 (4); en general 5 personas no reportaron el puntaje del SISBÉN ni conocían su estrato socioeconómico.

Respecto al tiempo residiendo en la vivienda, se encontró que el 40,7% lleva entre 1 y 10 años (33), el 32,1% de 31 años en adelante (26), el 18,5% entre 11 y 30 años (15), únicamente el 2,5 menos de un año (2) y el 6,2% restante no reportó este dato (5). Indagando sobre las condiciones de las viviendas, los hallazgos son los siguientes: el 32,1% tienen 3 habitaciones (26), seguido de 23,5% con 4 (19) y 21,0% con 2 (17). El 93,8% de las casas son de ladrillo (76). El 39,5% de las viviendas son propias (32), el 33,3% familiares (27) y el 24,7% en alquiler (20); el 2,4% restante corresponden a un inquilinato y un registro sin información. El 56,8% reportó que las condiciones de su vivienda son adecuadas a las necesidades (46), el 33,3% presenta barreras arquitectónicas (escaleras, puertas estrechas, baños inadecuados, entre otros), el 4,9% reportó que la vivienda presenta humedales, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, sin agua caliente) (4), solo el 1,2% reportó que la vivienda es inadecuada (escasas-dimensiones, elaborada con materiales de construcción no convencionales, ausencia de equipamientos mínimos) (1) y del 3,7% no se obtuvo esta información.

En general las coberturas de servicios públicos en las viviendas son muy buenas, el 95,1% tienen energía eléctrica y acueducto funcionando (77), el 93,8% tienen servicio de recolección de basuras y teléfono fijo (76), el 80,2% gas natural funcionando (65), el 43,2% internet (35) y el 34,6% de los beneficiarios del programa cuentan con celular (28). Para una vivienda no se reportó servicio de energía eléctrica ni acueducto 1,2% y para todas las variables sobre servicios no hubo información en el 2,5% que corresponde a 2 registros.

8.2 DESCRIPCIÓN DE CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS CON LA SALUD FÍSICA Y ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA

La prevalencia de riesgo para deterioro cognitivo fue de 21,0% (MMSE < 13). El puntaje promedio de los beneficiarios del programa en la escala fue de 13,3 (DE 4,8 puntos); el 50% obtuvo puntuaciones de 15,0 o menos (RI 2 puntos). En ambos sexos se presentaron valores mínimos de 0 puntos, y al comparar por sexo, se observó mayor predominio de deterioro en hombres, con un 58,8%, respecto a las mujeres, con un

41,2%; sin embargo, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el sexo y el riesgo de deterioro cognitivo (tabla 3).

Tabla 3. Distribución absoluta y porcentual de la prueba MMSE por sexo según el puntaje total y deterioro cognitivo en la población beneficiaria del programa cuidadores. Envigado, año 2018.

Puntaje total Mini-Mental	Sexo					Total	%
	Mujer	%	Hombre	%	Sin dato		
Con deterioro cognitivo							
0	1	1,8	1	4,5	0	2	2,5
1	0	0,0	3	13,6	0	3	3,7
2	1	1,8	0	0,0	0	1	1,2
3	0	0,0	1	4,5	0	1	1,2
4	1	1,8	0	0,0	0	1	1,2
6	1	1,8	0	0,0	0	1	1,2
7	0	0,0	1	4,5	0	1	1,2
8	0	0,0	2	9,1	0	2	2,5
10	1	1,8	1	4,5	0	2	2,5
11	0	0,0	1	4,5	0	1	1,2
12	2	3,6	0	0,0	0	2	2,5
Subtotal	7	41,2	10	58,8	0	17	21,0
Sin deterioro cognitivo							
13	4	7,1	4	18,2	0	8	9,9
14	6	10,7	3	13,6	0	9	11,1
15	11	19,6	1	4,5	0	12	14,8
16	7	12,5	1	4,5	0	8	9,9
17	15	26,8	1	4,5	0	16	19,8
18	5	8,9	0	0,0	0	5	6,2
19	0	0,0	1	4,5	0	1	1,2
Sin dato	1	1,8	1	4,5	3	5	6,2
Subtotal	49	76,6	12	18,8	3	64	79,0
Total	56	69,1	22	27,2	3	81	100,0

En relación con el acceso a los servicios de salud, el 81,5% de las personas se encontraban afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (66), y no se obtuvo información para el porcentaje restante 18,5 (15). De las personas afiliadas el 48,1% pertenecen a régimen contributivo o especial (39), el 25,9% al régimen subsidiado (21), 4,9% se identifican como población pobre no asegurada y para el 21,0% restante no se obtuvo información. La principal Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) a la que se encuentra afiliada esta población fue Nueva EPS (23), con el 28,4%, seguida de Savia Salud (17), con el 21,0% y Sura (7) con el 7,4%.

Respecto a la pregunta si ha tenido que hacer uso de algún instrumento legal para reclamar algún derecho el 17,3% reportó haber utilizado la Tutela (14), el 6,2% el Derecho de petición (5), el 3,7% subsidio municipal (3), mientras que para la demanda laboral y la restitución de tierras el 1,2% respectivamente, con un caso cada una.

Al indagar sobre la salud bucal, el 39,5% reportó tener dentadura natural (32), el 30,9% dentadura total postiza (25), y el 40,7% dentadura parcial postiza. El 66,7% informó que le faltan dientes. En cuanto a la periodicidad de visita al odontólogo, el 44,4% reportó que su última visita fue hace más de un año (36), mientras que el 11,1% menos de 6 meses (9) y en el intermedio, menos de 6 meses pero más de un año (8) el 9,9%; el 14,8% no recuerda (12) y del 19,8% no se obtuvo información (16). Para el cuidado dental, el 37,0% informó que se cepilla tres veces o más (30), el 34,6% dos veces (28) y el 8,6% una vez (8), solo el 1,2% no se cepilla (1); el 51,9% no utiliza seda dental (42), el 14,8% la utiliza una vez (12), el 8,6% dos veces (7), el 6,2% tres veces o más (5); del 18,5% no se obtuvo información (15) sobre su cuidado bucal.

El 46,9% reportó no haber limitado la clase o cantidad de alimentos que come debido a problemas con sus dientes o prótesis dental (38), mientras que el 8,6% informó que rara vez se limita por estas causas (7) e igual porcentaje dijo limitarse a veces; el 7,4% siempre se limita (6) y el mismo porcentaje rara vez, para el 21% restante no se obtuvo esta información.

Para las preguntas: ¿Con qué frecuencia no pudo tragar bien o cómodamente?, el 55,6% respondió que nunca (45), el 7,4% a veces (6), el 6,2% rara vez (5), el 4,9 a menudo (4) e igual porcentaje siempre; ¿Cuántas veces sus dientes o prótesis dentales le impidieron hablar de la manera que usted quería?, el 56,8% respondió que nunca (46), el 8,6% a veces (7), el 6,2% rara vez (5), el 4,9% a menudo (4) y el 2,5% siempre (2); ¿Cuántas veces sintió molestias al tratar de comer lo que usted quería?, el 35,8% informó que nunca, el 12,3% rara vez (10), el 11,1% a menudo e igual porcentaje a veces (9), y el 8,6% siempre (7); ¿Cuántas veces evitó estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes o prótesis dentales?, el 59,3% respondió que nunca (48), el 9,9% rara vez (8), el 4,9% a veces (4), el 3,7% a menudo (4) y el 1,2% siempre (1); ¿Cuántas veces estuvo insatisfecho o no contento con la apariencia de sus dientes, encías o prótesis dentales?, el 56,8% respondió que nunca (46), el 6,2% a veces, e igual porcentaje reportó que rara vez y siempre (5), el 3,7% a menudo (3); ¿Con qué frecuencia estuvo preocupado o intranquilo por problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?, el 50,6% respondió que nunca (41), el 9,9% rara vez (8), el 8,6% a veces (7), el 6,2% a menudo (5) y el 3,7% siempre (3); ¿Con qué frecuencia se sintió nervioso o consciente debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?, el 60,5% respondió que nunca (49), el 6,2% rara vez e igual porcentaje a menudo (5), el 3,7% a veces (3), y el 2,5% siempre (2); ¿Con qué frecuencia se sintió incómodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?, el 53,1% respondió que nunca (43), el 9,9% a veces (8), el 6,2% a menudo e igual porcentaje siempre (5), y el 3,7% rara vez (3); no se obtuvo información para el 21,0% (17) en todas las preguntas anteriores; ¿Con qué frecuencia evitó reírse o sonreírse debido a dientes o encías in-atractivas?, el 56,8% respondió que nunca (46), el 11,1% a veces (9), el 3,7% a menudo e igual porcentaje siempre (3), el 2,5% rara vez (2) y del 22,2% restante no se obtuvo información; ¿Con qué frecuencia ha tenido dolor o molestias alrededor de la boca?, el 42,0% respondió que nunca (34), el 13,6% a veces (11), el 11,1% a menudo (9), el 9,9% rara vez (8) y el 2,5% siempre (2); ¿Con qué frecuencia estuvieron sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces?, el 56,8% respondió que nunca (46), el 8,6% a veces (7), el 7,4% a menudo (6), el 3,7% rara vez (3) y el 2,5% siempre (2); no se obtuvo información para el 21,0% (17) en las dos últimas preguntas (tabla 4).

Tabla 4. Frecuencias y porcentajes de respuestas sobre preguntas relacionadas con la salud bucal en población beneficiaria del programa cuidadores. Envigado, año 2018.

Preguntas relacionadas con la salud oral	Nunca		A veces		Rara Vez		A menudo		Siempre		Sin dato	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
¿Cuántas veces limitó la clase o cantidad de alimentos que come debido a problemas con sus dientes o prótesis dentales?	38	46,9	7	8,6	6	7,4	7	8,6	6	7,4	17	21,0
¿Con qué frecuencia no pudo tragar bien o cómodamente?	45	55,6	6	7,4	5	6,2	4	4,9	4	4,9	17	21,0
¿Cuántas veces sus dientes o prótesis dentales le impidieron hablar de la manera que usted quería?	46	56,8	7	8,6	5	6,2	4	4,9	2	2,5	17	21,0
¿Cuántas veces sintió molestias al tratar de comer lo que usted quería?	29	35,8	9	11,1	10	12,3	9	11,1	7	8,6	17	21,0
¿Cuántas veces evitó estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes o prótesis dentales?	48	59,3	4	4,9	8	9,9	3	3,7	1	1,2	17	21,0
¿Cuántas veces estuvo insatisfecho o no contento con la apariencia de sus dientes, encías o prótesis dentales?	46	56,8	5	6,2	5	6,2	3	3,7	5	6,2	17	21,0
¿Con qué frecuencia estuvo preocupado o intranquilo por problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	41	50,6	7	8,6	8	9,9	5	6,2	3	3,7	17	21,0
¿Con qué frecuencia se sintió nervioso o consciente debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	49	60,5	3	3,7	5	6,2	5	6,2	2	2,5	17	21,0
¿Con qué frecuencia se sintió incómodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	43	53,1	8	9,9	3	3,7	5	6,2	5	6,2	17	21,0

Preguntas relacionadas con la salud oral	Nunca		A veces		Rara Vez		A menudo		Siempre		Sin dato	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
¿Con qué frecuencia evitó reírse o sonreírse debido a dientes o encías in-atractivas?	46	56,8	9	11,1	2	2,5	3	3,7	3	3,7	18	22,2
¿Con qué frecuencia ha tenido dolor o molestias alrededor de la boca?	34	42,0	11	13,6	8	9,9	9	11,1	2	2,5	17	21,0
¿Con qué frecuencia estuvieron sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces?	46	56,8	7	8,6	3	3,7	6	7,4	2	2,5	17	21,0

Respecto a la discapacidad, el 66,7% reportó tener al menos una de las discapacidades identificadas para escuchar, ver, moverse, hablar, agarrar o la combinación de éstas. La mayor discapacidad identificada fue de movimiento para camina o correr (54), con un 66,7%, seguida de la visión (43), con un 53,1% y la escucha (25), con un 30,9%. Únicamente el 3,7% reportó discapacidad para hablar. En general no se obtuvo información entre 14 y 15 registros, que representan el 17,3 y 18,5% respectivamente (tabla 5).

Tabla 5. Tipo de discapacidad identificada en la población beneficiaria del programa cuidadores. Envigado, año 2018.

Tiene discapacidad para:	No		Si		Sin dato
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia
Escuchar	41	50,6	25	30,9	15
Ver	23	28,4	43	53,1	15
Moverse (caminar, correr)	12	14,8	54	66,7	15
Hablar	63	77,8	3	3,7	15
Agarrar	45	55,6	22	27,2	14

De las personas con discapacidad para moverse, el 77,8% reportó utilizar algún dispositivo de apoyo como: silla de ruedas (12), con el 22,2%, bastón (11), con el 20,4% y caminador (4), con el 7,4%. En las personas con discapacidad para ver el 79,1% informó utilizar algún dispositivo (34), siendo las gafas el principalmente utilizado (30), con un 69,8%. De quienes reportaron discapacidad para escuchar, únicamente el 16,0% utiliza algún dispositivo de apoyo (4), siendo los audífonos el principal (3) con el 12,0%.

Al indagar sobre las enfermedades que padecen los beneficiarios del programa, se encontró que el 50,6% sufre hipertensión arterial (41), el 43,2% tiene aumento de niveles de colesterol y/o triglicéridos (35), el 42,0% incontinencia urinaria o fecal (34), el 32,1% EPOC, neumonía, asma, enfisema (26), y se reportó un caso para tuberculosis y VIH/Sida respectivamente, lo que representa el 1,2%. En general no se obtuvo

información entre 6 y 7 registros, que representan el 7,4% y 8,6% respectivamente (tabla 6).

Tabla 6. Identificación de enfermedades que padecen los beneficiarios del programa cuidadores. Envigado, año 2018.

Sufre de:	No		Si		Sin dato
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia
Hipertensión arterial	34	42,0	41	50,6	6
Diabetes o azúcar en la sangre	54	66,7	20	24,7	7
Tumores malignos o cáncer	53	65,4	21	25,9	7
EPOC/neumonía/asma/ enfisema	49	60,5	26	32,1	6
Tuberculosis	74	91,4	1	1,2	6
Enfermedad cardíaca o infarto	51	63,0	24	29,6	6
Artritis	50	61,7	25	30,9	6
Osteoporosis	52	64,2	23	28,4	6
Enfermedad renal crónica	67	82,7	8	9,9	6
Aumento de niveles de colesterol/ triglicéridos	40	49,4	35	43,2	6
Hipertiroidismo/ Hipotiroidismo	56	69,1	19	23,5	6
Problemas nutricionales	58	71,6	17	21,0	6
VIH/Sida	74	91,4	1	1,2	6
Enfermedad mental	54	66,7	21	25,9	6
Incontinencia urinaria o fecal	40	49,4	34	42,0	7
Dolor crónico en el cuello o espalda	51	63,0	24	29,6	6
Presencia de escaras	64	79,0	11	13,6	6

El 97,6% de las personas con hipertensión arterial recibe o ha recibido tratamiento médico y consulta de manera periódica (40), el 100,0% de ellos fue diagnosticado por un médico. El 100,0% de las personas con aumento de niveles de colesterol y/o triglicéridos ha recibido o recibe tratamiento médico, consulta de manera periódica y fue diagnosticada por un médico (35). El 55,9% de las personas con incontinencia urinaria o fecal recibe o ha recibido tratamiento médico y consulta de manera periódica (19), y el 67,6% fue diagnosticada por un médico (23). El 100,0% de las personas con EPOC, neumonía, asma, enfisema ha recibido o recibe tratamiento médico, consulta de manera periódica y fue diagnosticada por un médico (26). Para los casos de tuberculosis y VIH/Sida, ambos han recibido tratamiento médico, consultan periódicamente y fueron diagnosticados por un médico.

El 38,3% de las personas encuestadas considera que su salud es regular (31), el 17,3% que es buena (14), el 9,9% muy buena (8) y el 4,9% excelente (4). El 6,2% considera que es mala (5) y únicamente el 2,5% muy mala (2).

Indagando sobre aspectos relacionados con el estado nutricional, se encontró que el 55,6% en ocasiones es incapaz físicamente de comprar, cocinar o alimentarse a sí mismo (45), el 53,1% toma tres o más fármacos al día (43), el 42,0% come solo la mayor parte del tiempo (34), el 35,8% come pocas frutas, verduras o productos lácteos (29). El 4,9% consume menos de dos comidas al día (4), y el 1,2% reportó tomar tres o más

vasos de vino, cerveza o licor al día (1). No se obtuvo esta información en 19 registros, lo que corresponde al 23,5% (tabla 7).

Tabla 7. Aspectos relacionados con el estado nutricional de la población beneficiaria del programa cuidadores. Envigado, año 2018.

Preguntas relacionadas con el estado nutricional	No		Si		Sin dato
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia
¿Tiene una enfermedad o malestar que le haya hecho cambiar el tipo o cantidad de alimento que come?	41	50,6	21	25,9	19
¿Consumo menos de dos (2) comidas al día?	58	71,6	4	4,9	19
¿Come pocas frutas, verduras o productos lácteos?	33	40,7	29	35,8	19
¿Toma 3 o más vasos de vino, cerveza o licor al día?	61	75,3	1	1,2	19
¿Tiene problemas en la boca o en la dentadura que le causen dificultad para comer?	44	54,3	18	22,2	19
¿En ocasiones le falta dinero para comprar la comida que necesita?	35	43,2	27	33,3	19
¿Come solo la mayor parte del tiempo?	28	34,6	34	42,0	19
¿Toma 3 o más fármacos prescritos al día?	19	23,5	43	53,1	19
Sin pretenderlo ¿ha perdido o ganado 5 kg los últimos 6 meses?	47	58,0	15	18,5	19
En ocasiones ¿es incapaz físicamente de comprar, cocinar o alimentarse a sí mismo?	17	21,0	45	55,6	19

En cuanto al nivel de dependencia, el 54,3% reportó tener algún tipo de dependencia (44), en primer lugar se encuentra la dependencia en transporte para hacer uso del transporte público o conducir, donde el 54,3% ser dependiente (44) y el 16,0% necesitar ayuda (13). El segundo aspecto donde se identificó un mayor nivel de dependencia fue para realizar compras, el 50,6% de los beneficiarios reportó ser dependiente (41) y el 13,6% requerir ayuda (11). El menor nivel de dependencia reportado fue para utilizar el teléfono (12), con un 14,8%, aunque el 18,5% necesita ayuda (15). En general no se obtuvo información entre 19 y 21 registros, que representan el 23,5% y 25,9% respectivamente (tabla 8).

Tabla 8. Aspectos relacionados con el nivel de dependencia de la población beneficiaria del programa cuidadores. Envigado, año 2018.

Preguntas relacionadas con el nivel de dependencia	Dependiente		Independiente		Necesita ayuda		Sin dato
	N	%	N	%	N	%	N
¿Utiliza el teléfono por iniciativa propia y es capaz de marcar los números y completar una llamada?	12	14,8	35	43,2	15	18,5	19
¿Viaja de manera independiente en transporte público o conduce su propio vehículo?	44	54,3	5	6,2	13	16,0	19

Preguntas relacionadas con el nivel de dependencia	Dependiente		Independiente		Necesita ayuda		Sin dato
	N	%	N	%	N	%	N
¿Realiza todas las compras con independencia?	41	50,6	10	12,3	11	13,6	19
¿Organiza, prepara y sirve la comida de manera adecuada?	37	45,7	16	19,8	9	11,1	19
¿Es capaz de tomar la medicación a la hora y dosis correcta?	14	17,3	25	30,9	21	25,9	21
¿Maneja los asuntos económicos con independencia?	28	34,6	23	28,4	11	13,6	19

Al consultar en la población participante en el estudio por su calidad de vida, el 32,1% dijo sentirse bien (26), sobre qué tan satisfecho está con su salud el 25,9% informó sentirse normal, es decir, ni bien ni mal; e igual porcentaje informó sentirse bien con la situación económica (21). No se obtuvo información para el 21,0% de los registros (17) (tabla 9).

Tabla 9. Aspectos relacionados con la calidad de vida de la población beneficiaria del programa cuidadores. Envigado, año 2018.

Preguntas relacionadas con la calidad de vida	Se siente										Sin dato
	Normal, Ni bien ni Mal		Se siente Bien		Se siente Mal		Se siente Muy Bien		Se siente Muy Mal		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
¿Cómo se siente con su calidad de vida?	16	19,8	26	32,1	9	11,1	10	12,3	3	3,7	17
¿Qué tan satisfecho está con su salud?	21	25,9	18	22,2	13	16,0	7	8,6	5	6,2	17
¿Qué tan satisfecho está con su situación económica actual?	22	27,2	21	25,9	11	13,6	5	6,2	5	6,2	17

De las 53 personas que reportaron vivir con familiares, el 49,1% vive con dos (26), el 17,0% con uno (9), mientras que con tres, cuatro y seis el 9,4% (5), con cinco familiares (3) el 5,7%. Únicamente 6 personas reportaron vivir con amigos y una con otra persona no familiar. De las 81 personas encuestadas, el 7,4% viven solas (6). El 8,6% afirma que ha observado malos tratos entre su familia (7); y el 13,6% de los beneficiarios se encuentra a cargo de otra persona (11), de los cuales el 44,2% son otros adultos mayores (6), el 22,1% personas con discapacidad (3) y el 14,7% niños (2).

El 23,5% informó no tener amigos cercanos (19), el 18,5% un amigo (15), el 11,1% dos amigos (9) y del 28,4% no se obtuvo este dato (23). Sobre sus relaciones sociales, el 38,3% reportó tener relación con su familia y vecinos (31), el 21,0% solo con su familia o vecinos (17), el 7,4% relaciones amplias, e igual porcentaje no sale de su domicilio pero recibe visitas (6) y el 3,7% no sale ni recibe visitas (3). No se obtuvo información sobre el 22,2% restante (18).

El 71,6% reportó que cuenta con algún tipo de apoyo por parte de la red social (58), principalmente la familia y vecinos, seguido del voluntariado social con ayuda domiciliaria (25), con un 30,9% y el 28,4% recibe cuidados permanentes (23). En general

no se obtuvo información entre 13 y 17 registros, que representan el 16,0% y 21,0% respectivamente (tabla 10).

Tabla 10. Apoyo de la red social que recibe la población beneficiaria del programa cuidadores. Envigado, año 2018.

Apoyo de la red social	No		Si		Sin dato
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia
Con apoyo familiar y vecinal	6	7,4	58	71,6	17
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	42	51,9	25	30,9	14
No recibe apoyo	38	46,9	29	35,8	14
Pendiente del ingreso a hogar geriátrico	67	82,7	1	1,2	13
Recibe cuidados permanentes	44	54,3	23	28,4	14
Otro	62	76,5	6	7,4	13

A la pregunta, si ha sentido algún rechazo o trato injusto por ser adulto mayor en un lugar específico, el 6,2% reportó que si ha sentido rechazo en el hogar y en el barrio (5), y el 4,9% en instituciones de salud (4). Mientras que entre el 79,0% (64) y el 77,8% (63) no se han sentido rechazados en estos tres lugares consultados. De otra parte, no se obtuvo información en el 16,0% de los registros (13). Únicamente el 3,7% ha sido amenazado con ser llevado a un asilo (3), el 2,5% relata haber sido dejado solo por más de ocho horas de manera injustificada (tabla 11).

Tabla 11. Identificación de rechazos o trato injusto sufrido por la población beneficiaria del programa cuidadores. Envigado, año 2018.

Ha sentido rechazo o trato injusto por ser adulto mayor en:	No		Si		Sin dato
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia
Hogar	63	77,8	5	6,2	13
Instituciones de salud	64	79,0	4	4,9	13
Su barrio	63	77,8	5	6,2	13
Otro	67	82,7	1	1,2	13

Sobre las condiciones del cuidado, el 70,4% reporta contar con un cuidador primario que le brinda los cuidados que requiere (57), en su mayoría los hijos (20) con un 24,7%, seguido de hermanos (12), con un 14,8% y el cónyuge (10), con un 14,8%; el 27,2% restante se divide entre cuidador no familiar u otro familiar, sobrinos, primos o nietos. No se obtuvo información en el 21,0% de las personas encuestadas (17). El rol desempeñado por el cuidador en el hogar es en un 28,4% como el jefe de hogar (23), 21,0% otro rol (17) en su mayoría cuidador del programa (9) con el 52,9%; hijo del jefe de hogar (14), con el 17,3%. En este dato no se obtuvo información para el 22,2% de los registros (18).

El 75,3% califica el trato recibido por el cuidador como excelente, muy bueno o bueno (61), mientras que el 3,7% como regular o malo (3), para el 21,0% no se obtuvo información (17). En el 55,6% de los casos, el cuidador convive con el beneficiario y se encargan de su cuidado hace cinco años (9), con un 11,1%, seguido tres años (7), con el 8,6%. En el 18,5% de los casos los cuidadores dedican 24 horas a su cuidado (15),

seguido por el 14,8% que dedica 4 horas (12) y el 12,3% que dedica 12 horas (10). Solo se reportó que el 7,4% recibe alguna remuneración económica por el cuidado (6). En promedio los cuidadores tienen una edad de 56,3 años (DE 13,9 años), con un mínimo de 25 años y un máximo de 84.

Respecto al nivel de autonomía del adulto y el apoyo que requiere del cuidador, se encontró que para alimentarse: el 35,8% come solo (29), el 24,7% se alimenta de manera autónoma, mientras que el 16,0% precisa de ayuda ocasional o frecuente (tabla 12).

Tabla 12. Nivel de autonomía de la población beneficiaria del programa cuidadores respecto a la alimentación. Envigado, año 2018.

Situación respecto a:		Nivel de autonomía				
Alimentación	Autónomo	Come solo, Pero hay que prepararle los alimentos	Hay que administrarle la comida	Precisa ayuda ocasional para comer. A veces hay que prepararle los alimentos	Precisa con frecuencia ayuda para comer. Se le suele preparar los alimentos	Sin dato
Frecuencia	20	29	16	4	9	3
Porcentaje	24,7	35,8	19,8	4,9	11,1	3,7

Para las 81 personas beneficiarias del programa, se informó que al momento de movilizarse, el 35,8% reportó que requiere ayuda permanentemente (29), mientras que el 27,2% es autónomo en este aspecto (22). Para el desplazamiento el 34,6% requiere asistencia siempre (28), el 24,7% requiere ayuda con frecuencia (20), mientras que el 18,5% es autónomo aunque lleve algún medio de apoyo (15). El 34,6% es autónomo para asearse (28), mientras que el 39,5% requiere asistencia siempre (32). El 29,6% requiere apoyo para vestirse (24), en contraste con el 39,5% a quienes es necesario vestir y calzar totalmente (32). En el 48,1% se reporta continencia con incontinencia urinaria esporádica (39), mientras que el 25,9% padece incontinencia urinaria y fecal total (21). Para la administración de tratamientos el 32,1% no requiere apoyo y lo gestiona autónomamente (26), mientras que al 25,9% hay que prepararle y administrarle la medicación diariamente, y a igual porcentaje supervisarle en la toma de medicación y/o ayudarlo ocasionalmente en la administración de determinados tratamientos (21). Sin embargo, el 58,0% no precisa de atención por enfermería (47) y el 17,3% requiere esta atención de manera periódica (14).

El 50,6% no necesita vigilancia (41); el 72,8% es colaborador (59); el 39,5% no puede permanecer de pie sin apoyo (32); el 49,4% tiene visión normal o corregida con lentes y oye bien (40); el 33,3% tiene limitación moderada de la movilidad en alguna de las extremidades o el tronco (27); el 25,9% presenta disnea de mediano esfuerzo al subir escaleras, cuestas, entre otros (21); el 59,3% habla normalmente y tiene buena comprensión (48); el 43,2% tiene desorientación ocasional (35); para el 58,0% no se reportan trastornos del comportamiento (47); en el 60,5% se observa que la capacidad de juicio es normal para su edad y situación (49); y el 45,7% duerme bien habitualmente y sin medicación. En general no se obtuvo información entre el 4,9% (4) y el 8,6% (7) de los registros respectivamente (tabla 13).

Tabla 13. Nivel de autonomía de la población beneficiaria del programa cuidadores respecto a la diferentes categorías. Envigado, año 2018.

Situación respecto a:		Nivel de autonomía				
Movilización	Asistencia ocasional para la movilización desde la cama, WC, silla o silla de ruedas.	Autónomo	La ayuda es necesaria de forma permanente.	Precisa ayuda frecuente para la movilización desde la cama, WC, Silla o silla de ruedas.	Sin dato	
	Frecuencia	10	22	29	16	4
	Porcentaje	12,3	27,2	35,8	19,8	4,9
Deambulaci3n y desplazamiento	Aut3nomo, aunque lleve alg3n medio de apoyo	Hay que desplazarle siempre. Incapaz de impulsar la silla de ruedas. Encamado	Necesita ayuda esporádica	Precisa ayuda con frecuencia para la deambulaci3n	Sin dato	
	Frecuencia	15	28	14	20	4
	Porcentaje	18,5	34,6	17,3	24,7	4,9
Aseo	Aut3nomo	Hay que ayudarlo siempre	Necesita ayuda frecuentemente para el aseo diario	Precisa ayuda ocasional en el aseo diario: lavado de manos, cara, afeitado, peinado, entre otros.	Sin dato	
	Frecuencia	28	32	6	11	4
	Porcentaje	34,6	39,5	7,4	13,6	4,9
Vestido	Aut3nomo	En ocasiones hay que ayudarlo	Es necesario vestirlo y calzarlo totalmente	Necesita siempre ayuda para ponerse alguna prenda o calzarse	Sin dato	
	Frecuencia	24	9	32	12	4
	Porcentaje	29,6	11,1	39,5	14,8	4,9
Higiene bacteriana	Continencia. Incontinencia urinaria esporádica.	Incontinencia urinaria nocturna y fecal esporádica. Colostomía	Incontinencia urinaria permanente diurna y nocturna. Sonda vesical	Incontinencia urinaria y fecal total	Sin dato	
	Frecuencia	39	3	11	21	7
	Porcentaje	48,1	3,7	13,6	25,9	8,6
Administraci3n de tratamientos	Hay que prepararlo y administrarle la medicaci3n diariamente	Necesita supervisi3n en la toma de medicaci3n y/o ayuda ocasional en la administraci3n de determinados tratamientos	No precisa. Gesti3n aut3noma	Precisa sueroterapia, oxigenoterapia, alimentaci3n por sonda nasogástrica, entre otros	Sin dato	
	Frecuencia	21	21	26	7	6

Situación respecto a:		Nivel de autonomía			
Porcentaje	25,9	25,9	32,1	8,6	7,4
Cuidados de enfermería	No precisa	Precisa cura o actuación de enfermería periódicamente	Precisa cura o actuación ocasional de enfermería	Supervisión continuada: atención de enfermos terminales, curas de lesiones graves...	Sin dato
Frecuencia	47	14	8	7	5
Porcentaje	58,0	17,3	9,9	8,6	6,2
Necesita vigilancia	No precisa.	Trastornos de conducta intensos permanentes que alteren la convivencia de forma grave (riesgo de suicidio...)	Trastornos de conducta permanentes que alteren la convivencia de forma leve o moderada (ideas de muerte...)	Trastornos de conducta temporales que impliquen necesidad de vigilancia ocasional (inquietud psicomotriz...).	Sin dato
Frecuencia	41	3	10	23	4
Porcentaje	50,6	3,7	12,3	28,4	4,9
Colaboración	Colaborador.	Comportamiento pasivo (necesita estímulo)	No colabora.	Rechazo categórico y constante.	Sin dato
Frecuencia	59	11	4	3	4
Porcentaje	72,8	13,6	4,9	3,7	4,9
Estabilidad	Ligera inseguridad en la marcha. Riesgo leve de caída (por ejemplo: mareos frecuentes).	Marcada inseguridad en la marcha. Caídas frecuentes.	No puede permanecer de pie sin apoyo.	Se mantiene bien de pie o en cualquier postura.	Sin dato
Frecuencia	17	14	32	13	5
Porcentaje	21,0	17,3	39,5	16,0	6,2
Visión y audición	Ceguera total.	Ligera disminución de la visión, mal compensada con lentes. Sordera moderada. Lleva audífono.	Marcada disminución de la visión, que no puede compensarse con lentes. Sordera total.	Visión normal o corrección con lentes. Oye bien. Casos no valorables.	Sin dato
Frecuencia	2	29	6	40	4
Porcentaje	2,5	35,8	7,4	49,4	4,9
Alteración del aparato locomotor	Ligera limitación de la movilidad en alguna de las extremidades o tronco.	Limitación grave de la movilidad. Amputación completa sin prótesis. Desarticulación.	Limitación moderada de la movilidad en alguna de las extremidades o tronco. Anquilosis de alguna	Movilidad y fuerza normales. Sensibilidad total. Casos no valorables.	Sin dato

Situación respecto a:		Nivel de autonomía			
		articulación importante. Amputación parcial de alguna extremidad.			
Frecuencia	26	8	27	16	4
Porcentaje	32,1	9,9	33,3	19,8	4,9
Otras funciones neurológicas	Sin alteraciones.	Temblor importante. Crisis comiciales frecuentes. Rigidez importante. Movimientos anormales permanentes.	Temblor ligero. Movimientos anormales ocasionales. Ligera hipertonía. Ligera rigidez.	Temblor moderado. Crisis comiciales ocasionales. Movimientos anormales frecuentes. Rigidez moderada.	Sin dato
Frecuencia	41	7	18	10	5
Porcentaje	50,6	8,6	22,2	12,3	6,2
Aparato respiratorio y cardiovascular	Disnea continua grave. Dolor vascular permanentemente moderado o grave.	Disnea de mediano esfuerzo (escaleras, cuestras). Claudicación intermitente leve.	Disnea de mínimos esfuerzos. Dolor vascular ligero y permanente.	Sin alteraciones.	Sin dato
Frecuencia	7	21	7	42	4
Porcentaje	8,6	25,9	8,6	51,9	4,9
Lenguaje y comprensión	Afasia. Lenguaje inteligible o incoherente. Apenas habla. No responde las órdenes sencillas.	Alguna dificultad en la expresión oral. En ocasiones no entiende lo que se le dice.	Disartria o disfasia intensa. Poca coherencia o expresividad. Es frecuente que no responda las órdenes y sugerencias.	Habla normalmente. Comprensión buena	Sin dato
Frecuencia	2	15	12	48	4
Porcentaje	2,5	18,5	14,8	59,3	4,9
Orientación y memoria	Bien orientado en tiempo y espacio. Buena memoria.	Desorientación ocasional. Buen manejo en su casa o planta. Despistes y olvidos ocasionales.	Desorientación total. Pérdida de la propia identidad. No reconoce lazos afectivos. Apenas recuerda nada.	Desorientado en tiempo o espacio. Pérdida frecuente de objetos. Identifica mal a las personas, reconociendo lazos afectivos, o recuerda mal acontecimientos	Sin dato

Situación respecto a:		Nivel de autonomía			
		nuevos y nombres.			
Frecuencia	28	35	3	11	4
Porcentaje	34,6	43,2	3,7	13,6	4,9
Trastornos del comportamiento	No presenta problemas.	Trastornos del comportamiento con alteraciones conductuales graves.	Trastornos del comportamiento con alteraciones conductuales leves (irritabilidad, trastornos del control de impulsos...)	Trastornos del comportamiento con alteraciones conductuales moderadas (agresividad moderada, conducta desorganizada...)	Sin dato
Frecuencia	47	3	23	5	3
Porcentaje	58,0	3,7	28,4	6,2	3,7
Capacidad de juicio	Le cuesta mucho resolver problemas sencillos.	No puede desarrollar ningún razonamiento.	Normal para su edad y situación.	Tiene alguna dificultad para resolver problemas y situaciones nuevas.	Sin dato
Frecuencia	10	7	49	11	4
Porcentaje	12,3	8,6	60,5	13,6	4,9
Alteraciones del sueño	Alteraciones graves del sueño con agitación nocturna.	Duerme bien con medicación.	Duerme bien habitualmente sin medicación.	Duerme mal con medicación sin afectar al entorno	Sin dato
Frecuencia	7	22	37	9	6
Porcentaje	8,6	27,2	45,7	11,1	7,4

9 DISCUSIÓN

El cuidado y acompañamiento a los adultos mayores y personas con discapacidad, que requieren apoyo para diferentes actividades cotidianas, aporta y mejora la calidad de vida de los beneficiarios del programa “Red de cuidado del adulto mayor” y sus familias. Este programa aporta personas capacitadas en el cuidado de esta población cubriendo así una necesidad importante en el municipio, donde ha aumentado la longevidad y es actualmente una necesidad que tienen sus habitantes.

Este estudio permite identificar las características sociodemográficas de la población beneficiaria del programa para el año 2018 en el municipio de Envigado. Llama la atención que la edad de los cuidadores actuales es en promedio de 56,3 años (DE 13,9 años), lo que implicará en el corto y largo plazo la capacitación de otras personas para hacer relevos generacionales. Además, que hay adultos mayores beneficiarios del programa que están a cargo de otras personas, principalmente otros adultos mayores y personas con discapacidad.

Se identifican con esta investigación algunas las discapacidades en los beneficiarios del programa, sin embargo, al indagar sobre los dispositivos de apoyo con los que cuentan para sobrellevar su condición, la discapacidad para escuchar es la que presenta un menor número de dispositivos (audífonos) de apoyo, con un 12,0%; mientras que para la discapacidad visual el 79,1% cuenta con algún dispositivo de apoyo, principalmente gafas.

La mayor cantidad de adultos mayores encuestados considera que su salud es regular (38,3%) y se encuentran bajos niveles de autonomía para realizar actividades cotidianas y de supervivencia como: alimentarse, desplazarse y movilizarse, vestirse, entre otros; lo que implica altos niveles de dependencia y necesidad de ayuda para su cuidado.

Comparando los resultados del estudio con un diagnóstico poblacional realizado en el departamento de Antioquia en el 2012 se puede afirmar que el comportamiento del municipio es igual al de los otros municipios del departamento, presentándose en mayor proporción la población adulta mayor femenina presentando un reto adicional con un enfoque de género ⁽⁴¹⁾.

Así mismo en cuanto a la edad, en este estudio se encontró que el mayor número de beneficiarios pertenece al grupo comprendido entre 80 a 84 años mientras que en el estudio realizado en Antioquia el grupo de edad más representativo fue de adultos jóvenes con edades entre los 60 y 74 años y en la encuesta los rangos de edad más representativos estaban entre los 60 a 69 años. Esta diferencia entre estudios puede verse explicada en que la población de este estudio eran adultos mayores dependientes de cuidado, situación que se va volviendo más posible con el paso de los años debido a la acción de las enfermedades crónicas, mientras que en el estudio del departamento de Antioquia se abarcó la población mayor de 60 años ⁽⁴¹⁾.

Se tiene el mismo comportamiento del estudio realizado en Envigado en cuanto al estado civil, como del realizado en Antioquia, donde el mayor porcentaje de la población reportó estar casada (35,8%) pero en este estudio a este porcentaje mayoritario le sigue la población de solteros con un porcentaje casi similar (33,3%), mientras que en el estudio de la situación de Antioquia el estado civil soltero reportó uno de los puntajes más bajos con un 14,8%. Aun así, el porcentaje de población beneficiaria soltera sugiere

un punto a tener en cuenta para el acompañamiento en el proceso de envejecimiento, que puede verse afectado por la falta de un compañero sentimental.

En cuanto al nivel de escolaridad presentado en este estudio el máximo nivel de escolaridad alcanzado fue la primaria (64,2%) y un porcentaje muy pequeño (7,4%) reportó tener educación terciaria o superior, comportamiento similar al reportado en Antioquia. Respecto a seguridad económica el 69,1% obtuvo ingresos, pero los valores de este ingreso están distribuidos en los rangos entre 100.000 y 200.000 pesos o 500.000 y 1'000.000, sugiriendo un ingreso desigual y aumentando el riesgo social de este grupo poblacional ⁽⁴¹⁾.

En relación a salud oral, los hábitos de los adultos mayores son deficientes ya que solo el 37% reportó el cepillado de tres veces al día, que es el mínimo recomendado y el 51,9% no utiliza seda dental. Esta falta de hábitos saludables en relación a la salud oral puede ser una de las causas de las altas consultas respecto a cavidad oral que se reporta en el municipio y que están más relacionadas con el dolor y enfermedades crónicas que con el tratamiento preventivo.

Por otra parte, no se encontraron otros estudios similares para comparar los datos obtenidos, probablemente debido a que corresponde a un programa con iniciativa en el municipio de Envigado que surge a raíz de una necesidad por el envejecimiento en su población, y una escasa capacitación en las personas responsables de su cuidado, o incluso la inexistencia de éstas desde el círculo familiar.

10 CONCLUSIONES

El incremento en la longevidad de los residentes en el municipio de Envigado ha permitido la realización de estrategias que propenden por el cuidado de los adultos mayores que están en aumento, y es allí donde surge el programa “Red de cuidado del adulto mayor”.

Con este levantamiento de información, se logró llevar a cabo la identificación de las características sociodemográficas de la población beneficiaria del programa y describir su salud física y mental, desde diferentes puntos de vista como su salud oral, nutrición, enfermedades crónicas con su diagnóstico y tratamiento, discapacidad y elementos de apoyo, entre otros. Lo que aportará insumos muy importantes al momento de tomar decisiones relacionadas con la pertinencia de este proyecto y necesidades que se presentan a partir de esta intervención y acompañamiento a los adultos mayores.

El tener tanta población femenina beneficiaria del programa sugiere un enfoque de género que se debe tener en cuenta y abre la posibilidad a nuevos estudios que relacionen la dependencia de cuidado y el género.

Es importante la identificación de los adultos mayores que no reportaron puntaje de SISBÉN ya que una de las condiciones para estar en el programa es tener encuesta SISBÉN, por lo que debe hacerse con estos beneficiarios identificados es la respectiva verificación y si no cumplen las condiciones deben ser removidos del programa para darle espacio a otro adulto mayor.

La falta de información sobre la afiliación de algunos adultos mayores que no reportaron estar o no estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud no permite visualizar claramente si dentro de los beneficiarios existe este factor de riesgo del acceso a los servicios de salud.

Las respuestas dadas en cuanto a frecuencia y uso de cepillado y seda dental sugiere que no existen hábitos de salud oral saludables instaurados entre los adultos mayores beneficiarios. También respecto a las visitas al odontólogo se puede deducir que tampoco existe costumbre de prevención de la enfermedad en salud oral con la visita anual al odontólogo aunque se debe hacer mayor profundización ya que esto puede verse relacionado con barreras en el desplazamiento y acceso a la consulta odontológica lo que llevaría a replantear la forma en que se le brinda atención odontológica a estos adultos mayores.

Se sugiere continuar con la capacitación a cuidadores, debido a que en promedio la edad de los cuidadores activos es elevada, lo que implica la necesidad de realizar relevos generacionales. Adicionalmente, incrementar la cobertura del programa para beneficiar una mayor cantidad de personas.

Se recomienda continuar con la “Red de cuidado del adulto mayor” que beneficia una población que como se evidenció en los resultados requiere ayuda para su cuidado y para llevar una vida digna, y qué mejor que este apoyo lo brinden personas de la comunidad capacitadas para ello, quienes sirven con todo el deseo y compromiso. Por otra parte, como un plus importante del programa se aporta acompañamiento a estos adultos mayores que en algunos casos viven solos 7,4% y no tienen más compañía que su cuidador.

Finalmente, el presente estudio permite a los tomadores de decisiones en el municipio de Envigado, en especial a los referentes en las áreas de la salud y la asistencia social el esbozar el reto que conlleva el repensar la transformación de su territorio en términos del envejecimiento demográfico, de la diversa vulnerabilidad de esta poblacional adulta mayor y las necesidades de adaptación en los ámbitos de la formación del talento humano, la sensibilización social, la adaptabilidad arquitectónica, la inundación en el deporte, la cultura y la recreación entre otros determinantes que aportaran a la calidad de vida de sus ciudadanos.

11 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Naciones Unidas. World Population Prospect [Internet]. 2017. Disponible en: https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf
2. Sánchez González D. Ambiente físico-social y envejecimiento de la población desde la gerontología ambiental y geografía: Implicaciones socioespaciales en América Latina. *Rev Geogr Norte Gd.* mayo de 2015;(60):97–114.
3. Flórez CE, Villar L, Puerta N, Berrocal L. El proceso de envejecimiento de la población en Colombia: 1985-2050. 2015;
4. Llanes Betancourt C. Envejecimiento demográfico y necesidad de desarrollar las competencias profesionales en enfermería geriátrica. *Rev Habanera Cienc Médicas.* febrero de 2015;14(1):89–96.
5. Secretaria de Salud. Situación de salud. Municipio de Envigado. 2016. 2016.
6. Ortiz B, Jualiana. Cambios morfológicos en la composición corporal de los adultos mayores de 50 años en el centro gerontológico atardeser, envigado. 2017.
7. García A, María A, Maya S, María Á. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos.* junio de 2014;25(2):57–62.
8. Botero, Diana. Gomez S, Lina M. Programa para el mejoramiento de la calidad de vida de personas en situación de dependencia por enfermedad y/o discapacidad. 2016.
9. Naciones Unidas. Envejecimiento [Internet]. 2016 [citado el 6 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>
10. Ministerio de Protección social. Política colombiana de envejecimiento humano y vejez 2014-2024. 2014.
11. Ramos T, Mercedes A, Sánchez Pérez L, Somonte López R, Marsden C, María A, et al. Envejecimiento poblacional: una mirada desde los programas y políticas públicas de América Latina, Europa y Asia. *Rev Noved En Poblac.* junio de 2014;10(19):18–29.
12. Colombia, Ministerio de Comunicaciones, Dirección de Acceso y Desarrollo Social, Centro de Psicología Gerontológica (Bogotá C. Periodismo y comunicación para todas las edades. [Internet]. Bogotá, Colombia: Ministerio de Comunicaciones, Dirección de Acceso y Desarrollo Social : Centro de Psicología Gerontológica; 2004 [citado el 8 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://books.google.com/books?id=xQlvAAAAYAAJ>

13. Fajardo Ramos E, Córdoba Andrade L, Luna E, Elkin J. Calidad de vida en adultos mayores: reflexiones sobre el contexto colombiano desde el modelo de Schalock y Verdugo. *Comunidad Salud.* diciembre de 2016;14(2):33–41.
14. Salech MF, Jara LR, Michea AL. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2012;23(1):19–29.
15. Pagano MÁ, Laffue A, Garau ML, Cousillas J, Yorío A, Amores M, et al. Artículo original: Alzheimer disease assessment scale-cognitive (ADAS-COG) en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, con y sin neuropatía diabética periférica. *Neurol Argent.* el 1 de enero de 2015;7(1):11-11–6.
16. Velpen IF van der, Yancy CW, Sorond FA, Sabayan B. Impaired Cardiac Function and Cognitive Brain Aging. *Can J Cardiol.* el 1 de diciembre de 2017;33(12):1587–96.
17. Tanahashi K, Kosaki K, Sawano Y, Yoshikawa T, Tagawa K, Kumagai H, et al. Impact of Age and Aerobic Exercise Training on Conduit Artery Wall Thickness: Role of the Shear Pattern. *J Vasc Res.* 2017;54(5):272–9.
18. Rojas-Gualdrón DF, Segura A, Cardona D, Segura Á, Garzón MO. Rasch analysis of the Mini Mental State Examination (MMSE) in older adults in Antioquia, Colombia. *CES Psicol.* 2017;10(2):17–27.
19. Navarro, Doris F. Diseños experimentales en psicología. 2017.
20. Lung cancer survival in the United States by race and stage (2001-2009): Findings from the CONCORD-2 study - Richards - 2017 - Cancer - Wiley Online Library [Internet]. [citado el 8 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.31029/abstract;jsessionid=9041421F648185EE26899DE43E5DAF29.f02t04>
21. Morgan JA, Brewer RJ, Nemeš HW, Gerlach B, Lanfear DE, Williams CT, et al. Stroke while on long-term left ventricular assist device support: incidence, outcome, and predictors. *ASAIO J Am Soc Artif Intern Organs* 1992. junio de 2014;60(3):284–9.
22. Cardona Botero M, Castaño Castrillón JJ, Coral Castro SC, Gallo Martínez X, Gañán Luque A, García Fernández YL, et al. Compartimiento De La Sensibilidad Y Resistencias En Urocultivos De Pacientes Adultos Con Infección Urinaria De Manizales, 2009. *Behav Sensit Resist Urine Cult Adult Patients Urin Tract Infect Manizales Year 2009.* enero de 2011;11(1):11–22.
23. Factores asociados a síndrome confusional agudo en adultos mayores internad...: Universidad CES [Internet]. [citado el 8 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://eds.b.ebscohost.com.bdigital.ces.edu.co:2048/eds/detail/detail?vid=5&sid=9befbab3-3f06-458a-b4a0->

bab9ba265ff6%40sessionmgr103&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2Z
SZzY29wZT1zaXRI#AN=edssci.S1025.55832013000300006&db=edssci

24. Animasahun VJ, Chapman HJ. Psychosocial health challenges of the elderly in Nigeria: a narrative review. *Afr Health Sci.* junio de 2017;17(2):575–83.
25. Percepción de la calidad de vida en un grupo de adultos mayores de Envigado (Colombia) | Varela L | *Salud & Sociedad* [Internet]. [citado el 9 de febrero de 2018]. Disponible en: http://revistas.uptc.edu.co/revistas/index.php/salud_sociedad/article/view/3974/3426
26. Ministerio de Protección social. *Sabe Colombia 2015: estudio nacional de salud, bienestar y envejecimiento.* 2105.
27. Félix Alemán A, Aguilar Hernández RM, Martínez Aguilar ML, Avila Alpírez H, Vázquez Galindo L, Gutiérrez Sánchez G. Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género. *Welf Funct Depend Elder Fam Caregiv Gend Perspect.* septiembre de 2012;16(33):81–8.
28. Segura C, Doris A. Garzon D, Mary O. Segura C, Angela M. Deterioro emocional y cognitivo de los adultos mayores y su relación con los aspectos demográficos, sociales, económicos y funcionales. Departamento de Antioquia. 2012.
29. García CE. Evaluación y cuidado del adulto mayor frágil. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2012;23(1):36–41.
30. Alemán AF, Aguilar Hernández RM, de la Luz Martínez Aguilar M, Avila Alpírez H, Vázquez Galindo L, Gutiérrez Sánchez G. Autopercepción del bienestar del cuidador familiar del adulto mayor y características sociodemográficas. *Self-Percept Well- Fam Caregiv Elder Sociodemographic Charact.* septiembre de 2013;17(36):50–8.
31. de Sá Neves Loureiro L, das Graças Melo Fernandes M, Marques S, Lima da Nóbrega MM, Partezani Rodrigues RA. Burden in family caregivers of the elderly: prevalence and association with characteristics of the elderly and the caregivers. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* octubre de 2013;47(5):1129.
32. Peinado P, Ana I. Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: síndrome del asistente desatendido [Internet]. [citado el 8 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://search.proquest.com/openview/e620580521a6d9b1b0331c6467e2e422/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1606360>
33. Domínguez-Sosa G, Zavala-González MA, De la Cruz-Méndez D del C, Ramírez-Ramírez MO. Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México. Enero a mayo de 2008. *Overcharge*

Syndr Prim Caretakers Elder Popul Cardenas Tabasco Mex January-May 2008. enero de 2010;23(1):28–34.

34. De Valle-Alonso, Martínez-Aguilera. Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor / Overload and Burnout among aged informal caregivers / Sobrecarga e Burnout com cuidadores informais do idoso. *Enferm Univ.* 2015;(1):19.
35. Hernández Zamora ZE, Ehrenzweig Sánchez Y. Percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. *Enseñ E Investig En Psicol [Internet]*. 2008 [citado el 8 de febrero de 2018];13(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=29213110>
36. Da Silva MA, Braga Marques M, Da Silva Bruno CT. Evaluación de la presencia del síndrome de burnout en cuidadores de ancianos. *Enferm Glob.* junio de 2009;(16):0–0.
37. Bellido Vallejo JC, Lendínez Cobo JF. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén: Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010.
38. María M, José. Consideraciones éticas en investigación biomédica.
39. Departamento de educación, salud y bienestar, Estado Unidos. Informe Belmont principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Principios. 1979.
40. Ministerio de Salud. Resolución No 008430 DE 1993. 1993.
41. Cardona-Arango D, Segura-Cardona A, Garzón-Duque O. Situación de salud y condiciones de vida del adulto mayor. Departamento de Antioquia, 2012. 1ra ed. Medellín, Colombia: 2013.

12 ANEXOS

12.1 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación titulada “SITUACIÓN DE SALUD DE BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA RED DE CUIDADO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR”, tiene como objetivo establecer la situación de la salud y el cuidado de los beneficiarios del programa red del cuidado integral del adulto mayor en el municipio de Envigado.

Para la obtención de la dato, se requiere de la colaboración por parte del participante, quien debe permitir un espacio de su tiempo para elaborar una encuesta cara a cara que pretende indagar sobre aspectos sociodemográficas, del estado de salud y de las condiciones de cuidado y cuyo tiempo de aplicación será aproximadamente 60 minutos.

Por las características de la investigación, esta no incurre en riesgos potenciales para el participante. Esta investigación está clasificada dentro de los parámetros del Ministerio de Salud como investigación con riesgo mínimo ya que las preguntas no afectarán la integridad de los participantes y no se realizará ningún otro tipo de mediciones o procedimientos que puedan ponerlo en riesgo físico o mental.

El equipo investigador se compromete a respetar la integridad de los participantes, así como todos los principios de confidencialidad y ética en general que protege a los seres humanos que participan en investigación. Los resultados obtenidos en la investigación no serán utilizados para fines distintos a los del logro de los objetivos propuestos. Solo el personal encargado del estudio tiene la autorización de revisar y analizar los datos que de una u otra manera relacionen al sujeto.

Los beneficios que se obtendrán de la presente investigación están relacionados con la generación de dato en temas sanitarios y del cuidado de los adultos mayores lo que permitirá a los tomadores de decisiones evaluar sus programas en el futuro y tomar decisiones basadas en la evidencia para el mejoramiento continuo de sus intervenciones.

Siempre que sea necesario el equipo investigador estará atento a su interés y a sus preguntas con respecto a la encuesta realizada. Usted podrá contactarse con los integrantes del equipo investigador en el número de teléfono 339 40 00 EXT. 4631 correspondiente al supervisor del programa desde el municipio de Envigado.

Usted es libre de escoger el retiro voluntario del estudio sin ninguna clase de prejuicios.

Yo, _____,
identificado con documento N° _____ de

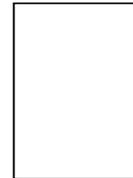
Declaro que he entendido la dato contenida en el presente documento, relacionada con la investigación en curso, por tanto, decido participar voluntariamente sin ningún tipo de coacción. Igualmente declaro que he tenido la oportunidad de discutir dudas o inquietudes generadas por el conocimiento de dicha dato.

En consecuencia y libremente autorizo al grupo de investigadores, en cabeza de Lina María Gómez Serna, Manuela Torres y Juan José Uribe Montoya, que se dispongan a aplicar la encuesta pertinente.

Nombres y Apellidos

N° Documento de Identidad

Firma



Huella