**INFORME DE RESULTADOS**

**CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS ADULTOS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS DE MUNICIPIO DE SANTA BARBARA DE ISCUANDÉ**

**INVESTIGADORES PRINCIPALES:**

**Mg. VIVIANA RODRIGUEZ**

**FUNDACION EL CUARTO**

**SAN JUAN PASTO**

**2019**

1. DISEÑO METODOLOGICO
	1. **Clasificación del proceso**

Con el fin de realizar un trabajo riguroso que sirva de fines estadísticos, investigativos y de estructuración en planes de intervención y desarrollo municipal, se lleva a cabo el presente trabajo basado en metodologías investigativas, previamente desarrolladas en municipios alternos que generan resultados estadísticos, que atañen al paradigma de investigación cuantitativo, éste utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de estadísticas para establecer con exactitud, patrones de comportamiento en una población.[[1]](#footnote-1)

A su vez se desarrolla y analiza desde el enfoque empírico analítico, el cual es un modelo de investigación científica, que se basa en la lógica empírica y que junto al método fenomenológico es el más usado en el campo de las ciencias sociales y en las ciencias descriptivas[[2]](#footnote-2), lo anterior porque en el “privilegian como criterios de validez el uso de datos de la experiencia y datos observables como los datos sociodemográficos, médicos, nutricionales, cognitivos y funcionales, presentes en la población de estudio; para identificar los elementos y las relaciones existentes para ser interpretadas”, basándose en el análisis de datos numéricos arrojados después de la investigación de los adultos mayores no institucionalizados del Municipio de Santa Bárbara de Iscuande.

Estos métodos posibilitan revelar las relaciones esenciales y las características fundamentales del objeto de estudio, accesibles a la detección senso-perceptual, a través de procedimientos prácticos con el objeto y diversos medios de estudio. Su utilidad destaca en la entrada en campos inexplorados o en aquellos en los que destaca el estudio descriptivo.

# Los resultados se presentan desde el método descriptivo, este ttipo de investigación que describe de modo sistemático las características de una población, situación o área de interés.

Desde tal perspectiva los agentes involucrados e investigadores en el proceso recogieron los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego se analiza minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento.

# 1.2 Técnica e instrumentos de recolección de la información

La técnica utilizada fue la entrevista y la observación directa de pruebas cortas de funcionalidad, la recolección de la información se realizó mediante el instrumento diseñado por los investigadores, basado en el modelo multidimensional de evaluación geriátrica multidimensional, que constituyen las dimensiones sociodemográficas, médica, nutricional, cognitiva y funcional; así, cada profesional del área lideró el proceso de evaluación y mediante pruebas estandarizadas y validadas a nivel mundial que permiten identificar las características en la población objeto de estudio.

# 1.3 Calibración de encuestadores

La calibración de encuestadores se la realiza en San Juan de Pasto, sede principal de la fundación el Cuarto, el día 15 de Junio de 2019, se reunieron los investigadores principales con los respectivos auxiliares de investigación de cada área, se explica el manejo del instrumento y la manera adecuada para la aplicación en la población objeto de estudio, se realizan ajustes y especificación de preguntas.

# 1.4 Población y muestra

Fue finita, conformada por 100 adultos mayores no institucionalizados pertenecientes al Municipio de Santa Bárbara de Iscuandé y veredas aledañas. Se convocaron a partir del 17 a 20 de Junio, a través de perifoneo, en el centro de concentración de la casa cural, facilitada por el Municipio para la atención.

2. RESULTADOS

**2.1 Análisis e interpretación de la información**

***2.1.1 Dimensión sociodemográfica***

Se logra obtener los siguientes resultados, de la intervención en El Municipio de Santa Bárbara de Iscuandé, entre los días 17 a 20 de Mayo de 2019, con un total de 100 adultos mayores evaluados.

Es importante aclarar que las evaluaciones se realizaron en la cabecera municipal y todas las veredas confluyeron al sitio de congregación.

Tabla 1. Rango edad

|  |
| --- |
| **edad en años cumplidos** |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | >85 | 8 | 8,0 | 8,0 |
| 76-85 | 27 | 27,0 | 35,0 |
| 66-75 | 36 | 36,0 | 71,0 |
| 60-65 | 17 | 17,0 | 88,0 |
| 30-59 | 12 | 12,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

Se analizaron un total de 100 casos, se agruparon los mismos en rangos de edad, se toma aquella población de adultos próximos a la tercera edad, por cuanto permite analizar las características con las que se llega al proceso de envejecimiento, a fin de obtener ideas para posibilitar cambios en aspectos de vida que permitan un envejecimiento más activo y óptimo; así se puede deducir que el mayor número poblacional correspondió al rango de edad de 66-75 años, con un total de 36 usuarios (36%), seguido por los usuarios de 76-85 años de edad; los usuarios de mayor proporción se consolido en los adultos que superan los 85 años de edad, lo cual abre el interrogante: ¿La condición física no les permitió el desplazamiento?.

Tabla 3. Distribución de la población según el sexo

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | hombre | 48 | 48,0 | 48,0 | 48,0 |
| mujer | 52 | 52,0 | 52,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

En condición al sexo, es posible afirmar que la población atendida fue casi equivalente, obteniendo un 48% de hombres y un 52% de mujeres, siendo más relevantes los datos obtenidos y su generalización.

Tabla 3. Distribución de la población según el sexo y el estado Civil.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | estado civil al que pertenece | Total |
| soltero | casado | viudo | Separado | unión libre |
| sexo | hombre | 11 | 18 | 3 | 4 | 12 | 48 |
| mujer | 3 | 9 | 25 | 5 | 10 | 52 |
| Total | 14 | 27 | 28 | 9 | 22 | 100 |

Fuente. La presente investigación. 2019.

En la Tabla No. 3 se puede observar que del total de la población, existe una mayor proporción de viudos, que corresponde a 28 personas, de las cuales 25 son mujeres, seguido por 27 personas casadas de las cuales 18 son hombres; la unión libre también se considera un estado civil relevante en la población estudiada, la cual equivale a 22 usuarios. Lo anterior es coherente con lo encontrado en otros estudios que revelan que en la actualidad las mujeres mayores de 70 años son viudas y viven solas mientras que los hombres a esta edad; más del 75% están casados y viven con sus parejas; esto también puede explicarse por la esperanza de vida, la cual según el reportaje de Fernández Carlos[[3]](#footnote-3) es más alta en las mujeres, llegando a los 81.1 años hasta 2.8 años más a partir del 2006.

Tabla 4. Contingencia de la población según el sexo y el nivel de Escolaridad

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | nivel de estudios realizado | Total |
| no sabe leer ni escribir | solo aprendió a leer y escribir | Primaria | Secundaria | técnico | pregrado |
| sexo | hombre | 20 | 14 | 11 | 1 | 1 | 1 | 48 |
| mujer | 30 | 13 | 8 | 1 | 0 | 0 | 52 |
| Total | 50 | 27 | 19 | 2 | 1 | 1 | 100 |

Fuente. La presente investigación. 2019.

En la Tabla No. 4 se observa que del total de la muestra que son 100 adultos mayores, 50 (50%) no saben leer ni escribir, de los cuales son 30 mujeres y 20 hombres, solo aprendieron a leer y escribir 27 (27%) correspondiendo a 13 mujeres y 14 hombres, solo cursaron primaria 19, siendo 8 mujeres y 11 hombres, secundaria 2, finalmente el nivel técnico y pregrado 2 hombres con equivalencia a 1% cada caso. Se concluye que la mayoría de adultos no sabe leer ni escribir demostrando que hay un alto nivel de analfabetismo en el Municipio

Tabla 5. Contingencia de la población según el sexo y la ocupación

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sexo | Total |
| Mujer | Hombre |
| Ocupación laboral | Docente | 0 | 1 | 1 |
| Otros | 3 | 6 | 9 |
| Comerciante | 3 | 0 | 3 |
| Minería | 11 | 6 | 17 |
| Madre comunitaria | 3 | 0 | 3 |
| Pesca | 1 | 0 | 1 |
| Carpintería | 2 | 5 | 7 |
| Ama de casa | 22 | 2 | 24 |
| Agricultura | 7 | 28 | 35 |
| Total | 52 | 48 | 100 |

Fuente. La presente investigación. 2019.

En la Tabla No. 5 se puede observar que el mayor grupo poblacional (35) se dedica a la agricultura, siendo esta la actividad más productiva para la población, los 35 usuarios están distribuidos en relación al género de la siguiente manera; 28 son hombres y 7 son mujeres; seguido a esta actividad están 24 usuarios dedicados a las labores de la casa, dentro de estos, 22 son mujeres y 2 hombres. Continuamente 17 usuarios dedicados a la minería; es interesante anotar que de los mismos, la mayor proporción es de mujeres siendo 11, mientras que los hombres son 6 personas. Estos son los casos más relativos dentro de las ocupaciones con sus respectivos géneros. Al analizar el nivel de estudio en correspondencia a las actividades laborales, se evidencia la coherencia entre las mismas; de la población analizada se encontró solo 1 persona con posgrado la cual expone su actividad laboral previa como la docencia; teniendo mayor posibilidad de superación económica. Cabe recomendar la educación como medio de superación social en la población de estudio.

Tabla 6. Distribución de la población según el sexo y la situación Actual

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | género al que pertenece | Total |
| mujer | hombre |
| situación laboral actual | Ninguno | 35 | 11 | 46 |
| Pensionado | 0 | 2 | 2 |
| Independiente | 11 | 31 | 42 |
| Empleado | 6 | 4 | 10 |
| Total | 52 | 48 | 100 |

Fuente. La presente investigación. 2019.

Se observa en la Tabla No 6. Que de 100 encuestados la situación actual para la mayor parte de la población corresponde a ningún trabajo, con un total de 46 usuarios; de aquí la equivalencia con la dependencia económica de los adultos mayores; seguido a esto está el trabajo independiente con 42 personas equivalentes, que varía entre actividades como la pesca, agricultura, lavado de ropa, comercio, carpintería, costura , aseo, lavandería; entre otros, en menor proporción se encuentran los empleados, con un total de 10 siendo 6 mujeres y 4 hombres, y por último los pensionados y jubilados que son 2, en su totalidad hombres. Se deduce de lo anterior que este periodo de la vida esta población pierden su actividad laboral en gran proporción ocupando oficios propios para mantener el vínculo social y productivo.

Tabla 7. Composición familiar

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | 12 | 2 | 2% | 2,0 |
| 10 | 3 | 3% | 5,0 |
| 9 | 1 | 1% | 6,0 |
| 8 | 3 | 3% | 9,0 |
| 7 | 13 | 13% | 22,0 |
| 6 | 9 | 9% | 31,0 |
| 5 | 16 | 16% | 47,0 |
| 4 | 13 | 13% | 60,0 |
| 3 | 10 | 10% | 70,0 |
| 2 | 16 | 16% | 86,0 |
| 1 | 14 | 14% | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

En consideración a la composición familiar puede afirmarse que los núcleos de mayor proporción están constituidos por un total de 5 y 2 familiares, con equivalencia para cada uno de ellos de 16 personas (16%), seguidos por los usuarios que viven solos (14%); lo cual puede relacionarse con la proporción de viudos. Es importante anotar que este tipo de condición social vuelve al usuario más susceptible a padecer deterioro cognitivo y fenómenos de depresión; además vuelve al usuario más inactivo físicamente. Continuando la descripción de la tabla 7, es preciso afirmar que continua en secuencia los grupos familiares de 4 personas con un 13%, de manera consecutiva están los grupos familiares de 3 (10%), los grupos de 6 personas (9%) y a partir de aquí la equivalencia está por debajo del 5% para el resto de números de conformación familiar.

**Tabla 8. Género y dependencia económica de terceros**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | no | 34 | 34,0 | 34,0 |
| si | 66 | 66,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

La Tabla N. 8 evidencia la dependencia económica del adulto mayor, encontrando una gran proporción de adultos que dependen económicamente de terceros, correspondiente a un números de 66 abuelos, la proporción de quienes no dependen de otros representan el (34%).

**Tabla 9. Conjunto de Servicios de saneamiento básico**

|  |
| --- |
| **cuenta con agua** |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | no | 46 | 46,0 | 46,0 |
| si | 54 | 54,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

|  |
| --- |
| **cuenta con luz** |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | no | 18 | 18,0 | 18,0 |
| si | 82 | 82,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

|  |
| --- |
| **cuenta con alcantarillado** |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | no | 93 | 93,0 | 93,0 |
| si | 7 | 7,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

|  |
| --- |
| **cuenta con zona de residuos** |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | no | 88 | 88,0 | 88,0 |
| si | 12 | 12,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

Frente a los servicios de saneamiento básicos, presentado en las tablas en conjunto N 9, es posible analizar una alta tasa de usuarios que no cuentan con los mismo; lo cual puede estar relacionado con la presencia de enfermedades de carácter infeccioso tanto dérmicas como gástricas en niños y población adulta; se puede evidenciar que existe un total de 93 adultos mayores que no cuentan con alcantarillado, 88 usuarios no cuentan con zonas de residuos, 46 casos de usuarios que no cuentan con agua potable y están a expensas del clima para recolectar agua en tanques, finalmente 18 abuelos que no cuentan con servicio de luz.

 Tabla 10. Propiedad de la vivienda

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | otro | 5 | 5,0 | 5,0 |
| familiar | 9 | 9,0 | 14,0 |
| arrendada | 18 | 18,0 | 32,0 |
| propia | 68 | 68,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

Se observa en la tabla No. 10 de propiedad de vivienda, que la mayor parte de la población, residen en viviendas de carácter propio, lo cual se refleja en 68 casos, son seguidos por los casos arrendamiento, correspondiente a 18 usuarios, después familiar que corresponden al 9 %. Lo anterior señala importancia a la hora de tomar decisiones frente a características analizadas como el estar de acuerdo con el mejoramiento de vivienda

**Tabla 11. Conjunto de Materiales de construcción de las viviendas**

|  |
| --- |
| **PARED** |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | otro | 2 | 2,0 | 2,0 |
| madera | 88 | 88,0 | 90,0 |
| ladrillo | 10 | 10,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

|  |
| --- |
| **TECHO** |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | otro | 2 | 2,0 | 2,0 |
| zinc | 93 | 93,0 | 95,0 |
| eternit | 5 | 5,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

|  |
| --- |
| **PISO** |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | madera | 89 | 89,0 | 89,0 |
| baldosa | 7 | 7,0 | 96,0 |
| cemento | 2 | 2,0 | 98,0 |
| tierra | 2 | 2,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

Con respecto a los materiales de las viviendas, expuestos en las tablas en conjunto No. 11, es posible afirmar tras la caracterización que las casas están constituidas en mayor porcentaje de la siguiente manera: Techo de Zinc 93 casos, piso de madera 89 casos, paredes de madera 88 casos, lo anterior señala importancia en el reacondicionamiento de los lugares de vivienda.

**Tabla 12. Conjunto de Infraestructura de la casa**

|  |
| --- |
| **Niveles** |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | 4 | 1 | 1,0 | 1,0 |
| 3 | 2 | 2,0 | 3,0 |
| 2 | 30 | 30,0 | 33,0 |
| 1 | 67 | 67,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

|  |
| --- |
| **Número de duchas** |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | no tiene | 13 | 13,0 | 13,0 |
| dos baños | 10 | 10,0 | 23,0 |
| un baño | 77 | 77,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

|  |
| --- |
| **Sanitarios** |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | letrina | 18 | 18,0 | 18,0 |
| no | 25 | 25,0 | 43,0 |
| si | 57 | 57,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

|  |
| --- |
| **número de habitaciones** |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | cinco | 21 | 21,0 | 21,0 |
| cuatro | 13 | 13,0 | 34,0 |
| tres | 27 | 27,0 | 61,0 |
| dos | 20 | 20,0 | 81,0 |
| una | 19 | 19,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

|  |
| --- |
| **Presencia de cocina** |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | no | 5 | 5,0 | 5,0 |
| si | 95 | 95,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

|  |
| --- |
| **Presencia de sala** |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | no | 21 | 21,0 | 21,0 |
| si | 79 | 79,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

|  |
| --- |
| **Presencia de comedor** |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | no | 45 | 45,0 | 45,0 |
| si | 55 | 55,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

|  |
| --- |
| **Presencia de patio** |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | no | 63 | 63,0 | 63,0 |
| si | 37 | 37,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

|  |
| --- |
| **Espacio sin construir** |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | no | 65 | 65,0 | 65,0 |
| si | 35 | 35,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

En consideración a la infraestructura interna, presentadas en las tablas en conjunto No. 12, se analizó el número de pisos o niveles de la vivienda, el número de duchas y sanitarios y el número de habitaciones. De esta manera se pudo encontrar que de los 100 casos estudiados, la mayor proporción posee como característica: ser de un piso 67%, contener una ducha 77%, 1 sanitario 57% y tener un número de 3 habitaciones 27%. Sin embargo es importante exponer que el 13% de la población no cuenta con ducha y más preocupante el 25% no tienen sanitario y sumado a este el 18% baño tienen letrina; lo cual representa un riesgo en las condiciones de salubridad.

 De la misma manera se identificó la distribución interna en cuanto a cocina, comedor, patio y zonas sin construir, encontrando que 95% cuentan principalmente con la zona de la cocina, aspecto positivo para la población; también 79% tiene sala; el 55% de la población cuenta con zona de comedor; sin embargo hay 63 usuarios no tienen patio o zona de ropa; y el 65% no tienen zona sin construir, lo que obliga a buscar zonas alternas para el lavado y colgado de ropa; exponiendo a los usuarios a mayor riesgo de caídas.

 **Tabla 13. Contingencia personas que conforman su familia \* número de habitaciones**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Número de habitaciones | Total |
| una | dos | tres | cuatro | cinco |
| personas que conforman su familia | 1 | 5 | 2 | 6 | 1 | 0 | 14 |
| 2 | 3 | 6 |  5 | 1 | 1 | 16 |
| 3 | 0 | 3 | 4 | 1 | 2 | 10 |
| 4 | 6 | 3 | 2 | 1 | 1 | 13 |
| 5 | 0 | 1 | 4 | 6 | 5 | 16 |
| 6 | 2 | 2 | 1 | 1 | 3 | 9 |
| 7 | 2 | 2 | 3 | 2 | 4 | 13 |
| 8 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 |
| 9 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 10 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 3 |
| 12 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Total | 19 | 20 | 27 | 13 | 21 | 100 |

Fuente. La presente investigación. 2019.

Con respecto a la tabla 13, se puede deducir, que en la relación entre el número de habitantes con respecto al número de habitaciones no esta tan alejada de la equivalencia 1:1, encontrando 27 casos con 3 habitaciones en las q el número mínimo de habitantes fue de 1 persona y el máximo de 10 personas; de manera consecutiva están las infraestructuras de 5 habitaciones, con 21 casos, en estos es relevante que el mayor número de usuarios fue de 5 y el menor de 2, siendo bastante equitativa su distribución, seguido a esta están las casas de 2 habitaciones con 20 casos, en las cuales el máximo número de habitantes fue de 12 y el mínimo de 1, con una mayor proporción de relación 2:2; sin embargo existen casos de hacinamiento en los que se presentan relaciones de 8 habitantes con 1 habitación, siendo esta la ultima la más preocupante, por cuento supera los índices para el hacinamiento. Otra consideración a tener en cuenta es que si bien las relaciones no son tan negativas, el estado de las viviendas no es el más adecuado; esta razón hace suponer la necesidad de intervención dentro de este aspecto.

***2.1.2 Dimensión médica***

**Tabla 14. Hipertensión arterial**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | Hipertensión | 80 | 80,0 | 80,0 |
| Hipotensión | 15 | 15,0 | 95,0 |
| normo tensión | 5 | 5,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

Se analiza en la tabla 14, los casos de hipertensión arterial como un caso importante dentro de las multipatologías, por cuanto es esta enfermedad en la población de adulto mayor, la más prevalente en consideración a las alteraciones vasculares que se sufren por la pérdida de la flexibilidad vascular como un componente propio del envejecimiento, además de ser la primera causa de consulta ambulatoria; en consideración a la población de estudio se encontró un alto porcentaje de hipertensión arterial equivalente a un total de 80 usuarios equivalentes a 80%, con cifras tensionales que superan los 200/ 170 mmHg, cifras de alto riesgo vascular; de esta manera se puede señalar que la hipertensión arterial (HTA) en el adulto mayor representa un problema creciente de salud pública, que debe ser tratado en el municipio. Vale la pena anotar que según estadísticas en USA la hipertensión arterial está presente en el 69% de los pacientes que presentan infarto agudo al miocardio, en el 77% de los pacientes con ACV y en el 74% en los que desarrollan insuficiencia cardiaca. También es el principal factor de riesgo para el desarrollo de insuficiencia renal, fibrilación auricular y diabetes mellitus.[[4]](#footnote-4)

**Tabla 15. Contingencia presencia de valores tensionales \* género al que pertenece**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | presencia de valores tensionales altos | Total |
| Hipertensión | hipotensión | normo tensión |
| género al que pertenece | mujer | 40 | 9 | 3 | 52 |
| hombre | 40 | 6 | 2 | 48 |
| Total | 80 | 15 | 5 | 100 |

Fuente. La presente investigación. 2019.

En razón a la tabla 15, se debe afirmar que hay una igual proporción de mujeres y hombres que sufren de hipertensión, con la presencia de 40 casos en hombres y 40 casos en mujeres, lo cual se desvía de datos obtenido en otras investigaciones, en los cuales prevalece el género femenino sobre el masculino. Es importante anotar que la raza negra tiene mayor predisposición genética a este tipo de enfermedades; lo que da cuenta de una mayor preocupación por la salud y/o de una frecuencia mayor de consulta al personal de la salud por parte este grupo; al igual en el presente estudio, los porcentajes de tratamiento de la hipertensión fueron similares en los dos géneros, pues no existen diferencias entre ambos cuando se establece un tratamiento para hipertensos después del diagnóstico; sin embargo al acceso a los medicamentos es bajo por la dificultad de acceso o quizá otros factores que tendrían que investigarse a profundidad.

**Tabla 16. Contingencia presencia de valores tensionales altos \* consumo de medicamentos para la presión**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | presencia de valores tensionales altos | Total |
| hipertensión | hipotensión | normo tensión |
| consumo de medicamento para presión | si | 39 | 0 | 0 | 39 |
| no | 41 | 15 | 5 | 61 |
| Total | 80 | 15 | 5 | 100 |

Fuente. La presente investigación. 2019.

.

Frente al consumo de medicamentos para el control de la presión arterial Tabla 16, es importante exponer que de los 80 usuarios que padecen hipertensión arterial, solo el 48.75% (39 adultos mayores), consumen el medicamento correspondiente, siendo el 51.25%. (41 usuarios), los que no lo toman, por causas como el abandono y la falta de disponibilidad del medicamento en el Municipio, entre otros. Es necesario apuntar que existe una alta fuerza de la asociación entre la presión arterial y riesgo de enfermedad cerebrovascular (ECV), isquémica y hemorrágica, desarrollo de demencia vascular y enfermedad de Alzheimer, aunque resultados de varios estudios no han sido concluyentes en relación con una disminución de la incidencia de demencia con el tratamiento antihipertensivo.

**Tabla 17. Hipotensión ortostática**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
| Válidos | si | 25 | 25,0 | 25,0 |
| no | 75 | 75,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

La hipotensión ortostática (HO) es un problema frecuente en el adulto mayor, en caso de la población intervenida tabla 16, se encuentra un total de 34 casos equivalentes a 16.7%, valores que pueden seguir en aumento puesta que la frecuencia se incrementa a medida que avanza la edad[[5]](#footnote-5), siendo independiente del género y la raza. En el consenso de 1996 (American Autonomic Society& American Academy of Neurology) se definió a la HO como la reducción en la presión arterial sistólica de al menos 20mmHg o en la diastólica de al menos 10mmHg dentro de los 3 minutos posteriores a la adopción de la posición de pie habiendo estado en decúbito supino previamente.

**Tabla 18. Multipatologia en el adulto mayor**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Respuestas | Porcentaje de casos |
| Nº | Porcentaje poblacional |
| Presencia de enfermedades | Obesidad | 18 | 18% | 18% |
| EPOC | 12 | 12% | 30% |
| Osteoporosis | 7 | 7% | 37% |
| Infección urinaria | 17 | 17% | 54% |
| Diabetes Mellitus | 13 | 13% | 67% |
| TBC | 2 | 2% | 69% |
| Enfermedades del corazón | 10 | 10% | 79% |
| Insuficiencia venosa | 5 | 5% | 84% |
| ECV | 1 | 1% | 85% |
| Demencias | 4 | 4% | 89% |
| Dislipidemias | 11 | 11% | 90% |
| Artritis | 7 | 7% | 97% |
| presencia de neumonía | 4 | 4% | 101% |
| Fracturas | 12 | 12% | 113% |
| Incontinencia urinaria | 13 | 13% | 126% |
| Cataratas | 13 | 13% | 139% |
| Cáncer | 2 | 2% | 141% |
| Otras enfermedades | 6 | 6% | 147% |
| Total | 157 | 100,0% | 147% |

Fuente. La presente investigación. 2019.

La tabla 18. Muestra las enfermedades más prevalentes de la población, correspondiente a 100 usuarios, algunos con y otros sin tratamiento. Las enfermedades estudiadas encontradas en mayor prevalencia fueron obesidad, infección urinaria, diabetes Mellitus, incontinencia urinaria, cataratas, EPOC, dislipidemias, fracturas y enfermedades del corazón. Se encontró con el estudio que los adultos mayores del municipio padecen de hipertensión arterial (tabla No.14) obesidad (18%), infección urinaria (17%), diabetes mellitus (13%), incontinencia urinaria (13%), cataratas (13%), fracturas (12%), dislipidemias (11%) y finalmente enfermedades del corazón (10%).

**Tabla 19. Grupo de síntomas asociados al deterioro del adulto mayor**

|  |
| --- |
| **Pérdida de memoria** |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | No | 38 | 38,0 | 38,0 |
| Ocasionalmente | 49 | 49,0 | 87,0 |
| con frecuencia | 10 | 10,0 | 97,0 |
| Continuamente | 3 | 3,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

El envejecimiento es una etapa de la vida que trae consigo una serie de deterioro orgánico que acopla cambios morfológicos, funcionales y psicológicas que de manera progresiva van llevando a la muerte[[6]](#footnote-6), es así como el deterioro o trastorno cognitivo, el cual incluye estados depresivos, deterioro cognitivo leve y demencia, relacionado con la perdida de la memoria es un síntoma usual que da paso a que se alteren de manera integral otras funciones como la percepción, atención, habilidad, orientación, lenguaje y cálculo. En esta investigación se determinó la perdida de la memoria como un síntoma presente en la población, con 49 usuarios que presentan tal alteración de manera ocasional, 10 con frecuencia y 3 continuamente; para un total de 62% de adultos mayores con presencia diversa de este síntoma frente a un 38% que no presentan tan alteración.

|  |
| --- |
| **Dificultad para dormirse** |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | no | 45 | 45,0 | 45,0 |
| Ocasionalmente | 34 | 34,0 | 79,0 |
| Con frecuencia | 18 | 18,0 | 97,0 |
| Continuamente | 3 | 3,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

Otra de las funciones alteradas puede ser el sueño, es importante considerar que según el Instituto del sueño de Madrid, que a causa de la falta de equilibrio el anciano entre la edad cronológica con ,a fisiológica, los patrones de sueño pueden aparecer en algunos sujetos antes y en otros más tarde; estudios determinan que los cambios son más relevantes en la arquitectura del sueño nocturno como al ritmo circadiano de sueño-vigilia, lo que provoca que el sueño sea más frágil y por tanto menos reparador. El estudio revela que 55% de los adultos mayores presentan dificultad en el sueño, de este porcentaje 34% tienen dificultades para conciliar el sueño de manera ocasional, 18% de manera frecuente y 3% continuamente; demostrando que más de la mitad de la población presenta tal alteración.

|  |
| --- |
| **Sensación de vértigo** |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | No | 36 | 36,0 | 36,0 |
| Ocasionalmente | 42 | 42,0 | 78,0 |
| Con frecuencia | 17 | 17,0 | 95,0 |
| Continuamente | 5 | 5,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

El mareo es uno de los síntomas más frecuentes de consulta en las personas mayores de 60 años, más frecuente en mujeres y se incrementa con la edad[[7]](#footnote-7), este síntoma se relaciona con el equilibrio; de tal manera que genera inestabilidad, mareo, desvanecimiento inminente o vértigo. Esto a su vez se asocia con un aumento en el riesgo de caídas, síncope, discapacidad física e institucionalización[[8]](#footnote-8), por ello la importancia de analizarlo como factor de riesgo a desarrollar síndrome de caídas y de disfuncionalidad; encontramos en este estudio que 64% de la población presenta tal síntoma 42 adultos ocasionalmente, 17 usuarios con frecuencia 5 personas de manera continua, lo cual es un alto riesgo para los adultos mayores.

|  |
| --- |
| **Dificultad para respirar** |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | No | 67 | 67,0 | 67,0 |
| Ocasionalmente | 26 | 26,0 | 93,0 |
| con frecuencia | 5 | 5,0 | 98,0 |
| Continuamente | 2 | 2,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

En razón a la dificultad para respirar, la población manifiesta en su mayor proporción, que no existen alteraciones, siendo un porcentaje más bajo (33%) la población afectada.

|  |
| --- |
| **Desgano o desaliento** |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | No | 41 | 41,0 | 41,0 |
| ocasionalmente | 49 | 49,0 | 90,0 |
| con frecuencia | 8 | 8,0 | 98,0 |
| continuamente | 2 | 2,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

Existe un importante número poblacional que presenta desgano o desaliento en la ejecución de las tareas de la vida diaria, representados por 59 personas, mientras que 41 responden de manera negativa a la presencia de tal síntoma.

|  |
| --- |
| **Cansancio o Debilidad** |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | no | 24 | 24,0 | 24,0 |
| ocasionalmente | 55 | 55,0 | 79,0 |
| con frecuencia | 16 | 16,0 | 95,0 |
| continuamente | 5 | 5,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

En consideración a la presencia de cansancio o debilidad en el adulto mayor es de gran relevancia el dato obtenido por la investigación, por cuanto 76% de la población padece de tal alteración, lo cual para la población geriátrica es de suma importancia, esto porque relaciona su aparición con la pérdida de masa muscular y por tanto de fuerza, lo cual involucra la infiltración de grasa a cambio de musculo comúnmente denominado sarcopenia.

La sarcopenia representa un factor de riesgo de fragilidad, pérdida de independencia y discapacidad física, relacionándose con múltiples comorbilidades en ancianos como caídas, declive funcional, osteoporosis, alteración de la termorregulación e intolerancia a la glucosa e incluso es un predictor de discapacidad y mortalidad por todas las causas en avanzada edad.

A su vez la falta de movilidad conlleva a mayor pérdida muscular, lo cual predice mayor discapacidad física y mortalidad, que aumenta el declive en la calidad de vida, mayor soporte social y de cuidados de salud, por tanto aumento de los gastos económicos, por tanto la debilidad muscular y la discapacidad física en la edad avanzada, representan a la fecha una alta prioridad de salud pública.

|  |
| --- |
| **Dolor articular** |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | No | 14 | 14,0 | 14,0 |
| ocasionalmente | 36 | 36,0 | 50,0 |
| con frecuencia | 31 | 31,0 | 81,0 |
| continuamente | 19 | 19,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

Finalmente, el dolor articular es uno de los síntomas de mayor prevalencia en la población, con un total de 86 adultos mayores que lo padecen y de estos 19 lo viven de forma continua, frente a esto es importante considerar que el dolor puede cambiar debido a las consecuencias no solo el comportamiento individual sino social del abuelo; debido a que promueve la aparición de depresión, ansiedad, desnutrición, deterioro cognitivo, alteraciones en el ciclo sueño-vigilia, alteraciones funcionales, disminución de la socialización y actividades de ocio. Esto a su vez también lleva a un aumento de los costos sanitarios y una reducción sustancial en la calidad de vida.

Los cambios musculo esqueléticos que sufre en adulto mayor durante su proceso, como se mencionó anteriormente generan alteración de la masa muscular y aumento de la osteoporosis y osteopenia, aparición de osteoartritis y artritis reumatoide; lo cual es una patología discapacitantes por el dolor y las limitaciones que conllevan, por ello es necesario ampliar la atención a la presencia de tales síntomas para lograr una atención oportuna que mejore las condiciones del anciano y además eviten aumento de costos en salud.

**Tabla 20. Consumo de medicamentos formulados**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Respuestas | Porcentaje de casos |
| Nº | Porcentaje |
| Medicamentos formulados por un médico | medicamentos cardiovasculares  | 32 | 38,1% | 65,3% |
| medicamentos para el SNC | 8 | 9,5% | 16,3% |
| medicamentos metabólicos  | 7 | 8,3% | 14,3% |
| vitaminas y suplementos nutricionales  | 10 | 11,9% | 20,4% |
| medicamentos analgésicos  | 18 | 21,4% | 36,7% |
| medicamentos antibióticos  | 5 | 6,0% | 10,2% |
| medicamentos laxantes  | 2 | 2,4% | 4,1% |
| otros medicamentos  | 2 | 2,4% | 4,1% |
| Total | 84 | 100,0% | 171,4% |

Fuente. La presente investigación. 2019.

La tabla No. 20 muestra de manera selectiva el consumo de medicamentos formulados por el médico, en el adulto mayor, en consideración a la presencia de multipatologias en el mismo; vale la pena considerar que el envejecimiento es un proceso fisiológico normal al que están expuestos todos los organismos vivos desde el mismo momento de su concepción. Esta etapa de la vida predispone al individuo a la aparición de enfermedades y al consumo de medicamentos, y tal como dice la teoría, se hace evidente en la población estudiada que los adultos mayores consumen 2 o 3 veces más medicamentos que el promedio de la población en general.[[9]](#footnote-9). A razón de lo expuesto tenemos un grupo poblacional de 32 usuarios (32%) de adultos que consumen medicamentos de carácter cardiovascular, seguidos por 18 personas que consumen analgésicos, seguidamente 10 abuelos que consumen vitaminas o medicamentos nutricionales, siendo estos 3 mencionados los más relevantes.

**Tabla 21. Consumo de medicamentos auto formulados**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Respuestas | Porcentaje de casos |
| Nº | Porcentaje |
| medicamentos consumidos sin formulación medica | automedicación cardiovascular | 6 | 7,6% | 11,1% |
| automedicación del SMC | 4 | 5,1% | 7,4% |
| automedicación metabólica | 1 | 1,3% | 1,9% |
| automedicación de vitaminas | 13 | 16,5% | 24,1% |
| automedicación analgésica | 37 | 46,8% | 68,5% |
| automedicación antibiótica | 7 | 8,9% | 13,0% |
| automedicación laxantes | 3 | 3,8% | 5,6% |
| automedicación de otros medicamentos | 8 | 10,1% | 14,8% |
| Total | 79 | 100,0% | 146,3% |

Fuente. La presente investigación. 2019.

Además en la tabla No. 21 se evidencia la automedicación, es de anotar que en esta etapa de la vida es importante hacer un uso estrictamente racional de los medicamentos. Debe ser utilizado el menor número de fármacos, los más eficaces y de menores efectos secundarios, prestando especial atención en las posibles interacciones medicamentosas cuando son utilizados varios de forma simultánea.

Se observa en la tabla la proporción 37 abuelos, que consumen de forma auto medicada, analgésicos, seguidos por 13 usuarios con consumo de vitaminas

**Tabla 22. Cuadros comparativos del Estado de Vacunación**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Respuestas | Porcentaje de casos |
| Nº | Porcentaje |
| estado de vacunaciónefectiva | vacunado Neumococo | 8 | 13,8% | 20,0% |
| vacunado Hepatitis | 6 | 10,3% | 15,0% |
| vacunado Tétanos | 7 | 12,1% | 17,5% |
| vacunado Influenza | 37 | 63,8% | 92,5% |
| Total | 58 | 100,0% | 145,0% |

Fuente. La presente investigación. 2019.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Respuestas | Porcentaje de casos |
| Nº | Porcentaje |
| estado de vacunacióninefectiva | vacunado Neumococo | 49 | 27,5% | 87,5% |
| vacunado Hepatitis | 52 | 29,2% | 92,9% |
| vacunado Tétanos | 50 | 28,1% | 89,3% |
| vacunado Influenza | 27 | 15,2% | 48,2% |
| Total | 178 | 100,0% | 317,9% |

Fuente. La presente investigación. 2019.

Las vacunas son importantes, en especial para los adultos mayores, pues a medida que envejece, su sistema inmunitario se debilita y puede resultarle más difícil luchar contra las infecciones; las vacunas durante la edad de adulto mayor deben abarcar la influenza, el neumococo, tétanos y hepatitis; tras el cuestionamiento de este tipo de vacunas aplicado, se encontró en los resultados expuestos en la tablas comparativas 22, existe un alto porcentaje de población con vacunación inefectiva, siendo 178 casos de no vacunación de un total de 400 vacunas que deberían estar activas, 4 por cada paciente; lo cual representa un 44.5% de población NO vacunada en contra de un 14.5% con vacunación. La vacuna más activa es la influenza mientras que la menos activa corresponde a la hepatitis. Debe recordarse que si se tiene una afección crónica, como la diabetes o una enfermedad cardíaca, vacunarse es imprescindible.

**Tabla 23. Índice de Masa Corporal**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | desnutrición | 10 | 10,0 | 10,0 |
| Normal | 44 | 44,0 | 54,0 |
| Sobrepeso | 27 | 27,0 | 81,0 |
| Obesidad | 19 | 19,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

Los adultos mayores son un grupo de riesgo por todas las alteraciones fisiológicas que ocurren en su organismo, tales como: disminución del metabolismo basal, redistribución de la composición corporal, alteraciones en el funcionamiento del aparato digestivo, modificaciones en la percepción sensorial y en la capacidad masticatoria, disminución de la sensibilidad a la sed, aumento de la frecuencia y gravedad de las enfermedades, en especial, enfermedades crónicas no transmisibles y efectos secundarios de los fármacos, que comprometen directa o indirectamente el estado nutricional6. Si bien la mejor forma para evaluar el estado nutricional en este grupo poblacional es la antropometría, es posible como aproximación la obtención directa de medidas como el IMC, un valor de estimación ampliamente descrita en la literatura, aunque debe ir asociado a otros indicadores, observando que el mismo no refleja la composición corporal del individuo.

En razón a la tabla 23, es preciso afirmar que la mayor parte de la población se encuentra dentro del índice de masa corporal normal (44 adultos mayores); sin embargo es seguido por 27 adultos mayores que presentan sobrepeso y 19 califican al grado de obesidad. Es importante a su vez los usuarios que se encuentran en estado de desnutrición, pues si bien los usuarios con peso elevado tienen un condicionante como riesgo cardiovascular, los adultos de bajo peso se direccionan al factor de riesgo para desarrollar fragilidad del adulto mayor.

**Tabla 24. Pérdida de peso en menos de tres meses**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | mayor a 3 Kg | 4 | 4,0 | 4,0 |
| no sabe | 23 | 23,0 | 27,0 |
| entre 1 y 3 Kg | 13 | 13,0 | 40,0 |
| sin pérdida de peso | 60 | 60,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

La pérdida de peso en menos de tres meses y de manera involuntaria es un signo médico para la evaluación de criterios de fragilidad en el adulto mayor; por cuanto señala parámetros como ingesta deficiente de nutrientes, bajo estado de ánimo, problemas gastrointestinales, mala absorción de nutrientes entre otros. En la tabla 24 puede evidenciarse que la mayor parte de la población no ha perdido peso o no sabe si lo ha hecho; sin embargo hay un total de 17 personas que si han sufrido perdida y 4 de estas con una pérdida mayor a 3 kilos

## Dimensión cognitiva

**Tabla 25. Minimental Test (MMSE)**

|  |
| --- |
| **Reporte de deterioro cognitivo** |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | con deterioro cognitivo | 60 | 60,0 | 60,0 |
| sin deterioro cognitivo | 40 | 40,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

 Fuente. La presente investigación. 2019.

El deterioro cognitivo en el anciano constituye uno de los grandes síndromes geriátricos, caracterizado por la pérdida o deterioro progresivo de funciones mentales superiores en dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad. Este síndrome es multifactorial y su detección es importantes por cuanto con su avance lleva a una pérdida adquirida de habilidades cognoscitivas y emocionales de suficiente severidad para interferir con el funcionamiento social, ocupacional, o ambos.

La evaluación cognitiva o examen del estado mental de las personas, principalmente en ancianos, puede ser detectado a través de diferentes instrumentos de medición; entre los más utilizados se encuentra el Mini Mental (Mini Mental State Examination - MMSE) construido por Folstein y McHugh en 1975. El Examen del Estado Mental evalúa el comportamiento, orientación, actitud, percepción, juicio, abstracción y cognición del individuo (Bell & Hall, 1977). Es un instrumento sensible a la edad, cultura y educación, que el estudio uso para caracterizar el componente cognitivo, este se refleja en la tabla 25, la cual es un consolidado de la aplicación del test mencionado. En esta se puede evidenciar que una importante parte de la población padecen de esta condición, 60% de la población padecen deterioro cognitivo, que es un numero de importancia a la hora de la hablar de calidad de vida, frente a un 40% que no.

**Tabla 26. Tabla de contingencia reporte de deterioro cognitivo \* género**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | reporte de deterioro cognitivo | Total |
| con deterioro cognitivo | sin deterioro cognitivo |
| Género | Mujer | 39 | 13 | 52 |
| Hombre | 21 | 27 | 48 |
| Total | 60 | 40 | 100 |

 Fuente. La presente investigación. 2019.

En la tabla 26, se señala la contingencia entre deterioro cognitivo y género; estas son variables que se debe analizar detalladamente y aunque este estudio reporta que 39 mujeres correspondientes al 39% de los adultos mayores, padecen de deterioro cognitivo, en contraste a 21 hombres correspondientes al 21%.

# Tabla 27. Tabla de contingencia reporte de deterioro cognitivo \* Edad

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | reporte de deterioro cognitivo | Total |
| con deterioro cognitivo | sin deterioro cognitivo |
| edad en años cumplidos | 30-59 | 5 | 7 | 12 |
| 60-65 | 10 | 7 | 17 |
| 66-75 | 22 | 14 | 36 |
| 76-85 | 19 | 8 | 27 |
| >85 | 4 | 4 | 8 |
| Total | 60 | 40 | 100 |

Fuente. La presente investigación. 2019.

En la tabla 27 se muestra de manera importante la relación entre deterioro y edad, encontrando más prevalencia del síndrome en los rangos de 66 a 75 años de edad, con 22 usuarios que padecen tal estado; seguido por 19 personas entre 76-85 años, posteriormente entre los 60-65 años de edad con 10 casos.

**Tabla 28. Escala de Depresión de Yesavage**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | normal | 62 | 62,0 | 62,0 |
| depresión leve | 27 | 27,0 | 89,0 |
| depresión severa | 11 | 11,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

La depresión es frecuente en la edad avanzada, la depresión no es una parte natural del envejecimiento, y requiere de una intervención oportuna y adecuada, por cuanto es un factor que dispara deterioro físico, cognitivo y social, además de dilatar la recuperación de enfermedades y cirugías, provocar un aumento del uso de la atención médica, y el suicidio. En la tabla 28 se presenta el estado depresivo de los adultos mayores de Santa Bárbara de Iscuandé Nariño; encontrando que 38 adultos mayores padecen de depresión así; 27 personas tienen depresión leve y 11 depresión severa.

## Dimensión funcional

**Tabla 29. Frecuencia de Caídas**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | no | 77 | 77,0 | 78,0 |
| si | 23 | 23,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

La frecuencia de caídas en el adulto mayor constituyen un tema importante de monitorización , esto a causa de su elevada frecuencia y riesgo de desarrollar otras lesiones que pueden constituirse como lesiones más graves, tales como la incapacidad, improductividad y muerte; por ello deben ser analizadas como un criterio de fragilidad para el anciano. Cualquier caída del adulto mayor debe analizarse, pues indica un problema no identificado o una necesidad no resuelta.

Las caídas constituyen uno de los síndromes geriátricos más importantes por su alta incidencia y por la elevada morbimortalidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite una persona al suelo en contra de su voluntad. Esta definición abarca escenarios clínicos heterogéneos, que van desde una caída accidental, hasta una causa cardiaca o un evento vascular. Las caídas ocurren en los adultos mayores con más incidencia, en el estudio realizado, como se evidencia en la tabla No. 29, se calcula que un 23 % de adultos mayores se han caído durante el último año, llegando un número de ellos a hospitalización. Es importante exponer que se estima que las personas que son dependientes en sus actividades de la vida diaria, son más propensas a caerse que una que no posee esas dificultades.

# Tabla 30. Mecanismo de Caídas

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | sin caídas | 77 | 79,0 | 80,0 | 80,0 |
| se tropezó | 7 | 7,0 | 7,0 | 87,0 |
| se deslizo | 13 | 11,0 | 10,0 | 97,0 |
| se mareo y cayo | 1 | 1,0 | 1,0 | 98,0 |
| se choco | 2 | 2,0 | 2,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

Los mecanismos de caídas suelen ser diversos, desde la realización de una actividad común hasta las más raras actividades, el estudio centro su atención en aquellos mecanismos frecuentes que se han presentado en otro tipo de estudios relacionados con el síndrome de caídas, así se encontró como se reporta en la tabla 30 que 13 adultos mayores de los que cayeron el último año, fue por causa de deslizamiento, seguidos por 7 que tropezaron, 2 que chocaron y finalmente 1 adulto que cae por presencia de mareo.

# Tabla 31. Grupo de consecuencia sobre el estado de salud

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Respuestas | Porcentaje de casos |
| Nº | Porcentaje |
| consecuencias sobre el estado de saluda | Fracturas | 3 | 13,0% | 20,0% |
| Dislocación | 3 | 13,0% | 20,0% |
| Heridas | 9 | 39,1% | 60,0% |
| Golpes en la cabeza | 7 | 30,4% | 46,7% |
| Otras lesiones | 1 | 4,3% | 6,7% |
| Total | 23 | 100,0% | 153,3% |

Fuente. La presente investigación. 2019.

La tabla 31, señala las consecuencias sobre el estado de salud de los adultos mayores que cayeron; así señala una mayor incidencia de heridas con una representación de 9 personas seguida por los golpes en la cabeza con 7 usuarios; estas dos como consecuencias más relevantes.

# Tabla .32 Consecuencia de las caídas sobre la funcionalidad

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Respuestas | Porcentaje de casos |
| Nº | Porcentaje |
| Consecuencias Funcionales | incapacitado para caminar dentro de la casa | 7 | 30,4% | 70,0% |
|  incapacitado para hacer oficio en la casa | 7 | 30,4% | 70,0% |
| incapacitado para realizar actividades fuera de la casa | 9 | 39,1% | 90,0% |
| Total | 23 | 100,0% | 230,0% |

Fuente. La presente investigación. 2019.

En la tabla 32, se representa las consecuencias de las caídas, sobre las actividades de la vida diaria de los adultos mayores; se encontró que un total de 9 abuelos se vieron incapacitados para realizar actividades fuera de la casa, y 7 usuarios para caminar dentro de la casa al igual que 7 para hacer oficio, demostrando alta incapacidad dentro de la funcionalidad.

# Tabla 33. Temor a caer

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Validos | ninguno | 40 | 40,0 | 40,0 |
| poco | 24 | 24,0 | 64,0 |
| regular | 21 | 21,0 | 85,0 |
| mucho | 15 | 15,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

La problemática del temor a caer está directamente relacionada con la calidad de vida de los ancianos, pues aunque las caídas no dejen consecuencias físicas en gran porcentaje como se señaló en la tabla 31, puede tener otras consecuencias, la más importante el temor a caer de nuevo, el cual a su vez, conduce a ansiedad, pérdida de la confianza, aislamiento social y restricción de las actividades de la vida diaria. Resulta importante considerar que la prevalencia del miedo a caer en los estudios realizados en ancianos de la comunidad, puede estar subestimada debido probablemente a que aquellos que tengan miedo pueden ocultarlo para no resultar con ideas como el ser institucionalizados y/o estigmatizados. Encontramos en la investigación que un 60% de la población tiene un miedo a caer, y aunque 24 personas opinan que poco miedo ya es un valor poblacional importante, seguido por un 21% que tiene regular miedo y 15 adultos mayores mucho miedo lo cual también condiciona su vida y sus actividades.

# Tabla 32. Estado de la deambulación

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | normal | 84 | 84,0 | 84,0 |
| débil | 13 | 13,0 | 97,0 |
| alterada | 3 | 3,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

# Tabla 33. Ayuda para deambular

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | no deambula | 7 | 7,0 | 7,0 |
| bastón, muleta, andador | 7 | 7,0 | 14,0 |
| se apoya en los muebles | 7 | 7,0 | 21,0 |
| ninguno | 79 | 79,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

Los ítems evaluados en la tabla 32 y tabla 33, hacen referencia a parámetros de la movilidad en el adulto mayor, la cual constituye una característica fundamental dentro de otro gran síndrome geriátrico: síndrome de inmovilidad; la presencia del mismo deteriora de manera significativa la calidad de vida, y casi siempre obedece a patrones o causas corregibles. La inmovilidad puede presentarse de manera progresiva o abrupta, siendo la última pro causas de accidentes cerebrovasculares o traumatismos incapacitantes que pueden ser ocasionados por factores de riesgo que la población presenta como es el alto índice de hipertensión arterial además del no consumo de medicamentos para su control. En las tablas puede evidenciarse que la deambulación en un porcentaje alto equivalente a 84% corresponde a personas en condición normal; este parámetro es de gran relevancia positiva para el municipio y debe conservarse mediante la promoción de espacios y actividades que sigan promoviendo tal característica. Existe un bajo porcentaje con alteraciones, que como denotan las tablas, correspondiente al 16%. En correspondencia a este número de usuarios con alteraciones, se cuenta con el uso de ayudas para su deambulación 7%, tales como el uso de basto, muletas, andador o apoyo externo; indagando a la población se refiere de manera no estructurada ni tabulada que el uso de muchos dispositivos ha sido empírico, por lo que se hace necesario tener en cuenta tales apreciaciones para que de manera especializada se guíen procesos frente a movilidad física e independencia.

## Dimensión funcional del autocuidado

**Tabla 34. Escala de Barthel**

|  |
| --- |
| **Grado de dependencia** |
|  | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | independiente | 75 | 75,0 | 75,0 |
| dependencia leve | 23 | 23,0 | 98,0 |
| total dependencia | 2 | 2,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 |  |

Fuente. La presente investigación. 2019.

La movilidad e independencia en las actividades constituyen parámetros fundamentales al analizar la calidad de vida del adulto mayor, así en el presente estudio se valoró mediante el índice de Barthel, la capacidad del adulto mayor para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia, se debe anotar que los valores asignados a cada actividad se basan en el tiempo y cantidad de ayuda física requerida si el paciente no puede realizar dicha actividad. Como se describe en la tabla 34, la población estudiada tienen un alto porcentaje de independencia que supera la mitad de la población, con un valor de 75% correspondiente a 75 adultos de los 100 evaluados; así los usuarios que presentan algún grado de dependencia se encuentran con un porcentaje acumulado de 25% distribuido en mayor proporción en la dependencia leve con un 23%. Los resultados guardan congruencia con el análisis de síndrome de inmovilidad y gracias al medio aporta facilitadores tales como escases de gradas y pendientes en calles que favorecen el moverse; pero también barreras como la falta de facilitadores arquitectónicos que promuevan la movilidad e independencia en personas que presenten deficiencias o discapacidades, sean o no clasificadas dentro de la grupo de adultos mayores.

# CONCLUSIONES

Los adultos mayores del Municipio de Santa Bárbara de Iscuandé presentan características similares a los del contexto Colombiano y Nariñense, en donde predominan situaciones de pobreza, bajo nivel de escolaridad, comorbilidad y factores asociados, que conducen al desarrollo de situaciones de discapacidad; este es un insumo importante para asumir conductas de regulación y control, que promuevan el bienestar del adulto mayor y susciten un envejecimiento activo, mediante la planificación anticipada de programas sanitario y de control del estado de vejez. Los resultados obtenidos son generalizados a los estados dimensionales de la población; si bien se presentan casos específicos estos no serán evaluados de manera aislada y se toman los estados de mayor prevalencia.

La población está constituida en su mayor proporción por personas de edades entre 76 y 85 años, con una leve proporción mayor de mujeres, en correspondencia a la longevidad femenina que documentan diversos estudios relacionados con la población de adulto mayor, estos datos están en concordancia con la expectativa de vida reportada para Colombia, que expone los 75 a 79 años en mujeres y 76 a 72 años en hombres; siendo los 68 años los de vida saludables para las mujeres y 63 para los hombres, los cual significa que en los habitantes de Santa Bárbara de Iscuandé se está sobrepasando la misma, lo cual aumenta los factores de riesgo para desarrollar síndromes geriátricos en estadios avanzados; lo anterior sugiere una mayor necesidad en el desarrollo de estrategias de intervención para lograr un envejecimiento activo efectivice recursos de atención en salud.

A su vez se logró determinar que la mayor parte de la población está en situación de viudez, esto logra alterar en alto grado el componente emotivo de los adultos mayores, encontrando grandes sentimientos de soledad que progresivamente están aumentando el temor a la participación social como pudo evidenciarse en la actividad lúdica desarrollada para cerrar el ciclo de intervención en este estudio.

Existe a su vez un bajo nivel de escolaridad de los adultos mayores evaluados, lo cual constituye un parámetro importante dentro del deterioro cognitivo; y el mismo puede considerarse como un factor asociado al menor nivel en calidad de vida. Frente a este vale la pena destacar que existe en más de la mitad de la población un grado de deterioro cognitivo que es importante intervenir, además es la población femenina la que se encuentra afectada en su mayor proporción; esto justifica la necesidad de identificar precozmente tal alteración para iniciar, lo antes posible, programas de intervención dirigidos a preservar las funciones cognitivas del anciano el máximo tiempo posible, implementando distintas medidas de reforzamiento y ejercicio de dichas funciones, para así retrasar la dependencia, potenciar las capacidades residuales y mejorar la calidad de vida de estos ancianos.

 En consideración a la situación laboral actual se pudo evidenciar que la mayor parte de la población no se dedica a ninguna labor y depende económicamente de la familia, que por cuestión de sus ingresos no permiten gran aporte económico para los adultos, el cual oscila de manera general entre 50.000 y 100.000 pesos mensuales, lo cual impide una adecuado cuidado en alimentación, vivienda, salud e incluso actividades de ocio, limitando en diversas esferas la calidad de vida del adulto mayor del municipio.

Se observa dentro de la escasa ocupación laboral la inclinación a actividades como el cuidado en casa, la agricultura y minería, ocupaciones ligadas directamente al componente cultural y distribución demográfica de municipio.

Los núcleos familiares en el Municipio de Santa Bárbara de Iscuandé, tienden a estar constituidos por grupos pequeños, de mayor prevalencia 5 habitantes por núcleo familiar, lo cual tiene una buena correspondencia con las viviendas; sin embargo la infraestructura de las mismas no es óptima, por cuanto el municipio cuenta con condiciones demográficas vulnerables; igualmente la sostenibilidad económica por parte de sus habitantes complica la infraestructura de sus viviendas, las necesidades básicas tanto en servicios como habitacionales se encuentran en mal estado y requieren de intervención

La cobertura en cuanto a servicios de saneamiento básico es baja; lo cual predispone al adulto mayor y habitantes de Iscuandé a riesgos de carácter sanitario que inciden en la alteración de parámetros como la seguridad y privacidad en el uso de los servicios.

La mayor parte de las viviendas son de carácter propio, característica que señala importancia a la hora de tomar decisiones en cuanto a mejoramiento de vivienda; de la misma manera se señala que existe una homogeneidad entre los materiales usados en las construcciones de vivienda, comprendidos entre zinc y madera, la distribución o infraestructura interna es inequitativa, y la escases de sanitario es un alto factor de riesgo para muchos de los adultos mayores.

Frente a la dimensión médica la patología de mayor proporción corresponde a la hipertensión arterial, y hay varios casos de presencia de la enfermedad sin tratamiento a causa de la inasistencia médica o baja disponibilidad de medicamentos en el municipio, lo cual aumenta el riesgo de sufrir de enfermedades cerebro vasculares. Las enfermedades crónicas graves obligan al anciano a limitar de forma importante su ritmo de vida y a seguir un tratamiento continuado que se evidencio la mayor parte de la población no tiene, y pueden ser las primeras causas de muerte en esta población.

La multipatologÍa es una característica presente en la población estudiada y propia en el comportamiento fisiológico del envejecimiento, además la población estudiada tiene diversos factores de riesgo ligados a la salubridad y fenómenos sociales, que los hacen más vulnerables a padecer de más enfermedades, dentro de estos factores de riesgo se pueden mencionar el vivir en regiones deprimidas económica, social y geográficamente aisladas, no contar con el acompañamiento de una persona para su cuidado y tener hipertensión arterial, variables que se deben tener en cuenta en la prestación de los servicios de salud y en la asignación de recursos para la protección de un grupo poblacional que necesita que se rompa la cadena de la inequidad y la desigualdad social.

En consideración a otros síntomas asociados al estado de salud, la población sufre de perdida de la memoria, que es una condición dominante y evaluada en el estado cognitivo; que como se mencionó previamente es altamente prevalente en la población de estudio. A su vez la población presenta alteración en los ritmos de sueño, lo cual involucra una gran cantidad de factores: fisiológicos, morbilidades, aspectos psicológicos, sociales o ambientales. Esto puede incidir en el deterioro cognitivo, pues la falta de sueño provoca a su vez falta de atención, concentración o simplemente falta de deseo de realizar las actividades diarias, se debe tener en cuenta que la falta de un sueño reparador puede llevar a consecuencias graves tales como caídas, alteraciones de la memoria, confusión, estreñimiento, retención urinaria o incontinencia nocturna y deshidratación.

En cuanto al consumo de medicamentos, se puede evidenciar el fenómeno de la polifarmacia, por la presencia de múltiples patologías y además el uso indiscriminado de automedicación, por situaciones como las múltiples fallas amnésicas, factores económicos, sociales y la inestabilidad familiar son los factores que más inciden en el uso de medicamentos inadecuadamente.

 El estado de vacunación no es claro en los adultos mayores provocando un riesgo en la adquisición de patologías debido a su baja inmunidad.

La población de adultos mayores sobrepasa el porcentaje medio del equilibrio nutricional, direccionándose alteraciones cómo el sobrepeso y la obesidad, existen casos de desnutrición lo cual se liga a los criterios de fragilidad, importante para definir la funcionalidad en el adulto mayor.

La frecuencia de depresión es alta en la población, lo cual se desarrolla con mayor deterioro físico, cognitivo y social.

En cuanto al componente de funcionalidad, se puede concluir que la prevalencia de síndrome de inmovilidad es baja, la mayor proporción de la población cuenta con importante dependencia funcional y procesos de deambulación adecuadas, que deben mantenerse a través de los programas de intervención, el Índice de Barthel permitió identificar un grado de capacidad funcional adecuado, encontrado mayor prevalencia de dependencia leve, identificando a su vez la menor proporción de dependencia total en adultos mayores.

# RECOMEDACIONES

Es prudente sugerir el modelo atención multidimensional como herramienta diagnostica, lo cual garantiza una atención integral y efectiva a los problemas encontrados en la población de estudio.

Es necesario que la población reconozca las políticas de salud pública existentes con el fin de involucrar sectores de salud desde los ámbitos locales, en pro del mejoramiento de la calidad de vida, buscando desarrollar propuestas que permitan las modificaciones y así propender el cambio para las condiciones de vida del adulto mayor.

El Municipio tiene el reto de incorporar los resultados de investigación para priorizar las acciones en función de la capacidad funcional de las personas, modificando parte de la infraestructura aquellos hogares que presentan alteraciones arquitectónicas, con el fin de facilitar el acceso a los diferentes lugares del hogar.

Capacitar al equipo interdisciplinario que interviene en la ejecución de programas de atención integral en salud, con el fin de aplicar instrumentos que midan la capacidad funcional de las personas relacionada con la salud, y a partir de los datos obtenidos se orientaran acciones para responder a las necesidades de las personas con cada uno de los grados de funcionalidad

El zinc (material usado en los techos) contiene dentro de sus materiales de elaboración en el techo asbesto; materia prima que aumenta el riesgo de enfermedades respiratorias y trastornos de pleura que pueden provocar alteración en el estado de salud de los habitantes, se recomienda realizar cambio en los materiales de construcción de viviendas.

Si bien el Índice de masa corporal sirve como un factor predictivo del estado nutricional, en el adulto mayor se recomienda una evaluación antropométrica completa que permita adecuar manejos e indicadores más exactos, estas medidas garantizan la detección precoz de los problemas nutricionales y el acompañamiento de las intervenciones dieto terapéuticas.

Actualmente, es necesario evaluar los actuales indicadores de valoración del estado nutricional del adulto mayor, con el fin de seleccionar los que más se adecuen a esta población específica, resaltando la importancia de que este grupo poblacional recibe intervenciones en el campo de la nutrición y de la salud pública.

La medición del temor a caer y de sus consecuencias puede servir como criterios de valoración importantes para los programas de prevención, tanto de caídas como de temor a caer, dado que no solo comparten factores de riesgo sino que el uno es factor de riesgo del otro. En consecuencia, se debe dedicar mayor atención a la investigación relacionada con los constructos y su medición, se recomienda ampliar los estudios y hacer un análisis crítico de las definiciones y constructos del temor a caer y de los instrumentos utilizados para su evaluación.

La aplicación del índice de Barthel en este estudio, resaltando apoyo de ayudas externas representadas en bastones y caminadores en conjunto con valoraciones medicas periódicamente, al ser aplicado de manera secuencial, facilita el seguimiento de la medición del grado de dependencia relacionado con la salud, y es un indicadores de impacto, seguimiento y efectividad de los programas de salud y rehabilitación que ofrece el gobierno.

Al contar con información confiable y oportuna acerca de la capacidad funcional relacionada con la salud de los adultos mayores que presentan diferentes grados de dependencia, se pueden desarrollar y evaluar políticas e intervenciones en salud que favorezcan la inclusión social de este colectivo, y a su vez realzar seguimiento con las escalas de Barthel ya mencionadas y aplicadas en el estudio actual.

Se conoce que para la raza negra, en particular, existe cierta predisposición genética para el padecimiento de la hipertensión arterial, que sumada a otros factores de riesgo cardiovasculares, como son inactividad física, la obesidad y el tabaquismo, pueden incrementar las posibilidades de desarrollar en un futuro dichas enfermedades, por ello se requiere intervención.

**BIBLIOGRAFIA**

MORTIZ LOZOYA, Sonia Verónica. Paradigma de investigación cuantitativo. Disponible en: http://biblioteca.itson.mx/oa/educacion/oa3/paradigmas\_investigacion\_cuantitativa/p1.htm (20/04/2014).

* SOTO, Julio. La investigación en las ciencias sociales. Disponible en: http://www.monografias.com/trabajos82/investigacion-ciencias-sociales/investigacion-ciencias-sociales2.shtml (20/04/2014).
* Fernández Carlos Francisco, Columnista el Tiempo, Septiembre de 2017.
* Aronow WS. et al. ACCF/AHA 2011 Expert Consensus Document on Hypertension in theElderly: A report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. Circulation. 2011; 123:2434- 2506.
* Shibao C, Grijalva CG, Raj SR, Biaggioni I, Griffin M. Orthostatic hypotension-related hospitalizations in the United States. Am J Med. 2007; 120: 975-980
* García Hernández M, Martínez Sellarés R. Proceso de Envejecer. En: Elsevier, editor. Enfermería y envejecimiento. España: Masson; 2012. p. 10-25

Sloane PD, Coeytaux RR, Beck RS, Dallara J. Dizziness: state of the science. Ann Intern Med 2001; 134: 823–32.

* Tinetti ME, Williams CS, Gill TM. Health, functional and psychological outcomes among older persons with chronic dizziness. J Am Geriatr Soc 2000; 48: 417– 21.
* Ritter JM, Lewis LD, Mant GK. Drugs in the elderly. En: Ritter JM, Lewis LD, Mant GK, eds. A texbook of Clinical Pfarmacology. 3rd ed. London: Arnold; 1995:86-7.
1. MORTIZ LOZOYA, Sonia Verónica. Paradigma de investigación cuantitativo. Disponible en: http://biblioteca.itson.mx/oa/educacion/oa3/paradigmas\_investigacion\_cuantitativa/p1.htm (20/04/2014). [↑](#footnote-ref-1)
2. SOTO, Julio. La investigación en las ciencias sociales. Disponible en: http://www.monografias.com/trabajos82/investigacion-ciencias-sociales/investigacion-ciencias-sociales2.shtml (20/04/2014). [↑](#footnote-ref-2)
3. Fernandez Carlos Francisco, Columnista el Tiempo, Septiembre de 2017. [↑](#footnote-ref-3)
4. Aronow WS. et al. ACCF/AHA 2011 Expert Consensus Document on Hypertension in theElderly: A report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. Circulation. 2011; 123:2434- 2506. [↑](#footnote-ref-4)
5. Shibao C, Grijalva CG, Raj SR, Biaggioni I, Griffin M. Orthostatic hypotension-related hospitalizations in the United States. Am J Med. 2007; 120: 975-980 [↑](#footnote-ref-5)
6. García Hernandez M, Martínez Sellarés R. Proceso de Envejecer. En: Elsevier, editor. Enfermería y envejecimiento. España: Masson; 2012. p. 10-25. [↑](#footnote-ref-6)
7. Sloane PD, Coeytaux RR, Beck RS, Dallara J. Dizziness: state of the science. Ann Intern Med 2001; 134: 823–32. [↑](#footnote-ref-7)
8. Tinetti ME, Williams CS, Gill TM. Health, functional and psychological outcomes among older persons with chronic dizziness. J Am Geriatr Soc 2000; 48: 417– 21. [↑](#footnote-ref-8)
9. Ritter JM, Lewis LD, Mant GK. Drugs in the elderly. En: Ritter JM, Lewis LD, Mant GK, eds. A texbook of Clinical Pfarmacology. 3rd ed. London: Arnold; 1995:86-7. [↑](#footnote-ref-9)