
La dependencia del adulto mayor institucionalizado es un asunto de calidad de vida. Medellín, 2008

The dependence of elderly institutionalized is a matter of quality of life. Medellín, 2008

A dependência dos idosos institucionalizados é uma questão de qualidade de vida. Medellín, 2008

Doris Cardona Arango¹, Alejandro Estrada Restrepo², Ángela María Segura Cardona³,
Lina Marcela Chavarriaga Maya⁴, Jaime Ordóñez Molina⁵, Jorge Julián Osorio Gómez⁶

¹PhD en Demografía. Docente Investigadora Universidad CES. e-mail: dcardona@ces.edu.co

² Magíster en Epidemiología. Docente investigador Universidad de Antioquia.

³ PhD en Epidemiología. Docente Investigadora Universidad CES.

⁴ Médica. Estudiante de Maestría en Epidemiología, Universidad CES

⁵ PhD en Epidemiología. Docente Investigador Universidad CES

⁶ Magíster en Salud Pública. Docente Investigador Universidad CES

Cómo citar este artículo: Cardona D, Estrada A, Segura AM, Chavarriaga LM, Ordóñez J. La dependencia del adulto mayor institucionalizado es un asunto de calidad de vida. Medellín, 2008. Rev CES Salud Pública 2011; 2(1): 3-12

RESUMEN

Objetivo: Analizar la capacidad funcional del adulto mayor residenciado en los Centros de Bienestar del Anciano registrados en la Secretaría de Bienestar Social de Medellín, en el año 2008, con el fin de anticipar condiciones de dependencia parcial o total.

Materiales y métodos: Estudio de tipo descriptivo transversal, el cual abordó algunas características relacionadas con la capacidad funcional de 273 adultos mayores institucionalizados en 37 centros de protección social, previa autorización de su representante legal; con fuente de información primaria recolectada en una encuesta y aplicada por profesionales de la salud. El análisis realizado a la información fue univariado y bivariado, fue desarrollado en STATA 10.0.

Resultados: En general, los adultos mayores son independientes para realizar las actividades básicas cotidianas como tomar alimentos, peinarse, cepillarse los dientes, usar el servicio sanitario, vestirse, bañarse, permanecer dos horas sentado, acostarse y levantarse de la cama, cruzar un cuarto caminando, en más del 80% de las ocasiones. Son dependientes para salir a la calle, subirse a un vehículo, arrodillarse o agacharse, subir y bajar escalas y empujar objetos en más del 30% de las ocasiones. Las ayudas ortopédicas que requieren los adultos mayores jóvenes institucionalizados encuestados son principalmente: anteojos, bastón y silla de ruedas; los viejos y longevos requieren anteojos, bastón y caminador, y los centenarios requieren en primera medida el bastón y luego los anteojos.

Conclusiones: La dependencia del adulto mayor institucionalizado es un asunto de calidad de vida. Medellín, 2008

Palabras Claves: Anciano, Salud del Anciano Institucionalizado, Hogares para Ancianos, Anciano Frágil, Actividades Cotidianas

Recibido: Noviembre 4 del 2010 Revisado: Noviembre 15 del 2010 Aceptado: Febrero 28 del 2011

ABSTRACT

Aim: To analyze the functional capacity of elderly residing in the Homes for the Aged registered with the Social Welfare Department of Medellín, in 2008, to anticipate conditions of partial or total dependence.

Materials and methods: Cross-sectional study, which addressed some characteristics related to the functional capacity of 273 institutionalized elderly in 37 social welfare centers, with the authorization of their legal representative, with primary source of information collected in a survey and implemented by professional health. The information analysis was univariate and bivariate analysis, was development in STATA 10.0.

Results: In general, older adults are independent to perform basic daily activities like taking food, grooming, brushing teeth, using the toilet, dressing, bathing, spend two hours sitting, getting in and out of bed, walking cross a room, over 80% of cases. Are dependent for going out, getting into a car, kneel or crouch, climb ladders and pushing objects more than 30% of cases. Orthopedic aids require institutionalized elderly respondents are mainly young, glasses, cane and wheelchair, the old and live longer require glasses, cane, walker, and centenarian first step required in the stick and then the glasses.

Conclusions: The dependence of institutionalized older adults is a matter of quality of life. Medellín, 2008

Key Words: Aged, Health of Institutionalized Elderly, Homes for the Aged, Frail Elderly, Activities of Daily Living

RESUMO

Objetivo: Analisar a capacidade funcional dos idosos residentes em Instituição de Longa Permanência para idosos registrados no Departamento de Bem-Estar Social de Medellín, em 2008, para antecipar as condições de dependência parcial ou total.

Materiais e métodos: Estudo transversal descritivo, que abordou algumas características relacionadas à capacidade funcional de 273 idosos institucionalizados em 37 centros de bem-estar social, com a autorização do seu representante legal, com a principal fonte de informações coletadas em um levantamento e implementada por profissionais de saúde. A análise das informações foi a análise univariada e bivariada, utilizando percentuais, médias e diferença de proporções pelo teste do qui-quadrado estatística.

Resultados: Em geral, os idosos são independentes para realizar atividades básicas diárias, como tomar o alimento, higiene, escovar os dentes, usar o banheiro, vestir, tomar banho, passar duas horas sentado, entrar e sair da cama, andar sala uma cruz, mais de 80% dos casos. São dependentes para sair, entrar num carro, ajoelhe-se ou agachar, subir escadas e empurrar objetos mais de 30% dos casos. Aparelhos ortopédicos exigem institucionalizados idosos entrevistados são principalmente jovens, óculos de cana e de cadeira de rodas, o velho e viver mais necessitam de óculos, caminhante de cana, e centenários primeiro passo necessário na vara e depois os copos.

Conclusões: A dependência dos idosos institucionalizados é uma questão de qualidade de vida. Medellín, 2008

Palavras Chave: Idoso, Saúde do Idoso Institucionalizado, Instituição de Longa Permanência para Idosos, Idoso Fragilizado, Atividades Cotidianas

INTRODUCCIÓN

Los cambios derivados del proceso de envejecimiento y los problemas de salud de los adultos mayores a menudo se manifiestan como declinaciones en su estado funcional (1). Cambios en el sistema cardiovascular, sistema músculo-esquelético (funcionalidad, deformidades, cambios en la talla, postura), sistema nervioso (alteraciones sensitivas, motoras, capacidad intelectual), sistema endocrino, sistema respiratorio, órganos de los sentidos, entre otros, favorecen la disminución de su capacidad funcional y autonomía (2).

Según la OMS, la funcionalidad se refiere a la capacidad que tiene un individuo de realizar sus actividades básicas cotidianas de forma independiente y son las alteraciones o limitaciones las que llevan a ser una persona con discapacidad, sin importar la edad (3). Para Saliba, Orlando, Wenger, Hays y Rubenstein, la capacidad funcional se entiende como la aptitud para ejecutar eficientemente las actividades básicas (comportamientos para cuidar de sí mismos y vivir de forma independiente y autónoma) e instrumentales (acciones complejas relacionadas con la vida independiente) de la vida diaria (4).

Gómez y colaboradores, la consideran como la facultad presente en una persona para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, lo cual se relaciona estrechamente con la autonomía, definida como el grado en que pueden funcionar como deseen hacerlo, lo que implica tomar las propias decisiones, asumir las propias responsabilidades y reorientar las propias acciones. (5).

La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidad y Minusvalías (CIDDDM) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), considera la discapacidad desde un enfoque biomédico y plantea una linealidad entre la enfermedad o problema de salud como causante

de la deficiencia; es decir la alteración en una función y/o estructura corporal que provoca la discapacidad entendida como disminución en la capacidad de realizar una actividad- dando como resultado una minusvalía (6).

La funcionalidad es definida por medio de tres componentes: 1) las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como: bañarse, vestirse, uso de servicios sanitarios, movilizarse (entrar y salir de la cama), continencia y alimentarse, 2) las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) como: uso de transporte, ir de compras, usar el teléfono, el control de fármacos y la capacidad para realizar las tareas domésticas, y 3) la marcha (motricidad) y el equilibrio (complementa la evaluación clínica de la marcha) (1)

El manejo adecuado de los problemas relacionados con las capacidades funcionales de la población adulta mayor, podría evitar situaciones de incapacidad severa como: inmovilidad, inestabilidad y deterioro intelectual o que se encuentre en riesgo de sufrir caídas, pero es una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud, la cual provee información de una futura declinación o mejoría que posibilite futuras intervenciones (1).

Por ello se buscó analizar la capacidad funcional del adulto mayor residenciado en los Centros de Bienestar del Anciano registrados en la Secretaría de Bienestar Social de Medellín, en el año 2008, con el fin de anticipar condiciones de dependencia y propiciar una mejor calidad de vida.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal con un enfoque empírico analítico, el cual abordó algunas características relaciona-

das con el apoyo social recibido por los adultos mayores residenciados en los Centros de Bienestar del Anciano (CBA) registrados en la Secretaría de Bienestar Social del municipio de Medellín en el año 2008.

La población de referencia fueron las personas con 65 años y más de edad que vivían en los 103 Centros de Bienestar del Anciano (14 reportados por la Secretaría de Bienestar Social de la Alcaldía de Medellín. Después de la convocatoria a participar realizada por el grupo de investigación a estos CBA, se obtuvo autorización por parte de 39 centros, los demás centros no permitieron el ingreso, su población objetivo no eran personas mayores de 65 años o residían adultos mayores con enfermedades mentales severas. Debido a estas condiciones se pudo encuestar a 276 adultos mayores.

Los criterios de inclusión fueron: tener 65 años y más de edad y vivir en un Centro de Bienestar del Anciano de la zona urbana de la ciudad, registrado ante la Secretaría de Bienestar Social del Municipio de Medellín. Se excluyeron los adultos mayores con deterioro cognitivo que les impidiera responder al cuestionario y aquellos que estando presentes no tuvieran la institución como residencia permanente. Se encuestaron los adultos mayores sin importar raza, credo o condición física.

Todos los CBA fueron contactados para verificar la dirección y la disposición de colaborar con el proceso investigativo que se llevaba a cabo. A aquellos que manifestaron su voluntad de hacerlo se les envió una carta institucional donde se les explicaba el objetivo del proyecto y la encuesta que se aplicaría a los adultos mayores, seguidamente se programó la visita de profesionales contratados para realizar las encuestas y se programaron los días y las horas de su visita.

La fuente primaria fueron los adultos mayores

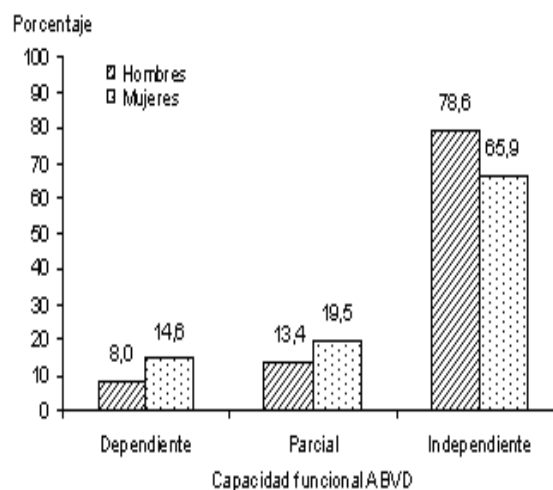
institucionalizados, la información se obtuvo por medio de una encuesta con un instrumento tipo formulario, previo a la aplicación de una prueba piloto. Para el formulario se tuvieron escalas validadas para Colombia o de forma transcultural y de otras fuentes como la Encuesta multicéntrica Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) para América Latina y el Caribe.

A partir de la base de datos generada con la información recolectada, se hizo un análisis univariado y bivariado de la información, la cual fue procesada en STATA 10.0 (Licencia de la Universidad CES). En la elaboración, ejecución y publicación de resultados, se conservaron las consideraciones éticas planteadas en la Resolución 8430 de 1993 (15).

RESULTADOS

El 71% de los adultos mayores encuestados se consideraron en capacidad de realizar sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD) con total independencia, mientras el 17% se definió como parcialmente dependiente y el 11,3% dependiente. En las dos últimas situaciones, las mujeres superan a los hombres, pero los hombres las aventajan en un 12% en independencia. Figura 1.

Figura 1. Capacidad funcional de los adultos mayores institucionalizados en los Centros de Bienestar del Anciano, para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) por sexo Medellín, 2008



Se resalta que un 21% de los adultos mayores institucionalizados no requiere de ninguna ayuda ortopédica para realizar las actividades de la vida diaria y aquellos que las requieren (218 adultos mayores) usan: anteojos, ocho de cada diez adultos mayores; bastón, tres de cada diez lo usan en su desplazamiento; caminador y silla de ruedas, uno de cada diez tiene dificultades para su desplazamiento y requiere de estos aditamentos. Las ayudas menos utilizadas son: prótesis, zapatos ortopédicos y muletas. Las mujeres utilizan los anteojos un 17,6% más que los hombres, mientras que el bastón fue utilizado por los hombres un 15,1% más. Tabla 1

Tabla 1. Ayudas ortopédicas utilizadas por los adultos mayores institucionalizados en los Centros de Bienestar del Anciano según sexo. Medellín, 2008

Ayudas Ortopédicas	Sexo			
	Hombre		Mujer	
	No.	%	No.	%
Anteojos	56	66,7	113	84,3
Bastón	34	40,5	34	25,4
Caminador	4	4,8	22	16,4
Silla de ruedas	11	13,1	9	6,7
Respirador	4	4,8	6	4,5
Audífonos	3	3,6	4	3,5
Muletas	2	2,4	0	0,0
Prótesis	2	2,4	0	0,0
Zapatos ortopédicos	0	0,0	1	0,7
Ninguna	12	25,0	30	18,3

Por grupo demográfico, los adultos mayores más dependientes son los centenarios, con el 50%; seguido por los viejos de 75 a 84 años de edad, con el 12,3%. Los más independientes que no requieren ayuda parcial ni total son los longevos de 85 a 99 años, seguidos por los jóvenes de 65 a 74 años. Tabla 2.

Las ayudas ortopédicas que requieren los adultos mayores jóvenes institucionalizados encuestados son principalmente: anteojos, bastón y silla de ruedas; los viejos y longevos requieren anteojos, bastón y caminador, y los centenarios requieren en primera medida el bastón y luego los anteojos. Se rescata que no usan ninguna ayuda el 29% de los longevos, el 20,9% de los jóvenes y el 16,7% de los viejos. Tabla 2.

Tabla 2. Capacidad funcional y ayudas ortopédicas de los adultos mayores institucionalizados en los Centros de Bienestar del Anciano, para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) según grupo demográfico. Medellín, 2008

Capacidad funcional	Grupo demográfico							
	65-74 Jóvenes		75-84 Viejos		85-99 Longevos		100 y más Centenarios	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Autonomía para realizar ABVD								
Dependiente	10	11,0	14	12,3	8	11,6	1	50,0
Parcialmente dependiente	17	18,7	21	18,4	9	13,0	0	0,0
Independiente	64	70,3	79	69,3	52	75,4	1	50,0
Ayudas ortopédicas (varias alternativas)								
Anteojos	59	81,9	71	74,7	38	77,6	1	50,0
Bastón	17	23,6	26	27,4	23	46,9	2	100,0
Caminador	4	5,6	14	14,7	8	16,3	0	0,0
Silla de ruedas	8	11,1	10	10,5	2	4,1	0	0,0
Respirador	1	1,4	7	7,4	2	4,1	0	0,0
Audífonos	0	0,0	4	4,2	3	6,1	0	0,0
Muletas	0	0,0	1	1,1	1	2,0	0	0,0
Prótesis	1	1,4	0	0,0	1	2,0	0	0,0
Zapatos ortopédicos	0	0,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0

De acuerdo a las actividades realizadas por el adulto mayor dentro de la institución, este se consideró principalmente independiente para realizar las actividades planteadas, superando en cada caso el 50%. Las actividades que presentaron mayor independencia fueron tomar los alimentos con el 96% y cepillarse los dientes con el 94,6%, las de menor independencia fueron salir a la calle y subir y bajar escalas. Las principales actividades que requerían de ayuda ocasional fueron empujar un sillón con el 10,5%, salir a la calle y subir a un vehículo con el 9,4% respectivamente, siendo las actividades de este tipo las que presentaron los porcentajes más bajos en la mayoría de los adultos mayores. Tabla 3.

las actividades que más ayuda frecuente presentaron fueron para salir a la calle, subir a un vehículo y arrodillarse o agacharse. Las actividades de mayor dependencia fueron salir a la calle con el 26,4% y arrodillarse o agacharse con el 23,6%, y subir a un vehículo con un 19,6%, las actividades más independientes fueron para tomar los alimentos, cepillarse los dientes y peinarse. Tabla 3.

En las mujeres la actividad que presentó mayor dependencia fue salir a la calle, arrodillarse o agacharse; en la que más necesita ayuda frecuente es subir a un vehículo, salir a la calle y arrodillarse o agacharse; en las que necesita más ayuda ocasional es empujar un sillón, subir a un vehículo, arrodillarse

Tabla 3. Distribución porcentual de los adultos mayores institucionalizados en los Centros de Bienestar del Anciano, según grado de autonomía. Medellín, 2008

Actividad realizada	Grado de autonomía							
	Dependiente		Con ayuda frecuente		Con ayuda ocasional		Independiente	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Bañarse	31	11,2	9	3,3	5	1,8	231	83,7
Vestirse	22	8,0	13	4,7	6	2,2	235	85,1
Peinarse	9	3,3	14	1,4	8	2,9	255	92,4
Tomar los alimentos	2	0,7	5	1,8	4	1,4	265	96,0
Salir a la calle	73	26,4	31	11,2	26	9,4	146	52,9
Subir a un vehículo	54	19,6	31	11,2	26	9,4	165	59,8
Cepillarse los dientes	6	2,2	6	2,2	3	1,1	261	94,6
Subir y bajar escalas	51	18,5	25	9,1	24	8,7	176	63,8
Usar el servicio sanitario	19	6,9	7	2,5	6	2,2	244	88,4
Levantarse de la silla	19	6,9	15	5,4	20	7,2	222	80,4
Acostarse y levantarse de la cama	18	6,5	13	4,7	21	7,6	224	81,2
Cruzar el cuarto caminando	24	8,7	12	4,3	16	5,8	224	81,2
Permanecer dos horas sentado	10	3,6	6	2,2	21	7,6	239	86,6
Llamar por teléfono	30	10,9	10	3,6	23	8,3	213	77,2
Arrodillarse o agacharse	65	23,6	29	10,5	27	9,8	155	56,2
Empujar un sillón	36	13,0	21	7,6	29	10,5	190	68,8
Levantar los brazos	16	5,8	13	4,7	16	5,8	231	83,7

larse o agacharse, y subir y bajar escalas y en la que presenta mayor independencia es al tomar los alimentos, cepillarse los dientes, bañarse

En el hombre la actividad que presentó mayor dependencia fue salir a la calle, arrodillarse o agacharse, y subir y bajar escalas; en la que necesita ayuda frecuente es al subirse a un vehículo, salir a la calle y arrodillarse o agacharse; en las requiere ayuda ocasional están relacionadas con empujar un sillón, subir a un vehículo, y subir y bajar escalas y en la que presenta mayor independencia están: tomar los alimentos, cepillarse los dientes y peinarse. Tabla 4.

Tabla 4. Distribución porcentual de los adultos mayores institucionalizados en los Centros de Bienestar del Anciano, según grado de autonomía y sexo. Medellín, 2008 entre hombres y mujeres.

Actividad	Grado de autonomía							
	Dependiente		Con ayuda frecuente		Con ayuda ocasional		Independiente	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Bañarse	8,9	12,8	1,8	4,3	0,0	3,0	89,3	79,9
Vestirse	8,9	7,3	1,8	6,7	1,8	2,4	87,5	83,5
Peinarse	2,7	3,7	0,9	1,8	2,7	3,0	93,8	91,5
Tomar los alimentos	0,9	0,6	1,8	1,8	0,9	1,8	96,4	95,7
Salir a la calle	17,9	32,3	7,1	14,0	8,0	10,4	67,0	43,3
Subir a un vehículo	16,1	22,0	6,3	14,6	6,3	11,6	71,4	51,8
Cepillarse los dientes	1,8	2,4	1,8	2,4	0,0	1,8	96,4	93,3
Subir y bajar escalas	9,8	24,4	7,1	10,4	5,4	11,0	77,7	54,3
Usar el servicio sanitario	6,3	7,3	1,8	3,0	0,9	3,0	91,1	86,6
Levantarse de la silla	8,0	6,1	1,8	7,9	4,5	9,1	85,7	76,8
Acostarse y levantarse de la cama	7,1	6,1	0,9	7,3	4,5	9,8	87,5	76,8
Cruzar el cuarto caminando	11,6	6,7	0,9	6,7	4,5	6,7	83,0	79,9
Permanecer dos horas sentado	4,5	3,0	0,9	3,0	5,4	9,1	89,3	84,8
Llamar por teléfono	11,6	10,4	4,5	3,0	5,4	10,4	78,6	76,2
Arrodillarse o agacharse	14,3	29,9	7,1	12,8	8,0	11,0	70,5	46,3
Empujar un sillón	8,9	15,9	3,6	10,4	6,3	13,4	81,3	60,4
Levantar los brazos	3,6	7,3	1,8	6,7	6,3	5,5	88,4	80,5

DISCUSIÓN

En general, los adultos mayores son independientes para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como tomar alimentos, peinarse, cepillarse los dientes, usar el servicio sanitario, vestirse, bañarse, permanecer dos horas sentado, acostarse y levantarse de la cama, cruzar un cuarto caminando, en más del 80% de las ocasiones. Son dependientes más para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) como salir a la calle, subirse a un vehículo, arrodillarse o agacharse, subir y bajar escalas y empujar objetos hasta en un 30% de las ocasiones, en iguales condiciones

Es importante resaltar las limitaciones de este estudio, relacionadas con la imposibilidad de acceso a los Centros de Bienestar del Anciano públicos o privados, por lo cual se recurrió a los CBA inscritos en la Secretaría de Bienestar Social que limita el alcance de los resultados y llega hasta las instituciones que hicieron parte del marco muestral de instituciones.

Otro aspecto importante se relaciona con los encuestados, debido a que solo puede hablarse de adultos mayores residenciados que conta-

ran con capacidad mental para responder la encuesta, utilizada como instrumento de recolección en el presente estudio, lo que indica que un gran número de adultos mayores institucionalizados con su capacidad funcional deteriorada no tuvieron la posibilidad de participar.

En estudios anteriores se han identificado las actividades en las que los adultos mayores presentan una mayor dependencia. Para el año 2002, se realizó un estudio en Envigado, Antioquia, sobre la capacidad funcional para realizar las ABVD, asumiendo que más del 80% de ellos presentaban algún grado de dependencia. Los resultados mostraron que más de la mitad de los evaluados presentaban dependencia moderada (2), mientras en este estudio, más del 70% se considera independiente y solo un 11% dependiente.

En un estudio realizado en la ciudad de Medellín se encontró, respecto a las ayudas que requiere el adulto mayor para la realización de sus actividades básicas cotidianas o esporádicas, que el 68% de los encuestados utilizaba anteojos y el 10%, el bastón. Otras ayudas ortopédicas utilizadas por los adultos mayores de la ciudad fueron el caminador, la silla de ruedas y las muletas, todas ellas para facilitarle un desplazamiento y brindarle algún grado de independencia y autonomía en las actividades básicas cotidianas. Para mejorar la convivencia con los demás miembros de su familia, y con sus amigos y vecinos, el 1% recurría al uso de audífonos y el 2% a alguna otra ayuda ortopédica. (3).

Estos estudios, no solamente han buscado obtener cifras de las actividades que generan mayor dependencia, sino que además se ha intentado encontrar asociaciones. En un estudio realizado en América Latina y el Caribe, acerca de las enfermedades crónicas y limitaciones funcionales en adultos mayores, se encontró una asociación directa entre las ABVD y AIVD y padecer enfermedades transmisibles, ECV, artrosis, tener mayor edad, ser mujer, evaluar

su propia salud como mala, presentar deterioro cognoscitivo y padecer depresión. (7).

De acuerdo a las capacidades funcionales que caracterizan al adulto mayor, es llamativo encontrar que un 17% de ellos siente una dependencia parcial, principalmente las mujeres, estando por debajo de los resultados de la encuesta SABE, donde cerca del 20% de las personas adultas mayores entrevistadas reportó tener dificultades para realizar las ABVD, indicando que en las ciudades con mayor oferta de residencias geriátricas para cuidados crónicos prolongados se presentan sin duda menores prevalencias como Bridgetown, Buenos Aires y Montevideo, mientras que aquellas ciudades con menor oferta presentan proporciones de personas con cuatro o más limitaciones como Santiago de Chile, México, Cuba y en Sao Paulo es casi del doble (9).

La independencia que presentó la mayoría de la población adulta mayor, podría entonces estar relacionada con la independencia que presentaron para realizar actividades como tomar alimentos y cepillarse los dientes, y hace que en muchos casos la ayuda que necesite por parte de otras personas sea de forma ocasional o ayuda más frecuente pero en un menor número de casos. Se relaciona además con las capacidades funcionales del adulto mayor el uso de ayudas ortopédicas, las cuales en el caso de los anteojos, fueron utilizados por el 77,5% del total de adultos mayores que requerían de al menos una de las ayudas ortopédicas, comportamiento similar presentado según el DANE en el Censo General de población adulta mayor realizada en Medellín para el año 2005, donde se presentó como la ayuda ortopédica más utilizada, seguida por el bastón, lo cual le facilita el desplazamiento y puede brindarle una mayor autonomía. (10).

CONCLUSIONES

- El 71% de los adultos mayores encuestados consideraron que están en capacidad de realizar sus actividades básicas cotidianas porque se sienten independientes, dicen sentirse así principalmente los hombres. Como parcialmente dependiente está el 17%, superior el porcentaje de mujeres en esta condición y como dependientes totales se encontró el 12%, siendo las mujeres quienes lo registran en mayor medida.
- Es de destacar que uno de cada cinco (21%) adultos mayores institucionalizados no requiere de ninguna ayuda ortopédica para realizar las actividades de la vida diaria, principalmente los hombres con el 25% y en aquellos que las requieren, las ayudas son: anteojos (77,5%), bastón (31,2%), caminador (11,9%) y silla de ruedas (9,2%), las demás ayudas son utilizadas por menos del 5%. Las mujeres utilizan los anteojos un 17,6% más que los hombres, mientras que el bastón fue utilizado por los hombres un 15,1% más que ellas.
- Las actividades cotidianas que realizan los adultos mayores con mayor independencia son: tomar los alimentos, cepillarse los dientes, peinarse, permanecer dos horas sentado, vestirse, usar el servicio sanitario y levantar las manos. Las actividades más dependientes registradas son: salir a la calle, arrodillarse, agacharse, subir y bajar escaleras, subirse a un vehículo, bañarse y llamar por teléfono.

Conflicto de intereses

Se deja constancia que durante la realización del presente estudio no existió conflicto de intereses entre los Centros de Bienestar de Anciano, la Universidad CES y el grupo investigador, que pudieran haber afectado los resultados del mismo.

Agradecimientos

Los investigadores agradecen a la Dirección de Investigación de la Universidad CES, por la financiación del proyecto en la convocatoria 001 del año 2008; a los Centros de Bienestar del Anciano que abrieron sus puertas a la academia y a los adultos mayores que proporcionaron la información para la investigación.

REFERENCIAS

1. OPS, Oficina Regional de la OMS. Módulos de valoración clínica: evaluación funcional del adulto mayor (módulo 3). Página 35 Artículo de internet. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo1.pdf> Consultado: Agosto de 2009
2. Giraldo CI, Franco GM. Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. *Revista Avances en enfermería* 2008; 26(1): 43-58.
3. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Diagnóstico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia. Bogotá: Minprotección; 2007, Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vBecontent/library/documents/DocNewsNo16412Document-No4751.PDF> Consultado: enero de 2009.
4. Carazo P. Actividad física y capacidad funcional en el adulto mayor: el Taekwondo como alternativa de mejoramiento. *Revista Educación* 2001; 25(2): 125-135.
5. Gómez Montes JF, Curcio Borrero CL, Gómez Gómez DE. Evaluación de la salud de los ancianos. Manizales, Universidad de Caldas, 1995. Pagina 57. Citado por: Capacidad fun-

- cional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. *Revista Avances en Enfermería* 2008; 26(1):45.
6. Chaná P, Alburquerque D. La clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y la práctica neurológica. *Rev Chil Neuro Psiquiatr* 2006; 44(2):89-97.
 7. Menéndez, J, Guevara, a, Arcia N, León E, et al. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2005; 17(5/6):353-361.
 8. Colombia, Congreso de la República. Ley 1276 de 2009, por la cual se modifica la Ley 687 del 15 agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los Centros Vida. Bogotá: El Congreso; 2009.
 9. CELADE, CEPAL, UNFPA, OPS, OIT, BID, et al. Las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas. Santiago de Chile: CELADE/CEPAL; 2003.
 10. Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo general 2005: población adulta mayor. Bogotá:

