



**UNIVERSIDAD DEL SINU**

Elias Bechara Zainúm

Fundada en 1974





**CARACTERIZACIÓN DE ADULTOS MAYORES Y SU RELACION FAMILIAR,  
ASISTENTES A LOS CENTROS DE VIDA, DE LA LOCALIDAD 1, 2 y 3 DEL  
DISTRITO DE CARTAGENA EN EL PERIODO DE MARZO- MAYO DE 2012.**

**INVESTIGADORES:**

**BORREGO RAMIREZ NALIBETH IRINA**

**FULLEDA RUIZ MAYRA ALEJANDRA**

**MORALES MARTINEZ YESICA**

**O'NEILL LOPEZ YESSENIA**

**ZEMANATE GAVIRIA ISMENIA**

**UNIVERSIDAD DEL SINÚ- ELIAS BECHARA ZAINUM**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE ENFERMERIA**

**VIII SEMESTRE**

**CARTAGENA DE INDIAS**

**2012-I**





**CARACTERIZACIÓN DE ADULTOS MAYORES Y SU RELACION FAMILIAR,  
ASISTENTES A LOS CENTROS DE VIDA, DE LA LOCALIDAD 1, 2, y 3 DEL  
DISTRITO DE CARTAGENA, EN EL PERIODO DE MARZO- MAYO DE 2012.**

**INVESTIGADORES:**

**BORREGO RAMIREZ NALIBETH IRINA**

**FULLEDA RUIZ MAYRA ALEJANDRA**

**MORALES MARTINEZ YESICA**

**O'NEILL LOPEZ YESSENIA**

**ZEMANATE GAVIRIA ISMENIA**

**ASESORA METODOLÓGICA Y ASESORA DISCIPLINAR**

**ENFERMERA: JEIDYS BANQUEZ MENDOZA**

**UNIVERSIDAD DEL SINÚ - ELIAS BECHARA ZAINUM**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE ENFERMERIA**

**VIII SEMESTRE**

**CARTAGENA DE INDIAS**

**2012/I**





**NOTA DE ACEPTACION**

---

---

---

---

---

**DIRECTOR DE INVESTIGACION**

---

**ASESOR METODOLOGICO**

**Cartagena De Indias D, T Y C. 13 de Junio de 2012**



## **DEDICATORIA**

***Este trabajo lo queremos dedicar a Dios nuestro Rey celestial y a esas pintas en los cabellos de nuestros padres, a esas arrugas de sus cuerpos, a la sabiduría de sus años, producida por sus alegrías, tristezas o por los daños.***

***Quien más merece esta dedicatoria, que esos seres próximos o ya instalados en esta última etapa del ciclo vital.***

***Esos quienes con la sabiduría que brota de sus palabras, en forma de consejos o regaños, nos han impulsado en este camino en busca de la superación, mostrándonos de una y mil formas el entusiasmo para poder seguir adelante.***

***Esta es la oportunidad, el momento que esperábamos; con voluntad y valor para alcanzar lo que tanto anhelábamos.***

***Y para nuestros hijos: Valery, Juan Diego y los que vienen más adelante, será esta nuestra semilla sembrada en sus corazones para que en un futuro con sus talentos y profesiones algún día trabajen por los mayores, con la absoluta confianza que Dios les permitirá llegar a esta etapa de la vida, y así recompensara en abundancia.***



## AGRADECIMIENTOS

Este proyecto de investigación nace de la necesidad del cumplimiento de un requisito académico, y se desarrolla bajo un sentimiento de respeto, y aceptación donde concluimos que cuando “envejecemos, la belleza se convierte en cualidad interior y que envejecer es como escalar una gran montaña; mientras se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena”.  
<<Ingrid Bergman>>

Este trabajo desde nuestra óptica de padres, hijos, nietos, tiene más que un valor académico y después de un arduo trabajo de equipo es inevitable que nos asalte un muy humano egocentrismo que nos lleva a concertar que la mayor parte del mérito en el aporte lo hemos hecho nosotros mismos. Sin embargo siendo objetivos nos damos cuenta que sin la participación de personas e instituciones no habría sido posible el feliz término de nuestro proyecto. Por ende nuestros sinceros agradecimientos a Dios primeramente porque sin él no hubiese sido posible este logro, a nuestra Universidad especialmente la escuela de Enfermería quien nos preparo y formo en nuestra carrera profesional, con entusiasmo, animo, motivadas bajo correcciones fundamentadas en el conocimiento y perseverancia. Al grupo de docentes muchas gracias por sus aportes basados en experiencias personales y discernimiento.

Muchas Gracias! A los directivos de los 7 centros de vida quienes nos abrieron las puertas y nos brindaron una mano amiga en la aplicación del instrumento de nuestra investigación.

Y no podían faltar nuestros compañeros, quienes nos apoyaron y permitieron que entráramos a sus vidas durante estos años y permitir la convivencia que no fue fácil, pero que supimos sortear en cada una de las situaciones. Gracias! Porque alcanzamos más que una meta, tenemos amigos y eso no tiene precio.



## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION .....	9
1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.1 PREGUNTA PROBLEMA.....	13
2. JUSTIFICACION.....	13
3. OBJETIVOS.....	16
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	16
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	16
4. MARCO DE REFERENCIA.....	17
4.1. MARCO GEOGRÁFICO .....	17
4.2. ANTECEDENTES .....	20
4.3. MARCO TEORICO .....	23
4.4. MARCO LEGAL.....	24
4.5. MARCO CONCEPTUAL.....	26
4.6. ASPECTOS ETICOS .....	27
5. METODOLOGIA .....	30
5.1 TIPO DE INVESTIGACION.....	30
5.2 POBLACION Y MUESTRA.....	31
5.3 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES .....	32



<b>5.4 TECNICAS DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION.....</b>	<b>38</b>
<b>5.6 ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>40</b>
<b>6. CONCLUSIONES .....</b>	<b>55</b>
<b>7. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>57</b>
<b>8. DISCUSIÓN .....</b>	<b>58</b>
<b>9. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>60</b>
<b>10. ANEXOS .....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXO 1. CRONOGRAMA.....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO 2.PRESUPUESTO.....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO 3. FICHA DE VALORACIÓN DEL NUCLEO FAMILIAR .....</b>	<b>66</b>





## INTRODUCCIÓN

Hoy en día la sociedad en la que nos desenvolvemos ha conceptualizado al adulto mayor con la dependencia, la enfermedad y la pérdida de productividad. Sin embargo, desde una perspectiva de derechos y creando condiciones para su inclusión social, es posible que mantengan su independencia, autonomía y participen activamente en la sociedad. Por ende en nuestro país mediante la legislación se han incorporado temas como pensión, recreación, atención y cuidado, oportunidades de participación fomentándolas mediante la creación de los centros de vida ubicadas en sitios estratégicos de la ciudad y en el que se fortalecen mediante la interdisciplinariedad actividades que potencialicen la tranquilidad y un buen entorno donde logren alcanzar el fin de este último ciclo sin abuso, desamparo y soledad.

Hoy en día el porcentaje de adultos mayores va en aumento, según las Naciones Unidas “se espera que para el 2050, se producirá un fenómeno nunca antes evidenciado adolescentes en el mundo”. Se estima que los adultos mayores podrán llegar aproximadamente a 2000 y es el hecho de que las personas mayores superaran en número a los niños y millones, situación que genera grandes demandas de protección social integral

Por lo tanto si la población de adulto mayor es alta, porqué Las condiciones de vida para las personas de la tercera edad son especialmente difíciles, y no lo es para países desarrollados donde en su mayoría gozan de mejor estándar de vida, son subsidiados por el estado y tienen acceso a mejores pensiones, garantías de salud y otros beneficios.

Mediante esta investigación pretendemos superar la situación de abuso y desamparo en el cual se encuentra esta población logrando levantar una línea base de una política de salud pública. De tal manera que en el desarrollo del proyecto describiremos las características de los adultos mayores que asisten a los centros de vida de las localidades 1, 2 y 3 del Distrito de Cartagena del año en



curso, identificando tipología familiar, relaciones sociales, interacción con el entorno, su rol, e identificaremos los recursos con los que cuentan económicamente y prestaciones sociales que forman parte de su atención integral.

Además de alcanzar nuestros objetivos propuestos pretendemos ser una evidencia mas como línea de investigación relacionadas al tema del adulto mayor, con el fin de conseguir para este grupo una vida digna con calidad humana y equidad protegiendo todos sus derechos y garantizando los deberes del responsable del cuidado.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El ciclo vital va atravesando una serie de fases que inician desde el momento de la concepción, pasando por la infancia adolescencia, adultez, el adulto mayor y la muerte, es por ello que al abordar la temática del adulto mayor, tal como lo expone la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 1979, que establece como adulto mayor a personas con más de 60 años que viven en países en vía de desarrollo, de 65 años de edad quienes habitan en países de desarrollo, lo que fue reajustado posteriormente en 1994 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a la edad de 65 años de edad y mas para ser considerado adulto mayor.

El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. Usualmente las personas de la tercera edad han dejado de trabajar, o llegan a la pensión, por lo que su nivel de ingresos disminuye en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida. Esta situación hace que las personas de la tercera edad muchas veces sean consideradas como una molestia para sus familias, por lo que un problema creciente en la sociedad actual, es el abandono. Otra opción muchas veces tomadas por los familiares de los adultos mayores consiste enviarlos a los asilos, que son centros que se especializan en sus cuidados.

Esta población está considerada como grupo de alto riesgo de sufrir maltratos familiares. En el año 2009 en Colombia se registraron 89 suicidios y 19 casos de abuso sexual en mayores de 60. Estos últimos ocurrieron 38 casos en el 2007.

En Colombia, en el 2007 murieron 481 personas mayores de 60 años por causas violentas; en promedio, 40 al mes. De enero a junio del año en curso se registraron 238 homicidios, lo que demuestra que la tendencia se mantuvo. También, durante ese último periodo, se reportaron 406 lesiones personales en adultos mayores y 677 casos de violencia intrafamiliar que han dejado abuelos maltratados física y emocionalmente. Y lo más grave es que siete de cada diez

casos de agresión son producidos por hijos o por familiares en el seno de sus hogares.<sup>1</sup>

De acuerdo con los estudios revisados sobre el cuidado familiar, se puede afirmar que éste se caracteriza por ser provisto por los familiares o los vecinos muy allegados a la persona que lo requiere, el cual no está regulado, ni sometido a horarios, ni a remuneración económica, y generalmente quienes lo proveen no han tenido educación formal al respecto, al menos cuando comienzan a desempeñar este rol.

Por otra parte, se puede evidenciar de cómo ser cuidador familiar trae consecuencias sociales, emocionales, físicas y de salud para las personas que suministran este cuidado; en este sentido, hace referencia a la sobrecarga, carga emocional, estrés y depresión, fatiga, pérdida del apetito, insomnio, y aislamiento social, entre otros, se pueden identificar como factores causantes del deterioro psicosocial del cuidador familiar de adultos mayores la enfermedad, la discapacidad, el deterioro funcional y cognitivo o los problemas de conducta de los mayores a quienes cuidan, que constituyen posibles antecedentes de estrés del cuidador. Justamente, los problemas de salud son percibidos como la principal amenaza, tanto por el cuidador como por el anciano, y esto es más delicado cuando ambos son de edad avanzada.

La población de adulto mayor en Cartagena es de unas 150.000 personas. Según las leyes del país, en el gasto para ese grupo de edad se le debe dar prioridad a la población de Sisben 1 y 2, la cual según los datos de la secretaría de Participación es de 70.000 personas. Hasta el momento esa entidad del distrito atiende a 22.000 ancianos amparados a través de los Centros de Vida, pero con el paso del

---

<sup>1</sup> PROFUNDIZACIÓN CUIDADO DE ENFERMERÍA AL ADULTO MAYOR/“Situación actual de la personas adultas mayores en Colombia, legislación y programas de atención al adulto mayor” universidad sur colombiana DISPONIBLE EN [es.scribd.com/.../20297780-Situacion-Actual-de-La-Persona-Adulta](https://es.scribd.com/.../20297780-Situacion-Actual-de-La-Persona-Adulta)



tiempo aspira a ampliar la cobertura hasta llegar en 2015 a la totalidad de adultos mayores en los dos niveles más bajos del Sisben.<sup>2</sup>

El Distrito de Cartagena de Indias a través de la secretaria de participación y desarrollo social implemento el programa de atención integral al adulto mayor como una respuesta a la necesidad de brindar a esta población una atención especial, tendiente al mejoramiento de su calidad de vida, teniendo en cuenta que en esta etapa del ciclo vital los seres humanos muchas veces se ven vulnerados sus derechos y tienden al marginamiento y olvido, lo que refleja una serie de necesidades básicas insatisfechas.<sup>3</sup>

### **1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:**

¿Cuáles son las características de los adultos mayores y su relación familiar, asistentes a los centros de vida, de la localidad 1, 2 y 3 del Distrito de Cartagena, en el período comprendido entre marzo-mayo de 2012?

## **2. JUSTIFICACION**

Basados en la realidad del adulto mayor en el distrito de Cartagena, se pretende mediante este proyecto superar la situación de abuso y desamparo en el cual se encuentra esta población logrando levantar una línea base de una política de salud pública. Es conveniente llevar a cabo esta investigación porque esta situación la agrava la ausencia de una cultura inclinada hacia los derechos de las personas de mayor edad.

---

<sup>2</sup> Paola Pianeta/ ¿Qué opciones tiene la tercera edad en Cartagena?[EN LINEA] Prensa virtual, <http://www.ajacartagena.com> / CARTAGENA DE INDIAS 2011

<sup>3</sup> ALCALDIA MAYOR DE CARTAGENA DE INDIAS/secretaria de participación y desarrollo social/ grupo de organizaciones sociales, "ATENCIÓN OPORTUNA Y CON CALIDEZ A LOS ADULTOS MAYORES" [EN LINEA] <http://sigob.cartagena.gov.co/SecParticipacion/Documentos/Adultomayor>

El gran desafío primeramente es detectar las necesidades del adulto mayor en sitios específicos: siete Centros de vida del adulto mayor de la localidad 1, 2 y 3 del Distrito.

De acuerdo a las estadísticas obtenidas con la secretaria de participación y desarrollo social la población de el distrito de Cartagena está dividida en sus 3 localidades de la siguiente manera: La Localidad 1 un porcentaje de población del 39%, Localidad 2 con un Porcentaje poblacional de 35 % y la Localidad 3 con un Porcentaje de población de 26 %, y de acuerdo a las cifras de adultos mayores potenciales Beneficiarios del distrito hay un total de 236 usuarios activos, una cifra muy pobre para un total de población mayor de 150.000 ancianos.<sup>4</sup>

En Cartagena hay 6 Asilos, donde la mayoría de los usuarios llegan en abandono y solo algunos a través de sus familias. Por otra parte existen los Centros de Vida, espacios creados por el Estado para garantizar la atención integral al adulto mayor. Según los estatutos de nuestro país, en el gasto para ese grupo de edad se le debe dar prioridad a la población de Sisben 1 y 2, la cual es -según los datos de la secretaría de Participación- de 70.000 personas. Hasta el momento esa entidad del distrito atiende a 22.000 ancianos amparados a través de los Centros de Vida, pero con el paso del tiempo aspira a ampliar la cobertura hasta llegar en 2015 a la totalidad de adultos mayores en los dos niveles más bajos del Sisben.<sup>5</sup>

La intervención se llevará a cabo en siete centros de vida de las localidades 1,2 y 3 del distrito de Cartagena, recolectando datos pertinentes que nos permitan, caracterizar las familias de los adultos mayores que asisten a los centros de vida, buscando incidir sobre las políticas públicas con un enfoque social, cultural y con perspectiva de género que beneficie al adulto mayor en condiciones de vulnerabilidad y pobreza, donde se le garantice, el bienestar integral, mediante el fortalecimiento de su autonomía, su integración a la familia y comunidad, y la vinculación a redes de servicios sociales y además fomentar líneas de

---

<sup>4</sup> [www.dadiscartagena.gov.co](http://www.dadiscartagena.gov.co)

<sup>5</sup> **Paola Pianeta**/ ¿Qué opciones tiene la tercera edad en Cartagena?[EN LINEA] Prensa virtual, <http://www.ajacartagena.com> / CARTAGENA DE INDIAS 2011



investigación relacionadas con el tema, con el fin de conseguir para el adulto mayor, una vida digna con calidad, humanismo y equidad, protegiendo sus derechos y su dignidad humana.



### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

Describir las características de los adultos mayores y su relación familiar, asistentes a los centros de vida, de las localidades 1, 2 y 3 del Distrito de Cartagena, en el 2012.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ❖ Describir las Características Sociodemográficas de los adultos mayores de los centros de vida de las localidades 1, 2 y 3 de la ciudad de Cartagena.
- ❖ Determinar la caracterización y situación actual de los adultos mayores que asisten a los centros de vida de las localidades 1, 2 y 3 de la Ciudad de Cartagena.
- ❖ Identificar las características familiares, relaciones sociales y satisfacción con la vida de los adultos mayores objeto de estudio.
- ❖ Establecer las condiciones de salud orgánica general.
- ❖ Reconocer recuerdos negativos y dependencia social-familiar de los adultos mayores.
- ❖ Identificar la atención institucional otorgada y el apoyo social.
- ❖ Identificar los recursos y prestaciones asequibles a esta población.





## 4. MARCO DE REFERENCIA

### 4.1. MARCO GEOGRÁFICO

El Distrito Cultural y Turístico de Cartagena de Indias, funge como capital del Departamento de Bolívar. Es ante todo una ciudad histórica y turística, fundada en 1533 por Pedro de Heredia, alcanzando su independencia de la corona española el 11 de Noviembre de 1811. Cartagena está localizada en el norte del departamento de Bolívar sobre la orilla del Mar Caribe. Se encuentra a 10° 25' 30" latitud norte y 15° 32' 25" de longitud oeste respecto al Meridiano de Greenwich. Limita al norte con el Mar Caribe, al sur con el municipio de San Onofre, al Este con Santa Catalina, Santa Rosa, Turbaco y Turbana y al Oeste con el Mar Caribe.

El distrito turístico y cultural de Cartagena de Indias tiene una extensión total de 623 km<sup>2</sup>, correspondientes a tres localidades en las que se encuentra dividido: la Localidad De la Virgen y Turística, la Industrial de la Bahía y la Histórica y del Caribe Norte. La primera es la más extensa, con 371 km<sup>2</sup>; la segunda se extiende a lo largo de 89 km<sup>2</sup>, y la tercera ocupa los restantes 162 km<sup>2</sup>.

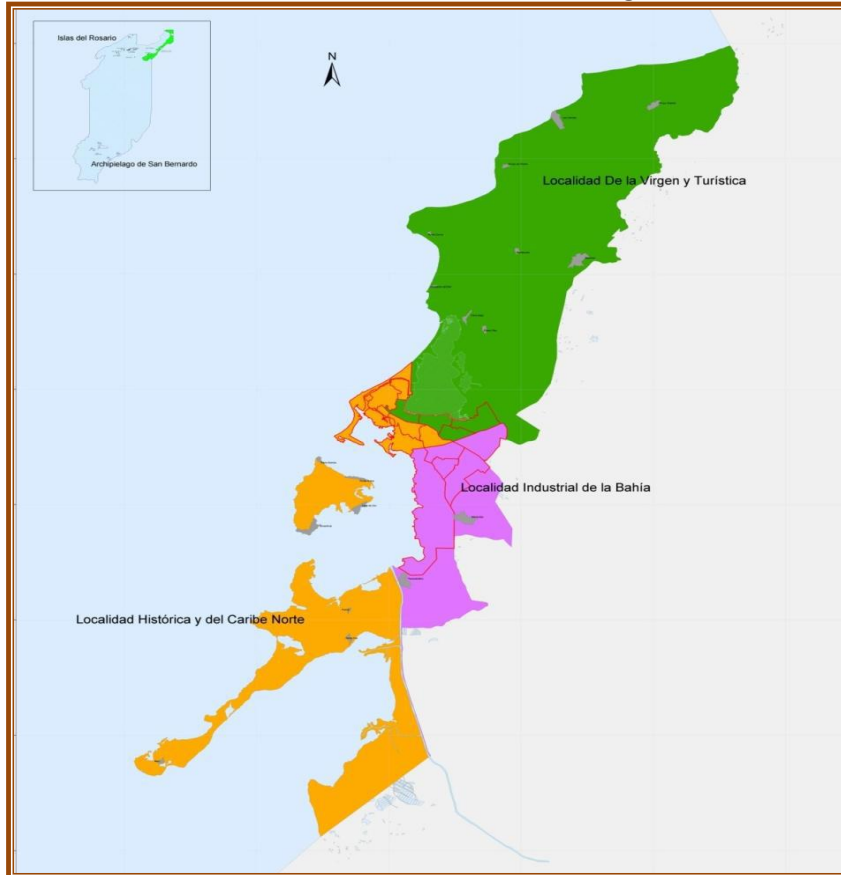
Adicionalmente, de acuerdo a la organización territorial del distrito, las localidades están conformadas por otros entes territoriales llamados Unidades Comuneras de Gobierno (UCG), tanto urbanas como rurales, a su vez conformadas por agrupaciones de barrios.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> TORRES, Villa Walter y otros. Perfil Epidemiológico De Cartagena De Indias. Alcaldía Mayor de Cartagena. Programa De Vigilancia En Salud Pública, Departamento Administrativo Distrital De Salud – Dadis Cartagena De Indias D. T. Y C, 2010.

**GRÁFICA No. 1. Mapa Del Distrito Turístico Y Cultural De Cartagena.**

**Fuente: Secretaría de Planeación Distrital. Cartagena 2010.**



Los centros de vida son lugares donde los ancianos reciben atención en salud, educación en temas del adulto mayor, interacción social, deporte, cultura, alimentación y actividades lúdico-recreativas. También reciben elementos como prótesis, gafas, sillas de rueda, entre otros. Actualmente el Distrito de Cartagena cuenta con 24 centros de vida, y dos más se encuentran en construcción, uno en Las Palmeras y otros en Ciudadela 2000. . Estos centros se encuentran distribuidos en las 3 Localidades del Distrito, ubicados en los diferentes barrios, así: Bocachica, Santa Ana, La Reina, Ternera, Pasacaballos, Cesar Flores, Pontezuela, Los calamares, La Candelaria, Arroyo Grande, El Pozón, La



## 4.2. ANTECEDENTES

### ➤ PERFIL SOCIO-FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS. TEMUCO, PADRE LAS CASAS Y NUEVA IMPERIAL

**Investigadores:** Catalina Sepúlveda R, Edith Rivas R, Luis Bustos M Mónica Illesca P Ciencia y Enfermería XVI (3): 49-61, 2010.

**Introducción:** El proceso de envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de la población con repercusiones significativas en el volumen y distribución de la carga social de enfermedad. La Organización de Naciones Unidas (ONU) plantea que es un fenómeno secuencial, acumulativo e irreversible, que deteriora el organismo progresivamente hasta hacerlo incapaz de enfrentar circunstancias y condiciones del entorno.

**Objetivo general:** Conocer el perfil socio-familiar de adultos mayores institucionalizados en comunas de Temuco, Padre Las Casas y Nueva Imperial, año 2009.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal correlacional, en muestra de 80 adultos mayores institucionales. La recolección de la información se realizó con el Cuestionario Calidad de Vida para Ancianos, elaborado por Inga y Vara, adaptado a los objetivos del estudio. Se realizó análisis descriptivo (distribución de frecuencias, medias, promedios desviación estándar) e inferencial (chi cuadrado, Pearson).

**Resultados:** El promedio de edad fue de 78,1 años, 15,0% eran mapuches, 55,0% eran masculinos, 11,2% “no sabe leer ni escribir”, 40,5% no tiene contacto con sus hijos, en maltrato ha recibido golpes o empujones (15,1% más de diez veces). 18,7% piensa casi a diario que está insatisfecho con su vida actual, 59,4% no recibe atención de salud por la institución.

**Conclusiones:** se constató una situación de aislamiento, soledad personal y déficit de cuidados entregado por las instituciones, reto para Enfermería, donde

debería tener participación de privilegio en la toma de decisiones en políticas de cuidado para la población en estudio.

**Palabras clave:** Adultos mayores institucionalizados, satisfacción de vida, calidad de vida, apoyo social.

➤ **CARACTERIZACIÓN DEL RIESGO FAMILIAR TOTAL DE LAS FAMILIAS CON ADULTO MAYOR UBICADAS EN LA COMUNA 6 DEL MUNICIPIO DE IBAGUÉ.**

**Investigadores:** Elizabeth Fajardo Ramos, Revista Científica Salud Uninorte, Vol. 24, No 2 2011

**Objetivo:** Caracterizar el riesgo familiar total en términos de categorías de factores de riesgo.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, exploratorio, transversal con enfoque cuantitativo. Se utilizó el instrumento “Riesgo Familiar Total 7-70”; se aplicó en los barrios Gaviota, Arkala y Arkambuco de la Comuna 6 del municipio de Ibagué (Tolima, Colombia). Con muestra de 132 familias con ancianos

**Resultados:** Tipología familiar extensa y extensa modificada; 43% de las familias pertenecían al ciclo vital familiar en plataforma de lanzamiento, seguido de familias con adolescentes. La mayoría adultos mujeres, con edades superiores a 50 años, seguido de mujeres en edad productiva entre los 31 y 49 años. La composición familiar estuvo en el rango de 1 a 4 miembros (46%) y de 5 a 8 miembros (42%). La mayoría de personas percibió estar sana; entre los antecedentes familiares, la hipertensión y el cáncer ocuparon en su orden los dos primeros lugares. El 5.3% de las familias tiene riesgo familiar alto, 41% medio y 54% bajo, y se concluyó que el 46.3% está en riesgo considerable.

**Conclusiones:** Los factores que más aportaron al riesgo familiar fueron familias monoparentales, con mujeres cabeza de familia. La tendencia respecto a morbilidad fue encontrar más de un enfermo en la familia; la mortalidad fue baja. Las prácticas de salud mostraron ausencia de actividades recreativas, poco

gratificantes, uso indiscriminado de tratamientos, prácticas perinatales inadecuadas en gestantes, ancianos inactivos y aislados.

**Palabras claves:** Riesgo, riesgo familiar total, familia, familia con adulto mayor, adulto mayor

## ➤ CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE MEDELLÍN

**Investigadores:** Alejandro Estrada, Doris Cardona, Ángela María Segura, Lina Marcela Chavarriaga, Jaime Ordóñez, Jorge Julián Osorio.

**Introducción.** Varios aspectos en el adulto mayor deterioran su calidad de vida, como son las relaciones familiares y de amigos, la soledad e, incluso, el mismo centro geriátrico.

**Objetivo.** Explorar las condiciones asociadas con la calidad de vida de los ancianos en hogares geriátricos.

**Materiales y métodos.** Estudio transversal de 276 ancianos de 39 Centros de Bienestar del Anciano de Medellín. Se excluyeron aquellos con grave deterioro cognitivo y los que no residían de forma permanente en la institución. La calidad de vida se evaluó mediante el World Health Organization Quality of Life of Older Adults (WHOQOL-OLD) de la Organización Mundial de la Salud; se utilizaron la escala de depresión de Yesavage, la de ansiedad de Goldberg, la de funcionalidad de Pfeffer, la minivaloración nutricional y, además, se evaluaron aspectos demográficos y sociales. La información se analizó con pruebas U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, la correlación de Pearson y un modelo de regresión lineal múltiple.

**Resultados.** El 59,4% eran mujeres, la edad promedio fue de  $79,2 \pm 8,0$  años, 71% se consideraron independientes para realizar actividades de la vida diaria, 45,7% presentaba sintomatología depresiva y 33% mostraron riesgo de ansiedad,

28,3% deterioro funcional y, 54,3%, posible malnutrición. Se encontró una asociación negativa con la calidad de vida el ser mujer, presentar diabetes, altos puntajes en las escalas de capacidad funcional, depresión y ansiedad; el ir voluntariamente a la institución mostró una asociación positiva.

**Conclusión.** Se halló deterioro en la calidad de vida cuando las condiciones de funcionalidad y autonomía limitaban la realización de actividades de la vida diaria, agravado por el hecho de ser mujer, tener sintomatología depresiva y de ansiedad, y sentirse maltratado por sus familiares.

### 4.3. MARCO TEORICO

Los ancianos prehistóricos no dejaron, registro de sus actividades o pensamientos. Sin embargo, podemos imaginar con cierta seguridad cuál fue su condición al comprobar que todas las culturas que conocemos tienen una consideración parecida hacia sus abuelos. Su longevidad en la antigüedad era motivo de orgullo para el clan, por cuanto eran las fuentes del saber, y constituían la memoria que los contactaba con los antepasados. Muchos de ellos se constituían en verdaderos intermediarios o puente para contactar, el presente y el más allá. Ejercían también labores de sanación, de jueces y de educadores. En otras palabras la vejez representaba la sabiduría, el archivo histórico de la comunidad.

En estas sociedades antiguas, alcanzar edades avanzadas significaba un privilegio, una hazaña que no podía lograrse sin la ayuda de los dioses, por tanto, la longevidad equivalía a una recompensa divina dispensada a los justos.

La administración la conformaba la gente que se ganaba su reputación y calificación a través de los años, siendo así que los puestos más altos se

encontraban conformados por ancianos. Todo hogar tenía que obedecer al hombre más anciano, pues la cultura solicitaba más experiencia que fortaleza.

El papel de los ancianos en la Grecia Antigua era de consejeros del rey, y que varias veces eran ellos los que impartían justicia; debido a que a la vejez se le atribuía la sabiduría. Al paso de los años comienza a presentarse la oligarquía, la vejez era símbolo de calificación, pero no necesariamente símbolo de amor y respeto. Las personas ancianas poseían un nivel social más elevado.<sup>8</sup>

En Roma y Grecia gobernada la oligarquía, y se respetaba a los ricos, entre los cuales existía una gran cantidad de ancianos. Si una joven deseaba casarse era necesario el consentimiento del padre y del abuelo, si este vivía aún, lo que demuestra que el patriarca conserva hasta la muerte la autoridad de la familia.

En el siglo XIX, las transformaciones fueron en general negativas para los ancianos, cuya condición fue sumamente cruel, sobre todo en la segunda mitad del siglo, pues los ancianos al no tener fuerza para seguir cultivando la tierra, y sin haber ahorrado, para el pago de agricultores, se encontraban a merced de sus hijos, éstos, que vivían al borde de la miseria, no podían mantener gente inútil, por lo que generalmente los abandonaban en los asilos.<sup>9</sup>

#### 4.4. MARCO LEGAL

El presente proyecto se ampara bajo las siguientes leyes establecidas en el territorio nacional Colombiano.

- **LEY 1251 DE 2008:** La cual tiene por objeto proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que

---

<sup>8</sup> [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lhr/esquivel\\_m\\_al/capitulo2.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lhr/esquivel_m_al/capitulo2.pdf)

<sup>9</sup> Dr. Carlos Trejo Maturana. EL VIEJO EN LA HISTORIA [EN LINEA] <http://www.gerontologia.uchile.cl/docs>





prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez. Crea la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez en la cual el Estado colombiano, se hace responsable de adelantar acciones encaminadas al desarrollo integral del adulto mayor, para lo cual prevé unas directrices, un sistema integral de información, y entre otras, medidas de Promoción a la familia así como de protección y cuidado especial a grupos poblacionales de adultos mayores indígenas, mujeres, discapacitados, desplazados, negritudes, minorías étnicas y reclusos.<sup>10</sup>

- **LEY 1276 DE 2009:** tiene por objeto la protección a las personas de la tercera edad (o adultos mayores) de los niveles I y II de Sisbén, a través de los Centros Vida, como instituciones que contribuyen a brindarles una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida, garantizando la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, interacción social, deporte, cultura, orientación psicosocial, recreación y actividades productivas, como mínimo; basados en un propendan la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y su remisión oportuna a los servicios de salud para su atención temprana y rehabilitación, cuando sea el caso.<sup>11</sup>
  
- **LEY 1315 DE 2009:** Por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención. El objetivo de la presente ley es garantizar la atención y prestación de servicios integrales con calidad al

---

<sup>10</sup> <http://representantes.movimientomira.com/iniciativas-normativas/leyes/leyes-alexandra-piraquive/ley-1251-de-2008.html>

<sup>11</sup> CONGRESO DE LA REPÚBLICA. **LEY 1279 DE 2009/ [EN LINEA]** <http://www.secretariasenado.gov.co/> Diario Oficial No. 47.223 de 5 de enero de 2009

adulto mayor en las instituciones de hospedaje, cuidado, bienestar y asistencia social.<sup>12</sup>

- **DECRETO 4112 DE 2004:** mediante este decreto se distribuirán los recursos de la subcuenta de subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional, y se financiarán el programa de auxilios para ancianos indigentes previstos en el Libro Cuarto de la Ley 100 de 1993. El subsidio que se otorga es intransferible y la orientación de sus recursos se desarrolla bajo los principios de integralidad, solidaridad y participación. El Ministerio de la Protección Social elaborará el Manual Operativo para desarrollar los lineamientos de selección de beneficiarios, los componentes de los subsidios y demás aspectos procedimentales del programa, dentro de los parámetros establecidos en la normatividad aplicable.
- **RESOLUCION 8430 DE 1993:** Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Las disposiciones de estas normas científicas tienen por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud. Las instituciones que vayan a realizar investigación en humanos, deberán tener un Comité de Ética en Investigación, encargado de resolver todos los asuntos relacionados con el tema.<sup>13</sup>

#### 4.5. MARCO CONCEPTUAL

Los aspectos conceptuales que guiaron este estudio, son los siguientes:

**FAMILIA:** es considerada como la unidad con estructura y organización que interactúa con su ambiente, en un sistema con subsistemas interpersonales de

---

<sup>12</sup> IBID Diario Oficial No. 47.409 de 13 de julio de 2009

<sup>13</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD. RESOLUCION N° 008430 DE 1993. Disponible en: [http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica\\_res\\_8430\\_1993.pdf](http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf)



díadas, tríadas y mayores unidades definidas por vínculos emocionales y responsabilidades comunes. La Familia está conformada por la pareja, o dos o más personas que llevan funciones de familia y están emocionalmente conectadas al individuo.<sup>14</sup>

La Constitución Política de Colombia infiere: “La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. Se constituye por vínculos naturales o jurídicos por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla. La pareja tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos, y deberá sostenerlos y educarlos mientras sean menores e impedidos”<sup>15</sup>

**ADULTO MAYOR:** En abril de 1994 la Organización Panamericana de la Salud, filial de la Organización Mundial de la Salud, decidió emplear el término adulto mayor para las personas mayores de 65 o más años de edad Padilla, (2002), esta edad ha sido tradicionalmente usada para definir el comienzo de la vejez en estudios demográficos y gerontológicos, principalmente porque en muchos países es utilizada por los sistemas de pensiones para empezar a otorgar beneficios.<sup>16</sup>

Según la ley 1276 de 2009, el **adulto Mayor** es aquella persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más.

**CENTRO VIDA:** Según la ley 1276 de 2009, es el conjunto de proyectos, procedimientos, protocolos e infraestructura física, técnica y administrativa orientada a brindar una atención integral, durante el día, a los Adultos Mayores, haciendo una contribución que impacte en su calidad de vida y bienestar.<sup>17</sup>

---

<sup>14</sup> VELÁSQUEZ, C., FLORISA VELÁSQUEZ GUTIÉRREZ, V. Caracterización del riesgo familiar total en las familias con adultos mayores funcionales, sector de Patio Bonito, Bogotá, 20051. **Avances en Enfermería**, Norteamérica, 25, feb. 2010. Disponible en:  
<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12805>

<sup>15</sup> Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política. 1991. 3ª: ed. Santa Fé de Bogotá: Legis; 1991.

<sup>16</sup> [http://www.espaciovisual.org/fundación quiéreme y protégeme A.C](http://www.espaciovisual.org/fundación%20quiéreme%20y%20protégeme%20A.C)

<sup>17</sup> [www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/.../ley\\_1276\\_2009](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/.../ley_1276_2009).

**ENVEJECIMIENTO:** es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen desde el mismo momento del nacimiento, se incrementa con el paso del tiempo e involucra a todos los seres vivos. Es un proceso biológico, social y psicológico, como resultado de la interacción de la herencia, el ambiente y la conducta y va delineando la última etapa de la vida: la vejez. Esta se refiere a un estado relativamente largo, ya que puede corresponder a casi la tercera parte de la existencia, y además es el último escalón del ciclo vital.<sup>18</sup>

#### 4.6. ASPECTOS ETICOS

Los aspectos éticos están basados en la Resolución 8430 De 1993 artículo 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

a) Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

En esta investigación, se hace fundamental la aplicación de los principios de beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia, debido a que los sujetos de estudio son seres humanos, vulnerables a la violación de sus derechos y dignidad humana, respetando los valores, culturas y creencias.

Se aplicó el principio de autonomía, bien llamado también respeto por las personas, basado en el fundamento, de que el ser humano posee la capacidad de

---

<sup>18</sup> VICTORIA EUGENIA ARANGO, ISABEL CRISTINA RUIZ. DIAGNÓSTICO DE LOS ADULTOS MAYORES DE COLOMBIA/  
Disponible en [www.saldarriagaconcha.org](http://www.saldarriagaconcha.org)

actuar como persona autónoma, por lo cual tiene la libertad de elegir, aplicando su propio razonamiento y una vez analizados los aspectos negativos y positivos, determinará la conducta a seguir.

El principio de beneficencia persigue maximizar los beneficios y minimizar los daños, por tanto los participantes de esta investigación se les dio a conocer, los riesgos en mínima magnitud, frente a los máximos beneficios buscados con su participación en la misma.

El principio de justicia se aplica a este estudio, en el sentido de que se busca que todos los participantes del mismo, sean beneficiadas con los resultados en la misma magnitud, de forma equitativa, sin ningún tipo de distinción, discriminación o preferencia.

El principio de no maleficencia "obliga a todos de modo primario y por lo tanto es anterior a cualquier tipo de información o de consentimiento" y pretende no dañar al paciente, lo que obligaría moralmente al investigador a buscar los menores riesgos posibles para los sujetos de experimentación.

La participación de los adultos mayores fue por decisión libre y con manifestación de su consentimiento, después de recibir completa información sobre la naturaleza y objetivos del estudio.<sup>19</sup>

Además de los mencionados anteriormente también se tuvieron en cuenta la privacidad e intimidad de los sujetos que participaron en el estudio como bienes protegidos por la Constitución de la República, reservando de manera confidencial los datos Sociodemográficas y todos aquellos tenidos en cuenta en la presente investigación y que solo puede ser exigida por el titular o propietario de la misma,

---

<sup>19</sup> ACEVEDO PEREZ, IRENE. ASPECTOS ETICOS EN LA INVESTIGACION CIENTIFICA. *Cienc. enferm.* [online]. 2002, vol.8, n.1 [citado 2012-06-10], pp. 15-18 . Disponible en: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071795532002000100003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532002000100003&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0717-9553. doi: 10.4067/S0717-95532002000100003.



y se solo se hará pública preservando el nombre o identidad de los sujetos concernidos, es decir de forma anónima.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> RODRÍGUEZ, Artalejo Fernando. Aspectos éticos y legales de la Investigación en Salud Pública. 2004. Disponible en [http://www.bioeticaweb.com/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=276](http://www.bioeticaweb.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=276)

## 5. METODOLOGIA

### 5.1. TIPO DE INVESTIGACION

Se diseñó un estudio descriptivo-Cuantitativo de corte transversal, con un muestreo por conveniencia. La Investigación es considerada descriptiva porque observa, describe, interpreta y analiza la caracterización Familiar de los adultos mayores de 60 años que asisten a los centros de vida Los Calamares, Los Caracoles, Zapatero, San Francisco, Nuevo Bosque, Nuevo Paraíso y la Reina, de las Localidades 1, 2 y 3 del Distrito de Cartagena. Y no se interviene o manipula el factor de estudio, es decir se observa lo que ocurre con el fenómeno en estudio en condiciones naturales, en la realidad. Genera nuevos conocimientos, pues en este caso no se conoce las características familiares de los adultos mayores de los barrios mencionados. <sup>21</sup>

Es transversal o de prevalencia porque sólo incluye adultos mayores en la situación anteriormente mencionada, durante un período de tiempo determinado, es decir, estudia simultáneamente la exposición y la enfermedad en una población bien definida en un momento determinado. Esta medición simultánea no permite conocer la secuencia temporal de los acontecimientos y no es por tanto posible determinar si la exposición precedió a la enfermedad o viceversa.

El estudio es cuantitativo, debido a las características del instrumento utilizado para recolectar la información en forma sistemática, que requiere del uso de operaciones estadísticas de porcentajes para la interpretación, organización, presentación y análisis de los datos.<sup>22</sup>

---

<sup>21</sup> GARCIA, Salinero Julia. NURE Investigación, Revista Científica de Enfermería N° 7, Estudios Descriptivos, Departamento de Cooperación e Investigación FUDEN. Junio 2004.

<sup>22</sup> PITA, Fernández S. Epidemiología. Conceptos básicos. En: Tratado de Epidemiología Clínica. Madrid; DuPont Pharma, S.A.; Unidad de epidemiología Clínica, Departamento de Medicina y Psiquiatría. Universidad de Alicante: 1995. p. 25-47.



## 5.2. POBLACION Y MUESTRA

La Población se encuentra constituida por los adultos mayores de 60 años de edad, inscritos en los centros de vida de las localidades 1, 2 y 3 del Distrito de Cartagena para un universo conformado por 5.300 personas inscritas en estos CENTROS DE VIDA.<sup>23</sup>

La Muestra está conformada por 215 adultos mayores de 60 años que asisten a los centros de vida Los Calamares, Los Caracoles, Zapatero, San Francisco, Nuevo Bosque, la Reina Y Nuevo Paraíso, de las Localidades 1, 2 y 3 del Distrito de Cartagena, en el período de marzo a mayo de 2012.

---

<sup>23</sup> ANIANO MORALES. EX DIRECTOR PLAN DE EMERGENCIA SOCIAL PEDRO ROMERO 2007. Disponible en [www.cartagena.gov.co/EmergenciaSocialPR](http://www.cartagena.gov.co/EmergenciaSocialPR)



### 5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

MACRO-VARIABLES	VARIABLES	DEFINICION	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	CRITERIO DE CLASIFICACION
<b>CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS</b>	<b>GENERO</b>	Característica fenotípica que diferencia el hombre de la mujer	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hombre</li> <li>• Mujer</li> </ul>
	<b>EDAD</b>	Término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo.	Cuantitativa	Razón	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayores de 60 años</li> </ul>
	<b>ESTADO CIVIL</b>	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero</li> <li>• Casado</li> <li>• Viudo</li> <li>• Unión libre</li> <li>• Divorciado</li> </ul>
	<b>RELIGIÓN</b>	Es una parte de la actividad humana consistente en creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado, de tipo existencial, moral, espiritual.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Católica</li> <li>• Evangélica</li> <li>• Cristiana</li> <li>• Adventista</li> </ul>



	<b>NIVEL EDUCATIVO</b>	Parámetro que mide el Periodo de tiempo que dura una persona en una escuela para estudiar y recibir una enseñanza adecuada	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primaria Incompleta</li> <li>• Primaria Completa</li> <li>• Bachillerato Incompleto</li> <li>• Bachillerato Completo</li> <li>• Estudios Técnicos</li> <li>• Estudios Profesionales</li> </ul>
	<b>ESTRATO SOCIO ECONÓMICO</b>	Forma de estratificación social basada en las remuneraciones que reciben las personas o los impuestos que ellas pagan.	Cuantitativo	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1</li> <li>• 2</li> <li>• 3</li> <li>• 4</li> </ul>
<b>CARACTERIZACION Y SITUACION SOCIAL ACTUAL</b>	<b>PENSION</b>	Cantidad de dinero que un organismo oficial paga a una persona de manera periódica y como ayuda económica por un motivo determinado.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>
	<b>¿DE QUIEN RECIBE INGRESOS ECONOMICOS?</b>	Persona que suministra recursos económicos para satisfacer las necesidades del individuo.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familia</li> <li>• Pensión</li> <li>• Ahorros</li> <li>• Programas Sociales</li> </ul>
	<b>¿SUS INGRESOS SATISFACEN SUS NECESIDADES BASICAS?</b>	Placer de bienestar en cuanto a que todas las necesidades presentes se puedan cubrir	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>



	<b>¿CUANTO DINERO RECIBE MENSUALMENTE?</b>	Cantidad de dinero recibida cada 30 días.	Cuantitativo	Intervalo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De \$50.000 a \$99.999</li> <li>• De \$100.00 a \$ 149.999</li> <li>• De \$150.00 a \$199.999</li> <li>• De \$200.000 a \$249.999</li> <li>• 1 SMLMV</li> <li>• &gt;1 SMLMV</li> </ul>
<b>CARACTERIZACION FAMILIAR</b>	<b>NUMERO DE HIJOS</b>	Cantidad de Personas considerados en relación con sus padres	Cuantitativo	Intervalo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1</li> <li>• 2 ó mas</li> <li>• No tiene</li> </ul>
	<b>NECESIDADES QUE CUBREN LOS HIJOS</b>	Insuficiencias que son acobijadas por las personas a cargo del cuidado de sus padres	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitacionales</li> <li>• Alimenticias</li> <li>• Pensión económica</li> <li>• No tiene contacto con sus hijos</li> </ul>
	<b>FRECUENCIA CON QUE SE REUNE CON LOS FAMILIARES</b>	Continuidad de tiempo con la que comparte tiempo con seres más cercanos	Cualitativo	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semanal</li> <li>• Quincenal</li> <li>• Una vez al mes</li> <li>• Nunca</li> </ul>
	<b>MALTRATO RECIBIDO POR PARTE DE FAMILIAR</b>	Se caracteriza por que alguien con más poder abusa de otras con menos poder. El término alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de la familia.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>



	<b>TIPO DE MALTRATO</b>	Clase de abuso físico cometido contra un individuo	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbal (insultos, gritos)</li> <li>• Psíquico (amenazas)</li> <li>• Físico (golpes, empujones)</li> </ul>
<b>RELACIONES SOCIALES</b>	<b>SEMANALMENTE SE REUNE CON AMIGOS</b>	Continuidad con la que el adulto mayor comparte tiempo con amigos.	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>
<b>CARACTERIZACION DE LA SALUD MENTAL</b>	<b>SENTIR QUE LA VIDA HA SIDO UN FRACASO</b>	Sentimiento de ausencia de éxito en todas las experiencias vividas.	Cualitativo	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• Casi siempre</li> <li>• Rara vez</li> <li>• Nunca</li> </ul>
	<b>NO MERECE VIVIR</b>	Pensamiento negativo respecto a la vida debido a frustraciones anteriores	Cualitativo	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• Casi siempre</li> <li>• Rara vez</li> <li>• Nunca</li> </ul>
	<b>ES QUERIDO Y RESPETADO POR FAMILIARES</b>	Considerar que es valorado por los demás y que acatan su autoridad y considerar su dignidad	Cualitativo	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• Casi siempre</li> <li>• Rara vez</li> <li>• Nunca</li> </ul>
	<b>SOLEDAD Y</b>	Sentimiento de pesar y melancolía por la carencia de	Cualitativo	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• Casi siempre</li> </ul>



	<b>DESESPERANZA EN LA VIDA</b>	compañía			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rara vez</li> <li>• Nunca</li> </ul>
	<b>SENTIRSE DEBIL Y ENFERMO</b>	Estado de poca fuerza y resistencia física	Cualitativo	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• Casi siempre</li> <li>• Rara vez</li> <li>• Nunca</li> </ul>
<b>CARACTERIZACION DEL ESTADO DE SALUD FISICA</b>	<b>ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA POR UN MEDICO</b>	Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo u órganos	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> <li>• CUAL</li> </ul>
	<b>EN TRATAMIENTO FARMACOLOGICO</b>	Procedimiento con cualquier sustancia química, que se usa para prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado anormal.	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> <li>• CUAL</li> </ul>
	<b>CONSUMO DE TABACO O BEBIDAS ALCOHOLICAS</b>	Ingesta de bebidas alcohólicas y tabaco	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>
<b>DEPENDENCIA FAMILIAR</b>	<b>VESTIRSE Y DESVESTIRSE SIN AYUDA</b>	Realización de necesidades básicas por sus propios medios	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• Casi siempre</li> <li>• Rara vez</li> <li>• Nunca</li> </ul>



	<b>REALIZAR ACTIVIDADES DE HIGIENE DIARIA DE FORMA INDEPENDIENTE</b>	Cumplimiento de acciones relacionadas con la higiene personal y el autocuidado sin ayuda de terceros.	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Siempre</li><li>• Casi siempre</li><li>• Rara vez</li><li>• Nunca</li></ul>
	<b>COMPRAS POR FUERA DE LA CASA SIN AYUDA</b>	Realización de actividades personales de forma independiente	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Siempre</li><li>• Casi siempre</li><li>• Rara vez</li><li>• Nunca</li></ul>

## 5.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La Recolección de información se llevo a cabo mediante un Instrumento, o Ficha de valoración del Núcleo Familiar, basada en el Cuestionario de la Calidad de Vida para Ancianos, elaborado por Inga y Vara, adaptado a los objetivos del estudio , conformada por un cuestionario donde se evaluaron diversos ítems como datos generales, Caracterización y Situación actual de los Adultos mayores, Características familiares y relaciones sociales, Salud Orgánica general, recuerdos negativos, dependencia social y familiar.<sup>24</sup>

A los ancianos y directores (as) de los centros de vida se les comunicó con claridad, sencillez y exactitud el objetivo de esta investigación y los beneficios que podría reportar a los afectados en la prevención y el logro de una mejor calidad de vida de la población en general. Ellos confirmaron su participación y colaboración en el estudio por medio de la firma del consentimiento informado

Se efectuó un muestreo intencional a partir de determinados criterios, que abarcó 76,8 % del universo de este grupo etario que asiste a los centros de vida mencionados con anterioridad. Posteriormente se elaboró la base de datos en Microsoft Office Excel 2007. Luego se llevo a cabo el procesamiento, análisis y presentación de los datos utilizando el paquete Epiinfo Versión 3.5.3 y Excel 2007, mediante el cálculo porcentual, con el empleo del porcentaje como medida de resumen.

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** adultos mayores de 60 años beneficiarios de los Centros de Vida de Los Calamares, Los Caracoles, Zapatero, San Francisco, Nuevo Bosque, Nuevo Paraíso y la Reina, de las Localidades 1, 2 y 3 del Distrito

---

<sup>24</sup> INGA J, Vara A. Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú: 2006.



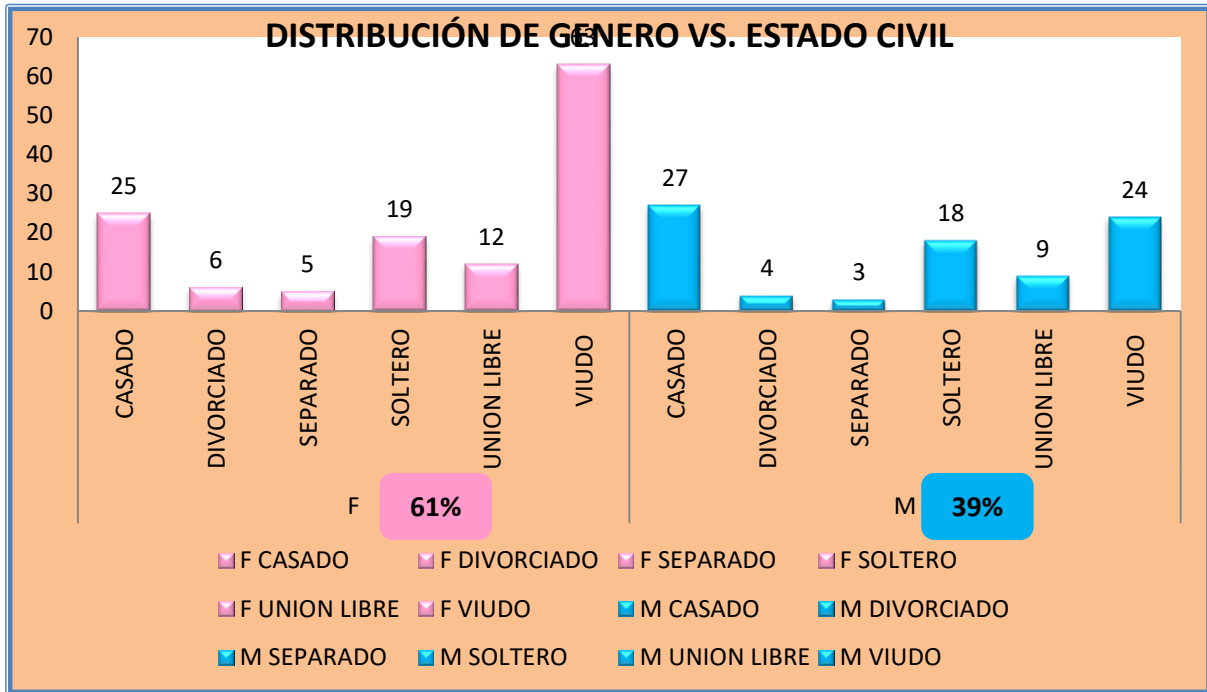
de Cartagena, en el período de marzo a mayo de 2012, que aceptaron voluntariamente participar en el estudio y firmaron consentimiento informado.

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:** adultos mayores que se encontraban imposibilitados de responder el cuestionario por deterioro grave de salud mental, física o cognitiva, tales como alteraciones en la capacidad de comprensión, razonamiento, memoria, audición y/o lenguaje que pudieran afectar la calidad de la información que brindara el individuo.



## 5.6 ANALISIS DE LOS RESULTADOS

**GRAFICA N° 1 DISTRIBUCIÓN SEGÚN GENERO VS. ESTADO CIVIL**

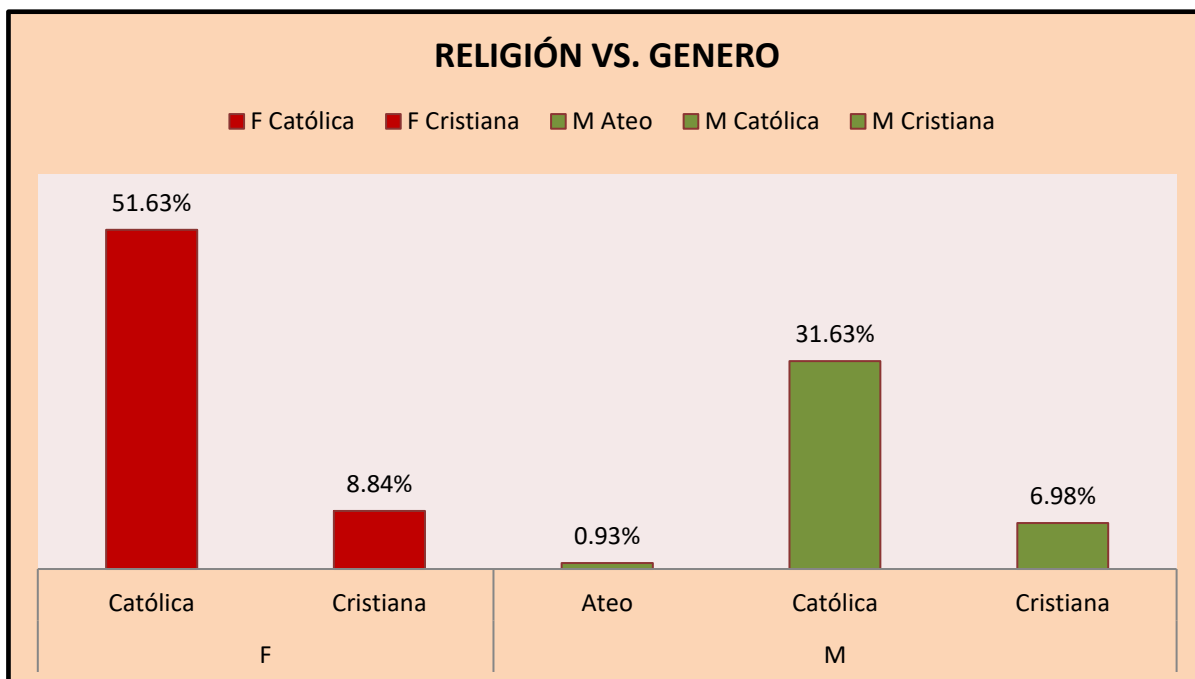


**FUENTE: Ficha de Valoración del Núcleo Familiar, Marzo-Mayo de 2012**

La Gráfica N° 1 corresponde la distribución de género y estado civil de los adultos mayores. Los participantes de esta investigación, según la Ficha de Valoración del Núcleo familiar tienen un promedio de edad de 74,2 años, de los cuales el 61% son de género femenino y el 39% masculino.

La población que actualmente es viuda corresponde el 29% a mujeres y el 11% a hombres, lo que representa un factor de riesgo para depresión y soledad en esta última etapa de la vida. Un factor protector es estar casado, lo que corresponde a un 13% en el género femenino y 12% en el género masculino, o vivir en unión libre con porcentajes de 4% y 6%, para hombres y mujeres respectivamente, esto se traduce en compañía, apoyo familiar y vínculos afectivos que fortalecen la percepción de la vida.

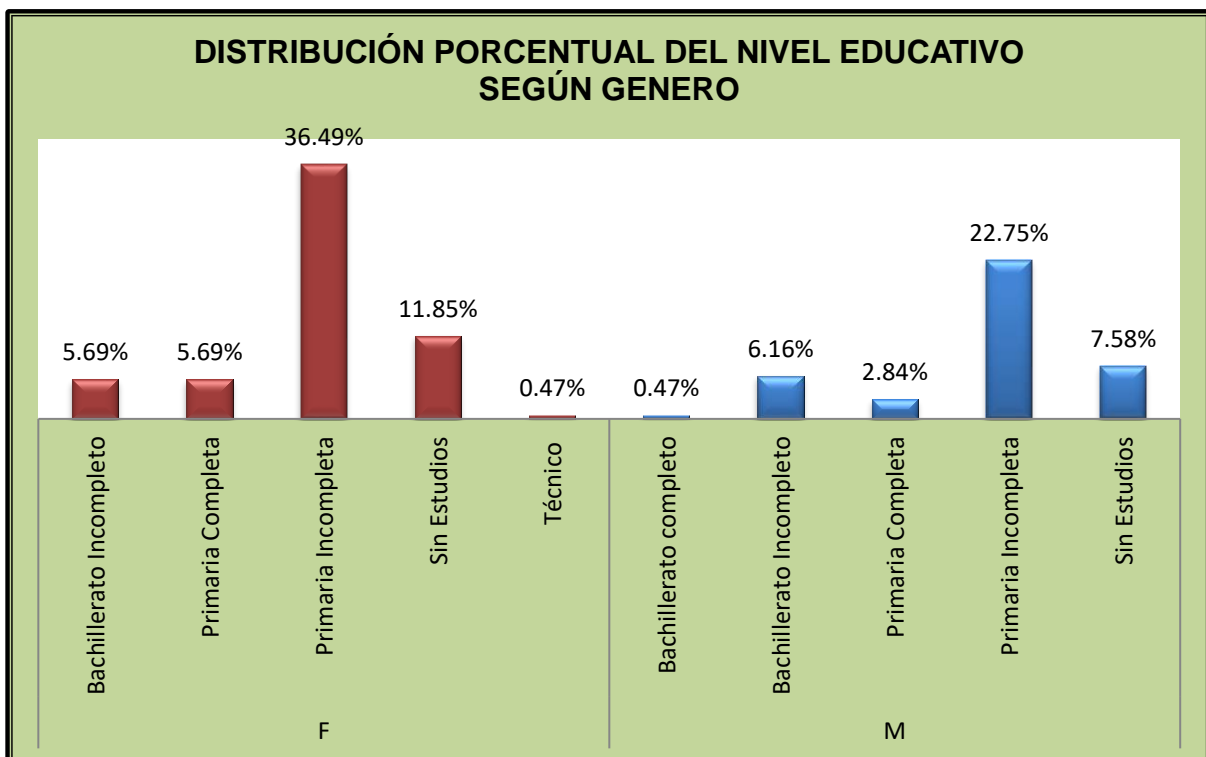
## GRÁFICA N°2 COMPORTAMIENTO DE LAS CREENCIAS RELIGIOSAS VS. GÉNERO



FUENTE: Ficha de Valoración del Núcleo Familiar, Marzo-Mayo de 2012

El grafico N°2 representa las creencias religiosas de la población geriátrica estudiada según genero, donde se evidencia mayor prevalencia de la Religión católica con 83.63% de los cuales el 51.63% en mujeres y un 31,63% en hombres y los que pertenecen a otro tipo de religión enmarcada en el grupo del cristianismo corresponden al 15.82%. Las personas que afirmaron no pertenecer a ninguna religión equivalen al 0.93% y corresponden solo, a población masculina. De todo lo anterior se infiere la gran importancia que tiene la religión y las creencias para la vida del adulto mayor, con una gran influencia en cada uno de los actos que realicen diariamente.

### GRAFICA N° 3 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NIVEL EDUCATIVO SEGÚN GÉNERO

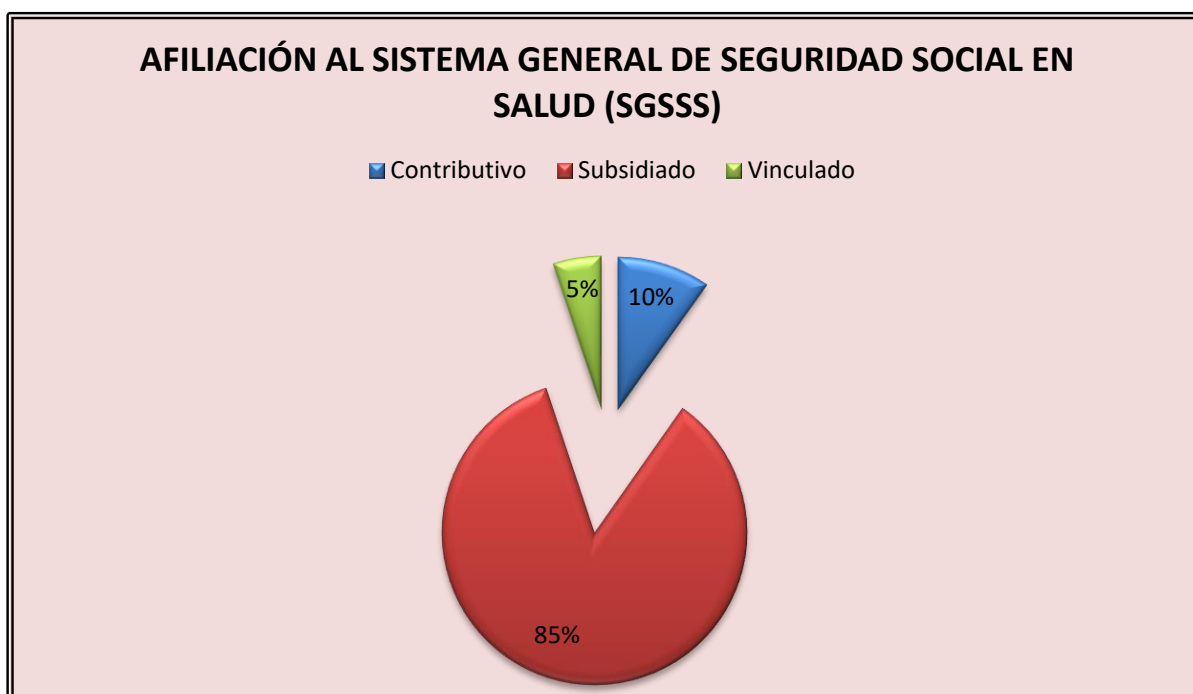


**FUENTE: Ficha de Valoración del Núcleo Familiar, Marzo-Mayo de 2012**

La grafica N°3 ilustra la distribución porcentual del nivel educativo según género, donde se evidencia que el mayor porcentaje de población de adultos mayores solo alcanzó el nivel de escolaridad de Primaria Incompleta para un total de 59.24%, que corresponde al 36.49% y 22.75% de la población femenina y masculina respectivamente. Los que cursaron primaria completa representan 5,69% de género femenino y 2.84% de género masculino. Solo 11.85% de la población femenina y masculina alcanzaron a cursar bachillerato Incompleto, de estos solo el 0.47% de los hombres realizó Bachillerato Completo y solo las mujeres con un 0.47% alcanzaron estudios técnicos. Cabe resaltar que según el gráfico en los ancianos prevalece la población sin ningún tipo de estudios con el 19.43%, lo que corresponde al género femenino con 11.85% y género masculino con 7,58%. Esto

evidencia que en épocas pasadas prevalecía el interés, en hombres por desempeñar roles en el trabajo informal, y la dedicación a las labores del hogar y la crianza de los hijos por parte de las mujeres por lo cual se le daba muy poca o nula importancia a la preparación intelectual del individuo.

#### GRÁFICA N° 4 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)

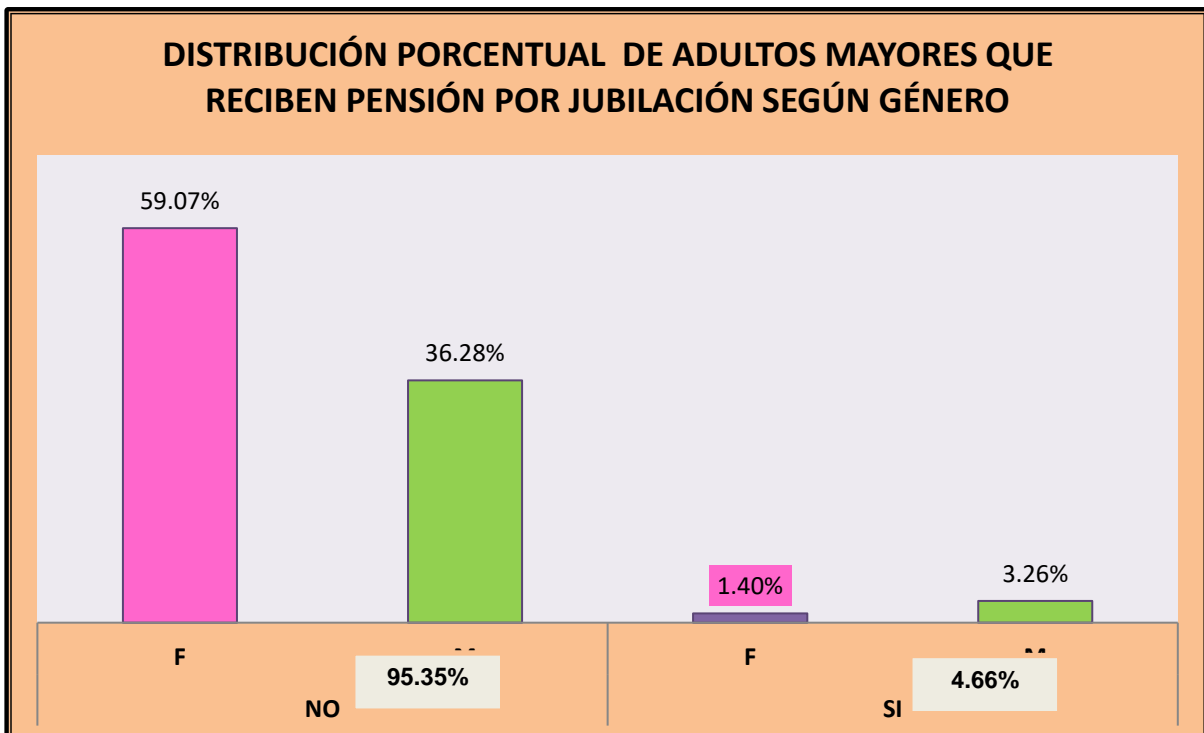


FUENTE: Ficha de Valoración del Núcleo Familiar, Marzo-Mayo de 2012

La Gráfica N° 4 ilustra la distribución porcentual según afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que evidencia una amplia cobertura de aseguramiento de la población geriátrica, con un mayor porcentaje afiliado al Régimen Subsidiado con 85%, el 10% corresponde al Régimen Contributivo y el 5% al vinculado, en concordancia con lo descrito en el perfil epidemiológico de Cartagena, año 2010. Según esto se puede determinar que la

pertenencia al SGSSS en cualquiera de sus regímenes es un factor protector para la protección de las contingencias y enfermedades que pueda o presente el adulto mayor.

### GRAFICA N° 5 PORCENTAJE DE ADULTOS MAYORES QUE RECIBEN PENSIÓN POR JUBILACIÓN SEGÚN GENERO

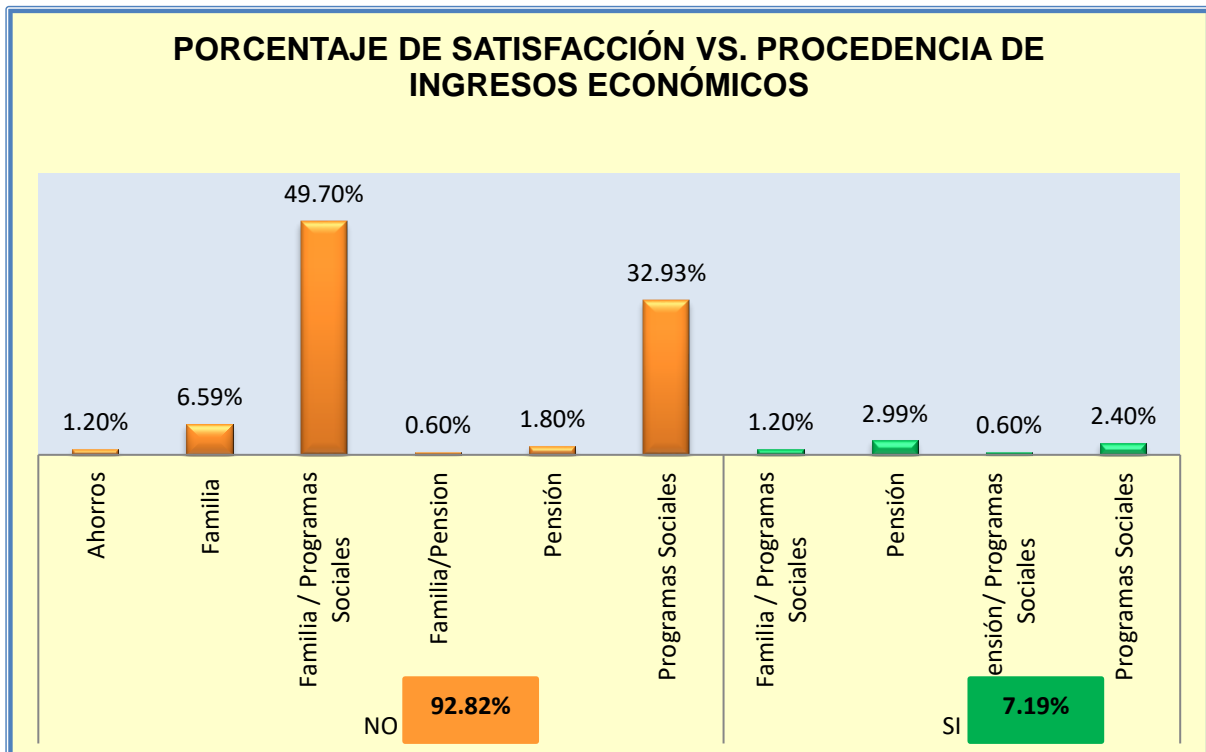


**FUENTE: Ficha de Valoración del Núcleo Familiar, Marzo-Mayo de 2012**

Grafica N° 5 Relaciona el porcentaje de adultos mayores que reciben pensión por Jubilación según Género, donde se demuestra que solo el 4.66% de los adultos mayores participantes en este estudio reciben pensión por jubilación , que corresponde a 1,40% y 3.26% al género femenino y masculino respectivamente, que corrobora los planteamientos anteriormente mencionados donde el hombre desempeñaba el papel de proveedor del hogar y era el que laboraba, lo que se

refleja en un mayor porcentaje de hombres recibiendo pensión por jubilación. Y el otro 95.35% de la población corresponde a aquellos que no reciben pensión por jubilación.

**GRAFICA Nº 6 PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN VS. PROCEDENCIA DE INGRESOS ECONÓMICOS**

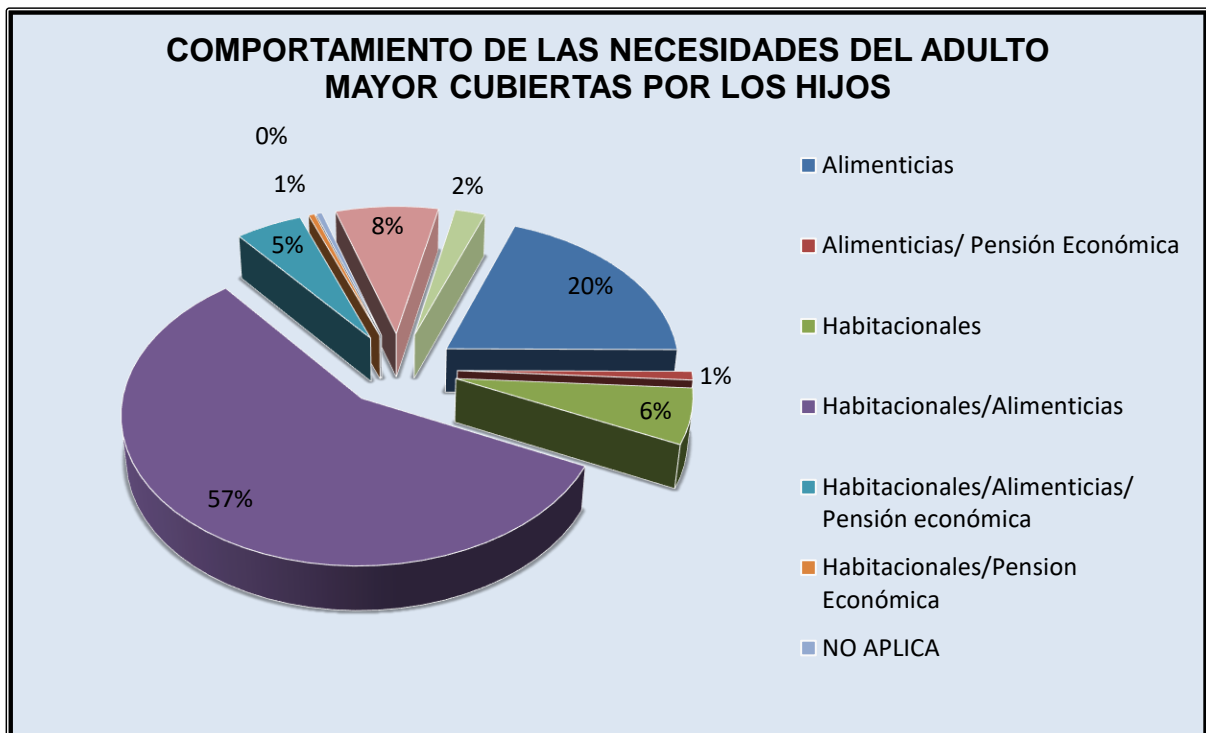


**FUENTE: Ficha de Valoración del Núcleo Familiar, Marzo-Mayo de 2012**

La Grafica Nº 6 relaciona el porcentaje de satisfacción con la Procedencia de ingresos económicos, donde se expone que el mayor número de la población geriátrica no se encuentra satisfecho con sus ingresos económicos con un 92.82%, donde corresponden en mayor porcentaje a los provenientes de la familia y los programas sociales con 49.70%, seguido de programas sociales en un

32.93%, seguido de familia con 6.59%. Solo el 7.19% se encuentra satisfecho con sus ingresos, que proceden en un 2.99% de la pensión por jubilación, con un porcentaje de 2.40% de programas sociales y el 1.20% de la familia y programas sociales. De esto se infiere que los programas sociales contribuyen favorablemente al sostenimiento de las necesidades básicas del adulto mayor.

### GRAFICA N° 7 COMPORTAMIENTO DE LAS NECESIDADES DEL ADULTO MAYOR CUBIERTAS POR LOS HIJOS

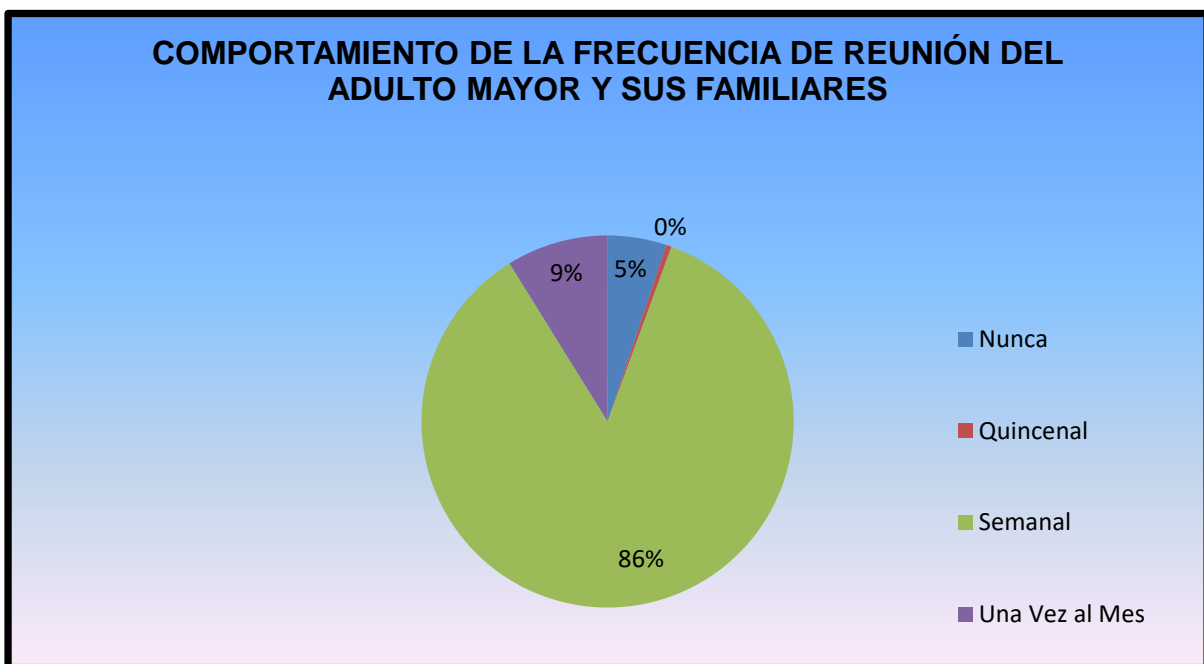


**FUENTE: Ficha de Valoración del Núcleo Familiar, Marzo-Mayo de 2012**

La Gráfica N° 7 expone el comportamiento de las necesidades del adulto mayor que son cubiertas por los hijos, destacando con un 57% la cobertura de las necesidades de tipo Habitacional y las relacionadas con la alimentación, seguido de un 20% necesidades de tipo alimenticio, debido a que algunos de los adultos

mayores del estudio poseen vivienda propia y son estos, quienes dan posada a sus hijos o demás familiares. Con 6% son cubiertas por los hijos solo necesidades de tipo habitacional. Todo lo anterior contribuye a un relación de dependencia entre el adulto mayor y sus hijos.

### GRAFICA N° 8 COMPORTAMIENTO DE LA FRECUENCIA DE REUNIÓN DEL ADULTO MAYOR Y SUS FAMILIARES

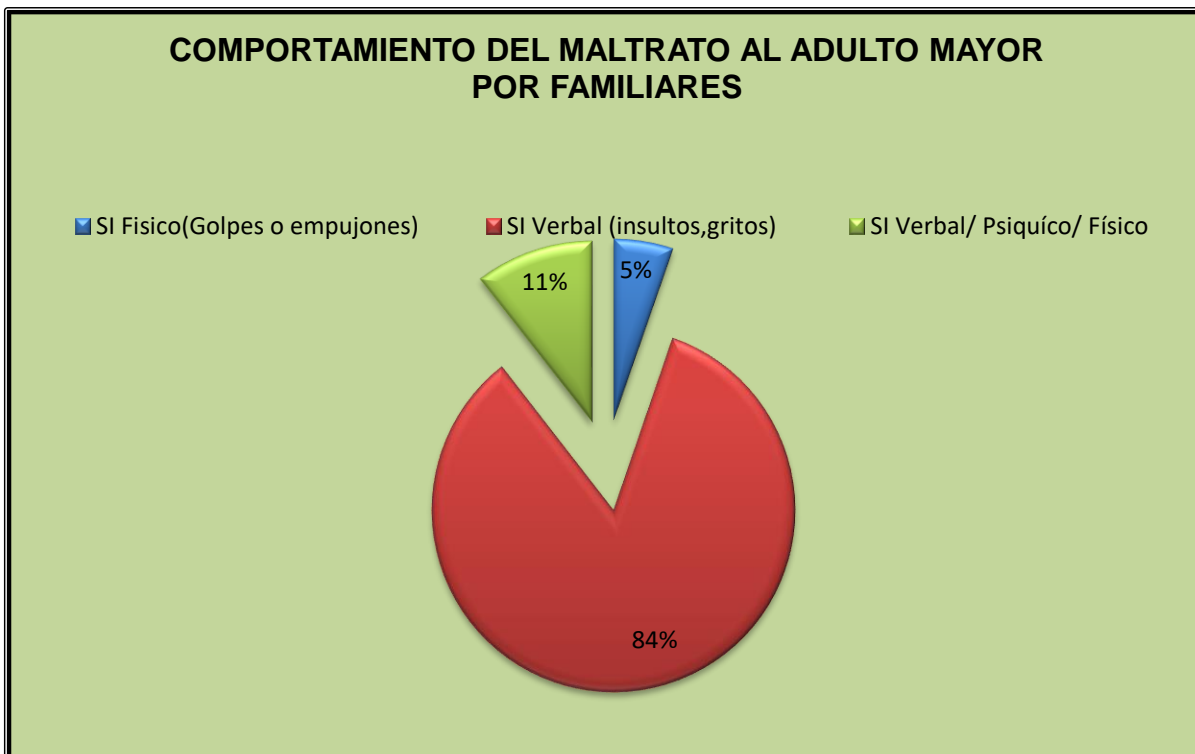


FUENTE: Ficha de Valoración del Núcleo Familiar, Marzo-Mayo de 2012

La Grafica N° 8 representa el Comportamiento de la frecuencia de reunión del adulto mayor y sus familiares que indica que el 86% se reúne semanalmente y el 9% una vez al mes y es preocupante observar que el 5 % de la población estudiada solo nunca se reúne con su familia lo que indica una posible condición de abandono y soledad.



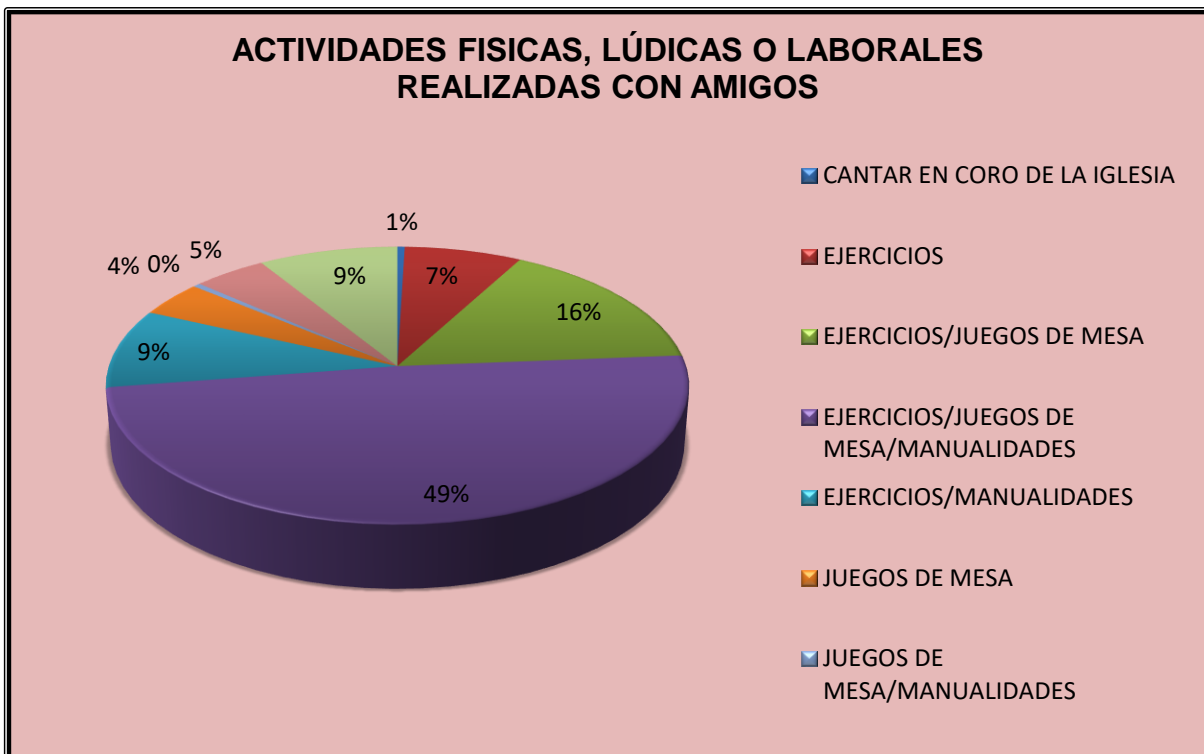
## GRAFICA N° 9 COMPORTAMIENTO DEL MALTRATO AL ADULTO MAYOR POR FAMILIARES



**FUENTE: Ficha de Valoración del Núcleo Familiar, Marzo-Mayo de 2012**

La Gráfica N° 9 ilustra el comportamiento del maltrato al adulto mayor por parte de familiares, donde se evidencia la incidencia de maltrato verbal con insultos y gritos en un mayor porcentaje 84%, verbal, psíquico y físico con 11% y maltrato físico (golpes y empujones) en un 5%. Pero se puede inferir que un gran número de adultos mayores maltratos pasan inadvertidos, esto se debe fundamentalmente al temor a la exposición pública del hecho, no romper el estatus familiar, miedo a represarías o a perder el afecto del "maltratante", no estar capacitado física o mentalmente para pedir ayuda y la esperanza de que el maltrato termine.

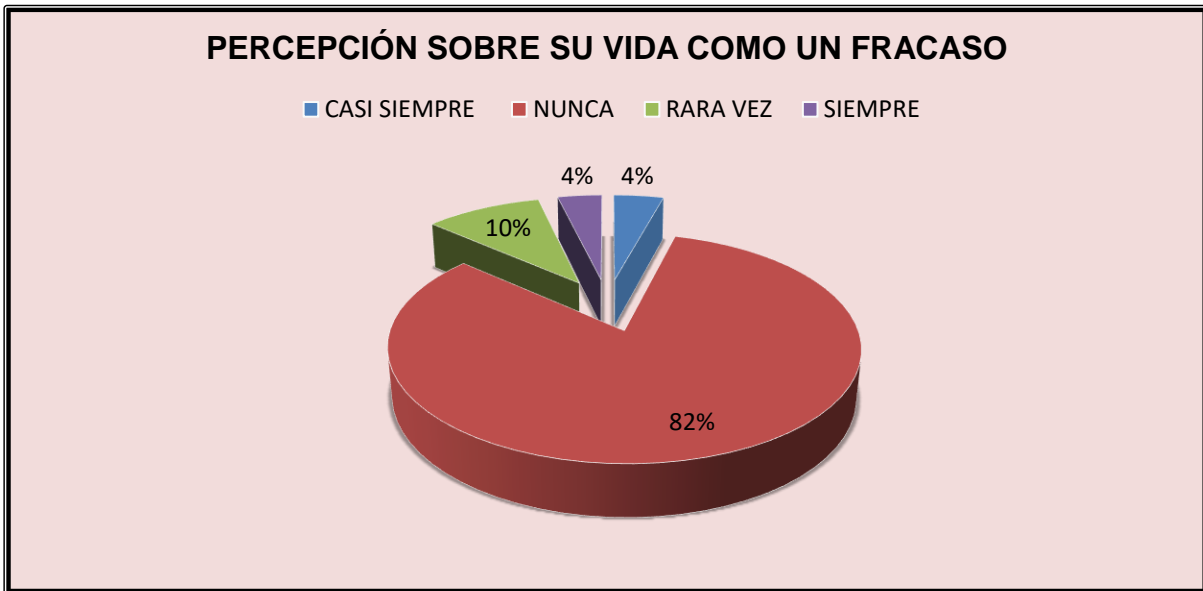
## GRÁFICA N° 10 DISTRIBUCIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICAS, LÚDICAS O LABORALES REALIZADAS CON AMIGOS



**FUENTE: Ficha de Valoración del Núcleo Familiar, Marzo-Mayo de 2012**

Gráfica N° 10 Representa la Distribución de actividades físicas, lúdicas o laborales realizadas con amigos, donde un porcentaje del 49% realiza ejercicios, juegos de mesa y manualidades gracias a su interacción y socialización en los centros de vida. El 16% realiza solo ejercicios y juegos de mesa. Cabe resaltar que según esta grafica los adultos mayores permanecen en constante actividad, lo que supone un aprovechamiento del tiempo libre fomentando la socialización en los grupos lo que mejora sus condiciones psíquicas y emocionales.

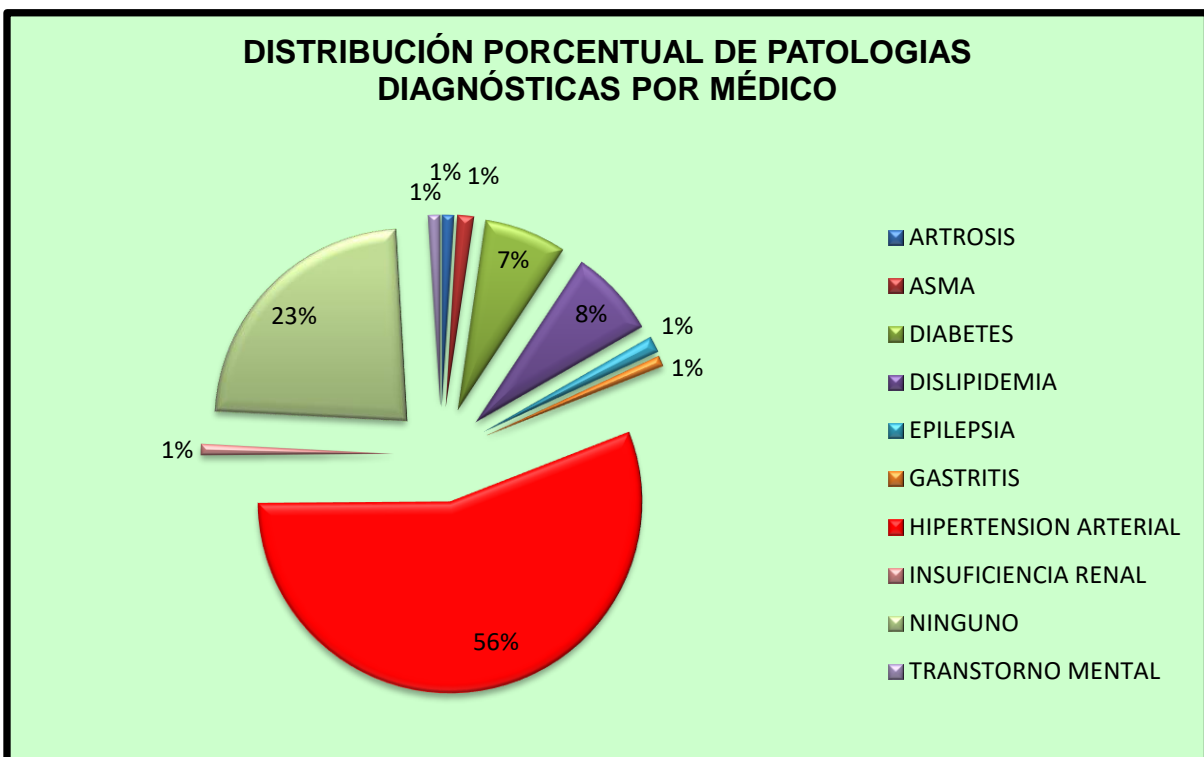
## GRÁFICA N° 11 PERCEPCIÓN DE LA VIDA COMO UN FRACASO



**FUENTE: Ficha de Valoración del Núcleo Familiar, Marzo-Mayo de 2012**

La Gráfica N° 11 ilustra la Percepción de la vida como un fracaso, donde un 82% afirma que nunca ha sentido que su vida es un fracaso considerándola como productiva por la creación de una familia o por otros aspectos. Seguido de Rara vez con un 10%, lo que traduce que en algunas ocasiones a percibido este sentimiento de forma transitoria debido a las diferentes situaciones adversas por las que ha pasado en su vida. Pero por el contrario con igual porcentaje de 4% casi siempre y siempre han percibido este sentimiento, atribuido a las malas relaciones con sus hijos u otros familiares, a la soledad y desesperanza que esta condición trae consigo.

## GRÁFICA N° 12 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PATOLOGÍAS DIAGNÓSTICAS POR MÉDICO

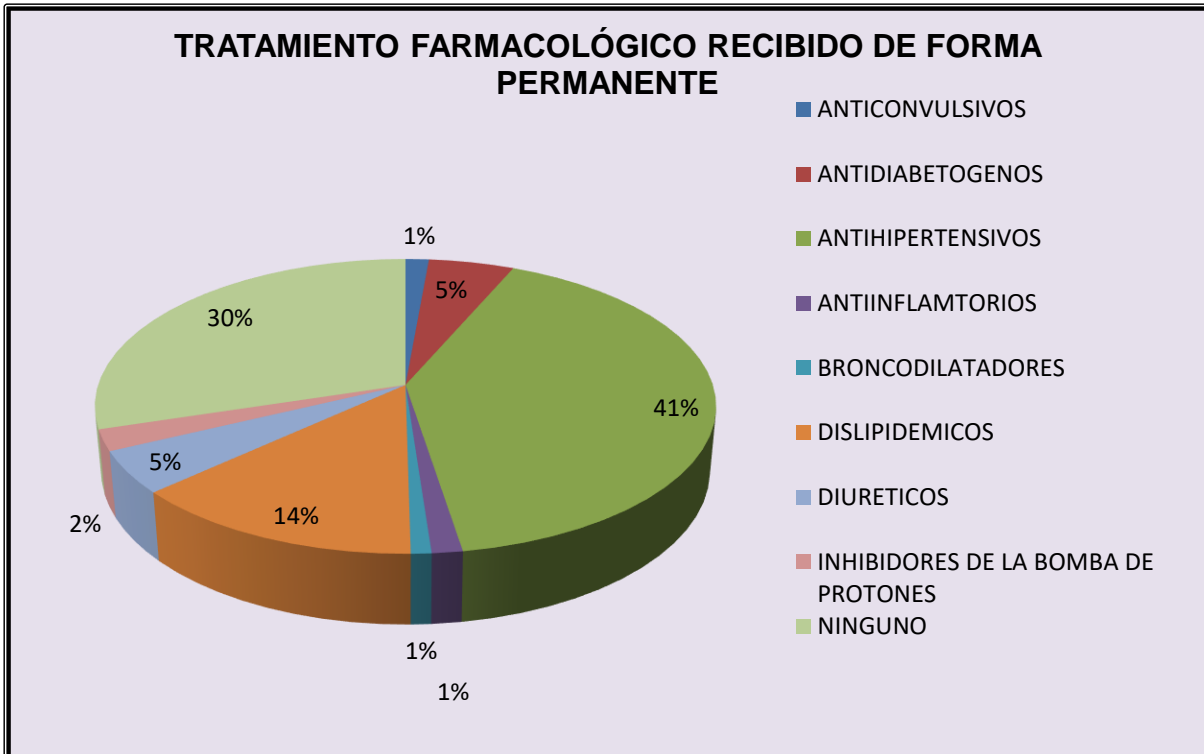


FUENTE: Ficha de Valoración del Núcleo Familiar, Marzo-Mayo de 2012

La Gráfica n° 12 resalta la distribución porcentual de patologías diagnósticas por médico, destacándose la Hipertensión Arterial con un 56%, seguida de la Dislipidemia con 8% y Diabetes con 7%. Con un 1% para cada patología encontramos artrosis, asma, epilepsia, gastritis, Insuficiencia Renal, y trastornos mentales, lo que es acorde a las patologías mencionadas en el perfil epidemiológico del distrito.

Cabe resaltar que el 23% no padece ninguna enfermedad diagnosticada por un médico, ya sea por paraclínicos o pruebas diagnósticas negativas para enfermedad, o por ausencia de controles periódicos por medicina.

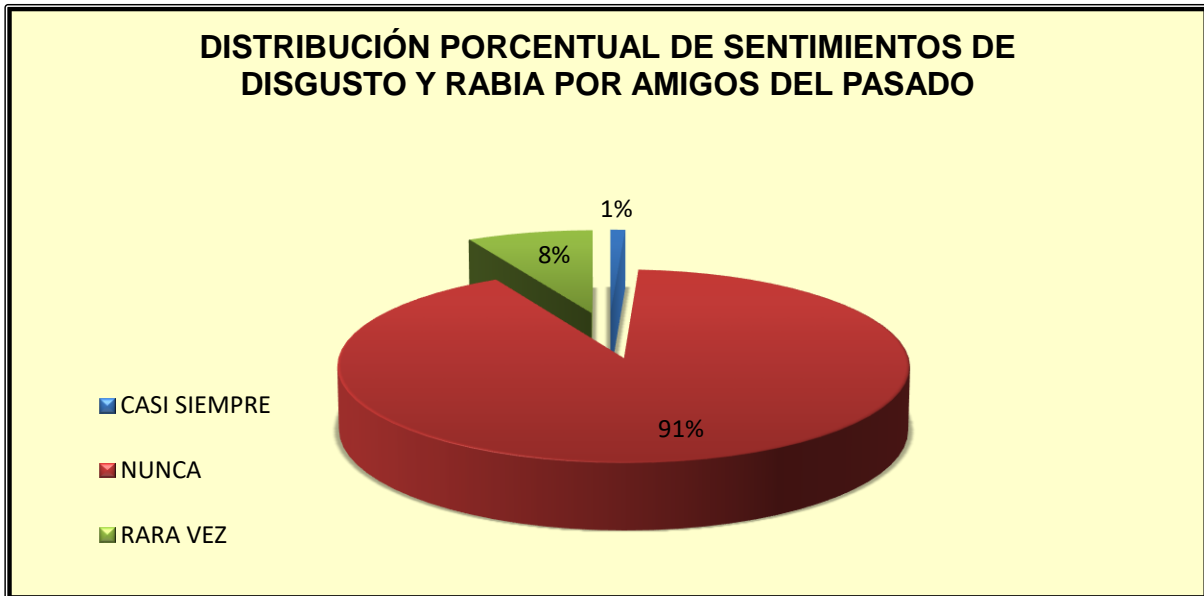
### GRÁFICA N° 13 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO RECIBIDO DE FORMA PERMANENTE



**FUENTE: Ficha de Valoración del Núcleo Familiar, Marzo-Mayo de 2012**

La Gráfica N° 13 resalta el tratamiento farmacológico recibido de forma permanente donde se evidencia que acorde a las patologías más frecuentes presentadas es el tratamiento farmacológico recibido correspondiendo al 41% antihipertensivos, seguido por el 14% de fármacos dislipídicos, y con 5% tanto para antidiabéticos como para diuréticos. Se destaca que el 30% de la población objeto de estudio no consume ningún tipo de medicamentos.

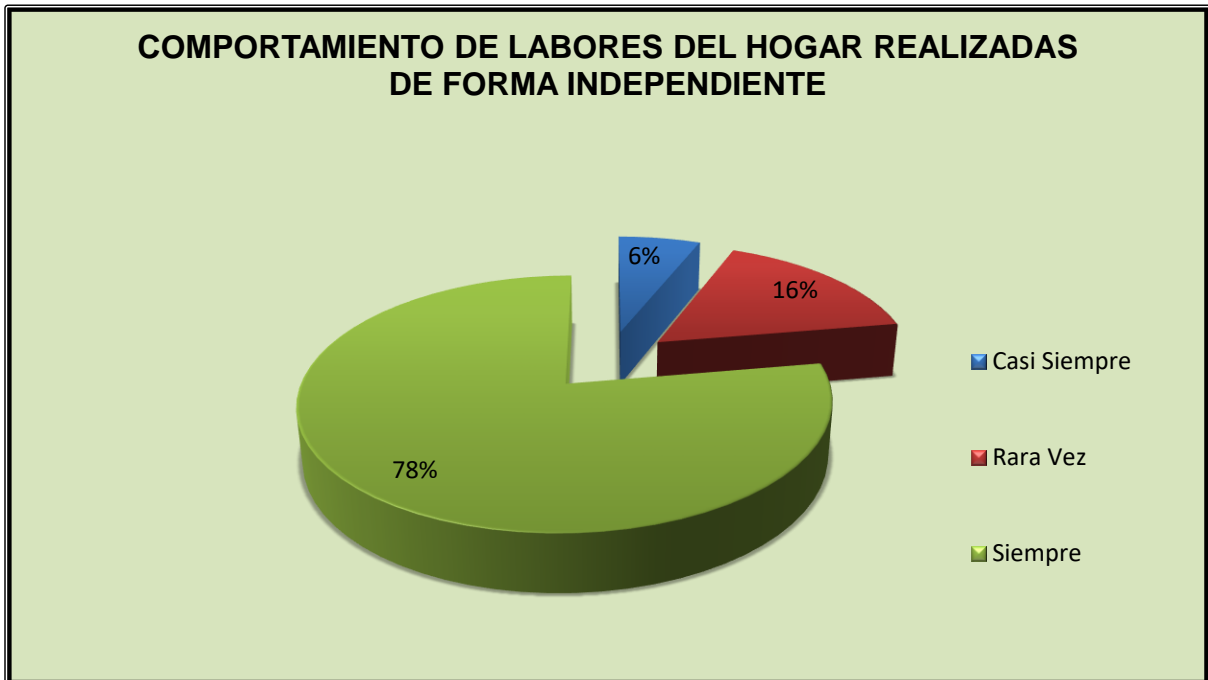
## GRÁFICA N° 14 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS SENTIMIENTOS DE DISGUSTO Y RABIA POR AMIGOS DEL PASADO



**FUENTE: Ficha de Valoración del Núcleo Familiar, Marzo-Mayo de 2012**

La Gráfica N° 14 muestra la distribución porcentual de los sentimientos de disgusto y rabia por amigos del pasado, según la cual se infiere que el 91% de los adultos mayores nunca han percibido este tipo de sentimientos negativos hacia los amigos, que se argumenta en el perdón a las ofensas recibidas y en dejar todos los malos tratos recibidos en manos de un ser supremo. Seguido del 8% que ha percibido en alguna ocasión este sentimiento y el 1% que casi siempre experimenta sentimientos de disgusto y rabia por situaciones del pasado, lo que aumentaría, los sentimientos negativos como frustración, en esta última etapa de la vida.

## GRÁFICA N° 15 COMPORTAMIENTO DE LAS LABORES DEL HOGAR REALIZADAS DE FORMA INDEPENDIENTE



FUENTE Ficha de Valoración del Núcleo Familiar, Marzo-Mayo de 2012

La Gráfica N° 15 muestra el comportamiento de las labores del hogar realizadas de forma independiente por el adulto mayor, donde un 78% corresponde a que siempre realizan actividades en el hogar como barrer, lavar, etc. afirmando que todavía pueden ser productivos y colaborar en su hogar lo que evidencia un alto grado de independencia. El 16% Casi Siempre y el 6% nunca realiza ningún tipo de actividad en el Hogar argumentando que sus familiares no se los permiten por considerar que su edad ya no se encuentra apta para realizar estas labores.

## 6. CONCLUSIONES

Las ventajas de la familia en su rol de cuidadora de ancianos es señalada por tener generalmente como objetivo mayor seguridad emocional y mayor intimidad, evita al mismo tiempo los problemas psicopatológicos de la institucionalización: despersonalización, abandono, negligencias, confusión mental, medicalización exagerada y falta de afecto.

Si se considera lo anteriormente planteado, se deduce que la familia tiene un papel rector en garantizar al anciano los recursos alimentos necesarios para una adecuada nutrición e higiene, la cual va a influenciar el devenir de un gran número de enfermedades y discapacidades, entre ellas la demencia.

La vejez es mayoritariamente femenina, debido a que la mayoría de las personas ancianas de este estudio son mujeres. Los resultados mostraron que los ancianos que viven en pareja se convierten en elementos muy beneficiosos para su salud y el disfrute de su bienestar, donde la vida en familia resulta ser un elemento que protege la salud, pues a estas edades la familia adquiere un lugar relevante y se constituye la fuente fundamental de bienestar.

Este estudio también confirma el antiguo rol del hombre como proveedor del hogar y la mujer como cuidadora y responsable de la crianza de los hijos, debido a que se evidencia bajo nivel de escolaridad presentándose de forma predominante la primaria incompleta y en bajo porcentaje la primaria completa, hasta llegar a estudios técnicos, resaltando un que existe población sin ningún tipo de estudios.

Los programas sociales constituyen una valiosa herramienta para cubrir algunas de las necesidades básicas del adulto mayor, debido a que estos tienen grandes limitaciones en los recursos financieros, constituyéndose en la mayoría de las situaciones, los programas sociales, que para este estudio corresponde al 35.33%





de la población, como la única fuente de ingreso recibido por el adulto mayor, favoreciendo su mantenimiento primordialmente en aquellos ancianos que no tienen contacto con los hijos y familiares (corresponde al 5% de las personas de este estudio), y viven en condiciones de soledad y pobreza. Del mismo modo se observó mayor afiliación al régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), seguida por el contributivo y en un muy bajo porcentaje de población vinculada.

Aunque se pensaría que los ancianos son un grupo respetado por su familia, se evidencia la incidencia de maltrato verbal con insultos y gritos en un mayor porcentaje 84%, maltrato físico (golpes y empujones) en un 5% y verbal, psíquico y físico con 11%. El maltrato hacia los ancianos es producto de una deformación en nuestra cultura, que siente que lo viejo es inservible e inútil.

Las enfermedades crónicas como hipertensión arterial y diabetes, continúan prevaleciendo en la población geriátrica seguidas de las dislipidemias, las anteriores patologías tratadas mayoritariamente con fármacos antihipertensivos, antidiabetogenos, dislipidemicos y diuréticos.

La población geriátrica en mayor proporción no guarda sentimientos de rabia, resentimiento o rencor en contra de algún amigo del pasado o familiar, afirmando que todas las situaciones vividas en el pasado fueron perdonadas y dejadas en las manos de un ser supremo.



## 7. RECOMENDACIONES

- ❖ Es fundamental que todo programa dirigido al adulto mayor, además de ofrecer proyectos de promoción y prevención de la salud, recreación y cultura que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida, se incluya, el manejo de la comunicación interpersonal, en sus diversos niveles como estrategia para desarrollar todas aquellas actividades físicas, sociales, recreativas y culturales incluidas en estos programas.
- ❖ Continuar profundizando en el estudio de la caracterización familiar en adultos mayores del Distrito, de manera que se amplíe el universo de estudio, contribuyendo a la disminución de las condiciones de vulnerabilidad de este grupo etáreo.
- ❖ Es de gran importancia promover interacción familiar y personal en los grupos de adulto mayor para garantizar una mejor calidad de vida, incitando a las buenas relaciones que ayuden a optimizar el estado emocional y psicológico de estas personas.
- ❖ La presente investigación puede servir de base para posteriores investigaciones en comunidades de adultos mayores institucionalizados que sean realizados por la Universidad del SINU o cualquier institución educativa del nivel departamental, nacional e internacional cuya línea de trabajo se enfatice en el adulto mayor.

## 8. DISCUSIÓN

Tal como han reportado otros autores<sup>25</sup>, la familia continúa siendo la fuente fundamental de apoyo para los adultos mayores. Condiciones como la actividad laboral de los hijos (especialmente de las hijas y el necesario cuidado de los nietos), el vivir solos y la situación económica y de salud de los adultos mayores, imponen a las familias necesidades específicas de apoyo, cuya satisfacción se encuentra mayoritariamente en la propia red familiar, muy poco es lo que contribuyen otro tipo de actores como las iglesias o programas de gobierno.

Esta condición coincide con estudios que se han realizado en América Latina<sup>26</sup>, donde se muestra que a pesar de todos los cambios en la estructura y dinámica que pueden haber llevado a la fragmentación de las redes familiares, los adultos mayores cuentan fundamentalmente con el apoyo de la familia para poder solventar sus problemas de acceso a comida y medicamentos, debido al debilitamiento de redes comunitarias.

No obstante, en el futuro la capacidad de las familias para asumir ciertas responsabilidades, ante el apoyo que demandan los diferentes miembros, podría disminuir de forma importante a causa de tres aspectos fundamentales: la disminución del número de miembros de la familia y potenciales proveedores de apoyo por la baja de la fecundidad<sup>27</sup>; el debilitamiento del esquema de cuidado fundamentalmente provisto por mujeres, por motivo de su creciente participación en el proceso económico-laboral y por último, la modificación del modelo de residencia, basado en la cohabitación de los adultos mayores con sus familias,

---

<sup>25</sup> Tuirán R. Estructura familiar y trayectorias de vida en México. In: Gomes C, compilador. Procesos sociales, población y familia. México DF: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales/Porrúa; 2001. p. 23-65.

<sup>26</sup> Peláez MB, Rodríguez-Wong L. Vejez y recursos sociales en América Latina. Humanitas: Humanidades Médicas 2004; (1):73-83.

<sup>27</sup> Enríquez R. Dinámica de las redes sociales y de apoyo emocional en hogares pobres urbanos: el caso de México. <http://136.142.158.105/Lasa2000/EnriquezRosas.PDF> (accedido el 17/Abr/2006).



como resultado de cambios en los patrones de nupcialidad y el aumento de las necesidades de esta población que demandará cada vez más recursos médicos costosos.<sup>28</sup>

Este estudio identificó al igual que otros,<sup>29</sup> que el apoyo brindado es bidireccional, es decir, los adultos mayores reciben apoyo por parte de hijos, vecinos o del cónyuge; pero al mismo tiempo ellos también proveen ayuda en la forma de cuidados hacia los nietos, trabajos domésticos o actividades laborales informales para conseguir ingresos para la casa. Es de resaltar la participación de los adultos mayores en el flujo de intercambios que caracteriza a los apoyos sociales que se dan en el marco de las redes sociales,<sup>30,31</sup> ya que con frecuencia se infravalora el importante papel que ellos juegan. Este intercambio depende de las condiciones de salud, funcionalidad y recursos de los adultos mayores, lo que dan depende de cómo estén y cómo se les percibe, pues aunque estén dispuestos a dar ayuda no siempre tienen las condiciones para brindarla, situación que acentúa en ellos sentimientos de depresión y tristeza.

---

<sup>28</sup> Pérez J, Brenes G. Una transición en edades avanzadas: cambios en los arreglos residenciales de adultos mayores en siete ciudades latinoamericanas. *Estudios Demográficos y Urbanos* 2006; 21:625-61.

<sup>29</sup> Guzmán JM, Huenchuan S, Montes de Oca V. Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. [http://www.eclac.cl/publicaciones/Población/3/LCG2213P/lcg2213\\_p2.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/Población/3/LCG2213P/lcg2213_p2.pdf) (accedido el 17/Abr/2006).

<sup>30</sup> Lomnitz L. *Cómo sobreviven los marginados*. México DF: Siglo XXI; 1975.

<sup>31</sup> Muchnik E. Las redes sociales de apoyo. *Rev Argent Clín Psicol* 1990; II:174-81.



## 9. BIBLIOGRAFIA

1. JESÚS ANDRÉS RAMÍREZ ZÚÑIGA //Profundización cuidado de enfermería al adulto mayor seminario//es.scribd.com/.../20297780-Situacion-Actual-de-La-Persona-Adulta.
2. Prensa virtual// Cartagena distrito// Disponible en [www.ajacartagena.com/.../index.php..edad...Cartagena](http://www.ajacartagena.com/.../index.php..edad...Cartagena)
3. Prensa virtual// Cartagena distrito// [www.ajacartagena.com/.../index.php..edad...Cartagena](http://www.ajacartagena.com/.../index.php..edad...Cartagena).
4. Departamento Administrativo Distrital de Salud - DADIS [www.dadiscartagena.gov.co](http://www.dadiscartagena.gov.co) //5 <http://.ajacartagena.com/inicio/>
5. Prensa virtual// Cartagena distrito// [www.ajacartagena.com/.../index.php..edad...Cartagena](http://www.ajacartagena.com/.../index.php..edad...Cartagena)
- 6 TORRES, Villa Walter y otros. Perfil Epidemiológico De Cartagena De Indias. Alcaldía Mayor de Cartagena. Programa De Vigilancia En Salud Pública, Departamento Administrativo Distrital De Salud – Dadis Cartagena De Indias D. T. Y C, 2010.
- 7[http://www.ajacartagena.com/inicio/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3017:i-que-opciones-tiene-la-tercera-edad-en-cartagena&catid=29:editoriales](http://www.ajacartagena.com/inicio/index.php?option=com_content&view=article&id=3017:i-que-opciones-tiene-la-tercera-edad-en-cartagena&catid=29:editoriales)
- 8[http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lhr/esquivel\\_m\\_al/capitulo2.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lhr/esquivel_m_al/capitulo2.pdf)
- 9 MATURANA, Trejo Carlos. El Viejo en la Historia. Chile. Citar en: <http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/viejo.htm#ref>
- 10 LEY 1251 DE 2008 //Rendición de cuentas en línea//<http://representantes.movimientomira.com/iniciativas-normativas/leyes/leyes-alexandra-piraquive/ley-1251-de-2008.html>
- 11 LEY 1279 DE 2009 (enero 5) Diario Oficial No. 47.223 de 5 de enero de 2009//[http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2009/ley\\_1279\\_2009.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2009/ley_1279_2009.html)



12 LEY 1315 DE 2009(julio 13) Diario Oficial No. 47.409 de 13 de julio de 2009//[http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2009/ley\\_1315\\_2009.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2009/ley_1315_2009.html)

13 FRIEDEMANN, Marie Louise. The Framework of systemic organization: A conceptual approach to families and nursing. Thousand oaks, 1995.

14 Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política. 1991. 3ª. ed. Santa Fé de Bogotá: Legis; 199115

15 fundación quiéreme y protégeme A.C // <http://www.espaciovisual.org/>

16 [www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/.../ley\\_1276\\_2009](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/.../ley_1276_2009)

17 [www.saldarriagaconcha.org/](http://www.saldarriagaconcha.org/) DIAGNÓSTICO DE LOS ADULTOS MAYORES DE COLOMBIA/ Fundación Saldarriaga Concha/ Victoria Eugenia Arango, Isabel Cristina Ruiz

18 ACEVEDO PEREZ, IRENE. ASPECTOS ETICOS EN LA INVESTIGACION CIENTIFICA. *Cienc. enferm.* [online]. 2002, vol.8, n.1 [citado 2012-06-10], pp. 15-18 Disponible en: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071795532002000100003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532002000100003&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0717-9553. doi: 10.4067/S0717-95532002000100003.

19 RODRÍGUEZ, Artalejo Fernando. Aspectos éticos y legales de la Investigación en Salud Pública. 2004. Disponible en [http://www.bioeticaweb.com/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=276](http://www.bioeticaweb.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=276)

20 GARCIA, Salinero Julia. NURE Investigación, Revista Científica de Enfermería N° 7, Estudios Descriptivos, Departamento de Cooperación e Investigación FUDEN. Junio 2004.

21 PITA, Fernández S. Epidemiología. Conceptos básicos. En: Tratado de Epidemiología Clínica. Madrid; DuPont Pharma, S.A.; Unidad de epidemiología Clínica, Departamento de Medicina y Psiquiatría. Universidad de Alicante: 1995. p. 25-47

22FUENTE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Censo de población y vivienda de Colombia. Año 2005. Disponible en: <http://www.dane.gov.co>.



23 Contraloría distrital de Cgena//Informe de auditoria Gubernamental con enfoque integral// FUENTE //Oficina del Adulto Mayor, Cartagena D T y C. Ronda Real. 2012.

24 Ciencia y enfermería//versión On-line ISSN 0717-9553//Ciencia. Enfermería. v.16 n.3 Concepción dic. 2010// INGA J, Vara A. Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú: 2006.

25Tuirán R. Estructura familiar y trayectorias de vida en México. In: Gomes C, compilador. Procesos sociales, población y familia. México DF: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales/Porrúa; 2001. p. 23-65.

26Peláez MB, Rodríguez-Wong L. Vejez y recursos sociales en América Latina. Humanitas: Humanidades Médicas 2004; (1):73-83.

27 Enríquez R. Dinámica de las redes sociales y de apoyo emocional en hogares pobres urbanos: el caso de México. <http://136.142.158.105/Lasa2000/EnriquezRosas.PDF> (accedido el 17/Abr/2006).

27 Pérez J, Brenes G. Una transición en edades avanzadas: cambios en los arreglos residenciales de adultos mayores en siete ciudades latinoamericanas. Estudios Demográficos y Urbanos 2006; 21:625-61.

28 Guzmán JM, Huenchuan S, Montes de Oca V. Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. [http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/3/LCG2213P/lclg2213\\_p2.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/3/LCG2213P/lclg2213_p2.pdf) (accedido el 17/Abr/2006).

29 Lomnitz L. Cómo sobreviven los marginados. México DF: Siglo XXI; 1975. Muchnik E. Las redes sociales de apoyo. Rev Argent Clín Psicol 1990; II:174-81.



# ANEXOS.





### CRONOGRAMA

FECHA DE INICIO: 1 de Febrero de 2012

FECHA DE FINALIZACIÓN: 31 de mayo de 2012

ACTIVIDAD	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO			
	1 SEM	2 SEM	3 SEM	4 SEM	1 SEM	2 SEM	3 SEM	4 SEM	1 SEM	2 SEM	3 SEM	4 SEM	1 SEM	2 SEM	3 SEM	4 SEM
ELABORACIÓN DEL ANTEPROYECTO																
ENTREGA DE AVANCES																
VISITAS INSTITUCIONALES Y APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO																
ELABORACIÓN DE BASE DE DATOS Y TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN																
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS																
ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL																
SUSTENTACIÓN DEL INFORME FINAL																
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA																



### PRESUPUESTO

RUBROS – DESCRIPCIÓN		CANTIDAD	VALOR UNITARIO \$	VALOR TOTAL
<b>RECURSOS HUMANOS</b>	Asesor Disciplinario	15 hrs	\$35.000	\$525.000
	Asesor Metodológico	15 hrs	\$35.000	\$525.000
	<b>SUB TOTAL</b>	30hrs	\$35.000	\$1'050.000
<b>GASTOS GENERALES</b>	Impresión	70	\$500	\$35.000
	Empastado	1	\$3.500	\$3.500
	Lapiceros	5	\$700	\$3.500
	Lápiz	5	\$500	\$2.500
	Borradores	5	\$200	\$1.000
	Sacapuntas	5	\$300	\$1.500
	Carpetas	7	\$800	\$5.600
	Copias	232	\$100	\$23.200
	Transporte	80 días de transporte	\$1.500	\$120.000
	<b>SUB. TOTAL</b>	410	\$8.100	\$195.800
<b>EQUIPOS</b>	Computador Hp G42	1	\$1'100.000	\$1'100.000
	Computador Hp 425	1	\$1'300.000	\$1'300.000
	Computador Portátil Hp Mini 1101	1	\$770.000	\$750.000
	<b>SUB. TOTAL</b>	3	\$3'150.000	\$3'150.000



CARACTERIZACIÓN DE ADULTOS  
MAYORES Y SU RELACION FAMILIAR,  
ASISTENTES A LOS CENTROS DE VIDA,  
DE LA LOCALIDAD 1, 2, y 3 DEL DISTRITO DE CARTAGENA

<b>TOTAL</b>	<b>\$4.395.800</b>
--------------	--------------------