

Elveny Laguado Jaimes¹
 Katherine del Consuelo Camargo Hernández²
 Etilvia Campo Torregroza³
 Marta de la Caridad Martín Carbonell⁴

1. Magíster en Enfermería.
2. Magíster en Ciencias de Enfermería. Universidad Cooperativa de Colombia. Bucaramanga. Colombia.
3. Magíster en Enfermería con énfasis en el cuidado Cardiovascular. Universidad Cooperativa de Colombia. Santa Marta. Colombia.
4. Doctora en Ciencias de la Salud. Universidad Cooperativa de Colombia. Santa Marta. Colombia.

Correspondencia:

Elveny Laguado Jaimes
 Universidad Cooperativa de Colombia
 Calle 30ª # 33-51 Barrio Quintadania 0976854500 Bucaramanga. Colombia.
 Correo electrónico: Elveny.laguado@campusucc.edu.co

Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar

Functionality and degree of dependence on elderly home care centers in welfare

RESUMEN

Introducción: La funcionalidad en el adulto mayor constituye un eje principal para los programas orientados a fortalecer el envejecimiento activo; ante el incremento de este grupo poblacional, las enfermedades como factor que limita la capacidad física, mental y social requieren acciones de control que disminuyan la dependencia que contribuye a un deterioro mayor.

Objetivo: Determinar la funcionalidad y grado de dependencia en el adulto mayor institucionalizado como información básica para el diseño de un programa de intervención específica.

Metodología: estudio descriptivo retrospectivo con una muestra de 60 adultos mayores institucionalizados y seleccionados por muestreo no probabilístico.

Resultados: predomina el rango de edad de 75-84 años, un 26,66% de 60 adultos mayores y el género masculino con mayor frecuencia (53,33%). Por lo que respecta a la *escolaridad*, el 53,3% estudiaron primaria. *Contacto familiar con la familia*, el 70%; *tiempo de institucionalización* de los adultos mayores, el mayor tiempo (55%) de 1 a 5 años. Predominan los problemas cardiovasculares en el 34% de los adultos mayores. Valoración funcional: predomina el género masculino con dependencia leve (26,66%) y como independiente un 25% del género femenino. La valoración del grado de autonomía en el género masculino evidencia un grado de autonomía 1, con un 30% con respecto al género femenino, que tiene un grado de autonomía 3, con el 16,66%, sin significación estadística.

Conclusiones: Se observa el predominio del género masculino en los adultos mayores institucionalizados y con dependencia leve, y al contrario en las mujeres, donde la frecuencia de independencia es mayor. En la autonomía predomina un grado mayor en los hombres que en las mujeres.

PALABRAS CLAVE: adulto mayor, instituciones, autonomía, funcionamiento, dependencia, independencia.

ABSTRACT

Background: The functionality in the elderly is a major axis for programs oriented one strengthen active aging, with the increase of this population group, the diseases as factor limiting physical, mental capacity and require control actions decrease social dependency that contributes to further deterioration.

Objective: To determine the functionality and degree of dependency in the elderly institutionalized as background information for the design an Intervention Program specific.

Methodology: Descriptive retrospective study with 60 Institutionalized older adults and selected by do not probabilistic sampling.

Results: Predominant age range 75-84 years 26.66% of 60 older adults, male gender with mayor frequency 53.33%; Schooling 53.3% studied primary (Prim.) Contact with family of 70%, time institutionalization of the elderly 55% of one to five years. Cardiovascular problems predominate is 34% of older adults. Functional Assessment Predominant male with mild dependence 26.66% and independently as 25% female. Assessing the degree of autonomy in the male gender evidence degree of autonomy 1 of 30% with respect to the female gender degree of autonomy 3 16.66% without statistical significance.

Conclusions: The prevalence of male gender in Institutionalized older adults with mild dependence, a contrary in women frequency mayor Independence is observed. In Autonomy dominates the mayor degree in men than in women.

KEYWORDS: elderly, Institutions, autonomy, functioning, dependence, independence.

■ INTRODUCCIÓN

Durante muchos siglos, los adultos mayores fueron una minoría de la población objeto de interés en los problemas de salud; sin embargo, es diferente en la actualidad, por su incremento, pero ante la inadecuada información, muchas personas creen que la vejez es una enfermedad. Un hecho indiscutible es que las características específicas del adulto mayor conllevan una mayor morbilidad, pues casi todas las afecciones se hacen más frecuentes en la segunda mitad de la vida⁽¹⁾.

El envejecimiento se caracteriza por cambios y transformaciones producidos por la interrelación entre factores intrínsecos (genéticos) y extrínsecos (ambientales), protectores o agresores (factores de riesgo) a lo largo de la vida. Estos cambios se manifiestan en pérdidas del estado de salud, condicionantes de su deterioro funcional, lo cual lleva al anciano a situaciones de incapacidad, tales como inmovilidad, inestabilidad y deterioro intelectual⁽²⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el inicio de la vejez o tercera edad es a partir de los 65 años. En Colombia se considera adulto mayor a las personas con edad igual o superior a 60 años o mayores de 50 años cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y mental así lo determinan⁽³⁾.

Colombia contaba con 46 941 059 habitantes en 2013, según la fuente oficial para el país. De acuerdo con las proyecciones de esta entidad (DANE, 2011), en 1985 el grupo de edades adultas mayores de 60 años y más era de 2 142 219 (6,5% de la población total); en 2013 era de 4 964 793 (10,5% de la población total), y en el año 2025 será de 6 440 000 (12,6% de la población total). Así, este grupo de edad se duplica en 40 años, lo que indica el acelerado crecimiento de este colectivo⁽⁴⁾.

En la región de Santander, ubicada en el nororiente colombiano, el índice de envejecimiento en el año 2013 era el siguiente: por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años había 32 personas mayores de 65 años. Es evidente un aumento consistente del envejecimiento en la población de Santander. Para el año 2020 se proyecta que por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años habrá 41 personas mayores de 65 años⁽⁵⁾.

Estudios clínicos y experimentales ponen de manifiesto cambios fisiológicos como el envejecimiento de los vasos sanguíneos y el corazón, asociado a pérdida de células musculares y menor distensibilidad. El riñón muestra disminución moderada de la velocidad de filtración glomerular, esclerosis vascular y glomerular. El cerebro disminuye su volumen, hay menor capacidad de atención, memoria de trabajo y trastornos motores. La masa muscular disminuye y aumenta su infiltración grasa, asociado a disminución progresiva de la fuerza. El aumento de grasa corporal, especialmente visceral, contribuye a una mayor resistencia insulínica, que asociada a la disminución de la masa de células beta facilitaría el desarrollo de diabetes. El reconocimiento de cambios morfológicos y funcionales en los sistemas cardiovascular, renal, nervioso central, muscular y metabolismo de la glucosa asociados al envejecimiento es difícil por la gran variabilidad entre sujetos y la alta prevalencia de comorbilidad^(5,6).

Según el Ministerio de Salud⁽²⁾, la causa de mortalidad en los adultos es por enfermedades del sistema circulatorio, un 40% del total de fallecimientos; las enfermedades isquémicas del corazón alcanzaron tasas de 585 muertes en 2008, 542 en 2009 y 560 en 2010 por cada 100 000 personas. Las enfermedades cerebrovasculares e hipertensivas ocuparon el segundo y tercer puesto dentro de este gran grupo.

En el departamento de Santander, Colombia, predomina en un estudio el antecedente familiar de enfermedades crónicas con

un 83,5%, siendo la hipertensión el más frecuente (54,8%), seguida de la diabetes (37,6%) y la hipercolesterolemia (37,5%). Como factores de riesgo están que el 94,9% no alcanzó el consumo diario recomendado de al menos cinco porciones de fruta o verdura, el bajo nivel de actividad física (70,6%) y el sobrepeso u obesidad del 70% en edades comprendidas entre 45 y 64 años^(6,7).

En Santander, las enfermedades no transmisibles predominan en los mayores de 60 años y prevalecen las causas cardiovasculares. La esperanza de vida para la población de Santander presenta un ascenso sostenido en las últimas décadas, situación acorde con la tendencia nacional. Para el período 2015-2020, la esperanza de vida en las mujeres será de 79,3 años, valor similar al referente de Colombia en mujeres (79,4 años), y para los hombres será de 73,0 años, cifra semejante al referente nacional. La proporción de carga de enfermedad relacionada con eventos no transmisibles aumentó en los adultos y mayores de 60 años (60,1% y 81,3%, respectivamente)^(4,5).

Los datos anteriores fundamentan la importancia de intervenir en la población de adultos mayores, puesto que los factores de riesgo no controlados en la etapa adulta incrementan alteraciones que contribuyen a un mayor deterioro del adulto mayor afectando a la funcionalidad y calidad de vida, con las consecuencias de mayor dependencia.

La valoración geriátrica utilizando la Escala de actividades básicas de la vida diaria de Barthel y la Escala de valoración de autonomía funcional (mide la autonomía funcional para el autocuidado de las personas mayores) permite identificar tempranamente la condición de dependencia que puede desarrollar el adulto mayor, para diseñar planes de cuidados adaptados a las condiciones individuales. Los procesos de intervención fortalecen la capacidad de los adultos mayores para realizar sus actividades diarias de forma independiente: como vestirse, caminar, ir al baño, comer, entre otras⁽¹⁾.

En el estudio, los adultos mayores presentan una condición adicional: estar institucionalizados. Dentro de este proceso surgen algunas características negativas de las organizaciones de internación, como son el cambio de contexto para el adulto mayor, dejando de obtener reconocimiento por parte de los vecinos, familiares y amigos; el sentimiento de carga e inutilidad; el desarraigo, generando expectativas básicas que no son colmadas; el aislamiento con el medio, el maltrato, entre otras⁽⁵⁾. Estas organizaciones pueden ser de carácter privado (remuneradas) o público (de caridad o beneficencia), ambas con perfiles de salud diferentes dado que en los últimos confluyen factores de vulnerabilidad económica, social, psicológica y ambiental; además, algunos estudios han documentado que el estar internado en un hogar disminuye la calidad de vida del adulto mayor⁽³⁾.

La valoración funcional en el aspecto físico, psíquico y social constituye la valoración geriátrica integral; su importancia radica a nivel individual en que permite identificar estados de enfermedad y de riesgo de eventos adversos, optimizar los planes de cuidados, mejorar la toma de decisiones, controlar los cambios y evaluar los efectos de una intervención, y a nivel general, en su utilidad para planificar políticas de salud pública, asignar recursos equitativamente y determinar la población que se puede beneficiar de la atención geriátrica⁽⁸⁾.

■ METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal en dos centros de bienestar ubicados en el área metropolitana de Bucaramanga, durante los meses de febrero a noviembre de 2015.

Tabla 1. Características sociodemográficas en centros de bienestar

Edad	Género				Escolaridad							
	F	%	M	%	A	%	Prim.	%	Sec.	%	Sup.	%
65-74 años	8	13,33	8	13,33	7	11,66	8	13,33	1		-	
75-84 años	6	10,00	16	26,66	5	8,33	13	21,66	4		-	
85-94 años	12	20,00	8	13,33	7	11,66	10	16,66	2			1,66
95 años y más	2	3,33	-		-		1	1,66	1	1,66		
TOTAL	28	46,66	32	53,33	19	31,66	32	53,33	8	13,33	1	1,66

Prim.: primaria; Sec.: secundaria; Sup.: superior.

Los participantes del proyecto, adultos mayores con la condición similar de estar institucionalizados, seleccionados por muestreo no probabilístico, sujetos elegidos que cubren características fijadas por los investigadores. Criterios de inclusión: adultos mayores de 65 años, capacidad mental de responder las escalas. Criterios de exclusión: capacidad mental alterada, enfermedad mental diagnosticada.

Recolección de información: aplicando las siguientes escalas a cada adulto mayor:

A. Escala de valoración de la autonomía funcional (EVA).

Mide la autonomía funcional para el autocuidado de las personas mayores.

Para obtener una medida de la autonomía funcional, la EVA proporciona una evaluación semicuantitativa en escala ordinal de las incapacidades. Consta de 12 aspectos diferentes que se consideran necesidades funcionales básicas y se agrupan bajo 8 aspectos:

1. Nutrición (alimentación, hidratación).
2. Cumplimiento (uso de medicamentos).
3. Sintomatología (síntomas).
4. Actividad-descanso (tareas domésticas, desplazamiento, deambulación, descanso, sueño).
5. Higiene (aseo-higiene).
6. Eliminación (eliminación intestinal, eliminación vesical).
7. Ocio-tiempo libre (ocupación del tiempo libre).
8. Uso de recursos (uso de los recursos).

Cada necesidad funcional tiene 4 niveles:

0. Autonomía completa.
1. Estímulo/supervisión.
2. Ayuda.
3. Dependencia total/suplencia.

Los niveles presentados anteriormente se utilizan también para evaluar la escala anexa de funciones mentales (FM) que se incluye al aplicar la EVA. De la conjunción de ambos valores (EVA y FM) se obtiene el grado de autonomía funcional, el cual posibilita el establecimiento de 10 grados de autonomía. En la EVA, la incapacidad es el grado de

máxima dependencia y los niveles intermedios son llamados dificultad; de acuerdo con esto, los grados 1 y 2 indicarían dificultad y el grado 3 incapacidad⁽⁹⁾.

B. Escala de clasificación y graduación de la dependencia.

Escala propuesta para la clasificación internacional del funcionamiento, la dependencia y la salud de la OMS, con cinco niveles de discapacidad, asociados a intervalos porcentuales, que se aplican a las puntuaciones obtenidas en toda la escala que mida cualquier tipo de problemas relacionados con discapacidad. Rango de 0-4%: no hay problemas; 5-24% problemas ligeros; 25-49% problemas moderados; 50-95% problemas graves, y 96-100% problema completo o total. Establece la discapacidad/funcionamiento⁽⁹⁾.

Análisis de la información: los datos se recopilan en el programa SPSS (Licencia Universidad Cooperativa de Colombia), con los datos distribución de frecuencia y porcentaje.

Consideraciones éticas: Estudio aprobado previamente por el comité de bioética de la institución universitaria y posteriormente previo conocimiento y firma del consentimiento informado escrito de los participantes; el estudio se considera de riesgo mínimo y se fundamenta en la normatividad relacionada con pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la OMS 2002, y las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud de la Resolución 008430 del 04 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia y código deontológico de enfermería^(10,11).

■ RESULTADOS

Los datos iniciales hacen referencia a las características sociodemográficas de los adultos mayores de los centros de bienestar trabajados (tabla 1).

En el total de 60 adultos mayores de los dos centros de bienestar predomina el rango de edad de 75-84 años, con 22 adultos mayores, que corresponde a un 26,66%; género masculino con mayor frecuen-

Tabla 2. Comportamiento de la valoración funcional por género

Género	GRADO DE DEPENDENCIA				
	Dependencia importante (20-35)	Dependencia moderada (40-55)	Dependencia leve (mayor o igual a 60 hasta 95)	Independencia (100)	Total
Femenino	1	2	10	15	28
Masculino	0	3	16	13	32
Total	1	5	26	28	60

Tabla 3. Comportamiento de la valoración funcional por grupos de edad

Edad	GRADO DE DEPENDENCIA									
	Dependencia importante (20-35)		Dependencia moderada (40-55)		Dependencia leve (mayor o igual a 60 hasta 95)		Independencia (100)		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
64-74	0	0	1	1,66	5	8,33	8	13,33	14	23,33
75-84	0	0	3	5,00	12	20,00	12	20,00	27	45,00
85-94	0	0	1	1,66	9	15,00	7	11,66	17	28,33
95 o más	1	1,66	0	0	0	0	1	1,66	2	3,33
TOTAL	1	1,66	5	8,33	26	43,33	28	46,66	60	100

Tabla 4. Comportamiento de EVA total por género

Género	Grado de autonomía 1 (necesidad funcional: 0-5 y función mental: 0-7)	Grado de autonomía 2 (necesidad funcional: 0-5 y función mental: 8-15)	Grado de autonomía 3 (necesidad funcional: 6-14 y función mental: 0-7)	Grado de autonomía 4 (necesidad funcional: 6-14 y función mental: 8-15)	Grado de autonomía 5 (necesidad funcional: 15-24 y función mental: 0-7)	Grado de autonomía 6 (necesidad funcional: 15-24 y función mental: 8-15)	Total
Femenino	14	0	10	1	2	1	28
Masculino	18	1	7	1	5	0	32
TOTAL	32	1	17	2	7	1	60

cia (53,33%) con respecto al femenino; *escolaridad*: el 31,66% mencionó no haber estudiado en su vida, es decir, analfabetos; sin embargo, el 53,3% estudiaron primaria, el 13,33% secundaria y el 1,66% tenía estudios superiores.

Otras variables revisadas: *contacto familiar* 70%⁽⁴²⁾; el 30%⁽¹⁸⁾ no tiene un familiar que les acompañe o les haga visita alguna.

En relación con el *tiempo de institucionalización* de los adultos mayores, el mayor tiempo de internamiento fue de 1 a 5 años, con un

Tabla 5. Comportamiento de EVA total por edad

Edad	Grado de autonomía 1 (necesidad funcional: 0-5 y función mental: 0-7)	Grado de autonomía 2 (necesidad funcional: 0-5 y función mental: 8-15)	Grado de autonomía 3 (necesidad funcional: 6-14 y función mental: 0-7)	Grado de autonomía 4 (necesidad funcional: 6-14 y función mental: 8-15)	Grado de autonomía 5 (necesidad funcional: 15-24 y función mental: 0-7)	Grado de autonomía 6 (necesidad funcional: 15-24 y función mental: 8-15)	Total
64-74	9	1	3	0	1	0	14
75-84	13	0	8	1	5	0	27
85-94	9	0	6	1	1	0	17
95 o más	1	0	0	0	0	1	2
TOTAL	32	1	17	2	7	1	60

porcentaje del 55%⁽³³⁾; de menos de 1 año, con un 23,3%⁽¹⁴⁾; de 6 a 10 años con un 11,6%⁽⁷⁾, y, finalmente, el 8,3%⁽⁵⁾ de la población encuestada, de 16-20 años.

Comparando los diferentes tipos de *diagnósticos*, se observa con un 34% que los adultos mayores participantes presentan problemas de tipo cardiovascular; el 36% de la población presenta otro tipo de enfermedad; enfermedades metabólicas el 21%, y el 9% enfermedades respiratorias.

En relación con el comportamiento de la valoración funcional por género, en la tabla 2, los datos muestran predominio del género masculino con dependencia leve 26,66%⁽¹⁶⁾ y como independiente el género femenino con 25,00%⁽¹⁵⁾; los valores menores se distribuyen en dependencia moderada e importante.

Para la relación de valoración funcional según la edad, en la tabla 3 se muestra que en el grupo de edad de 75-84 años predomina la dependencia leve con un 20%⁽¹²⁾ y la independencia de igual forma, 20%⁽¹²⁾; en los grupos de edad de 95 años o más reporta 1,66%⁽¹⁾ con dependencia importante.

Con respecto a la valoración del grado de autonomía en el género masculino, en la tabla 4 se evidencia un porcentaje mayor en el grado de autonomía 1 (indican dificultad) con un 30%⁽¹⁸⁾ con respecto al género femenino, predomina en el grado de autonomía 3 (incapacidad) con un 16,66%⁽¹⁰⁾, acorde a los grados de dependencia de la valoración funcional.

Por grupos de edad, los resultados del EVA total, en la tabla 5 predomina en el grupo de 75-84 años el grado de autonomía 1 (indican dificultad) con un 21,66%⁽¹³⁾, seguido del grado de autonomía 3 (incapacidad) con un 13,33%⁽⁸⁾, similar al grado de dependencia.

■ DISCUSIÓN

Según la OMS, la importancia de la valoración de la funcionalidad en el adulto mayor reside en que “La salud del anciano, como mejor se mide, es en términos de función”, por lo que el mejor indicador de salud para la prevalencia de las enfermedades es la capacidad funcional. La utilización de diversas escalas orientadas a conocer la situa-

ción basal (impacto de la enfermedad) permiten verificar cambios y establecer tratamientos específicos y la respuesta de los adultos mayores.

En referencia a las condiciones sociodemográficas del estudio, en los 60 adultos mayores, la edad promedio es similar al estudio donde la media de edad fue de 76 años, contrario al género en el que predominó el femenino (el 73,6% eran mujeres y el 26,4% hombres)⁽¹²⁾. Sin embargo, en una investigación realizada en Hermosillo, Sonora, referencian que en América Latina más de 32 millones de personas tienen en la actualidad por lo menos 60 años de edad y el 55% son mujeres. En Sonora, según el censo del año 2000, había un total de 157 945 adultos mayores, lo que representa el 6% de la población total, siendo las mujeres el 51%, es decir, se evidencia más predominio en el género femenino que en el masculino⁽¹³⁾. Para el nivel de escolaridad, el estudio es similar al de España, en el que un 45,6% manifestaron estudios primarios⁽¹⁴⁾.

Comparando los diferentes tipos de *diagnósticos*, otro estudio reporta en esta población la hipertensión (40%), diabetes (24%) e hipercolesterolemia (20%). Para los indicadores de salud mental, el 17,6% presentó síntomas depresivos; el 7,3%, deterioro cognitivo, y el, 7,9%, demencia⁽¹⁵⁾.

Como variables adicionales se resalta que es frecuente el contacto familiar, similar al estudio en el que los adultos manifiestan ser visitados por sus hijos y otros familiares, y este apoyo fue valorado como satisfactorio; sin embargo, más de la mitad expresaba sentimientos de soledad⁽¹⁶⁾.

En relación con la dependencia funcional, los resultados son contrarios al estudio en el que 92 adultos mayores presentan mayor independencia en la etapa de senectud gradual (60 a 70 años) con 85,7%⁽¹⁾. En relación con la pérdida de autonomía, un 26,9% presentó dificultad para realizar al menos una ABVD, y 24,6% presentó dificultad para realizar al menos una AIVD⁽¹⁷⁾.

El estudio realizado muestra que la dependencia se incrementa con la edad, similar al estudio que muestra un 25,2% entre los 70 y 79 años, un 38,3% entre los 80 y 89 años y un 52% para la cohorte de nacimiento de mayor edad (90 años y más)⁽¹⁸⁾.

El comportamiento de la valoración funcional por género en el estudio no muestra significación estadística ($p = 3,53$); es diferen-

te al estudio de México, que muestra diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,45$) en 149 adultos mayores institucionalizados. Con relación al género, en el estudio predomina el masculino con dependencia leve, contrario al estudio de México en el que el 10,9% fueron independientes sin diferencias significativas de género⁽¹⁹⁾.

El estudio de la funcionalidad como parte de la evaluación del adulto mayor se constituye en eje fundamental que traduce la condición general de salud del paciente, identificando el grado de independencia o dependencia⁽²⁰⁾.

Estos cambios se manifiestan en declinaciones en el estado de salud, condicionantes de su deterioro funcional, lo cual lleva al anciano a situaciones de incapacidad, tales como inmovilidad, inestabilidad y deterioro intelectual⁽²¹⁾.

Todo lo anterior nos hace reflexionar sobre la forma de enfrentar al adulto mayor en cuanto a su funcionalidad y dependencia, para lograr una mejor interacción social con una mayor calidad de vida.

■ CONCLUSIONES

El predominio de edad de 75-84 años, con un 26,66% en el total de los 60 adultos mayores, y el género masculino con mayor frecuencia (53,33%) con respecto al femenino; con escolaridad del 53,3% primaria, como variables sociodemográficas identificadas en los adultos del estudio.

El estudio muestra que en la funcionalidad del adulto mayor predomina con dependencia leve el género masculino con un 16,00% y como independiente el género femenino con un

15,00%; por grupo de edad, el comportamiento del grupo entre 75-84 años dependencia leve y la independencia de igual forma 20%, en los grupos de edad de 95 o más reporta 1,66% con dependencia importante e independencia.

Predomina el contacto familiar, principal fuente de apoyo social del adulto mayor, por su condición de institucionalización, al mantener el lazo familiar y conformar relaciones sociales como de amistades, es una situación favorable, se evita el aislamiento social y cumple funciones protectoras o amortiguadoras, dado que se incrementa la probabilidad de que el adulto mayor intente practicar y mantener conductas saludables, puesto que le proporcionan bienestar y la prevención de alteraciones de tipo emocional como la depresión y de índole físico como las enfermedades crónicas⁽²²⁾.

Mediante la valoración geriátrica desde la funcionalidad y grado de dependencia, permite identificar la condición del adulto mayor, con el propósito de diseñar planes de cuidados individuales, con acciones encaminadas a su autocuidado otorgando protagonismo según sus preferencias; supone potenciar la motivación y cambio de comportamiento acorde a sus capacidades, que generen algún grado de autonomía e independencia elemental ■

Conflicto de intereses

Las autoras han declarado no tener ningún conflicto de intereses relacionado con este artículo.

Agradecimientos

Las autoras dan las gracias a las auxiliares de investigación de los programas de enfermería.

■ BIBLIOGRAFÍA

- Eduardo C, García S, Asesor NDEL. Capacidad Funcional. Minatitlan [Internet]. 2010 (10 enero 2015);10:1:12. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/29281/1/tesis2.pdf>
- Machado Cuétara RL, Bazán Machado MA, Izaguirre Bordenoloi M. Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos del área de salud Guanabo. MEDISAN [Internet]. 2014 Feb [citado 8 noviembre 2016];18(2): 158-64. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000200003&lng=es
- Cardona Arias JA, Álvarez Mendieta MI, Pastrana Restrepo S. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, 2012. Rev Cienc Salud. 2012;12(2):139-55.
- Castellanos Ospina OA, Arango Cardona D. Los años de esperanza de vida perdidos en adultos mayores. Bogotá, Cali y Medellín (1999-2009) Óscar. Rev ib. 2014;69-83.
- Observatorio de Salud Pública de Santander. Análisis de Situación de Salud de Santander 2014. 2014;1-71.
- Felipe Salech M., Rafael Jara L, Luis Michea A. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Rev Med Clin Mondes [Internet]. 2012 (10 enero 2015);23(1):19-29. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90361755&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=202&ty=54&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v23n01a90361755pdf001.pdf
- Secretaría de Salud de Santander, Observatorio de Salud Pública de Santander. Factores de riesgo para enfermedades crónicas en Santander. Método STEPwise. Observatorio de Salud Pública de Santander. [Internet]. 2011(10 enero 2015); 172 p. Disponible en: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxisind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=649085&indexSearch=IDInhttp://www.who.int/chp/steps/2010_STEPS_Survey_Colombia.pdf/nhttp://www.observatorio.saludsantand
- Abizanda Soler P, López-Torres Hidalgo J, Romero Rizo S, Sánchez Jurado PM, García Noguera I, Esquinas Requena JL. Valores normativos de instrumentos de valoración funcional en ancianos españoles: estudio FRADEA. Aten Primaria [Internet]. 2012 (10 febrero 2015);44(3):162-71. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Pedro_Abizanda/publication/51457652_Normal_data_of_functional_assessment_tools_of_the_elderly_in_Spain_The_FRADEA_Study/links/55d-f302208ae7983897e8c5e.pdf
- Sanhueza Parra M. Aplicación de un Programa de Apoyo como Estrategia para aumentar la Funcionalidad de Adultos Mayores (Doctoral dissertation, Tesis para optar al grado de Magister en Enfermería, Escuela de Graduados. Universidad de Concepción, Chile. 2005 [Links]).
- Ministerio de Salud. Resolución 008430 por la cual se establece las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
- República de Colombia, Tribunal Nacional ético de Enfermería, TNEE. Ley 911 de 2004, Octubre 5. Por el cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinar correspondiente y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: Ministerio de Protección Social, El Abedul, Diario Oficial; 2004.
- Clinica G, Galega S, Interna DM, De E, Medicina S De, Complejo I, et al. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin Soc galeta Med Interna. [Internet]. 2011 (10 febrero 2015);72(1):11-6. Disponible en: <http://www.galiciaclinica.info/PDF/11/225.pdf>
- Patino Y, Suárez E. Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia. Rev Salud Pública. 2012;14(3):438-47.
- Valdez E, Román R. Análisis de la oferta de servicios para adultos mayores y sus necesidades manifiestas 1. Cat Rev Univ Autónoma Veracruzana [Internet]. 2005 (10 febrero 2015);15(662):7. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/830/1508>
- Rodríguez Díaz MT, Cruz-Quintana F, Pérez-Marfil MN. Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas. Index de Enfermería [Internet]. 2014;23(1-2):36-40. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962014000100008&script=sci_arttext
- Cardona-Arango D, Estrada-Restrepo A, Chavarriaga-Maya LM, Segura-Cardona AM, Ordóñez-Molina J, Osorio-Gómez JJ. Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado. Medellín, 2008. Rev. Salud Pública (Bogotá). 2010;12(3):414-24.
- Manrique Espinoza B, Salinas Rodríguez A, Moreno Tamayo KM, Acosta Castillo I, Sosa Ortiz AL, Gutiérrez Robledo LM, et al. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. Salud Publica Mex. 2013;55(1):323-31.
- Cortés NAR, Villarreal RE, Galicia RL, Martínez GL, Vargas DER. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. Rev Med Chil [Internet]. 2011 (10 octubre 2015);139(6):725-31. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000600005&lng=es&nr=iso&tlng=es
- Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Moreno-Tamayo K, Téllez-Rojo MM. Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. Salud Publica Mex. 2011;53(1):26-33.
- De León MGS, Hernández EAT. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Gerokomos. 2011;22(4):162-6.
- Velasco Rodríguez R, Godínez Gímez R, Mendoza Pérez RC, Torres López MM, Moreno Gutiérrez I, Hilerio López AG. Estado actual de capacidades en adultos mayores institucionalizados de Colima, México. Rev Enferm del Inst Nac del Seguro Soc. 2012;20(2):91-6.
- Fernández Alba R, Manrique-Abril FG. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. Enfermería Glob [Internet]. 2010 (10 octubre 2015);1-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1895-61412010000200016&script=sci_arttext

Anexo: Consentimiento informado

Encuestador: **Código del participante:**
Fecha: **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN**

TÍTULO DEL PROYECTO: Atención Integral del Adulto Mayor para la optimización de su funcionalidad y calidad de vida.

Lea esta información sobre el estudio "Atención Integral del Adulto Mayor para la optimización de su funcionalidad y calidad de vida". Siéntase en completa libertad de preguntar al personal del estudio todo aquello que no entienda. Cuando haya comprendido la información y si decide participar en el estudio, deberá firmar este documento del que usted recibirá una copia.

La Facultad de Enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia está llevando a cabo un estudio acerca de la Atención Integral del Adulto Mayor para la optimización de su funcionalidad y calidad de vida.

¿Cómo será su participación en el estudio?

Su participación requiere de los siguientes procedimientos, que usted podrá libremente aceptar o rechazar:

- Responder las escalas dirigidas de Valoración Cognoscitiva Minimental, Valoración Funcional Psicoafectiva y Socio-familiar y la de Valoración de Autonomía para el Cuidado, las cuales tendrán una duración de 25-30 minutos aproximadamente. El éxito de este estudio dependerá de la cantidad y calidad de la información que usted suministre.

Garantías para su participación

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- Si decide participar en el estudio y después quiere retirarse, puede hacerlo en el momento que lo desee.
- La información brindada para este estudio será utilizada con fines académicos y los resultados podrán ser publicados bajo estricta confidencialidad y reserva de los datos personales.
- Este estudio no implica procesos invasivos que pongan en riesgo la integridad física, moral y mental de los miembros.
- Si tiene alguna duda o inquietud, usted puede comunicarse con los investigadores a través de la Facultad de Enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Bucaramanga al número: (7) 6854500 Ext. 7058
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

Aceptación

He leído y entendido la información contenida en este documento. Todas las preguntas que tenía relacionadas con el estudio me fueron explicadas. Entiendo que puedo rehusarme a participar en el estudio.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Voluntariamente deseo participar en este estudio de investigación.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del entrevistado _____ Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____

Firma del entrevistador _____ Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____

INVESTIGADORES

Hemos explicado la naturaleza y los propósitos de la investigación; hemos informado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. Hemos contestado a las preguntas y hemos preguntado si tienen alguna duda. Aceptamos que hemos leído y conocemos la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y nos sujetamos a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador _____ Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____

DATOS DE CONTACTO PARA LA COORDINACIÓN DEL PROYECTO:

Institución Educativa: Universidad Cooperativa de Colombia, Sede Bucaramanga
 Facultad: Enfermería
 Investigadora principal: Elveny Laguado Jaimes/Co-investigadora: Katherine Camargo Hernández
 Cargo: Profesora
 Email: elveny.laguado@campusucc.edu.co / katherine.camargoh@campusucc.edu.co
 Teléfono: (7) 6854500 Ext. 7058

Estudiante de Enfermería:

Email: