



Dependencia de cuidado del adulto mayor y sobrecarga del cuidador primario en la zona urbana del municipio de Sonsón, 2023

Liliana María Grisales Alvarán  
Juliana López Galvis  
Sandra Janneth Ospina Orozco

Trabajo de grado para optar al título de Administración en Salud

Héctor Byron Agudelo  
Asesor

Estudiantes de la Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública

“Héctor Abad Gómez”

Sede Sonsón, Antioquia

2024

## AGRADECIMIENTOS

Dios por permitirnos realizar nuestros estudios profesionales  
Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”  
Adultos mayores y cuidadores primarios por permitir recolectar la información objeto de estudio.  
A las familias por su apoyo durante este proceso académico.  
Héctor Byron Agudelo por compartir sus conocimientos

## Lista de contenido

Términos y definiciones	9
Introducción	11
1. Planteamiento del problema	12
2. Justificación	16
3. Objetivo	18
3.1. Objetivo general	18
3.2. Objetivos específicos	18
4. Marco teórico	19
4.1. El cuerpo y la deficiencia	19
4.2. Patologías crónicas en el adulto	20
4.3. La dependencia en personas mayores	21
4.4. Discapacidad y dependencia: conceptos y medidas	24
4.5. El contexto: la necesidad de ayuda de otra persona	24
4.6. El cuidador y el cuidado	25
4.7. Hábitos de vida saludable	25
4.8. Índice de Barthel	28
4.9. Índice de Lawton y Brody o de AVD instrumentales	28
4.10. Elaboración matriz de marco lógico	28
4.11. Estudios transversales descriptivos	29
4.12. Marco contextual	30
4.13. Marco demográfico	30
4.14. Contexto social	31
4.15. Marco normativo	31
5. Metodología	34
5.1. Fundamentación epistemológica y ontológica	34
5.2. Paradigma empírico analítico	34
5.3. Enfoque de diseño de estudio	34
5.4. Población, muestra y muestreo	35
5.5. Variables	35
5.6. Metodología del Marco Lógico	38
5.7. Criterios de inclusión y de exclusión de la muestra	38
5.8. Fuentes, técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos	39
5.9. Procesamiento de la información	39
5.10. Publicación y divulgación de resultados	39
6. Consideraciones éticas	40
7. Resultados	42
7.1. Relación adulto mayor según sexo y ocupación	45
7.2. Relación edad según sexo del adulto mayor	45
7.3. Relación parental binomio cuidador y adulto mayor	46
7.4. Caracterización cuidadores primario	46
7.5. Clasificación del nivel de dependencia de los adultos mayores	48
7.6. Grado de sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor con dependencia	49
8. Discusión	53
9. Formulación de propuesta para programa de cuidadores con metodología del marco lógico	58

9.1. Contexto territorial.	58
9.2. Contexto Social.	58
10. Análisis de Involucrados	59
10.1. Identificación de involucrados en el Municipio de Sonsón	59
10.2. Clasificación de los involucrados	62
11. Descripción y análisis del problema programa de cuidadores	70
11.1. Árbol de Problemas	72
11.2. Análisis de soluciones	73
12. Análisis de alternativa	74
13. Estructura analítica	78
14. Conclusiones	84
15. Recomendaciones	86
16. Lista de Anexos	87
17. Referencias	100

## Lista de tablas

Tabla 1. Proporción de la población por ciclo vital del municipio de Sonsón 2015, 2021y 2023	30
Tabla 2. Variables	35
Tabla 3. Caracterización del adulto mayor en el Municipio de Sonsón, 2023	43
Tabla 4. Medidas de resumen del adulto mayor del Municipio de Sonsón en el año 2023	45
Tabla 5. Adulto mayor según ocupación y sexo	45
Tabla 6. Relación edad por sexo del adulto mayor	45
Tabla 7. Relación parental del cuidador primario del adulto mayor	46
Tabla 8. Caracterización del cuidador primario del adulto mayor en el Municipio de Sonsón	47
Tabla 9. Medidas de resumen del Cuidador Primario del Municipio de Sonsón en el año 2023	47
Tabla 10. Dependencia del adulto mayor en el Municipio de Sonsón para el año 2023	48
Tabla 11. Nivel de dependencia del adulto mayor en el Municipio de Sonsón para el año 2023	49
Tabla 12. Escala de Zarit grado de sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor	50
Tabla 13. Grado de sobrecarga del cuidador primario en el Municipio de Sonsón 2023	52
Tabla 14. Matriz de Involucrados cuantitativa	63
Tabla 15. Matriz de involucrados descriptiva	64
Tabla 16. Matriz de problemas percibidos	66
Tabla 17. Análisis de Participación	69
Tabla 18. Análisis de Alternativas	76
Tabla 19. Matriz de Marco Lógico	79
Tabla 20. Análisis de tareas propuesta programa de cuidadores	81

## Lista de figuras

Figura 1. Diagrama de involucrados	62
Figura 2. Diagrama clasificación de involucrados	63
Figura 3. Matriz de Vester	71
Figura 4. Árbol de problemas	72
Figura 5. Árbol de soluciones	73
Figura 6. Diagrama de estructura analítica	78

## **Lista de anexos**

- Anexo 1: Instrumento de recolección de datos (Test Delta- Escala de Zarit)
- Anexo 2: Carta de presentación
- Anexo 3: Políticas y Compromisos
- Anexo 4: Consentimiento Informado
- Anexo 5: Presupuesto
- Anexo 6: Representación gráfica caracterización del adulto Mayor
- Anexo 7: Representación gráfica caracterización del cuidador primario del adulto Mayor
- Anexo 8: Representación gráfica del nivel de dependencia del adulto Mayor
- Anexo 9: Representación gráfica del grado de sobrecarga del cuidador primario
- Anexo 10: Matriz de Vester
- Anexo 11: Matriz de Medios de Verificación de indicadores
- Anexo 12: Matriz de Marco Lógico
- Anexo 13: Matriz de Indicadores
- Anexo 14: Matriz variables
- Anexo 15: Análisis de tareas

## **Siglas**

**CEPAL** Comisión Económica para América Latina y el Caribe

**OMS** Organización Mundial de la Salud

**CIF** Clasificación Internacional del Funcionamiento

**AVD** Actividades de la Vida Diaria

**ABVD** Actividades Básicas de la Vida Diaria

**AIVD** Actividades Instrumentales de la Diaria

**UC** Universidad de Chile

**DANE** Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas

**EPS** Entidad Promotora de Servicios de Salud

**PIC** Plan de Intervenciones Colectivas

**APS** Atención Primaria en Salud

## **Términos y Definiciones**

**Cuidador informal:** Es aquella persona que, aunque no pertenece al mundo sanitario ni se ha formado como tal, es el responsable del cuidado de otra persona dependiente en el domicilio, que proporciona cuidados a un miembro de la familia, ya sean padres, hijos, cónyuges, etc. Además, no recibe algún tipo de remuneración económica por esta labor (42).

**Población con discapacidad:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la discapacidad es el resultado de las interacciones entre las condiciones individuales de la persona y las características de su entorno físico y social. Por ello, la discapacidad es vista como una desarmonía del individuo con el entorno que lo rodea, involucrando lo social, lo político, lo económico y lo cultural (42).

**Necesidades de cuidado del cuidador por parte de la familia:** Se entenderán como las necesidades de cuidado que tienen los cuidadores de carácter físico, psicológico, emocional, espiritual o de tipo económico y que pueden ser suplidas o minimizadas por la familia como su red primaria de apoyo (42).

**Familia:** Es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo y es considerada la unidad básica para el desarrollo de la sociedad (42).

**Promoción social:** Son un conjunto de acciones que buscan desarrollar o apoyar a una persona o colectivo que no cuenta con los medios o posibilidades para subsanar por sí misma una condición de vulnerabilidad (42).

**Pobreza:** Es una “falla en las capacidades”. Implica una condición en la cual las potencialidades de los individuos y colectivos se encuentran menguadas, debido a que las circunstancias que le rodean le impiden auto gestionar su abanico de posibilidades (42).

**Vulnerabilidad:** es la posibilidad de que una familia, un individuo o colectivo, caigan o permanezcan en situación susceptible a daño, pérdida, sufrimiento o muerte, El Plan Decenal en Salud Pública establece como población vulnerable: niños y adolescentes, grupos étnicos, personas en condición de discapacidad, adultos mayores y víctimas del conflicto (42).

**Focalización:** Es el proceso por el cual se declara de forma transparente cómo se utilizará el gasto social de tal manera que las condiciones globales de bienestar de la comunidad aumenten. Implica identificar posibles beneficiarios (42).

**Síndrome del cuidador quemado:** Entre las personas que asumen ese cuidado muchas veces aparecen una serie de síntomas que dan lugar al síndrome del cuidador quemado. Este síndrome se caracteriza por la presencia de estrés, ansiedad, depresión, irritabilidad, insomnio, dificultad de concentración, apatía, pérdida de apetito, cefalea, o abuso de sustancias nocivas, entre otros. Estas personas tienen sentimiento de culpa, dejan de lado sus actividades de ocio y diversión, así como a sus amigos, para dedicarse plenamente a la tarea del cuidado; manifiestan también tristeza y

tensión ambiental, son incapaces de relajarse y pueden presentar un aislamiento social y sentimiento de soledad (1)

**Cuidador informal:** Se refiere a la persona que se encarga de continuar el cuidado en el hogar y que favorece la satisfacción de las necesidades en todas las esferas de la persona cuidada. Es así como se convierte en el eje central para el mantenimiento del bienestar del individuo y a quien ofrece apoyo permanente. Asimismo, en este proceso, este tipo de cuidador adquiere compromisos y deberes que, además, considera como propios. Asumir este rol en el hogar es una tarea difícil por la forma repentina e inesperada en la que ocurren, exigiendo modificaciones en las conductas habituales de los individuos para alcanzar las metas propuestas en relación con los requerimientos del cuidado. Diferentes estudios realizados con pacientes dependientes de cuidado muestran que este proceso en el hogar es una situación compleja que requiere de un entrenamiento y un acompañamiento constante de la persona que lo brinda, lo cual en muy pocas ocasiones recibe. Este cuidador en el hogar debe encontrar alternativas para ayudar a satisfacer las necesidades de cuidado y contribuir a su recuperación, disminuyendo cada vez más el grado de dependencia y fomentando su autocuidado (44).

**Dependencia funcional:** La dependencia funcional es la necesidad de ayuda de otras personas, en la que la familia es el principal proveedor de cuidados. Los adultos mayores perciben que los motivos por los que su familia les brinda ayuda son por su limitación física, compasión, amor y cariño (45).

## **Introducción**

Es evidente que los cambios demográficos y poblacionales que hacen que al día de hoy la población adulta mayor experimente un incremento a nivel mundial, plantean retos para asumir los cambios en las dinámicas familiares y sociales que implica tener al cuidado una persona con algún tipo de dependencia, esto ha motivado la realización de esta investigación que permita conocer cuál es el grado de dependencia de los adultos mayores del Municipio de Sonsón y cuál es el comportamiento de la sobrecarga en su cuidador primario.

Es por ello, que utilizando técnicas de recolección y procesamiento de la información que permitan hacer un análisis profundo de las múltiples variables a considerar y se da una visión global de las problemáticas encontradas, al evidenciar que en Municipio de Sonsón el cambio demográfico ha originado un envejecimiento en la población, confirmando que se encuentra la necesidad de un programa que eduque y prepare cuidadores capacitados para asumir los retos al cuidado de un adulto mayor, minimizando al máximo posible la ocurrencia de la sobrecarga en el cuidador.

Por último, se hace necesario presentar con base en los resultados del estudio, una información organizada y confiable, una propuesta que le permita al ente territorial implementar estrategias y espacios que favorezcan el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con dependencia y la sobrecarga de los cuidadores; De igual manera, fortalecer los planes, programas y proyectos encaminados al desarrollo de las diferentes políticas públicas nacionales enfocadas en la protección social integral del adulto mayor.

## 1. Planteamiento del Problema

A nivel mundial, entre 2015 y 2030 la población de 60 años y más se elevará de 900 millones a más de 1.400 millones de personas. Ello supone un incremento del 64% en tan solo 15 años, siendo el grupo de edad que más crece. En términos relativos, el porcentaje de población de 60 años y más pasará del 12,3% en 2015 al 16,4% en 2030. Aunque la situación de las regiones es marcadamente distinta, Europa es y seguirá siendo el continente más envejecido del mundo (2)

América Latina y el Caribe se encuentra además en la antesala de un cambio sin precedentes en su historia: en 2037 la proporción de personas mayores sobrepasará a la proporción de menores de 15 años. En valores absolutos, la población de 60 años y más, compuesta en la actualidad por unos 76 millones de personas, tendrá un período de amplio incremento que la llevará a alcanzar las cifras de 147 millones de personas en 2037 y 264 millones en 2075 (1).

La población de América Latina y el Caribe está envejeciendo más rápido que ninguna otra región del mundo los gobiernos de la región sugieren que la atención de adultos mayores que tienen dependencia funcional debido a una pérdida de movilidad, enfermedad crónica o problemas de salud complejos, por lo que debe convertirse en uno de los principales ejes de acción en las políticas públicas; los datos indican que al 2019, existían 8 millones de adultos mayores que necesitan apoyo para realizar actividades como comer o bañarse ((3).

El proceso de envejecimiento acelerado que están atravesando los países de América Latina y el Caribe impone presiones sin precedentes en el ámbito de los cuidados de largo plazo. En este sentido, el aumento de la demanda de cuidados por parte de la población adulta mayor tiene lugar en un contexto de reducción de la oferta informal de cuidados (2).

Este aumento de la demanda de servicios de cuidados se da en un contexto en el cual el papel tradicional de la familia como principal proveedor de cuidados está cambiando, entre otras cosas, debido a la menor natalidad, a la reducción del tamaño familiar y al aumento de la participación laboral femenina. Se prevé, por lo tanto, un aumento de la demanda junto a un descenso de la oferta informal de los servicios de cuidado, lo que requerirá una mejor comprensión de las redes sociales de apoyo y una mayor presión social para crear respuestas institucionales ante la dependencia (2)

Según el informe del banco interamericano de desarrollo sobre el panorama de envejecimiento y dependencia del adulto mayor, en los países de América Latina y el Caribe casi ocho millones de personas de 60 años o más son dependientes, lo cual representa más del 1% de la población total de la región y un 11% de los individuos de ese grupo etario. Estas cifras son significativas y dan cuenta de la magnitud del problema de cuidados (2). De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, alrededor del 13% de los adultos mayores requiere servicios de cuidado, la mayoría de los cuales los recibe en el domicilio, siendo sus familias los principales encargados de llevar a cabo la labor del cuidado, la cual se ve limitada por factores como el estrato socioeconómico, procedencia, ocupación, estado civil y escolaridad, por lo tanto, el cuidador se ve en la obligación de llevar a cabo su labor con escasez de recursos, tiempo o conocimientos, por ende, la posibilidad de sustituir el cuidado familiar con servicios comprados

en el mercado es limitada, debido a los altos niveles de pobreza y vulnerabilidad económica entre la población adulta mayor (2).

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el envejecimiento en nuestra región ocurre en paralelo a la estabilización numérica de la población, que dejará de crecer alrededor del año 2060. Si bien las proyecciones aún indican un aumento de la población de unos 730 millones de personas en 2050, se prevé que hacia el final del siglo XXI se haya reducido a cerca de 690 millones de personas. Más allá de las cifras, lo más inquietante para la región es el escenario en el que ocurre el envejecimiento poblacional, caracterizado por la desigualdad, la pobreza, el agotamiento de un modelo de crecimiento económico insostenible, y el avance del desempleo y del empleo de baja productividad. Frente a ello, la planificación basada en los escenarios demográficos es más importante que nunca, puesto que, aunque existan variaciones, ofrece un marco que permite la adopción de decisiones trascendentales para el desarrollo de los pueblos (1).

De acuerdo a la OMS, entre los objetivos prioritarios de los cuidados se encuentran aliviar el dolor u otros síntomas molestos en el paciente, apoyar a la familia durante la enfermedad, proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible, apoyo psicológico, espiritual y social al enfermo, no alargar ni acortar la vida, reafirmar la importancia de la vida y considerar la muerte como algo normal, por lo anterior, se enfatiza en una atención integral hacia los cuidados de la población, la importancia del ambiente, la concepción terapéutica activa, la promoción de la autonomía y la dignidad a considerar al enfermo y la familia como unidad a tratar(4)

Bajo este lineamiento el cuidador familiar es la persona encomendada a cubrir las necesidades básicas y psicológicas del adulto mayor aquel que lo supervisa en sus acciones cotidianas domiciliarias; usualmente la persona que asume esta responsabilidad tiene lazos de parentesco con el adulto mayor. Los cuidadores familiares se clasifican como principales, primarios o secundarios, esto según la responsabilidad que asumen al momento del cuidado; la atención que realiza el cuidador primario modifica el tiempo dedicado a sus acciones de recreo, actividades sociales, relaciones personales y familiares, provocando problemas en su armonía emocional(5)

La persona que asume el papel del cuidador ve perturbada su vida cotidiana y esto origina una sensación de carga rigurosa combinada con sentimientos de temor, ansiedad o estrés; esto fue plasmado en la investigación en el Centro de Salud de San Agustín de Burgos, España en donde se evaluó el impacto físico y psicológico que produce ser el cuidador principal de una persona dependiente por vejez, enfermedad o invalidez, identificando que los cuidadores manifestaron sentirse rebasados, tensos, nerviosos e inquietos, además de un cambio en su proyecto de vida, considerando que el cuidar al adulto mayor representa un esfuerzo físico drástico(5)

Esa carga del cuidador primario se estima de manera objetiva y subjetiva, refiriéndose a las apreciaciones y emociones negativas ante la experiencia de cuidar y las actividades y demandas que deben atender los cuidadores: esto representado en una disminución de la calidad de vida del cuidador con afectación en su bienestar y salud física y mental, lo que actualmente se conoce como el síndrome de burnout de los cuidadores primarios del adulto mayor(5). Colombia ha adoptado y hace parte de tratados y escenarios de articulación internacional, desde estos instrumentos e instancias internacionales se han establecido consensos para proteger los derechos humanos y las

libertades fundamentales de las personas mayores, si bien y con la vinculación de esta política se pueden inferir en desarrollar y fortalecer la oferta de servicios socio sanitarios para el cuidado directo e indirecto y, particularmente, para el cuidado de largo plazo en atención a la dependencia física, así mismo, la vigilancia en salud pública sobre los factores predictores de discapacidad y el fomento a la independencia, la autonomía, la autorrealización y la dignidad (6).

Actualmente en Colombia se vienen presentando fenómenos sociodemográficos, donde las personas están alcanzando cada vez edades más avanzadas con una esperanza de vida al nacer para el año 2022 de 76.9; donde los hombres vivirán hasta los 73.8 años y las mujeres hasta los 80.13 años, así las estimaciones indican una expectativa de vida que podrían alcanzar los 80 años para el 2050 (7) Según estas estimaciones es indispensable implementar estrategias y ejecutar políticas públicas que permitan garantizar al grupo poblacional de los adultos mayores el pleno goce de sus derechos, principalmente de los caracterizados como fundamentales que se tornan como indivisibles e interdependientes y que deben garantizarse en condiciones de equidad a todos los ciudadanos. Aunado a ello, la creciente esperanza de vida permite suponer que, el contacto intergeneracional será cada vez mayor, conviviendo los más jóvenes con los más viejos, esto obligará a proyectar acciones e iniciativas para atender a un grupo poblacional cada vez más amplio y como consecuencia se incrementará el uso de los servicios sociales y médicos(7).

En respuesta a este fenómeno, las entidades administradoras de planes de beneficios tienen una gran responsabilidad frente a la atención de personas con movilidad reducida o con una pérdida de autonomía por su enfermedad, bien sea a través de la atención en salud, la labor domiciliaria o los cuidados paliativos, también es cierto que el estado a través de sus sistemas de protección social y de salud pública, deben aportar en el mejoramiento de las condiciones de vida de estas familias asentadas en una comunidad y en su domicilio.

El departamento de Antioquia enfrenta un fenómeno demográfico de envejecimiento poblacional, caracterizado por un aumento en la proporción de población adulta mayor, por lo que surge la preocupación sobre los efectos del deterioro físico y el proceso de salud enfermedad del adulto mayor en relación con el resto de la población. Por lo que, se hace necesario dar una respuesta oportuna a las mayores exigencias de la población adulta mayor, relacionadas con la atención en salud, el sostenimiento económico de la población y el papel que juega la familia en la atención a la vejez(8).

De otra parte, para el municipio de Sonsón existe escasa oferta institucional pública para brindar un adecuado acompañamiento y cuidado. Asociada a esta problemática se encuentra la falta de una caracterización de los adultos mayores en situación de dependencia de cuidado que solicitan apoyo permanente, de igual manera identificar el nivel de sobrecarga del cuidador primario. A esto se suma que solo se cuenta con un centro de bienestar del anciano para atender a una mínima parte de la población. Por lo anterior, es necesario buscar alternativas diferentes para identificar a las personas con estas situaciones específicas.

Otras investigaciones de adultos mayores se centran en evaluar la funcionalidad y dependencia en la realización de actividades de la vida diaria, sobre todo en el adulto mayor con patologías incapacitantes; aunque se reconoce que no todos los adultos mayores presentan este tipo de padecimientos, hay quienes cuentan con un nivel de salud que no incapacita y solo presentan el

deterioro propio de la edad. En este sentido, es importante realizar la caracterización de la capacidad funcional, en sus diferentes niveles, el grado de dependencia en la realización de las actividades de la vida diaria y las capacidades de autocuidado del adulto mayor tienen repercusión en la percepción de la calidad de vida y de la salud, de manera que, a menor dependencia y mayor autocuidado, mayor es la calidad de vida del adulto mayor.

Por todo lo anteriormente planteado y teniendo en cuenta los retos que representa una población envejecida cada vez más dependiente, esta investigación se plantea conocer ¿Cuál es el nivel de dependencia de cuidado de los adultos mayores y el grado de sobrecarga del cuidador primario en la zona urbana del Municipio de Sonsón en el año 2023?

## 2. Justificación

Según lo dicho en la ley 2055 de 2020, que adopta medidas para la protección de los derechos de las personas mayores y reconociendo que a medida que la población envejece se debe procurar que sigan disfrutando de una vida plena y autónoma, con salud y seguridad integrándose en todas las esferas, económicas, sociales, culturales y políticas. Es necesario abordar los asuntos de la vejez y el envejecimiento desde una perspectiva de derechos humanos que reconozca sus contribuciones potenciales al bienestar común, la identidad y diversidad en la comunidad, desarrollo humano, social y económico y a la erradicación de la pobreza.

Es necesario incorporar y dar prioridad al tema del envejecimiento en las políticas públicas, así como mejorar la destinación y gestión de los recursos humanos, materiales y económicos, para lograr una correcta implementación de medidas, bajo valores de solidaridad, complementariedad y cooperación para promover los derechos humanos y las libertades fundamentales de una persona mayor.

Lo anterior se ve reflejado en Colombia bajo implementación del decreto 681 de 2022, en donde se expone la necesidad de implementar una Política Pública de Envejecimiento y Vejez, con el fin de garantizar unas mejores condiciones para el desarrollo de un envejecimiento de la población de manera digna bajo los preceptos de equidad, igual y no discriminación, donde puedan vivir esta etapa de su vida la protección estatal y la dignidad. Esto en concordancia con los objetivos de desarrollo sostenible, en donde una de sus dimensiones promueve garantizar una vida saludable y bienestar para toda la población en todas las etapas de su vida.

Acompañado del proceso de envejecimiento viene naturalmente una pérdida de autonomía que se traduce en la necesidad de cuidados al adulto mayor por su círculo familiar o social más cercano, lo que en relación con el cambio poblacional que se experimenta actualmente, es un reto para los gobiernos y demás entidades, que deben buscar nuevas y mejores estrategias para afrontar el reto de tener poblaciones más envejecidas y dependientes de cuidado y cómo esto tiene implicaciones familiares y sociales.

Para esto es fundamental que las entidades territoriales conozcan a profundidad su población y puedan identificar de manera temprana la incidencia de los cambios demográficos y sus pirámides poblacionales; en el caso del Municipio de Sonsón donde se centra este estudio, no se cuenta con un análisis detallado del nivel de dependencia del adulto mayor y el grado de sobrecarga de su cuidador primario. Esto constituye un reto para la entidad territorial y la comunidad ya que deben prepararse para la transformación demográfica que atraviesa la sociedad.

Esta investigación se enfoca en realizar una caracterización que permita determinar las diferentes variables que intervienen en la situación de dependencia del adulto mayor y como esto a su vez interfiere con la sobrecarga del cuidador, generando una transformación completa de los estilos de vida de ambos individuos; la recolección de la información y su posterior análisis permitirá la generación de conocimiento que sirva como herramienta de diagnóstico y dinamización de políticas públicas en torno al mejoramiento de la calidad de vida de estos individuos.

De igual manera, es importante recalcar que, para las entidades territoriales, las instituciones prestadoras de servicios de salud y demás entes rectores, esta investigación proporcionará un beneficio encaminado hacia la toma de decisiones que permitan el mejoramiento de calidad vida de los adultos mayores en situación de dependencia a través de intervenciones. Así como la disminución del síndrome de burnout o cuidador primario quemado a través de una propuesta de acompañamiento en el proceso de cuidado, enmarcada en el asesoramiento y la formación en buenas prácticas de cuidado; así como la asignación de un cuidador que apoye a la familia en esta labor.

Lo anterior en cumplimiento de la Ley 1251 de 2008, sobre la protección a la salud y el bienestar social de los adultos mayores, sus familias y comunidad, mediante el fomento de una cultura de vejez y envejecimiento activo, garantizando también condiciones óptimas que se adapten a sus necesidades. Complementado por la Ley 1171 de 2007 y la Ley 1276 de 2009, donde se plantean mejores beneficios para la población de la tercera edad en salud, y medidas de protección integral que mejoren su calidad de vida y acompañamiento.

Por último, se busca generar en el individuo y la sociedad, mediante oportunidades y herramientas para que sean capaces de identificar y satisfacer sus propias necesidades, en el cuidado de su salud, cambiar o adaptarse al medio ambiente y adoptar estilos de vida que promuevan la reducción de su vulnerabilidad.

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo general**

Identificar el nivel de dependencia de cuidado del adulto mayor y el grado de sobrecarga del cuidador primario, en la cabecera municipal del Municipio de Sonsón en el año 2022.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Caracterizar la población adulta mayor con dependencia y los cuidadores primarios en la cabecera municipal del Municipio de Sonsón.

Clasificar el nivel de dependencia de los adultos mayores con base en el Test de Delta.

Determinar el grado de sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor con dependencia a través de la escala de Zarit.

Formular una propuesta para la implementación de un programa de cuidadores para el adulto mayor con dependencia en el municipio de Sonsón, Antioquia.

#### 4. Marco Teórico

El ciclo de vida es un enfoque que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante etapas tempranas del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes, y que el mayor beneficio de un grupo de edad puede derivarse de intervenciones previas en un grupo de edad anterior. Además, permite mejorar el uso de recursos escasos, facilitando la identificación de riesgos y brechas y la priorización de intervenciones claves, así las cosas, el ciclo vital puede dividirse en diferentes etapas del desarrollo, primera infancia (0-5 años), infancia (6 - 11 años), adolescencia (12-18 años), juventud (14 - 26 años), adultez (27 - 59 años) y vejez (60 años y más)(8).

Los adelantos científicos técnicos en general y el mejoramiento de las asistencias médicas y de enfermerías han hecho posible que la población mundial envejezca y aumente por tanto el grupo de mayores de 60 años a un ritmo más acelerado que el resto de la población, las migraciones tanto internas como externas pueden llevar a un incremento de las proporciones de los ancianos en una población determinada según plantearon Prieto y Vega en su publicación del 1996 titulada "Atención al anciano en Cuba. Desarrollo y perspectivas." (9).

Es claro que desde la visión demográfica el fenómeno de envejecimiento poblacional no se refiere en exclusiva al proceso biológico, a la vejez o a la longevidad, comúnmente relacionado cuando se hace mención del término "envejecimiento"; sino al cambio significativo en la estructura y composición por edad de la población; a tal punto de incrementarse en términos relativos y absolutos, respecto al total de habitantes, el número de individuos con edades mayores a los 60 años. (Crecimiento de la población anciana) y de disminuirse considerablemente la población joven. El envejecimiento conlleva a múltiples cambios en la sociedad, trae consigo consecuencias sociodemográficas y económicas que afectan directamente todos los sistemas relacionados con el desarrollo del individuo en la comunidad (9).

En el contexto de envejecimiento poblacional es prioritario disponer de información pertinente y actualizada respecto a las condiciones de salud de los adultos mayores, ya que el aumento en la esperanza de vida representa un reto debido a la creciente prevalencia de enfermedades crónicas, las cuales comprometen la funcionalidad, generan pérdida de autonomía, dependencia y un incremento en el costo de la atención en salud. Esta información se constituye como un referente básico para la construcción de política pública o gestión de programas de salud pública, desde un enfoque interdisciplinar (9).

Esta pérdida de funcionalidad se mide a través de la clasificación internacional de funcionamiento, definida por las actividades de la vida diaria, estas actividades se definen como aquellas que ejecuta una persona con frecuencia habitual y cumpliendo su rol social. En este sentido, se trata de observar el funcionamiento de la persona valorada a la hora de realizar diferentes actividades independientemente de la etiología y gravedad de su discapacidad (10).

Esta clasificación internacional de funcionamiento considera que los dominios para el componente Actividades y Participación estarían conformados por las siguientes áreas vitales: Aprendizaje y

aplicación de conocimientos; Tareas y demandas generales; Comunicación; Movilidad; Autocuidado; Vida doméstica; Interacciones y relaciones interpersonales; Áreas principales de la vida; Vida comunitaria, cívica y social (11).

Fuera del marco de la CIF, las AVD acostumbran a clasificarse en tres tipos: básicas, instrumentales y avanzadas:

AVD básicas (ABVD): son aquellas actividades funcionales esenciales para el autocuidado, tales como la alimentación, aseo personal, vestido, movilidad, bañarse y control de esfínteres.(11).

AVD instrumentales (AIVD): son actividades más complejas que las ABVD. Son actividades funcionales necesarias para adaptarse independientemente al entorno donde vive la persona y requieren de mayor destreza, tales como la preparación de alimentos, hacer compras, usar el teléfono, realizar gestiones administrativas y bancarias, manejo de la medicación, uso de transportes públicos, etc.(11).

AVD avanzadas (AAVD): no son indispensables para una vida independiente. Son actividades referidas al estilo de vida propio de la persona, es decir, actividades relacionadas con la ocupación laboral, prácticas religiosas, el tiempo de ocio, etc., tales como emplear internet, practicar alguna actividad deportiva, etc.(11).

En base a lo anterior, el cuidado del adulto mayor en el hogar, una vez que éste depende totalmente de sus familiares o de sus cuidadores, genera una problemática muy amplia pues exige del cuidador el conocimiento de actividades que tal vez nunca ha realizado o en las cuales no tiene suficiente experiencia; además las atenciones que brinda deben ser personalizadas, ajustadas específicamente a las necesidades del sujeto de cuidado. Es importante entonces lograr una conducta equilibrada: por una parte, evitar agredir la dignidad de quien recibe la atención sin dejar de proporcionarle los cuidados adecuados; y, por otro lado, que el cuidador no cometa el error de olvidarse de sus propias necesidades ya que sólo así se podrá ofrecer una atención de calidad(11).

De otro lado, el cuidar de otro, es una gran y noble tarea, gran parte de la carga que implica cuidar tiene una relación con el grado de dependencia que presenta la persona que se cuida; Sin embargo, la experiencia demuestra que este no es el factor más importante, más que la tarea específica del cuidado, lo que más impacta al cuidador es su salud física, mental, social, y espiritual es la percepción que tiene de la carga del cuidado (12).

#### **4.1. El cuerpo - La deficiencia**

Las deficiencias son problemas en las funciones o estructuras corporales tales como una desviación significativa o una “pérdida”. Las funciones corporales son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo también las funciones psicológicas). Las estructuras corporales son las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes (17).

La valoración de la deficiencia fue, y sigue siendo, el método más empleado por las administraciones públicas para la valoración de problemas de discapacidad, puesto que ofrece un

sistema de medición más específico, objetivo y estandarizable. Sin embargo, no es el método más empleado en las mediciones de dependencia, puesto que no tiene en cuenta las limitaciones que presenta la persona valorada en la realización de actividades y los apoyos que requiere para la realización de estas, aspectos fundamentales como se podrá comprobar (17).

#### **4.2. Patologías crónicas en el adulto**

Las enfermedades crónicas o incapacitantes son aquellas que comúnmente se adquieren por medio de estilos de vida inapropiados, aunque siempre hay que considerar que existen factores genéticos de naturaleza hereditaria que conciernen a estas condiciones. Se caracterizan por tomar un período de tiempo prolongado para que se desarrollen, ocasionan una destrucción progresiva de los tejidos, interfieren con la capacidad del cuerpo para funcionar de forma óptima (20).

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

En el sistema nervioso es muy común encontrar la enfermedad de Alzheimer el cual es un mal neurológico progresivo, debilitante y eventualmente fatal, es la forma más común de demencia. Más de la mitad de las personas mayores que sufren de impedimentos mentales padecen de esta enfermedad. Dentro de los signos y síntomas más comunes en esta enfermedad se encuentran Pérdida de memoria sobre eventos recientes, pérdida en la habilidad para realizar cosas en el trabajo o en el hogar, dificultad en el proceso de aprendizaje, la persona muestra fallas de discernimiento, cambio de personalidad, dificultad en el movimiento y en el habla, eventualmente la persona muestra desorientación total y no responde a ningún estímulo exterior (20).

Por otra parte, la enfermedad de Parkinson es un trastorno neurológico degenerativo, lentamente progresivo, que se caracteriza por temblor en reposo, movimientos típicos de los dedos como si estuviera contando monedas, ausencia de expresión facial, marcha característica, flexión anterior del tronco y rigidez y debilidad muscular. Entre los principales síntomas están la Aquinesia (rareza del gesto y pérdida de los automatismos como el parpadeo espontáneo, el balanceo de los brazos en la marcha al caminar), hipertonía, temblor de reposo exagerado (20).

En el Sistema cardiovascular una de las enfermedades más prevalente es la hipertensión arterial, que se caracteriza por un aumento de su espesor con cambios en su estructura y aumento de la resistencia. Una de las complicaciones de esta patología es el Accidente cerebrovascular, que se caracteriza por la interrupción del flujo sanguíneo a una parte del cerebro debido a que un vaso sanguíneo se bloquea o se rompe. Si se detiene el flujo sanguíneo durante más de unos pocos segundos, el cerebro no puede recibir sangre y oxígeno. Las células cerebrales pueden morir, causando daño permanente. Los principales síntomas son cambios en la lucidez mental (incluyendo coma, somnolencia y pérdida del conocimiento, la memoria y los sentidos), dificultad para deglutir, mareos, falta de control de esfínteres, incoordinación, entumecimiento de un lado del cuerpo y problemas para caminar (20).

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

En el sistema músculo esquelético dentro de las principales alteraciones se encuentra la Osteoporosis que es un proceso degenerativo caracterizado por la desmineralización del hueso, que sucede con mayor frecuencia en mujeres posmenopáusicas, en personas sedentarias o inmobilizadas y en enfermos en tratamiento con corticosteroides (20).

Dentro de las enfermedades reumáticas se encuentra la osteoartritis o enfermedad articular degenerativa, en donde las articulaciones más afectadas son aquellas que soportan el peso corporal (caderas, rodillas, y espina dorsal). Los cartílagos que protegen las caras articulares (en los extremos de los huesos) se degeneran debido a la debilidad de las estructuras de apoyo, tales como los tendones, ligamentos, y músculos. Los síntomas son: Dolor articular, entumecimiento de las articulaciones (20).

Otra enfermedad reumática es la artritis reumatoide que representa el tipo de artritis más severa debido a conllevar a estados de invalidez. Generalmente comienza entre las edades de 20 a 45 años y afecta tres veces más a la mujer que al hombre. El síntoma principal es inflamación de las articulaciones, el dolor es severo y puede persistir por un período de tiempo mayor en comparación con la osteoartritis (20).

Por último, se encuentra el cáncer, que se caracteriza por un crecimiento y propagación descontrolada de células anormales. Éstos comúnmente crecen, invaden tejidos próximos y frecuentemente se diseminan hacia otras partes del cuerpo. Los síntomas más comunes son escalofríos, fatiga, inapetencia, malestar general, pérdida de peso e incluso la muerte (20).

Las enfermedades crónicas tienen un alto índice de morbilidad y mortalidad, y en muchos casos, son el resultado de las conductas adoptadas por las personas a lo largo de su vida, como fumar, la falta de sueño, el sedentarismo, las dietas inadecuadas y el consumo de bebidas alcohólicas; Además, debido a la duración significativa de la enfermedad crónica, el individuo necesita aprender a vivir con ella, por lo cual la intervención se debe encaminar a la modificación de la conducta, el control del estrés y la responsabilidad de cada persona con su salud (20).

### **4.3. La dependencia en personas mayores**

De acuerdo con la definición adoptada por el Consejo de Europa en el año 1998, el término dependencia incluye la idea de vínculo, de relación, de atención y de cuidados. Está estrechamente ligado a la discapacidad y pérdida de autonomía, se trata de una compleja relación entre términos. La dependencia no va necesariamente asociada a la edad avanzada, pero, bien es verdad que ésta supone un tipo dependencia específica y de la que se derivan condicionamientos singulares de la producida por discapacidad(19)

Según Rodríguez Cabrero (2004), aunque la dependencia recorre toda la estructura social de edades, en la actualidad uno de cada tres dependientes tiene más de 65 años, de ahí que, la problemática de la dependencia tienda a reducirse a la del envejecimiento (20).

La valoración completa del estado de salud abarca la revisión por sistemas, el estado mental, situación social y nivel de autonomía, así como la capacidad para funcionar como persona independiente a pesar de la presencia de enfermedades crónicas (20)

Según lo anterior, a continuación, describimos los cambios más significativos en los diferentes sistemas y órganos del ser humano.

**Sistema nervioso:** la estructura y funcionamiento de esta sistema cambia con el aumento de la edad, hay disminución progresiva de la masa cerebral que se le atribuye a la muerte de neuronas o células que no se reproducen; el cerebro y la médula espinal pierden peso, los productos de desecho se acumulan en el tejido cerebral ocasionando el engrosamiento de las meninges, se pierde masa celular nerviosa provocando atrofia del cerebro y la médula espinal, además se presenta una disminución en la cantidad de células nerviosas que trae como consecuencia la disminución en la velocidad de transmisión del mensaje, disminución en la percepción y enlentecimiento en la coordinación sensorio-motora. Además, disminuye en el sentido del tacto y sensación de dolor creando confusión y disminución en el control de la musculatura esquelética que conlleva a caídas (20).

**Sistema cardiovascular:** se presenta leve incremento en el tamaño del corazón, la pared cardiaca es más gruesa, el gasto cardiaco en reposo disminuye aproximadamente 1% cada año después de los 20 años, las válvulas cardíacas son más gruesas, las arterias se dilatan y pierden elasticidades y son invadidas por capas de grasa, colesterol tejido fibroso y calcio (20).

**Aparato respiratorio:** se aprecia calcificación de cartílagos costales, disminución de movilidad de las costillas y los músculos accesorios son menos efectivos, además hay menor eficacia de la tos y de la actividad ciliar lo que hace al adulto mayor a infecciones respiratorias (20).

**Piel y anexos:** la epidermis y dermis se adelgazan, disminuyen el número de fibras elásticas, se reduce la cantidad de grasa subcutánea en especial en extremidades, hay disminución de capilares y de riego sanguíneo por lo que la piel es menos elástica, reseca, se arruga, con irritaciones, menos pigmentación, se reduce la tolerancia a las temperaturas y a la luz solar (20).

**Sistema genitourinario:** hay disminución en el tamaño de los riñones, los músculos de la vejiga se debilitan, se aumenta la eliminación de agua y hay menor capacidad de reabsorción y secreción tubular, el esfínter urinario es menos capaz de cerrarse, en los hombres la próstata tiende a aumentar su volumen, hay retención de orina e incontinencia urinaria (20).

**Sistema músculo esquelético:** se presenta disminución en la altura, se altera la movilidad, el equilibrio y funcionamiento de órganos internos, los ligamentos pierden elasticidad, las articulaciones se hacen menos estables, los músculos disminuyen en tamaño, fuerza, flexibilidad y resistencia, se acorta el paso y la velocidad, pérdida de fuerza en extremidades inferiores, hay balanceo y dificultad para subir escaleras (20).

Órganos de los sentidos: el punto de enfoque para la visión cercana hacia el eje, la capacidad para diferenciar el verde del azul disminuye, hay deterioro de la capacidad para escuchar tonos agudos, hay acumulación de cerumen, pérdida de sensibilidad a sabores dulces, a estar mucho tiempo percibiendo un determinado olor (20).

#### **4.4. Discapacidad y dependencia: conceptos y medidas**

La discapacidad es el resultado de las limitaciones en el funcionamiento físico y mental. En la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) se utiliza el término «capacidad» para designar las capacidades fisiológicas, cognitivas y sensoriales que constituyen los elementos básicos en la ejecución de las actividades de la vida diaria: la movilidad de los miembros superiores e inferiores, la memoria, el aprendizaje, la visión, la audición y la comunicación. La discapacidad se origina en las enfermedades y en las condiciones asociadas al envejecimiento que afectan a estos elementos (18).

La dependencia se evalúa por la necesidad de supervisión o ayuda de terceras personas para realizar las actividades de la vida que permiten mantener una vida autónoma en el domicilio habitual. La dependencia está también fuertemente determinada por el contexto físico y social. Siguiendo a Freedman, adoptaremos el término «acomodamiento» para designar las respuestas comportamentales y ambientales a los cambios de capacidad funcional que acompañan el envejecimiento (18).

Los acomodamientos incluyen la recepción de ayuda de terceras personas, la utilización de ayudas técnicas, las modificaciones del entorno físico y de las relaciones sociales, y otros mecanismos compensatorios tales como hacer la actividad con menor frecuencia o más lentamente o de otra manera (18).

Así como los cambios que se pueden manifestar en los individuos; dado los adelantos científicos, tecnológicos y culturales el proceso de envejecimiento implica alteraciones en aspectos sociales, familiares, psicológicos y fisiológicos, las cuales influyen sustancialmente en la vida del individuo. Estas transformaciones, relacionadas entre sí, en algunas personas pueden significar deterioro funcional y por ende dependencia para la realización de las actividades de la vida diaria. Además, de los cambios regulares concomitantes con el paso de los años, con mucha frecuencia los ancianos presentan patologías que pueden contribuir a agudizar su grado de dependencia funcional y por ende de su cuidado(18).

Como refiere Ruiz-Torres "El envejecimiento no es un proceso que afecte por igual a los órganos simultáneamente. No obstante, a medida que transcurre la vida, el envejecimiento envuelve a todo el organismo, aunque las diferencias en la aceleración, que se refleja en la intensidad, distinguen unos órganos de otros". Así mismo, según Gómez y otros, los cambios que se presentan en cada individuo se manifiestan de una manera particular (18).

#### **4.5. El contexto - La necesidad de ayuda de otra persona**

Cuando la persona va a tener limitaciones en el desempeño de ciertas actividades a causa de un déficit que presenta en su estado de salud, puede precisar de la ayuda de una tercera persona para

conseguir ejecutarlas. Esta ayuda o apoyo por parte de otra persona se clasifica como un factor ambiental y se define como “la cantidad de ayuda o apoyo que puede proporcionar otra persona, tanto en el plano físico como emocional, en aspectos relacionados con la nutrición, limpieza, protección, asistencia y relaciones, en sus casas, en sus entornos laborales, en la escuela, en el juego o en cualquier otro aspecto de sus actividades diarias” (17).

Parafraseando a Caballer y Ramiro, consideramos que la ayuda de otra persona está condicionada por una serie de factores contextuales ambientales y personales que harán que el nivel de ayuda pueda ser muy variable, en cantidad y en calidad, lo que requiere medir la intensidad, identificar quién es la persona que la presta, el nivel de satisfacción y las preferencias, y la variabilidad (17).

#### **4.6. El cuidador y el cuidado**

El cuidador es aquella persona que se encuentra implicada en las labores de cuidado de otra persona que padece una enfermedad crónica de forma permanente o temporal. Es la persona que se responsabiliza de las necesidades del tratamiento y de representar los intereses de su ser querido, al mismo tiempo debe atender sin distracción su propia salud mental y física, su trabajo, sus tareas familiares, sus amistades, darse espacio para el disfrute de lo cotidiano, el esparcimiento (21).

#### **4.7. Estilos de vida saludable**

Los estilos de vida saludable son una estrategia global, que hace parte de una tendencia moderna de salud, básicamente está enmarcada dentro de la prevención de enfermedades y promoción de la salud y se generó para mejorar los factores de riesgo como la alimentación poco saludable y el sedentarismo, los estilos de vida saludable tienen que ver con actividad física y alimentación para prevenir enfermedades de tipo metabólico y cardiovascular (21).

El autocuidado es entonces en sí mismo una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo por sí solas o haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada, continua y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus períodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales, es por esto por lo que vale la pena resaltar que en los extremos de la vida el autocuidado se ve más deteriorado en las personas, lo cual las convierte en seres frágiles y dependientes de otros para mantener un equilibrio cercano o a la salud (20).

Lo anterior ha sido plasmado en el programa interdisciplinario de funcionarios cuidadores de la Universidad de Chile cuyo propósito es generar una intervención institucional para promover la salud de los trabajadores que cuidan a un familiar con dependencia. Este programa considera que el modelo de intervención es pionero pues aborda, desde la dimensión laboral, la intervención en beneficio del binomio funcionario cuidador-familiar con el objeto de mejorar su calidad de vida. Pretende fortalecer las habilidades de autocuidado del funcionario cuidador y generar políticas institucionales que faciliten el cumplimiento de ambos roles en forma eficiente y saludable. Sus principales componentes estructurales son: capacitación para el cuidado y autocuidado, acompañamiento, comunidad de cuidadores familiares UC, y asesoría profesional remota (12).

Se concluye que se trata de un programa interdisciplinario que aborda un relevante problema laboral y familiar en nuestra sociedad, que no ha sido considerado en las políticas institucionales en Chile y que se está agudizando con el envejecimiento de la población y el incremento de mujeres en la fuerza de trabajo (12).

De otro lado, la ciudad de Medellín ha sido pionera con su programa de familias cuidadoras, este programa atiende a 100 adultos mayores, quienes además de recibir un apoyo económico, también reciben atención en gerontología, psicología, trabajo social y nutrición. Este programa ha brindado espacios de bienestar; los adultos mayores beneficiados viven en una red de hogares, donde, además, se potencializan sus habilidades mediante talleres de danza, teatro, cultivo de huertas, artes plásticas y manualidades, con el fin de promover una vejez activa (13).

En este sentido, se entiende que atender a una persona con algún tipo de dependencia es una tarea muy exigente; de ella derivan ciertos trastornos que alteran la vida de quienes cuidan de esas personas dependientes, y es necesario identificar cuál es el grado de sobrecarga, para lo que existen ciertas herramientas. Una de ellas es la Escala de Zarit o Test de Zarit, es un sistema de medición para valorar la sobrecarga de un cuidador.

Se utiliza en estudios de dependencia en atención primaria y permite identificar el grado de bienestar, sus niveles de consciencia y percepción. Esta prueba dotará de toda la información para entender, a nivel psicológico, el estado del cuidador respecto a su labor. Va dirigido a todas aquellas personas que estén brindando cuidados a uno o más pacientes con algún tipo de dependencia diagnosticada. Este instrumento de evaluación psicométrico destinado a medir el nivel de afección consta de 22 preguntas de las que, en base a su respuesta puntuable, determinará ese nivel de afección que presenta el cuidador (14). Los valores de frecuencia de los que dispone el cuidador para puntuar cada pregunta están entre el 1 (nunca) y 5 (casi siempre). Las áreas del cuestionario incluyen tanto las físicas como las psicológicas, además de los recursos financieros y sociales que se invierten en el cuidado(14).

El rango de puntuación total se situará entre los 22 y los 110 puntos, y cuanto más alto sea el total de puntos obtenido por el sujeto, el cuidador, mayor es el nivel de afección que presenta. Existen varios niveles de corte:(14).

Sin sobrecarga: 22-46 puntos

Sobrecarga: 47-55 puntos

Sobrecarga intensa: 56 – 110 puntos

El objetivo es detectar a tiempo esa afección para no caer en el síndrome del cuidador quemado, y evitar que el cuidador cree un ambiente disfuncional en el que sus labores y actos resulten contraproducentes para todos los implicados. Lo que en definitiva detecta el Test de Zarit es si el sujeto incurre en el conocido síndrome del cuidador. Este es un estado en el que la persona cuenta con una gran sobrecarga emocional, física e incluso económica, y que llega a afectar seriamente a la persona, modificando incluso los roles que desempeña cada uno de ellos dentro de su núcleo (14).

La situación dificulta la rutina y las actividades cotidianas de los cuidadores en el resto de los ámbitos de su vida. Puede provocar la pérdida de un empleo, separaciones familiares y situaciones desadaptativas para los sujetos (14).

Para evitar este síndrome o disminuir el riesgo de su padecimiento, es fundamental llevar a cabo cuestiones como repartir las tareas de cuidado, evitar el aislamiento social, cuidar los niveles de estrés y tener momentos de descanso: el deporte y una vida saludable pueden ser vías de escape. Por supuesto, hablar de la evolución del paciente con familiares o amigos es una gran terapia emocional (14).

Por otro lado, otra de las herramientas a utilizar es el Test Delta, el cual ha sido utilizado como método oficial de valoración del nivel de dependencia de las personas de la tercera edad; es una escala que consta, a su vez, de tres subescalas independientes. La primera de ellas es la que propiamente mide el grado de dependencia, como indicativo de la necesidad de cuidados de la persona, clasificándose en válida, asistida leve, asistida moderada y asistida severa evaluando las diez actividades de la vida diaria, movilización, deambulación y desplazamiento, aseo, vestido, alimentación, higiene, administración, cuidados de enfermería, necesidad de vigilancia y colaboración. Los distintos ítems de puntuación del test van de 0 a 3, que gradúa la severidad de cuidados, pasando desde la situación con menos afectación a la de mayor severidad (15).

Las puntuaciones totales se obtienen sumando los valores correspondientes a cada ítem, obteniéndose tres valores diferentes que corresponden a: dependencia: (puntuación máxima 30).

Deficiencia física: (puntuación máxima 15) y deficiencia psíquica: (puntuación máxima 15).(15)

Las otras dos subescalas, correspondientes a la deficiencia física y psíquica, son independientes entre sí y sirven para orientar sobre el origen de la dependencia (dependencia de origen físico y/o dependencia de origen psíquico). Este test, permitirá identificar el grado de dependencia del adulto mayor, basados en el abordaje completo del desarrollo de las 10 actividades diarias a evaluar en la clasificación de dependencia del adulto mayor (15).

Otro instrumento de medición es la escala de valoración conocida como Índice de Katz fue publicada en el año 1963, siendo elaborada en 1958 por un grupo multidisciplinar dirigido por el Dr. Sidney Katz, del The Benjamín Rose Hospital de Cleveland, para enfermos hospitalizados afectados de fractura de cadera (16)

En la actualidad, esta escala de valoración es utilizada principalmente en el campo de la rehabilitación y de la geriatría. Recoge seis apartados a valorar que incluyen cinco grupos de actividades (baño, vestido, uso de retrete, transferencias y alimentación) y una función corporal (continencia), dando la posibilidad de añadir otro no especificado(16).

El resultado no se recoge de forma numérica como sucede con otras escalas de valoración (si bien hay versiones con equivalencias numéricas). Se realiza una graduación en ocho niveles desde el A (mínima independencia) hasta el G (máxima dependencia), especificando que el nivel mínimo no significa independencia, sino una situación de dependencia ligera(16).

#### **4.8. Índice de Barthel**

Publicada por Mahoney y Barthel, este instrumento de evaluación funcional se convirtió en la escala más ampliamente divulgada y utilizada en la medición de la incapacidad física en pacientes geriátricos. En la actualidad es el instrumento recomendado por la Sociedad Británica de Geriátrica para la evaluación de las ABVD en la persona mayor (16).

Esta escala de valoración se utiliza principalmente en el campo de la rehabilitación y de la Geriátrica, así como en el ámbito de los ingresos residenciales (16).

Recoge 10 ítems a valorar que incluyen ocho grupos de actividades (alimentación, lavado, vestirse, aseo personal, uso de retrete, transferencias del cuerpo, deambulación y dificultad para subir y bajar escaleras) y dos funciones corporales (deposición y micción) (16).

Cada ítem puntúa 0, 5 o 10 puntos en función del desempeño de la persona valorada. La escala varía entre cero puntos (dependencia máxima) y 100 puntos (independencia). Un valor en la puntuación por debajo de 60 indica que la persona necesita supervisión o ayuda. Una puntuación de 35 o menor indica que hay incapacidad funcional importante (16).

#### **4.9. Índice de Lawton y Brody o de AVD instrumentales**

Construida por Lawton y Brody (1969), esta escala de valoración es utilizada principalmente en el campo de la rehabilitación y de la geriatría, así como en el ámbito de los ingresos residenciales. Así como el Índice de Barthel recoge la valoración de las ABVD, este instrumento se usa para complementar esa valoración, en los aspectos referidos a las actividades de tipo instrumental (16).

Los ítems de los que consta esta escala recogen ocho grupos de actividades en el caso de que la persona sea mujer y cinco para los varones. Las actividades para considerar serían las siguientes: uso de teléfono, compras, preparación de comida, trabajos domésticos, lavado de ropa, transporte, control de su medicación y capacidad de encargarse de sus finanzas (16).

Cada ítem puntúa 0 o 1 punto en función del desempeño de la persona valorada. La puntuación total de la escala varía entre cero (dependencia máxima) y ocho o cinco puntos (independencia total) dependiendo de la persona (16).

#### **4.10. Elaboración Matriz de Marco Lógico**

El Marco Lógico es una herramienta de trabajo con la cual un evaluador puede examinar el desempeño de un programa en todas sus etapas. Permite presentar de forma sistemática y lógica los objetivos de un programa y sus relaciones de causalidad. Asimismo, sirve para evaluar si se han alcanzado los objetivos y para definir los factores externos al programa que pueden influir en su consecución. La Matriz de Marco Lógico se elabora para efectos de la evaluación debe reflejar lo que el programa es en la actualidad. Si bien muchos programas no han sido diseñados con el método del Marco Lógico, se debe realizar un ejercicio de reconstrucción de los distintos niveles de objetivos del programa (fin, propósito, componentes) con sus respectivos indicadores, que

permitan medir el nivel de logro alcanzado. La Institución Responsable del programa debe completar cada casilla de la matriz (22).

La matriz del Marco Lógico debe incluir un resumen del proyecto, lo que se pretende hacer y cómo hacerlo, cuáles son los supuestos claves y cómo los insumos y productos del proyecto serán monitoreados y evaluados. Estructuralmente se muestra de manera global lo que se pretende alcanzar con el proyecto de manera organizada y lógica (22).

El análisis de la matriz del Marco Lógico permite confirmar si durante su construcción se ha mantenido la lógica necesaria, esta lógica se conforma de la lógica vertical relacionada con la ejecución del trabajo, es decir si las actividades realizadas se encaminan específicamente para generar cada producto y se cumplen los supuestos, por lo cual se obtienen los entregables o productos.

La lógica vertical y horizontal de la matriz de marco lógico es un análisis que permite confirmar si durante su construcción se ha mantenido la coherencia necesaria. Por su parte la lógica horizontal consiste en determinar si las fuentes de verificación son suficientes para obtener los datos requeridos para el cálculo de los indicadores, éstos permiten medir el estado del avance del proyecto y el logro de los objetivos (22). Los indicadores deben ser relevantes y útiles para la toma de decisiones, específicos en la medición y que cada indicador mida una variable (22). Por último, existen cuatro tipos de indicadores, de impacto inmediato, es decir que miden si se dio un cambio en la situación que se desea transformar, de resultado que miden los cambios que directamente pueden atribuirse a la ejecución del proyecto, indicadores de producto que miden el efecto logrado en la creación del proyecto y los indicadores de insumo, que son utilizados para el seguimiento y monitoreo de las actividades (22).

#### **4.11. Estudios descriptivos de corte transversal**

Los estudios de corte transversal corresponden a investigaciones de tipo observacional y descriptivo con los cuales se puede determinar la asociación entre variables y el desarrollo de un efecto de interés, censar poblaciones, describiendo las características de una población en un momento y lugar determinado. Tienen como objetivo conocer todos los casos sujetos a un evento de interés en un momento determinado, además de observar y describir las características de una población y estudiar la asociación entre un factor de exposición y el desarrollo de un evento de interés (23).

En los estudios descriptivos de corte transversal, se ha de definir la población de origen de la cual se va a extraer una muestra de estudio, además de definir de forma clara y precisa el factor o variable de exposición y los criterios de inclusión y exclusión. Algunas de las aplicaciones de este tipo de estudios, van desde estudios de prevalencia y asociación, estudios de pruebas diagnósticas y censos, altamente útiles para caracterizaciones de una población (23).

Por último, los estudios de corte transversal siendo descriptivos o analíticos proporcionan al investigación estimaciones de prevalencia con relación a un evento de interés, así como una evaluación entre la asociación de variables, proporcionan estudios relevantes y consistentes para la descripción de una situación en una población o muestra determinada, siendo útiles también para

la generación de hipótesis partiendo de la base de conocer la población evaluada, en tiempo y lugar determinado (23).

#### 4.12. Marco contextual

El municipio de Sonsón se encuentra ubicado en la zona oriente del departamento de Antioquia, en la vertiente oriental de la cordillera central, a una distancia de referencia con la ciudad de Medellín (Capital del departamento de Antioquia) de 113 kilómetros. Este limita con los municipios de: El Carmen de Viboral, La Unión, Abejorral, San Francisco, Puerto Triunfo, San Luis, Cocorná, Nariño, Argelia y el departamento de Caldas y Boyacá. La cabecera municipal dista 110 km de la ciudad de Medellín, capital de Antioquia (24).

La división política administrativa del municipio de Sonsón cuenta con una cabecera urbana, ubicada a 5° 42' 45" latitud norte y a 75° 18' 35" latitud oeste del meridiano de Greenwich, la cual se conforma de 16 barrios; en la zona rural cuenta con 101 veredas y 8 corregimientos, los cuales están distribuidos en dos zonas: zona del Magdalena medio y zona fría. En la zona del Magdalena medio hay tres corregimientos: La Danta, San Miguel y Jerusalén; en la zona fría los corregimientos son: Rioverde de los Montes, Rioverde de los Henaos, Los Medios, Los Potreros y El Alto de Sabanas (24).

#### 4.13. Contexto demográfico

La población de Sonsón según la residencia está distribuida porcentualmente en un 51,4% para el Resto lo que equivale a 18838 habitantes, y el 48,6% (17787 habitantes) corresponde a la cabecera. Indicadores que con respecto a los años anteriores presentan variaciones considerables como es el caso del indicador de la zona urbana, el cual presenta un leve aumento a través de los años, significando el desplazamiento de las personas del área rural al casco urbano (24).

Para el año 2021, según la proyección oficial del DANE, el Municipio de Sonsón presenta una población aproximada de 37193 habitantes, la cual ha presentado un aumento respecto a las cifras arrojadas para el año 2020 con 36625 (24).

**Tabla 1.** Proporción de la población por ciclo vital del municipio de Sonsón en los años 2015, 2021 y 2023.

Ciclo Vital	2015		2021		2023	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera Infancia (0 a 5 años)	3403	9,3	3256	8,7	3245	8,4
Infancia (6 a 11 años)	3792	10,4	3538	9,5	3570	9,3
Adolescencia (12 a 18 años)	4863	13,4	4375	11,7	4380	11,4
Juventud (19 a 26 años)	4807	13,2	4621	12,4	4604	12,0

Ciclo Vital	2015		2021		2023	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Adulthood (27 to 59 years)	14794	40,7	15467	41,6	15979	41,6
Older Person (60 and over)	4704	12,9	5936	15,9	6579	17,1
<b>Total</b>	<b>36363</b>	<b>100,0</b>	<b>37193</b>	<b>100,0</b>	<b>38357</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Proyecciones DANE, 2015, 2021, 2023

En esta tabla podemos observar que para el año 2021 se contaba con una población de 5936 adultos mayores equivalentes al 15,9% del total de la población, de los cuales 3160 son mujeres y 2.776 son hombre; por su lado la característica de la estructura demográfica de envejecimiento poblacional se resalta gracias al comportamiento incremental de los grupos etarios mayores, los cuales a lo largo del periodo presentaron aumentos en sus estimaciones. Así pues, se cuenta en el municipio de Sonsón con una población de 37.193 para el año 2021 de los cuales 5936 son adultos mayores (24).

#### 4.14. Contexto Social.

Se requiere más cuidado en unas etapas de la vida que en otras, y algunas veces recurrir a toda la ayuda posible de otras personas pues las condiciones de enfermedad y discapacidad cambian el panorama de autonomía, se traslada esta obra a los seres queridos, amigos o a personal del sistema sanitario. Diversos retos frente a esta situación se prevén, en primer lugar y más importante se encuentra la comprensión de este fenómeno, cuáles son hoy las dinámicas de las familias, cuál es la percepción que hoy se tiene de los viejos o de las personas con discapacidad, cuánto valor se demuestra y cuanta compasión existe para aquellas situaciones que pasaron en el mundo que relegaron el papel de los adultos mayores.

Lo segundo será un trabajo familiar concomitante a una intervención de protección social del estado, estos actores movilizados ayudarán a que estas personas, que ya por su condición tienen algún grado de vulnerabilidad, vivan más satisfechas, sus condiciones de vida sean mejores y hasta tengan un buen morir. En último lugar, aunque no menos importante, es que las comunidades cuiden más y mejor a su misma comunidad (24). Este trabajo debe ir acompañado de las diferentes instancias del ente territorial, organizaciones y movimientos sociales, como juntas de acción comunal, veedurías ciudadanas y diferentes movimientos sociales que hacen eco en el Municipio de Sonsón como la Asociación Municipal de Mujeres y demás actores sociales que sean partícipes de nuevas y mejores respuestas hacia las necesidades de la comunidad.

#### 4.15. Marco Normativo

##### Objetivos de Desarrollo Sostenible – Agenda 2030

Objetivo 3 Salud y bienestar para lograr el desarrollo sostenible es fundamental garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad (25).

## **Plan decenal de Salud Pública 2022-2031**

El cuidado se concibe como una facultad humana que supera los roles de género y que implica una disposición relacional y una práctica responsable consigo mismo, con otros (as) y con el entorno. Un proceso que recurre a escuchar, prestar atención, estar presente, actuar con tacto, generar confianza y brindar una respuesta integral y respetuosa ante las necesidades de los(as) otros(as) y de lo Otro. El cuidado no 127 es un asunto privado ni mucho menos individual, constituye en sí mismo una responsabilidad pública y colectiva, una ética (26).

### **Ley 1251 de 2008 (artículo 17)**

1 protección a la salud y bienestar social: los adultos mayores tienen derecho a la protección integral de salud y el deber de participar en la promoción y defensa de la salud propia, así como la de su familia y su comunidad (27).

2 educación, cultura y recreación: el estado deberá promocionar y estimular los programas de gerontología, crear grupos temáticos sobre envejecimiento y vejez, proponer el acceso del adulto mayor a la educación en diversas formas y niveles, desarrollar acciones para construir una cultura de la vejez y envejecimiento activo (27).

3. Entorno físico y social favorable: el estado deberá garantizar a los adultos mayores condiciones óptimas para que el entorno físico sea acorde a sus necesidades (27).

### **Ley 1315 de 2009**

Por la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifican la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención (28).

### **Ley 1171 de 2007**

Establece beneficios en salud para las personas mayores de 62 años relativos a establecer obligaciones a la EPS, la asignación de citas dentro de las 48 horas siguientes a la solicitud, así como la entrega de medicamentos a domicilio dentro de las 72 horas siguientes a la prescripción. Además, confiere competencias a la Superintendencia Nacional de Salud para sancionar a quienes incumplan estas obligaciones (29).

### **Ley 1276 de 2009**

La protección a las personas de la tercera edad de los niveles I y II de Sisbén, a través de los Centros Vida, como instituciones que contribuyen a brindarles una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida y establece nuevos criterios de atención integral a los adultos mayores en estos centros (30).

### **Ley 2055 de 2020**

Por medio de la cual se aprueba la convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores con el fin de promover, proteger y asegurar, el reconocimiento

y pleno goce de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad (31).

**Decreto 681 del 22 de mayo del 2022**

Por medio del cual se adopta la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031 y se dispone la formulación del Plan Nacional de Acción Intersectorial de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez y se crea el Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez (32).

## **5. Metodología**

### **5.1 Fundamentación Epistemológica-Ontológica**

Desde la epistemología se enfocó esta investigación siguiendo unos determinados patrones de la ciencia que respondieron o están representados bajo el sistema sujeto – objeto, utilizando las herramientas como la escala de Zarit y el Test Delta para caracterizar la población adulta mayor y a su vez analizar el nivel de dependencia de los adultos mayores y la sobrecarga del cuidador primario, los cuales se basaron en unas reglas establecidas desde las mediciones, las cuales respondieron a nuestra pregunta de investigación. Ya que se buscó a través de la medición e interpretación de los resultados, verídicos y confiables formular una propuesta y así dar respuesta a las necesidades identificadas.

Desde lo ontológico se identificó la necesidad del ser, de igual manera se plasmó la realidad de los adultos mayores con dependencia y como su proceso vital puede verse modificado por el curso natural del envejecimiento, la enfermedad o discapacidad y cómo estas transformaciones intervienen también en la cotidianidad del cuidador primario siendo éste, un agente activo de la realidad del adulto mayor, de igual manera, este trabajo se enfocó en analizar el grado de sobrecarga del cuidador primario desde su propia realidad, donde se identificaron las necesidades de estos dos grupos de poblaciones.

### **5.2. Paradigma Empírico Analítico**

Este mecanismo de estudio se basó en la experiencia, tomando en cuenta todos los elementos presentes dentro de una investigación en relación con la causa efecto, para nuestro análisis de la dependencia de cuidado del adulto mayor y el grado de sobrecarga del cuidador primario, permitió deducir circunstancias de manera medible y cuantificable, que finalmente de la mano del método científico por sus normas ya establecidas se encargaron de argumentar sus teorías. Para llevar a cabo este método en primer lugar se definió el tema de análisis y en segundo se ejecutó un plan de acción que permitió llevar a cabo los procesos necesarios para determinar la veracidad de la pregunta de investigación planteada (35).

Por lo tanto, se caracterizó por ser un método fáctico, es decir, basado en hechos existentes, utilizando la verificación empírica para comprobar las hipótesis a través de la contrastación perceptiva, pues no tomó sus fallas como errores, se utilizó como un medio de superación estando siempre en apertura a la adquisición de conocimientos y técnicas actuales con la finalidad de encontrarse más cerca de la veracidad de su objeto de estudio.

### **5.3 Enfoque de diseño de estudio**

El enfoque de diseño del estudio fue cuantitativo ya que con la recolección y análisis de la información a través de los datos desde diferentes fuentes se pudo medir el nivel dependencia y el grado de sobrecarga del cuidador primario, y de esta manera se realizó el respectivo análisis estadístico descriptivo, es importante mencionar que se llevó a cabo la investigación utilizando la

observación cuantitativa (recopilación objetiva de datos que se centraron en números y valores) (36).

De igual manera, se utilizó el diseño de investigación transversal, ya que se enfocó en caracterizar una población de adultos mayor con algún tipo de dependencia y a sus cuidadores primarios, con el objetivo de analizar variables donde se pudo relacionar y comprender el panorama de la realidad estudiada; el enfoque de estudio fue cuantitativo ya que con la recolección de datos se midió numéricamente y se pudo realizar el respectivo análisis estadístico.

#### 5.4 Población, muestra y muestreo

La población objeto de estudio fueron los adultos mayores en situación de dependencia de cuidado y sus cuidadores primarios de la cabecera municipal del Municipio de Sonsón. Para esta investigación se contó con una población de 677 adultos mayores, y se tomó una muestra representativa de 253 adultos mayores, se utilizó la fórmula para muestreo finito (41), se trabajó con un 95% de confianza y con un 5% de error.

Se implementó el muestreo aleatorio simple, y este se caracterizó porque cada unidad que componía la población tenía la misma posibilidad de ser seleccionado, donde la numeración de los miembros de la población fue de 1 a 677, luego, el tamaño de la muestra fue determinada mediante la utilización de una tabla de números aleatorios en el Excel donde se encontraba la información de la base de datos, con un intervalo de confianza correspondiente a 1 y una distribución normal de 0,1 esto nos permitió tener una numeración de cada sujeto muestral en relación de dos en dos casillas de la tabla de número aleatorios que nos permitió identificar la muestra total del estudio con 253 adultos mayores, es de anotar que, se contó con una base de datos que nos facilitó el programa del Adulto mayor, Centro Vida del Municipio de Sonsón.

#### 5.5 Variables

Las variables que se utilizaron fueron respuestas afirmativas o negativas que nos permitieron que el encuestado no se desviase del tema de investigación. (Anexo 3. Variables y Categorías)

**Tabla 2. Variables**

<b>Nombre</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Nivel de medición</b>	<b>Categoría</b>
Edad	Cuantitativa	Razón discreta	Años cumplidos
Sexo	Cualitativa	Nominal	1. Hombre - 2. Mujer
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Separado 4. Unión libre 5. Viudo

<b>Nombre</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Nivel de medición</b>	<b>Categoría</b>
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	1. Sin Estudio 2. Estudios Primarios 3. Estudios Secundarios 4. Estudios Superiores
Régimen de afiliación al sistema de salud del adulto mayor	Cualitativa	Nominal	1. Subsidiado 2. Contributivo 3. Otro
Ocupación	Cualitativa	Nominal	1. Ama de casa 2. Agricultor 3. Obrero 4. Profesional 5. Oficios varios 6. Ninguna 7. Otra
Dirección de residencia	Cuantitativa	Ordinal	ubicación
Barrio	Cualitativa	Nominal	Ubicación
Teléfono	Cuantitativa	Ordinal	Fijo
Celular	Cuantitativa	Ordinal	Móvil
EAPB-EPS	Cualitativa	Nominal	1. Savia Salud 2. Nueva Eps 3. Ecoopsos 4. Otra
Estrato Socioeconómico	Cualitativa	Ordinal	Nivel de estrato
Grupo Étnico	Cualitativa	Nominal	1. Afrocolombianos 2. Mestizos 3. Indígena 4. Raizales 5. Otro
Tiene Discapacidad	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
Tipo de Discapacidad	Cualitativa	Nominal	1. Sensorial 2. Cognitivo 3. Física 4. Congénita 5. Adquirida
El usuario cuenta con cuidador primario	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No

<b>Nombre</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Nivel de medición</b>	<b>Categoría</b>
Parentesco	Cualitativa	Nominal	1. Madre 2. Padre 3. Hermano 4. Hijo 5. Otro familiar 6. Amigo/a
Víctima del conflicto armado	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
Tiene enfermedades diagnosticadas	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
Cuál	Cualitativa	Nominal	Patología
Pensionado	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
Tenencia de la vivienda	Cualitativa	Nominal	1. Propia 2. Familiar 3. Arrendada 4. Prestada 5. Comodato
Actitud frente a su condición	Cualitativa	Ordinal	1. Excelente 2. Buena 3. Regular 4. Mala
Tiene depresión	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
Edad del cuidador (años)	Cuantitativa	Razón discreta	Años cumplidos
Sexo del cuidador	Cualitativa	Nominal	1. Hombre 2. Mujer
Escolaridad del cuidador	Cualitativa	Ordinal	1. Sin Estudio 2. Estudios Primarios 3. Estudios Secundarios 4. Estudios Superiores
Régimen de afiliación al sistema de salud del cuidador	Cualitativa	Nominal	1. Subsidiado 2. Contributivo 3. Otro

Nombre	Naturaleza	Nivel de medición	Categoría
Estado conyugal del cuidador	Cualitativa	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Separado 4. Unión libre 5. Viudo
Ocupación diferente a la de cuidador	Cualitativa	Nominal	1. Ama de casa 2. Agricultor 3. Obrero 4. Profesional 5. Oficios varios 6. Ninguna 7. Otra
Tiempo cumplido como cuidador	Cuantitativa	Discreta	1. Tiempo cumplido como cuidador
Recibe alguna compensación por el tiempo como cuidador	Cualitativa	Nominal	1. Dinero 2. Especie
Cuanto recibe en dinero	Cuantitativa	Discreta	Valor en dinero
Que compensación recibe en especie	Cualitativa	Nominal	Compensación en especie
Horas diarias dedicadas al cuidado	Cuantitativa	Continua	1. Total de tiempo destinado

## 5.6. Metodología marco lógico

Se utilizó la metodología del marco lógico, como herramienta para presentar la propuesta que da respuesta a nuestro objetivo número cuatro, diseño de un proyecto que se enfoca en la necesidad o problema detectado en los resultados de esta investigación. Se organizó el trabajo y se orientaron

los objetivos bajo la metodología del marco lógico, con sus principales etapas, que va desde el análisis de involucrados hasta la matriz del marco lógico y la medición a través de los indicadores.

## 5.7 Criterios de inclusión y de exclusión de la muestra

Adultos Mayores de la cabecera municipal del Municipio de Sonsón y sus cuidadores primarios registrados en la base de datos del programa Centro Vida. Excluyendo los adultos mayores residentes en la zona rural y corregimientos, y aquellos adultos mayores que padecieran de patologías mentales. Se aplicó un filtro por sectores, donde se realizaron llamadas telefónicas para presentarnos como estudiantes y contarles acerca del trabajo de investigación, así mismo, se preguntó si estaban de acuerdo en participar del trabajo de investigación tanto al adulto mayor como al cuidador primario y se designó una cita de visita para la aplicación del Test de Delta al adulto mayor y la Escala de Zarit al cuidador.

## **5.8 Fuentes, técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos.**

Se aplicaron dos instrumentos de recolección de datos: el Test de Delta y la Escala de Zarit, se utilizaron estas dos herramientas ya que con la aplicación de estas se pudo dar respuesta a nuestra investigación.

Se utilizó la escala de Zarit, ya que se adapta a la medición del grado de sobrecarga de las personas al cuidado de pacientes con algún tipo de dependencia diagnosticada. La cual utiliza los siguientes valores de frecuencia: 1: Nunca 2: Rara vez 3: A veces 4: Frecuentemente 5: Casi siempre, dejando como resultado un rango de puntuación: Sin sobrecarga: 22-46 puntos - Sobrecarga leve: 47-55 puntos - Sobrecarga intensa: 56-110 puntos (22).

Con el Test de Delta se evaluó el nivel de dependencia de los adultos mayores, el cual mide la necesidad de cuidado de una persona, donde se clasificó la dependencia bajo una puntuación máxima de 30 puntos. Por lo tanto, como resultado de esta clasificación, se obtuvo el nivel de dependencia como: asistida leve, asistida moderada, asistida severa.

Una de las principales fuentes de apoyo para dicha investigación fue la base de datos del Adulto Mayor, que proporcionó el programa Centro vida del Municipio de Sonsón, mediante un correo electrónico en el cual se adjuntó carta de presentación anexo 2, donde se solicitó la información acerca de los adultos mayores que se encontraban activos en el programa, es así, como se obtuvo la base de datos. Posteriormente, se procedió a realizar prueba piloto para determinar posibles ajustes, teniendo en cuenta una muestra de 3 participantes con su respectivo consentimiento informado anexo 4, donde se fortaleció el cuerpo del formulario y se corrigieron algunos detalles que el encuestador detectó al momento de realizarlo.

Después de confirmar las visitas domiciliarias se programó fecha y hora para la aplicación del instrumento, con una duración de 20 minutos, cumpliendo con las políticas y compromisos anexo 3 y aplicando el consentimiento informado ver anexo 4.

## **5.9 Procesamiento de la Información**

Como principales técnicas de apoyo se emplearon los programas, Epidat 4.2, Excel, y Word ya que son idóneos a la hora de interpretar y analizar la información de una manera eficiente y confiable.

## **5.10 Publicación y divulgación de resultados**

Esta investigación se efectuó sólo con fines de carácter académico, con la coordinación del asesor del proyecto Héctor Bayrón Agudelo García, de igual manera, se socializó ante el comité designado por la Universidad de Antioquia. Se radicará la propuesta del programa de cuidadores ante el Municipio de Sonsón.

## 6. Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas se fundamentaron en las normas internacionales y nacionales aplicadas en investigación las cuales son:

Normas Internacionales: pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos (CIOMS) 1982 Revisadas en 1993,2002 y 2016.

Normas Nacionales: Resolución 8430 de 1993 “Establece las Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”, y la ley 1581 de 2012 “Establece el uso de datos personales y bases de datos”.

Según el primer código internacional de ética para la investigación con seres humanos, publicado el 19 de agosto de 1947 estableció las normas para llevar a cabo experimentos con seres humanos, incidiendo especialmente en la obtención del consentimiento voluntario de la persona, por lo anterior, para nuestro trabajo de grado fue absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano, el cual fue aplicado a todos nuestros participantes adultos mayores y sus cuidadores primarios, y que en los casos donde, el adulto mayor no poseía la habilidad de tomar decisiones fue el cuidador primario y/o responsable quien nos firmó el asentimiento, es de anotar que, nuestra investigación éticamente fue confidencial y se administró la información solo con fines académicos.

Por su parte en Colombia las investigaciones están regidas bajo la resolución 8430 de 1993, ésta constituye la herramienta fundamental que determina los estándares mínimos de protección a los sujetos de investigación, siendo así, la ética en la investigación abarca aspectos relacionados con quienes la realizan, las relaciones que se establecen entre las partes involucradas, la calidad técnica de la propuesta, las consideraciones de justicia y bienestar y la selección de los participantes teniendo en cuenta sus contextos, el conocimiento alcanzado, los beneficios individuales y colectivos, científicos y políticos que se alcanzan al poner dicho conocimiento al servicio de la sociedad (37).

La presente investigación se desarrolló en la cabecera municipal del Municipio de Sonsón, Antioquia, con previa aceptación de la Secretaría de Inclusión Social y familia, por medio del programa del adulto mayor Centro Vida, ya que fueron facilitadores para el acceso a la información, la cual fue tratada con confidencialidad y solo se utilizó para fines académicos y sus datos fueron reservados por los integrantes de la investigación y esta fue llevada a cabo de manera anónima.

Cada adulto mayor y su cuidador primario participó de manera voluntaria y fueron informados de que su participación representaría un riesgo mínimo; ya que solo se aplicaron los instrumentos del Test de Delta y la Escala de Zarit.

Por lo anterior, esta investigación se realizó con un nivel de riesgo mínimo según la resolución 8430 de 1993, dado a que los participantes fueron expuestos a sufrir alteraciones psicológicas por la posibilidad de producir estados negativos o alterados en la conducta, incluyendo ansiedad,

depresión, culpa, sentimientos de inutilidad, enojo o miedo. Estos pueden tener lugar si los participantes de la investigación precisan recordar eventos penosos y se pueden herir las susceptibilidades.

Por ende, al realizar esta investigación se tomó cuidado al momento de aplicar las herramientas de recolección de datos, con los valores y principios éticos sin herir los sentimientos tanto del cuidador como del adulto mayor. Así mismo, fue preciso tener presente el manejo adecuado de la situación y estar debidamente capacitadas para resolverlo. Con la población estudio se tuvo en cuenta los principios bioéticos, guardándose confidencialidad a las respuestas emitidas por los adultos mayores y sus cuidadores, se aplicaron valores como:

Respeto mutuo: nos basamos en el sentimiento de reciprocidad, donde se respeta al otro y se recibe de vuelta el mismo respeto.

Veracidad: se tomaron los datos como únicos y verdaderos ya que fueron plasmados por ellos mismos.

Transparencia: especificar con claridad el propósito de dicha investigación.

Responsabilidad: fue responsabilidad del equipo investigador realizar acciones que permitan cumplir el objeto de estudio.

Consentimiento informado: La investigación se realizó bajo la pauta 7, éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos (CIOMS) 1982 Revisadas en 1993,2002 y 2016. aplicando un consentimiento informado, el cual fue entregado a los adultos mayores y a sus cuidadores primarios, al momento de aplicar el instrumento de recolección de datos, se explicó el procedimiento y se inició la lectura del consentimiento informado (Anexo 4 Consentimiento Informado), Una vez fue aceptada y firmada la participación se procedió a aplicar el instrumento de la investigación.

La participación de los adultos mayores y sus cuidadores primarios, quienes brindaron la información, por medio de un instrumento de recolección de información, la cual fue reservado, archivado y custodiado por las investigadoras, sin afectar las susceptibilidades de los encuestados, aplicando las normas de las pautas éticas internacionales de la investigación biomédica en los seres humanos por medio de un consentimiento informado debidamente diligenciado y bajo la ley 1581 de 2012, uso de datos personales y bases de datos.

## 7. Resultados

### **Caracterización del Adulto mayor y el cuidador primario del Municipio de Sonsón**

En el marco del proyecto de investigación, dependencia de cuidado del adulto mayor y sobrecarga del cuidador primario en la zona urbana del Municipio de Sonsón en el año 2023, tomando como fuente de información 677 personas que se encuentran en el programa del adulto mayor” Centro Vida” en la Secretaría de Inclusión Social y Familia, se procede a estudiar una muestra de 253 adultos mayores, de los cuales se encontró aspectos demográficos, donde predominaron la mujeres con el 67,6% y los hombres con un 32,4%, esto aduce que por cultura y por la esperanza de vida en Colombia las mujeres viven más, así mismo, se observó que el promedio de edad para las mujeres fue de 72 años y para los hombres de 73 años cumplidos.

Según la escolaridad, la mayoría de los adultos mayores no tienen estudios o tienen estudios primarios reflejados en un 59,3%, es así como se puede inferir, que por falta de educación se pudo haber adquirido un nivel de dependencia. El 41,1% de la población estudiada presentó un estado civil casado con lo que podemos observar que tienen una relación sentimental formal con otra persona, sin embargo; el 53,4% pertenece a los solteros, viudos y separados por lo que pueden estar en condiciones de soledad.

El 49,8% de los adultos mayores son amas de casa esto se ve reflejado a que la mujer enfrenta situaciones de nivel educativo, actividades relacionadas con el hogar y la cultura de estar al cuidado de sus hijos, además, un 23,7% sin ninguna ocupación, indicando que no tuvieron un trabajo formal para llegar a alcanzar una pensión, dato que se ve reflejado en la población sin pensión con el 9,1%, a su vez, se observó que un 80,2% de adultos pertenecen al régimen subsidiado y pertenecen a la EPS savia salud. Es así, como el 55,3 % reciben subsidio gubernamental, lo que infiere un apoyo económico para cubrir algunos de sus gastos, sin embargo; el 44,7% está sin cobertura en dicho programa.

El 9,8% de la población encuestada está clasificada en el nivel del Sisbén B5 indicando que se encuentran dentro del grupo de pobreza moderada, además, predominó con un 64,4% el estrato socioeconómico 2. Por otro lado, el 42,6% de los adultos encuestados presentan algún tipo de discapacidad, de los cuales el 40,3 % presentan discapacidad física. También se observó que el 79,8% tienen algún tipo de enfermedad diagnosticada de las cuales predominaron las del sistema cardiocirculatorio con un 37,1%

Es importante mencionar que el 54,5% de los adultos mayores residen en vivienda propia, sin embargo; es preocupante que el 26,1% viven en una vivienda arrendada o prestada, teniendo en cuenta que son adultos mayores vulnerables, con bajos ingresos económicos y que no alcanzaron una pensión.

El 24,5% de los adultos mayores cuenta con cuidador primario, donde su parentesco son los hijos representados con el 12,3%. Positivamente, el 85,4% de los adultos encuestados refiere no tener depresión, asociado con una buena actitud frente a su condición de vida representado con el 76,2%,

aunque es preocupante que el 14,6% de adultos sienten depresión lo que puede inferir en la descompensación de sus patologías y bienestar emocional.

**Tabla 3. Caracterización del adulto mayor en el Municipio de Sonsón, 2023.**

<b>Variable</b>	<b>Intervalo o Categoría</b>	<b>Adulto Mayor</b>	<b>%</b>	<b>%Acumulado</b>
Total		253	100,0	
Edad	60-64	32	12,6	12,6
	65-69	62	24,5	37,2
	70-74	58	22,9	60,1
	75-79	40	15,8	75,9
	80-84	31	12,3	88,1
	85-89	20	7,9	96,0
	90-94	7	2,8	98,8
	95-99	2	0,8	99,6
	100 y Más	1	0,4	100,0
Sexo	Hombre	82	32,4	32,4
	Mujer	171	67,6	100,0
Estado Civil	Soltero	48	19,0	19,0
	Casado	104	41,1	60,1
	Separado	18	7,1	67,2
	Unión Libre	14	5,5	72,7
	Viudo	69	27,3	100,0
Régimen Afiliación	Subsidiado	203	80,2	80,2
	Contributivo	50	19,8	100,0
Escolaridad	Sin Estudios	17	6,7	6,7
	Estudios Primarios	133	52,6	59,3
	Estudios Secundarios	86	34,0	93,3
	Estudios Superiores	17	6,7	100,0
Ocupación	Ama de Casa	126	49,9	49,9
	Agricultor	5	1,9	51,8
	Obrero	2	0,8	52,6
	Profesional	4	1,6	54,2
	Oficios Varios	34	13,4	67,2
	Ninguna	60	23,7	91,3
	Otra	22	8,7	100,0
EAPB	Savia Salud	195	77,1	77,1
	Nueva EPS	45	17,8	94,9
	Sura EPS	9	3,6	98,5
	Sumimedical	3	1,2	99,7
	EPS Sanitas	1	0,3	100,0
Estrato	Uno	43	17,0	17,0
	Dos	163	64,4	81,4
	Tres	47	18,6	100,0

<b>Variable</b>	<b>Intervalo o Categoría</b>	<b>Adulto Mayor</b>	<b>%</b>	<b>%Acumulado</b>
Total		253	100,0	
Discapacidad	Si	108	24,1	24,1
	No	45	75,9	100,0
Tipo Discapacidad	Sensorial	3	1,2	1,2
	Cognitiva	2	0,8	2,0
	Física	102	40,3	42,3
	No aplica	146	57,7	100,0
Tiene Cuidador	Si	61	24,1	24,1
	No	192	75,9	100,0
Parentesco	Madre	1	0,4	0,4
	Hermano	1	0,4	0,8
	Hijo	31	12,2	13,0
	Otro Familiar	22	8,7	21,7
	Amigo	7	2,8	24,5
	No aplica	191	75,5	100,0
Víctima	Si	114	45,0	45,0
	No	139	55,0	100,0
Enfermedades Diagnosticadas	Si	202	79,8	79,8
	No	51	20,2	100,0
Tipo de Enfermedad	E. Endocrinas	28	13,8	13,8
	Cardiovascular	94	47,0	60,8
	Respiratorias	14	6,9	67,7
	Digestivas	9	4,4	72,1
	Aparato Locomotor	31	15,3	87,4
	Neoplasmas	6	3,0	90,4
	S. Nervioso Central	9	4,4	94,8
	E. Sentidos	7	3,6	98,4
	S. Genitourinario	4	1,6	100,0
Pensión	Si	23	9,1	9,1
	No	230	90,9	100,0
Tenencia de la Vivienda	Propia	138	54,5	54,5
	Familiar	49	19,4	73,9
	Arrendada	41	16,2	90,1
	Prestada	25	9,9	100,0
Depresión	Si	372	14,6	14,6
	No	216	85,4	100,0
Colombia Mayor	Si	140	55,3	55,3
	No	113	44,7	100,0
Clasificación del Sisbén	A1-A5	27	10,7	10,7
	B1-B7	106	42,0	52,7
	C1-C18	99	39,0	91,7
	D1-D21	16	6,3	98,0
	N Registra	5	2,0	100,0

**Tabla 4. Medidas de resumen del adulto mayor del Municipio de Sonsón en el año 2023.**

<b>EDAD</b>	
N	253
Media	73,6
Mediana	72
Moda	{68 & 71}
Desviación estándar	8,1
Varianza	66,5
Coefficiente de variación	11,1
Mínimo	60
Máximo	101
Cuartiles	
Percentil 25	67,5
Percentil 50	72
Percentil 75	79

**7.1. Relación Adulto mayor según sexo y ocupación.**

Se identifica los adultos mayores con relación al sexo y ocupación, el 73,7% son mujeres amas de casa y el 28,0% son hombres dedicados a realizar actividades de oficios varios.

**Tabla 5. Adulto mayor según ocupación y sexo.**

<b>SEXO</b>	<b>Ama Casa</b>	<b>Agricul-Tor</b>	<b>Obrero</b>	<b>Profesional</b>	<b>Of. Varios</b>	<b>Ninguna</b>	<b>Otra</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Hombre</b>	0	4	2	2	23	36	15	82
<b>%</b>	0	4,8	2,5	2,5	28,0	43,9	18,3	100
<b>Mujer</b>	126	1	0	2	11	24	7	171
<b>%</b>	73,7	0,5	0	1,3	6,5	14,0	4,0	100
<b>TOTAL</b>	<b>126</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>34</b>	<b>60</b>	<b>22</b>	<b>253</b>
<b>%</b>	<b>49,8</b>	<b>2,0</b>	<b>0,8</b>	<b>1,6</b>	<b>13,4</b>	<b>23,7</b>	<b>8,7</b>	<b>100,0</b>

**7.2 Relación edad según el Sexo del adulto mayor.**

Se puede observar que el rango de edad de los hombres se concentra en 70 a 74 años y para las mujeres predominó en los 65 a 69 años.

**Tabla 6. Relación edad por sexo del adulto mayor**

<b>EDAD</b>	<b>Hombre</b>	<b>%</b>	<b>Mujer</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
60-64	13	15,9	19	11,1	32	12,6

<b>EDAD</b>	<b>Hombre</b>	<b>%</b>	<b>Mujer</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
65-69	15	18,3	47	27,6	62	24,5
70-74	19	23,1	39	22,9	58	23,1
75-79	14	17,0	26	15,2	40	15,9
80-84	8	9,8	23	13,4	31	12,2
85-89	8	9,8	12	7,0	20	7,9
90-94	3	3,7	4	2,3	7	2,7
95-99	1	1,2	1	0,5	2	0,7
100 y mas	1	1,2	0	0,0	1	0,4
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>	<b>171</b>	<b>100,0</b>	<b>253</b>	<b>100,0</b>

### 7.3 Relación parental binomio cuidador y adulto mayor.

Se puede observar que el 50,0% de los cuidadores son los hijos, seguido de otro familiar representado en 35,5%, en un porcentaje más mínimo las madres, hermanos y amigos.

**Tabla 7. Relación parental del cuidador primario del adulto mayor.**

<b>TIENE CUIDADOR</b>	<b>Madre</b>	<b>Hermano</b>	<b>Hijo</b>	<b>Otro Familiar</b>	<b>Amigo/a</b>	<b>TOTAL</b>
SI	1	1	31	22	7	62
%	1,6	1,6	50,0	35,5	11,3	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>31</b>	<b>22</b>	<b>7</b>	<b>62</b>

### 7.4 Caracterización Cuidadores primarios

En el desarrollo de la caracterización de los cuidadores primarios, el rango de edad predomina desde los 50 a los 64 años, representando un 54,1% de la población encuestada, con un promedio de edad de 54 años; de los cuales el 83,6% son mujeres, donde el 77,0% tienen como ocupación amas de casa y el 16,4% son hombres, los cuales son obreros y agricultores con un 5,0%, Según el percentil 75 el 25,0% de los cuidadores primarios tienen 62,5 años o más;

Con respecto a la escolaridad, el 55,7% alcanzaron una formación académica secundaria y un 19,6% estudios superiores; pero llama la atención que el 24,6% solo tienen estudios primarios, dado a la permanencia al cuidado de su familiar no pudieron culminar sus estudios.

En cuanto a la dinámica familiar de los cuidadores primarios, se puede identificar que el 47,5% son casados, seguido de un 27,8% que se encuentran solteros; separados el 6,6% indicando que el 34,4% de los cuidadores dedican su tiempo al cuidado del adulto mayor

Es importante mencionar que, la retribución o compensación recibida por desempeñar la labor del cuidado solo un 20,0% de los cuidadores recibe la vivienda y la alimentación y el 80,0% restante no recibe ningún tipo de compensación.

**Tabla N°8. Caracterización del cuidador primario del adulto mayor en el Municipio de Sonsón para el año 2023.**

Variable	Intervalos o Categoría	Cuidador Primario	%
<b>Total</b>		<b>61</b>	<b>100,0</b>
Edad del Cuidador	25-29	2	3,3
	30-34	4	6,6
	35-39	3	4,9
	40-44	5	8,2
	45-49	7	11,5
	50-54	13	21,3
	55-59	7	11,5
	60-64	13	21,3
	65-69	4	6,6
	70-74	1	1,6
	75-79	1	1,6
80-84	1	1,6	
Sexo del Cuidador	Hombres	10	16,4
	Mujeres	51	83,6
Escolaridad del Cuidador Primario	Estudios Primarios	15	24,6
	Estudios Secundarios	34	55,7
	Estudios Superiores	12	19,6
Ocupación del Cuidador	Agricultor	1	1,7
	Obrero	2	3,3
	Profesional	11	18,0
	Ama de Casa	47	77,0
Estado Civil del Cuidador	Viudo	3	4,9
	Separado	4	6,6
	Unión Libre	8	13,1
	Soltero	17	27,8
	Casado	29	47,5
Compensación como cuidador	Especie	31	51,0
	No recibe	30	49,0

**Tabla N° 9. Medidas de resumen del Cuidador Primario del Municipio de Sonsón en el año 2023.**

<b>EDAD DEL CUIDADOR</b>	
N	61
Media	52,8
Mediana	54

<b>EDAD DEL CUIDADOR</b>	
Desviación estándar	11,8
Varianza	140,3
Mínimo	27
Máximo	82
Cuartiles	
Percentil 25	45
Percentil 50	54
Percentil 75	62,5

### **7.5 Clasificación del Nivel de Dependencia de los adultos mayores**

Dados los resultados obtenidos bajo la aplicación del test Delta que nos permite conocer el nivel de dependencia de los adultos mayores en el municipio de Sonsón para el año 2023, podemos evidenciar que el 67,6% de la población aún son autónomos, el 22,9% requieren una asistencia leve, en donde sus mayores necesidades son la movilización, deambulación y desplazamiento y la alimentación, el 6,7% presentan una asistencia ocasional, requiriendo apoyo en las categorías ya mencionadas además de la alimentación y el vestido. Por último, el 1,2% de los adultos mayores requieren una asistencia frecuente donde predomina la necesidad en las mismas categorías mencionadas. Por su parte la asistencia moderada y la asistencia severa representan un 8,3% y un 1,2% respectivamente.

Si bien es cierto que el 67,6% de la población aún no presenta algún tipo de dependencia, el 7,0% de los adultos mayores autónomos se encuentran en el umbral de iniciar en la necesidad de una asistencia leve, de los adultos mayores con una asistencia leve el 39,6% se encuentran en el umbral de la asistencia moderada; De los adultos mayores categorizados en asistencia moderada, el 28,5% se encuentran cercanos a pasar a una asistencia severa.

De las categorías evaluadas en el test Delta para determinar el nivel de dependencia del adulto mayor, en las que más se puede evidenciar que los adultos requieren más ayuda es en la alimentación con un 32,0% obteniendo el puntaje más alto, ya que en su mayoría dependen de ayuda de su cuidador para la preparación de sus alimentación o la administración de los mismos, el 23,0% requieren apoyo para la deambulación y desplazamiento en las diferentes áreas de su hogar, el 21,0% requiere apoyo para la movilización dentro y fuera de hogar y un 20,2% requiere asistencia para vestirse, siendo estas las categorías de mayor predominio y en donde radican las mayores responsabilidades de los cuidadores primarios.

La inferencia estadística arrojó como resultado, que la media poblacional del adulto mayor presenta un nivel de dependencia asistida que va desde 26,7% a 38,6%

**Tabla N°10. Dependencia del adulto mayor en el Municipio de Sonsón para el año 2023.**

Variable	Categoría	Adulto Mayor	%	Intervalo de Confianza 95%	
				LI	LS
	Autónomo	200	79,1	73,5	83,0

Variable	Categoría	Adulto Mayor	%	Intervalo de Confianza 95%	
				LI	LS
<b>Movilización</b>	No Autónomo	53	20,9	16,1	26,5
	Autónomo	194	76,7	71,8	82,4
<b>Deambulaci3n y Desplazamiento</b>	No Autónomo	59	23,3	18,2	29,0
	Autónomo	220	87,0	82,1	90,8
<b>Aseo</b>	No Autónomo	33	13,0	9,1	17,8
	Autónomo	202	79,8	74,3	84,6
<b>Vestido</b>	No Autónomo	51	20,2	15,4	25,6
	Autónomo	172	68,0	61,9	73,7
<b>Alimentaci3n</b>	No Autónomo	81	32,0	26,3	38,1
	Autónomo	239	94,5	90,9	96,9
<b>Higiene Bacteriana</b>	No Autónomo	14	5,5	3,0	9,1
	Autónomo	193	76,3	70,6	81,4
<b>Administraci3n de Medicamentos</b>	No Autónomo	60	23,7	18,6	29,4
	Autónomo	240	94,9	91,4	97,2
<b>Cuidados de Enfermería</b>	No Autónomo	13	5,1	2,8	8,6
	Autónomo	220	87,0	82,1	90,8
<b>Necesita Vigilancia</b>	No Autónomo	33	13,0	9,1	17,8
	Autónomo	216	85,4	80,4	89,5
<b>Colaboraci3n</b>	No Autónomo	37	14,6	10,5	19,6

**Tabla N°11. Nivel de dependencia del adulto mayor en el Municipio de Sons3n para el a3o 2023.**

Variable	Categoría	Adultos Mayores	%	% Acumulado	Intervalo de Confianza 95%	
					LI	LS
Válido	0-1	171	67,6	67,6	61,4	73,3
Asistido	2-30	82	32,4	100,0	26,7	38,6
Asistido Leve	2-9	58	22,9	90,5	17,9	28,6
Asistido Moderado	10-19	21	8,3	98,8	5,2	12,4
Asistido Severo	20-30	3	1,2	100,0	0,2	3,4
<b>Total</b>		<b>253</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>		

### **7.6 Grado de sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor con dependencia**

19,4% de los cuidadores encuestados respondieron la escala de Zarit nunca haberse sentido enfadados al estar cerca de su familiar con dependencia, seguido de un 2,8% quienes afirman haberse enojado algunas veces. Al indagar a los cuidadores sobre si el cuidar de su familiar afectaba

negativamente la relación con otros miembros de la familia el 18,6% aseguraron su respuesta como nunca, seguidamente de un 3,6% como algunas veces. Además, el 14,2% de los cuidadores aseguran que su estado de salud nunca ha empeorado por estar pendiente de su familiar, pero llama la atención que el 3,9% de estas personas encuestadas manifieste que algunas veces si ha empeorado su estado de salud, al igual que el 3,6% que responden a esta pregunta alguna vez. Encontramos al aplicar este test que un 7,5 % de los cuidadores se sienten indecisos raras veces sobre el que hacer con su familiar, y el 2,0% de estar personas algunas veces se sienten indecisos sobre el cuidado que se debe de hacer a sus familiares.

Llama la atención que un 3,6% de los cuidadores encuestados al preguntarles si se sentían agobiados por combinar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades, respondieron sentirse agobiados casi siempre, por lo que deducimos hace falta el apoyo familiar o de otras personas para el cuidado de estos adultos, también al indagar a estos sobre si consideraban que sus ingresos eran insuficientes para los gastos personales y de su familiar el 3,9% manifestaron estos casi siempre ser insuficientes. También para resaltar tenemos que el 3,9% de estos cuidadores al preguntarles sobre si alguna vez había experimentado algún grado de sobre carga nos respondieron bastantes veces y un 6,7% afirman haber sentido algún grado de sobre carga algunas veces, con esto podemos decir que el grado de sobre carga es representativo dentro de esta población.

El 61,0% de las personas encuestadas cuentan con cuidador primario de las cuales aplicado la escala de ZARIT el 1,6% de esta población presentan una sobre carga intensa y un 6,5% presentan sobrecarga leve. La sobrecarga intensa está representada por una mujer de 50 años quien es ama de casa la cual realizo estudios secundarios, es casada, pero a su vez dedica las 24 horas del día diario al cuidado del adulto mayor y por esto recibe un apoyo en especie de vivienda y alimentación por su labor. Llama la atención que esta mujer este dedicada 100% al cuidado de su familiar sin apoyo de otras personas por lo que consideramos este representando este grado intenso de sobrecarga.

Por otro lado, cuatro cuidadores primarios presentaron sobrecarga leve, estos fueron 4 mujeres de 63 años, con estudios secundarios todas amas de casa de las cuales 3 estaban casadas y una separada, estas 4 mujeres dedican las 24 horas del día todos los días a su familiar, por esta afirmación podemos decir que presentan este grado de sobrecarga, por esta labor todas ellas reciben un pago en especie de vivienda. La inferencia estadística arrojó como resultado, que la media poblacional de los cuidadores primarios con un grado de sobrecarga va desde 2,7% a 18,1%

**Tabla 12. Escala de Zarit grado de sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor**

Variable	Nunca	Cuidadores	Rara Vez	Cuidadores	Algunas Veces	Cuidadores	Bastantes Veces	Cuidadores	Casi Siempre	Cuidadores	Total, cuidadores
Piensa que su familiar pide más ayuda de la que necesita.	34,4	21	29,5	18	32,7	20	1,7	1	1,7	1	61

<b>Variable</b>	<b>Nunca</b>	<b>Cuidadores</b>	<b>Rara Vez</b>	<b>Cuidadores</b>	<b>Algunas Veces</b>	<b>Cuidadores</b>	<b>Bastantes Veces</b>	<b>Cuidadores</b>	<b>Casi Siempre</b>	<b>Cuidadores</b>	<b>Total, cuidadores</b>
Piensa que su familiar pide más ayuda de la que necesita.	34,5	21	34,5	21	13	8	11,5	7	6,5	4	61
Piensa que debido dedicado a su familiar no tiene tiempo suficiente para ti.	37,7	23	29,5	18	13,1	8	5	3	14,7	9	61
Te sientes agobiado por combinar el cuidado con otras responsabilidades.	83,6	51	9,9	6	4,9	3	0	0	1,6	1	61
Te sientes enfadado cuando estás cerca de tu familiar.	80,4	49	4,9	3	11,4	7	0	0	3,3	2	61
Piensas que el cuidar de tu familiar afecta negativamente la relación con otros miembros de la familia.	77,1	47	11,5	7	9,8	6	0	0	1,6	1	61
Tienes miedo por el futuro de tu familiar.	37,7	23	22,9	14	24,6	15	3,3	2	11,5	7	61
Piensas que tu familiar depende de ti.	6,6	4	29,5	18	19,6	12	16,4	10	27,9	17	61
Te sientes tenso cuando estas cerca de tu familiar.	70,5	43	14,8	9	11,5	7	1,6	1	1,6	1	61
Piensas que tu salud ha empeorado debido al cuidado de tu familiar.	59,0	36	14,8	9	16,4	10	3,2	2	6,6	4	61
Piensas que no tienes tanta privacidad como te gustaría debido al cuidado de tu familiar.	55,7	34	26,3	16	6,5	4	3,3	2	8,2	5	61
Piensas que tu vida social se ha visto afectada de manera negativa por cuidar de tu familiar.	39,3	24	37,8	23	11,5	7	4,9	3	6,5	4	61
Te sientes incomodo por distanciarte de tus amistades debido al cuidado de tu familiar.	40,9	25	47,5	29	6,6	4	0,0	0	5,0	3	61

Variable	Nunca	Cuidadores	Rara Vez	Cuidadores	Algunas Veces	Cuidadores	Bastantes Veces	Cuidadores	Casi Siempre	Cuidadores	Total, cuidadores
Piensas que tu familiar te considera la única persona que le pueda cuidar.	8,2	5	16,4	10	26,2	16	27,9	17	21,3	13	61
Piensas que no tienes suficientes ingresos económicos para los gastos de tu familiar y tuyos.	47,5	29	19,7	12	13,1	8	3,3	2	16,4	10	61
Piensas que no serás capaz de cuidar a tu familiar por mucho más tiempo.	55,7	34	23,0	14	16,4	10	3,3	2	1,6	1	61
Sientes que has perdido el control de tu vida desde que empezó la enfermedad de tu familiar.	75,5	46	18,0	11	1,6	1	1,6	1	3,3	2	61
Desearías poder delegar el cuidado de tu familiar a otra persona.	59,0	36	26,2	16	9,9	6	1,6	1	3,3	2	61
Te sientes indeciso sobre qué hacer con tu familiar.	60,7	37	31,1	19	8,2	5	0,0	0	0,0	0	61
Piensas que deberías hacer más por tu familiar.	13,1	8	26,2	16	42,6	26	11,5	7	6,6	4	61
Piensas que podrías cuidar mejor a tu familiar.	11,5	7	22,9	14	47,6	29	13,1	8	4,9	3	61
Qué grado de carga experimentas por el cuidado de tu familiar	18,0	11	27,9	17	34,5	21	16,3	10	3,3	2	61

**Tabla 13. Grado de sobrecarga del cuidador primario en el Municipio de Sonsón 2023.**

Grado de Sobrecarga	Cuidador Primario	%	Intervalo de Confianza 95%	
			LI	LS
No Sobrecarga	56	91,8	81,9	97,3
Sobrecarga	5	8,1	2,7	18,1
Sobrecarga Leve	4	6,5	1,8	15,9
Sobrecarga Intensa	1	1,6	0,04	8,8
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>100</b>		

## 8. Discusión

El objetivo de esta investigación fue identificar el nivel de dependencia de los adultos mayores y el grado de sobrecarga del cuidador primario en el Municipio de Sonsón, para lo cual se logró trabajar con una población cuyas características se reflejan en los resultados de esta investigación. Con base en los resultados obtenidos a través de la aplicación del Test Delta y la Escala de Zarit se permitió conocer que el 32,4% de los adultos encuestados presentan algún nivel de dependencia entre leve, moderada y severa; Si bien es cierto que este porcentaje no representa una mayoría en cuanto a dependencia, vemos que un 7,0% de los adultos mayores con autonomía están cercanos a categorizarse en asistencia leve, un 39,6% de quienes requieren asistencia leve están próximos a clasificarse en asistencia moderada, por último un 28,5% de los adultos mayores que actualmente se encuentran clasificados con dependencia moderada, están próximos a alcanzar la categoría de asistencia severa.

En cuanto a las características sociodemográficas el promedio de edad es de 72 años cumplidos, con una población femenina estudiada del 67,6%, esto tiene relación con el informe del XV Congreso Internacional de Envejecimiento y Vejez “Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030” de noviembre de 2021 realizado por el DANE, donde se da cuenta que en Colombia la población de 60 años y más son mujeres con un 55,1% residentes en su mayoría en las cabeceras municipales, además, este informe nos indica que la esperanza de vida al nacer aumenta notablemente en la mujeres superando en 6.3 años a la de los hombres, con 80.1 años y 73.8 años, respectivamente (7). Es así como predominan las mujeres en nuestra investigación, además, enfrentan más obstáculos para la inserción laboral reflejando que la principal ocupación es amas de casa, incluyendo las pensiones, dado que en nuestra investigación precisamente el factor económico se presentó que solo el 9,1% de los adultos mayores con dependencia tienen pensión.

Adicionalmente, la prevalencia y la gravedad de la discapacidad aumenta con la edad y este informe nos habla también de las tasas de ocupación o actividad laboral de las personas mayores, para el año 2020, solo el 9,8% de las personas mayores de 60 años ejercen algún tipo de actividad laboral, lo que se contrasta con los resultados de esta investigación donde el 23,7% de las personas encuestadas ya no ejercen ninguna actividad en el ámbito laboral

Por lo general comparten el mismo estrato socioeconómico, siendo el estrato dos el de mayor predominio con un 64,4% ubicándose en una clasificación de pobreza según la clasificación del SISBEN. En términos generales la población adulta mayor Sonsoneña presenta características similares sociodemográficas y de vulnerabilidad como evidencia de ello vemos que un 16,2% se encuentran viviendo en arriendo y el 9,9% residen en una vivienda prestada, lo que puede aumentar las condiciones de inestabilidad y vulnerabilidad del adulto mayor en su última etapa de vida.

En relación con el estado civil, los resultados encontrados evidencian que el 41,1% manifestaron estar casados, confrontando lo planteado con Cerutti y Binstock (39) donde relacionan significativamente las diferencias de estados civiles conforme a las estructuras de edad, siendo más relevante en la población más envejecida el estado civil casado.

Respecto al nivel educativo, el grupo más prevalente corresponde a aquellos con educación primaria, y un 6,7% no realizaron ningún tipo de estudios, lo que es preocupante ya que suman un 59,3% de la población que no tuvieron acceso a una adecuada educación y por ende se desarrollaron a lo largo de su vida en un ámbito laboral informal, impidiendo también que tuviesen acceso a una pensión para solventar sus gastos cotidianos en esta etapa de la vida. Resultados similares fueron expuestos por el Informe del DANE sobre envejecimiento, donde el 26,1% de la población refiere no haber recibido ningún tipo de educación, identificando así que es una situación experimentada a nivel nacional con una necesidad de intervención urgente.

En cuanto a su estado de salud, este informe nos muestra que el 45,5% de las personas diagnosticadas con alguna enfermedad crónica son mayores de 60 años, en estas enfermedades están incluidas las de larga duración como las enfermedades cardiovasculares; en comparación con los resultados de esta investigación, el 79,8% de los adultos mayores encuestados presentan el diagnóstico de algún tipo de enfermedad y cuando se indagó por el tipo de enfermedad, las enfermedades cardiovasculares representan el 37,2% lo que nos puede llevar a pensar que primero el Municipio de Sonsón cuenta con una alta incidencia de enfermedades crónicas en su población más envejecida y segundo que teniendo en cuenta los resultados de este estudio nacional, se puede relacionar la prevalencia de enfermedades cardiovasculares con respecto a la edad de diagnóstico de la misma, por lo que se convierte en una situación que deberá ser evaluada desde diferentes ámbitos epidemiológicos y de salud pública.

Se observó además que, un 75,9% no cuentan con un cuidador primario, situación preocupante en base a la importancia de tener una red familiar o de apoyo constituida que influya directa o indirectamente en su condición de discapacidad y por ende su nivel de dependencia. Dado que el 79,8% de la población encuestada presenta diagnóstico de algún tipo de enfermedad es necesario recibir el cuidado y apoyo de un cuidador para la realización de las actividades diarias que eventualmente no podrán hacer por sí mismos.

Según lo dicho por la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, es necesario identificar el nivel de dependencia que se presenta en el adulto mayor mediante la evaluación de las actividades básicas diarias que aún son capaz de realizar; esto determinará cuando se hace necesario que el adulto reciba todo el apoyo de su círculo familiar o cercano y es ahí donde inicia el reto de vivir todo el proceso natural del envejecimiento, discapacidad y dependencia de manera digna ajustando la vida y las actividades cotidianas tanto del adulto mayor como de su cuidador a los nuevos retos, necesidades y cuidados que constituirán las nuevas dinámicas familiares y personales (11).

Cuando se habla de la dependencia de un adulto mayor, es necesario hablar de la sobrecarga de su cuidador primario y las implicaciones que la labor del cuidado ejerce sobre su vida. Los resultados en relación con las características sociodemográficas y de cuidado son similares a diferentes estudios, como es el caso del estudio acerca de la sobrecarga de cuidadores primarios en Barrio Firme de la ciudad de Ibagué, en ambos estudios se pudo observar que son las mujeres quienes en su mayoría asumen la labor del cuidado, siendo un 83,6% de ellas quienes están al cuidado de un adulto mayor dependiente.

Lo anterior, también se contrasta con el estudio realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia en el año 2015(11), que reflejó que la mayoría de los cuidadores son mujeres,

y estas han interiorizado su rol, su función de cuidado familiar a pesar de los cambios sociales, donde se presentan un mayor nivel educativo y mayor participación laboral.

Los integrantes del entorno familiar cercano son quienes eventualmente asumen la responsabilidad del cuidado de una persona dependiente, siendo esposas e hijas las principales cuidadoras; Sin embargo, se evidencia que en caso de dependencia de un adulto mayor la dinámica familiar se pone a prueba, y suele ser una sola persona quien asume las responsabilidades que esto implica mientras el resto de la familia suele despreocuparse por esto.

Según un estudio realizado por la Universidad de Navarra en el año 2018 sobre carga de trabajo del cuidador del adulto mayor, cuyo objetivo era describir las implicaciones por la sobrecarga de un cuidador primario (48), se evidenció que las mayores afectaciones son el tiempo de ocio y esparcimiento, afecciones de salud física y mental, así como relaciones familiares y la situación económica, todas estas variables pueden evaluarse con la escala de Zarit que fue aplicada a los cuidadores primarios encuestados en el Municipio de Sonsón, en donde el 31,1% refiere pensar que no tienen tiempo suficiente para ellos mismos, el 11,5% han visto afectada de alguna manera la relación con su familia, así como un 23,0% de ellos han visto afectada de manera negativa su vida social, el 26,2% refieren afectaciones en su estado de salud desde que inició su labor de cuidado y un 32,3% manifestaron que sus ingresos económicos no son suficientes para el cuidado de su familiar y para sus gastos, teniendo en cuenta que solo un 37,9% de los adultos mayores reciben algún tipo de subsidio, lo que implica que la mayoría de los gastos sean asumidos por su entorno familiar.

Lo anterior, demuestra que la población encuestada presenta porcentajes significativos en cuanto a las principales consecuencias de sufrir sobrecarga por cuidado y es necesaria una intervención con enfoque multidisciplinario que permita al cuidador primario conocer e implementar las herramientas necesarias para que el ejercer su labor como cuidador no afecte negativamente su calidad de vida, así como preparar a todas las esferas sociales y familiares del adulto mayor para afrontar de manera más proactiva el proceso del envejecimiento y la eventual pérdida de la autonomía.

Autores como Zambrano y Ceballos (2007) (49), consideran que otros factores que también influyen en la aparición del síndrome de sobrecarga del cuidador, son los recursos personales del cuidador y el nivel de dependencia de la persona cuidada, esto se contrasta con los resultados expuestos en esta investigación en donde es evidente que debido al tiempo y frecuencia que los cuidadores pasan al cuidado del adulto mayor, que en este caso se sitúa entre 1 y 24 horas al día durante toda la semana, el cuidador no cuenta con disponibilidad de tiempo para laboral y esto contribuye a que las adaptaciones que sean necesarias para el cuidado e incluso el cubrimiento de las necesidades básicas sea mucho más difícil, desencadenando sentimientos de estrés y en muchos casos agobio lo que contribuye al aumento de la sobrecarga del cuidador.

Es importante resaltar que, los resultados no evidenciaron una sobrecarga en la mayoría de cuidadores, pues si bien es cierto que solo un 8,2% de los cuidadores a quienes se les aplicó la escala de Zarit presentaron sobrecarga entre leve e intensa, las respuestas obtenidas por los cuidadores dan cuenta de que pueden generar una sobrecarga a futuro derivada de su función como

cuidador, por lo que se hace necesario una intervención que contribuya a la prevención de la sobrecarga y la promoción de su autocuidado.

Estos resultados pueden explicarse también debido al bajo número de cuidadores encuestados en este trabajo, ya que solo 61 adultos mayores cuenta con un cuidador primario, también fue evidente una minimización frente a las respuestas de la escala aplicada, aun cuando hubo manifestación verbal de agotamiento físico y mental, impulsado por un sentimiento de culpa por reconocer lo retador de asumir la responsabilidad de cuidado de su familiar y también el deber de retribuir de alguna manera lo que recibieron por parte de la persona dependiente en otro momento. Este resultado puede compararse con los resultados del estudio sobre Síndrome de sobrecarga del cuidador y personalidad de cuidadores de personas dependientes, estudio realizado por estudiantes de psicología de la Universidad de Antioquia para el año 2020, quienes evaluaron también los diferentes factores que fomentan la aparición de sobrecarga en un cuidador de una persona dependiente y las implicaciones físicas y psicológicas que experimentan.

Debido a que la labor del cuidado, no se limita solo al acompañamiento y cuidado de la persona dependiente se debe tener en cuenta también el tiempo transcurrido durante este proceso y las alteraciones o modificaciones que pueden presentarse en el entorno social y familiar, lo que compromete la creación de redes de apoyo debido al aislamiento al que pueden verse sometidos por su compromiso con el cuidado de una persona dependiente; es por esto que, se reconoce la importancia de recibir un soporte para el desarrollo de sus actividades diarias de cuidado, resaltando que a través de sus respuestas se puede evidenciar que esperan cuidar mejor al adulto mayor y sienten que deberían hacer más por su familiar, lo que además refleja sentimientos de culpabilidad o agobio como se presenta en los resultados de esta investigación; estos sentimientos según estudios similares potencian la probabilidad de sufrir sobrecarga y presentar un deterioro en su salud mental.

Este planteamiento, puede verse reflejado en lo descrito por Salazar-Barajas, M.E, que, en su estudio sobre el funcionamiento familiar, sobrecarga y calidad de vida del cuidador del adulto mayor con dependencia funcional, se identifica que ser cuidador de personas con alguna dependencia conlleva el riesgo de presentar un deterioro de la calidad de vida como cuidador, lo que se puede asociar a la prolongación del cuidado, alterando la dinámica familiar y generando una sobrecarga en el cuidador. En este estudio se percibió una problemática de disfuncionalidad familiar grave, y se presenta una relación de sobrecarga y dependencia, que convierten esta situación en el escenario perfecto para diseñar estrategias encaminadas a la intervención de la sobrecarga, un adecuado funcionamiento familiar y un mejoramiento de la calidad de vida del cuidador y el adulto mayor.

Se ha demostrado que aquellos cuidadores que no reciben ningún tipo de capacitación son más propensos a presentar un grado de sobrecarga más alto, acompañado de jornadas de cuidado extensas durante el día y durante muchos años, aunado a ello como se muestra en los resultados, la situación sentimental de los cuidadores primarios encuestados refleja tener una pareja o familia, por lo que deben trabajar en combinar su función de cuidador con su dinámica familiar.

Según lo planteado por Obando y Galeano (2020) (50) se destaca la importancia de llevar a cabo intervenciones encaminadas al cuidado del cuidador primario, capacitar al cuidador va más allá de

la enseñanza sobre cómo cubrir las necesidades del adulto mayor dependiente, deben interiorizar, como el autocuidado contribuye positivamente en su ejercicio, a través de la validación de las implicaciones psicológicas y físicas a las que están expuestos y puedan mejorar su respuesta a sus necesidades, establecer mejores redes de apoyo y cuidar efectivamente al adulto mayor disminuyendo los efectos negativos de la dependencia y la sobrecarga.

## 9. Formulación de propuesta para programa de cuidadores con metodología del marco lógico

**9.1 Contexto territorial.** Para obtener información sobre el contexto territorial y demográfico del municipio de Sonsón, puede dirigirse a la página 27

**9.2 Contexto Social.** Con base en los resultados obtenidos de la investigación nivel de dependencia

En cuanto a las características sociodemográficas el promedio de edad es de 72 años cumplidos, más de la mitad de esta población son mujeres, por lo general comparten el mismo estrato socioeconómico, siendo el estrato dos el de mayor predominio y se ubican en una clasificación de pobreza según el SISBEN. Se pudo observar que un cuarto de la población reside en vivienda prestada o arrendada, lo que puede aumentar las condiciones de inestabilidad y vulnerabilidad del adulto mayor en su última etapa de vida.

En relación con el estado civil casi la mitad de la población presentó el estado civil casado porcentaje similar con el nivel educativo, lo que es preocupante que esta población no tuvo acceso a una adecuada educación y por ende se desarrollaron a lo largo de su vida en un ámbito laboral informal, impidiendo también que tuviesen acceso a una pensión para solventar sus gastos cotidianos en esta etapa de la vida.

Se observó además que, las tres cuartas partes de la población no cuentan con un cuidador primario, situación preocupante en base a la importancia de tener una red familiar o de apoyo constituida que influya directa o indirectamente en su condición de discapacidad y por ende su nivel de dependencia. Aunado a ello, presentan diagnóstico de algún tipo de enfermedad y que es necesario recibir el cuidado y apoyo de un cuidador para la realización las actividades diarias que eventualmente no podrán hacer por sí mismos.

Por otro lado, se evidenció que las mayores afectaciones para quienes cuidan los adultos mayores son el tiempo de ocio y esparcimiento, afecciones de salud física y mental, así como relaciones familiares y la situación económica, y refieren pensar que no tienen tiempo suficiente para ellos mismos y han visto afectada de manera negativa su vida social, manifestaron que sus ingresos económicos no son suficientes para el cuidado de su familiar y para sus gastos

Esto demuestra que la población encuestada presenta porcentajes significativos en cuanto a las principales consecuencias de sufrir sobrecarga por cuidado y es necesaria una intervención con enfoque multidisciplinario que permita al cuidador primario conocer e implementar las herramientas necesarias para que el ejercer su labor como cuidador no afecte negativamente su calidad de vida, así como preparar a todas las esferas sociales y familiares del adulto mayor con dependencia para afrontar de manera más proactiva el proceso del envejecimiento y la eventual pérdida de la autonomía.

## 10. Análisis de Involucrados

### 10.1 Identificación de involucrados en el Municipio de Sonsón

Para realizar la identificación de involucrados se tuvo como metodología entrevistas verbales con diferentes actores, individuos, grupos u organizaciones que tienen un interés particular en el proyecto, vínculo que permite optimizar los beneficios sociales y de bienestar, dichos intereses se puede aprovechar para la cooperación frente al proyecto, de igual manera, se tuvo en cuenta los resultados de nuestra investigación nivel de dependencia y sobrecarga del cuidador primario 2023, la cual permitió diseñar estrategias adecuadas para lograr reducir algunos riesgos que se pueden presentar en los cuidadores primarios, y para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores con dependencia. Por lo anterior, es muy importante realizarlo en forma grupal ya que existe más probabilidad de un acercamiento a la realidad.

**Cuidadores Primarios:** Aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales (40).

**Cuidador informal:** Son aquellos que no son remunerados y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios. Es brindado por familiares, amigos y vecinos. Se diferencian en cuidadores principales o primarios y cuidadores secundarios según el grado de responsabilidad en el cuidado de los ancianos (40).

**Cuidador formal:** Toda aquella persona que cuida en forma directa a ancianos en diversos ámbitos esté o no capacitado, recibiendo un pago o beneficio pecuniario (dinero) por su trabajo. Sólo 3% de los pacientes adultos mayores discapacitados tienen cuidadores remunerados. Idealmente, los cuidadores formales de ancianos son personas capacitadas a través de cursos teórico-empíricos de formación para otorgar atención preventiva, asistencial y educativa al respecto y, en caso de que exista, a su grupo familiar. Saber cuidar a los viejos es un verdadero arte denominado (40).

**Cuidadores primarios capacitados:** Son personas que están preparadas para realizar tareas de acompañamiento y trato con adultos mayores en situación de dependencia o discapacidad. En primer lugar, los cuidadores se encargan de preservar el orden en el entorno de nuestros mayores. Esto se debe a que la persona mayor se siente siempre más cómoda en el hogar, que es el sitio que conoce, su lugar de confianza y donde se siente seguro (40).

En el municipio de Sonsón no se cuenta con cuidadores primarios capacitados es por esto que, el estado de salud físico y mental del cuidador empeora por permanecer al cuidado del adulto mayor, además, de las dificultades económicas, dado a que algunos adultos presentan enfermedades de base, y que de acuerdo con la minuta requerida por los especialistas deben ser cubiertas con los ingresos del hogar, y algunos no poseen subsidio gubernamental o pensión.

Los cuidadores tienen sentimiento de culpabilidad por sentir agobio, cansancio, estrés, por estar todo el tiempo al cuidado del adulto, y por falta de apoyo sienten de alguna manera sobrecarga, además, por ende, es muy importante tener un enfoque profesional para atender este grupo poblacional con carreras afines tales como, psicología, gerontología, auxiliar de enfermería, técnico en cuidado y asistencia al adulto mayor. Es así, que la persona que se encargue de la atención al adulto mayor siempre debe demostrar un comportamiento profesional, tener conocimientos de los padecimientos del adulto mayor, trato cálido y gentil, usar siempre un lenguaje adecuado y un tono de voz apropiado.

Por lo anterior, es muy importante que desde los programas y proyectos de las entidades ejecutoras que se promueva constantemente la educación y capacitación frente al cuidado de los adultos mayores, además de la actualización de nuevas tecnologías.

**Población en situación de dependencia:** Son los adultos mayores con algún nivel de dependencia que se encuentran en el Municipio de Sonsón, según base de datos de la secretaria de Inclusión Social y Familia, además de los adultos que fueron seleccionados mediante la muestra la investigación Dependencia de Cuidado del Adulto Mayor y Grado de Sobrecarga del Cuidador Primario. Esta población presenta algún nivel de dependencia, ya sea por enfermedad o discapacidad.

Los adultos mayores con dependencia están predispuestos a lo que los cuidadores le proporcionen ayudas en sus hogares, la pérdida de autonomía genera un nivel de dependencia, respecto al cuidador, es por ello, que se debe generar lazos de una buena comunicación y compasión, que proporcione una buena dinámica familiar.

**Red de Apoyo:** una red de apoyo puede estar representada por los padres, familiares, hermanos, primos, amigos cercanos, hijos, líderes comunitarios, promotores de salud, alcaldes, hospitales municipales, personal de salud o voluntariado.

Las familias con personas con dependencia tienden a ser familias disfuncionales ya que el compromiso el compromiso respecto a la dinámica familiar establecida frente al cuidado del adulto mayor, que en algunas ocasiones ha conllevado a que se desentiendan de las responsabilidades para con los adultos mayores y que la labor del cuidado la asuma una sola persona del hogar.

**Secretaría de Inclusión Social y Familia:** Es una dependencia de la Alcaldía municipal, la cual está encargada de promover, dirigir los programas sociales, mediante el desarrollo de estrategias de prevención, mitigación y superación.

Desde la secretaria se ha implementado algunas estrategias para capacitar los cuidadores primarios con practicantes de las universidades que ofrecieron este servicio en el manejo del cuidado de los adultos mayores; sin embargo, esta población no acudió al llamado, por lo tanto, no se insistió en el tema y no se tuvo la suficiente difusión ni planeación, de igual manera, actualmente, no se cuenta con ningún programa y personal capacitado que le apunte a la dependencia y a la sobrecarga.

La secretaria de Inclusión Social y Familia desde su transversalidad de acuerdo con las diferentes políticas públicas en el rol del adulto mayor, pueden gestionar proyectos y recursos para la atención

de la población objeto de este proyecto. Sin embargo, en el municipio de Sonsón no se cuenta con programas que apunten al cuidado de los adultos mayores con dependencia y por ende tampoco a sus cuidadores primarios. Esto por falta de propuesta y la poca articulación entre sectores políticos.

**Secretaria de Salud:** Es la dependencia encargada de dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Desde la promoción de la salud, la secretaria de salud no cuenta con el apoyo de profesionales frente a los cuidados paliativos, aunado a ello, la pirámide poblacional esta invertida existe más adultos mayores y menos jóvenes, y el nivel de pobreza a incrementado, por diferentes factores como es la economía, el bajo nivel educativo, baja oferta laboral, lo que representa una alta vulnerabilidad.

Por lo anterior, es responsabilidad de los entes territoriales promover planes, programas y proyectos que protejan a la población adulta mayor, que este enfocada en las necesidades básicas insatisfechas, donde se promueva una voluntad política positiva en la atención primaria en salud y educación frente al apoyo y a la salud mental de los adultos mayores y los cuidadores.

Sin embargo, la población adulta mayor con dependencia y sus cuidadores del Municipio de Sonsón que cuenta con patologías crónicas y con enfermedades discapacitantes encuentran barreras de acceso a los sistemas de servicios de salud y no es atendida oportunamente y con esto su enfermedad es progresiva por lo que se convierte en una persona dependiente o una persona con grado de sobrecarga.

**Juntas de acción comunal:** Es una organización social, cívica y comunitaria, que está compuesta por los habitantes de un espacio que reúnen sus esfuerzos en trabajar por visibilizar las problemáticas de la comunidad con la conviven.

Estas juntas son el enlace entre la familia y los entes territoriales, estos lideres representan la comunidad y son los que promueven los proyectos en pro de su población, a su vez fomentan una red de ayuda que generan compasión, con el objetivo de cubrir algunas necesidades más sentidas en los hogares. Cabe resaltar que en muchas ocasiones estos dirigentes no realizan su trabajo de una manera adecuada por preferencias o por desmotivación.

**E.S.E Hospital San Juan de Dios:** Es la entidad de salud del Municipio con la cual se establecen acuerdos para trabajar de la mano y para garantizar la atención de las personas que lo requieran según las posibles complicaciones en su estado de salud, además de brindar acompañamiento y capacitaciones requeridas en todo el tema de asistencia al enfermo.

El hospital del Municipio de Sonsón no cuenta con programas que atiendan directamente a los adultos mayores con dependencia ni a sus cuidadores, de igual manera existen barreras para acceder a los servicios de salud y esto hace que empeore la problemática de salud de la población ya mencionada. Por esto es indispensable disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud y permitir una oportuna atención a la población especial como son los adultos mayores, con el fin de disminuir la incidencia de la dependencia de los adultos mayores y así ayudar a bajar el grado de sobrecarga de sus cuidadores.

**Veeduría ciudadana:** Es un mecanismo de control social, mediante el cual los ciudadanos pueden vigilar la gestión realizada por la administración municipal, haciendo parte de los mecanismos con la posibilidad de potenciar la inclusión de los adultos mayores en el ejercicio de exigibilidad de los derechos de la salud y el bienestar en el sentido de ampliar la visión en el cuidado del adulto mayor y la educación en los cuidadores primarios como una práctica social que puede ser transformadora.

De igual manera, el municipio ha contado con diferentes acompañamientos por parte de profesionales en psicología, y capacitaciones en temas relacionados con el cuidado del adulto mayor, pero la comunidad no ha tenido compromiso, porque los horarios no han sido adecuados frente a las actividades diarias de los cuidadores y por no contar con una red de apoyo.

**Estudiantes Administración en Salud UDEA:** Estudiantes Programa Administración en Salud, sede Sonsón, 10 semestre. La intención de este proyecto es realizar una atención preventiva de la salud por medio de un programa de cuidadores que le apunte a la educación en el cuidado, así como la disminución de la sobrecarga mediante charlas, talleres, acompañamiento psicológico y apoyos multidisciplinario. También la función principal está en servir de apoyo a la secretaría de salud e inclusión social en el seguimiento y control de la ejecución del proyecto. No contar con el apoyo de las entidades públicas arias que nosotros como estudiantes solo podamos realizar una propuesta, pero no darle una ejecución.

**Figura 1. Diagrama de involucrados**

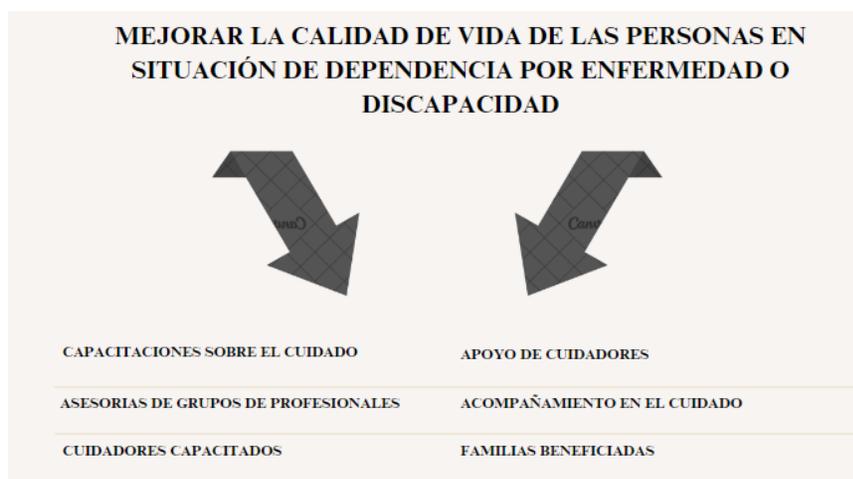


## 10.2 Clasificación de los involucrados

Esta fase del proyecto implica entonces empezar a clasificar a todos los grupos o personas que van a aportar ya sea de manera directa o indirecta en el desarrollo de las diferentes etapas de este

proyecto, programa de cuidadores del Municipio de Sonsón. La mayoría de los integrantes de este proyecto pertenecen a instituciones públicas, organizaciones y personas naturales, es así como hablamos del equipo de trabajo, quienes participaran como empleados y mediadores para la consecución de recursos y garantizar la atención a este grupo en específico por la cual se desarrolla la actividad principal de este proyecto.

**Figura 2. Diagrama clasificación de involucrados**



**Tabla 14. Matriz de Involucrados cuantitativa**

<b>Grupo de involucrados</b>	<b>Expectativa</b>	<b>Fuerza</b>	<b>Resultante</b>	<b>Posición Potencial</b>
Cuidadores Primarios	5	5	25	Favorecedor
Cuidadores primarios capacitados	5	5	25	Favorecedor
Población en situación de dependencia	5	4	20	Favorecedor
Red de Apoyo	4	4	16	Favorecedor
Secretaria de Inclusión Social y Familia	3	5	15	Participación Relativa
Secretaría de Salud	3	5	15	Participación Relativa
Juntas de Acción Comunal	4	3	12	Participación Relativa

<b>Grupo de involucrados</b>	<b>Expectativa</b>	<b>Fuerza</b>	<b>Resultante</b>	<b>Posición Potencial</b>
E.S.E Hospital San Juan de Dios	4	3	12	Favorecedor
Veeduría Ciudadana	3	3	9	Favorecedor
Estudiantes Administración en Salud UdeA	4	5	20	Favorecedor

**Tabla 15. Matriz de involucrados descriptiva**

<b>Grupo Involucrado</b>	<b>Intereses</b>	<b>Acciones y compromisos</b>	<b>Estrategias</b>
<b>Secretaría de inclusión social y familia</b>	Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y disminuir la sobrecarga del cuidador primario	Acompañamiento en los programas para los adultos mayores y constante apoyo para los cuidadores primarios.	Implementar acciones del buen vivir en comunidad, basadas en la creación de programas para los adultos mayores y sus cuidadores
<b>Secretaría de Salud</b>	Ejecutar políticas públicas enfocadas al cuidado del adulto mayor. Mejorar la salud mental de los adultos mayores y sus cuidadores.	Inspección, vigilancia y control a las políticas públicas enfocadas al adulto mayor. Seguimiento a las acciones de la salud mental.	Actividades enfocadas en la salud mental.  Gestionar proyectos para el bienestar de los adultos mayores
<b>Red de Apoyo</b>	Mejoramiento en la red familiar.	Establecer mecanismos de comunicación afectiva entre la familia, establecer responsabilidades frente al cuidado del adulto mayor	Concientización en el proceso de envejecimiento.
<b>Cuidadores Primarios</b>	Acompañamiento profesional al cuidador. Mejoramiento de la calidad de vida de	Establecer mecanismos de acompañamiento profesional. Mejoramiento de las	Concientización sobre el proceso de envejecimiento. Capacitación en temas sobre el cuidado del adulto mayor dependiente.

<b>Grupo Involucrado</b>	<b>Intereses</b>	<b>Acciones y compromisos</b>	<b>Estrategias</b>
	adulto y su cuidador.	redes de apoyo familiares en la labor del cuidado.	
<b>Cuidadores Primarios Capacitados</b>	Recibir educación y capacitación frente al cuidado de los adultos mayores con dependencia.	Fortalecimiento de actividades formativas para el cuidado del adulto mayor.	Creación de acciones educativas hacia el cuidado del adulto mayor.
<b>Población en Situación de Dependencia</b>	Adulto mayor con apoyo en el cuidado para mejorar su calidad de vida, apoyo al cuidador primario.	Población en Situación de Dependencia	Adulto mayor con apoyo en el cuidado para mejorar su calidad de vida, apoyo al cuidador primario.
<b>Juntas Acción comunal</b>	Dar a conocer las necesidades de su comunidad	Identificar grupos familiares con necesidades de ayuda tanto en el cuidado del adulto mayor como en la capacitación del su cuidador.	Realización de visitas domiciliarias
<b>Veeduría</b>	Velar por los derechos de su comunidad.  Velar por la implementación y ejecución de los programas de los adultos mayores	Realizar charlas de consentimiento con las familias involucradas dentro del proyecto. Involucrarse en los procesos de los programas del adulto mayor, vigilar su ejecución. e implementación.	Visitar lugares del municipio con mayor concentración de usuarios (Eje, hospitales EPS)  Utilizar los mecanismos de participación social para velar por los deberes y derechos de los adultos mayores.
<b>E.S.E Hospital San Juan de Dios</b>	Establecer acuerdos con otras entidades para garantizar la atención de la comunidad. Brindar acompañamiento y	Estudios para reconocer problemáticas Conocer problemática de no asistencia Canalización	Nuevos proyectos y planes que garanticen la atención al usuario.  Actuar frente a problemáticas

<b>Grupo Involucrado</b>	<b>Intereses</b>	<b>Acciones y compromisos</b>	<b>Estrategias</b>
	capacitaciones en temas de asistencia al enfermo. Fomentar una cultura saludable en la población.	efectiva de los programas de detección temprana y protección específica	Acciones que promuevan la promoción y la prevención
<b>Estudiantes de la Universidad de Antioquia</b>	Presentación proyecto Cuidadores Municipio de Sonsón 2023 con fines educativos. Presentación proyecto Cuidadores Municipio de Sonsón 2023 con fines educativos.	Atención preventiva de la salud por medio por medio de un programa de cuidadores. Formulación, presentación y acompañamiento en el desarrollo del programa de cuidadores del Municipio de Sonsón.	Realización de proyecto educativo. Dar a conocer a la población del Municipio de Sonsón la importancia del proyecto, por medio de canales de comunicación.

**Tabla 16. Matriz de problemas percibidos**

<b>Grupo Involucrado</b>	<b>Problema Percibido</b>
<b>Secretaría de inclusión social y familia</b>	Falta de implementación de programas que le apunten a la dependencia de los adultos mayores y la sobrecarga de los cuidadores primarios. Poca disponibilidad e importancia de la población en torno a la capacitación para cuidadores primarios. Baja difusión en torno a las acciones de educación sobre el cuidado de los adultos mayores con dependencia. Deficiente gestión para promover proyectos enfocados a la dependencia de los adultos mayores. Falta de protección y presupuesto del estado.
<b>Secretaría de Salud</b>	Falta de profesionales frente al cuidado paliativo. Aumento de la población adulta mayor con dependencia. Bajo nivel educativo en la población y poca oferta laboral. Poca implementación de programas en torno al cuidado y bienestar de adultos mayores con dependencia y su cuidador primario. Barreras de acceso y tramitología en el Sistema de Servicios de Salud. Deterioro de la salud mental de los adultos mayores y sus cuidadores.

<b>Grupo Involucrado</b>	<b>Problema Percibido</b>
	Falta de protección y presupuesto del estado.
<b>Red de Apoyo</b>	<p>Falta de compromiso en las labores del cuidado.  Falta de apoyo familiar afectivo para con el adulto mayor.  Mucho tiempo al cuidado del adulto mayor.  Distribución inequitativa de las actividades para el cuidado.  Poco tiempo para el desarrollo de su vida laboral o abandono de sus empleos.  Sobrecarga en las tareas familiares.  Descuido frente al cuidado del adulto mayor por sobrecarga de actividades.</p>
<b>Cuidadores Primarios</b>	<p>Descuido frente al autocuidado.  Desmejoramiento de la salud física y mental del cuidador.  Falta de ingresos para solventar los gastos que conlleva el cuidado.  No existe una remuneración por la labor que desempeñan.  Incremento de cansancio físico y mental, estrés y agobio.  Falta de acompañamiento y apoyo profesional por parte del ente territorial.  Deficientes programas para los cuidadores primarios.  Poca colaboración entre la familia para el cuidado del adulto mayor.  Disfunción familiar.  Adultos mayores de difícil de cuidado.  Incremento del abuso de poder por parte de las líderes y veedurías ciudadanas.</p>
<b>Cuidadores Primarios Capacitados</b>	<p>Falta de capacitación técnica para los cuidadores.  Ausencia de programas educativos con enfoque multidisciplinario.  Falta de acompañamiento de un equipo profesional que facilite la labor del cuidado.</p>
<b>Población en Situación de Dependencia</b>	<p>Enfermedades progresivas y afectación de salud mental.  Pérdida de autonomía.  Poco compromiso por parte de los entes territoriales.  Predisposición hacia las decisiones tomadas por su cuidador primario.  Poca tolerancia por parte del cuidador primario y disfunción familiar.  Aumento en el nivel dependencia.  Aumento de la población mayor.  Inseguridad alimentaria y de vivienda.  Arraigos culturales.  Adultos mayores sin pensión.  Limitaciones para acceder a los programas sociales.  Bajo nivel educativo.  Informalidad laboral.  Incremento del abuso de poder por parte de las líderes y veedurías ciudadanas.</p>

<b>Grupo Involucrado</b>	<b>Problema Percibido</b>
<b>Juntas Acción comunal</b>	<p>Falta de apoyo en propuestas de programas de los adultos mayores con dependencia y sus cuidadores.</p> <p>Poco compromiso de los entes territoriales frente a las necesidades de los adultos mayores.</p> <p>Parcialidad en la distribución de la ayuda.</p> <p>Poca disposición de los adultos mayores y sus cuidadores para dar a conocer sus problemáticas.</p> <p>Desconocimiento de la población adulta mayor con dependencia.</p>
<b>Veeduría</b>	<p>Poca participación de la ciudadanía.</p> <p>Mala articulación de sectores sociales y políticos.</p> <p>Desconocimiento de la ciudadanía de las funciones que ejerce un veedor.</p> <p>Poca identificación de las problemáticas de la sociedad.</p> <p>Falta de credibilidad y confianza.</p> <p>Falta de inclusión actividades comunales.</p>
<b>E.S.E Hospital San Juan de Dios</b>	<p>Baja asignación de recursos.</p> <p>Poca adherencia a los programas de promoción y prevención.</p> <p>Incremento en la demanda de atención.</p> <p>Falta de adherencia a los tratamientos y recomendaciones.</p>
<b>Estudiantes de la Universidad de Antioquia</b>	<p>Existe nivel de dependencia del adulto mayor.</p> <p>Existe nivel de sobrecarga del cuidador primario.</p> <p>Deterioro de la salud mental de los adultos mayores y cuidadores primarios.</p> <p>Adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad.</p> <p>Adultos mayores con bajos recursos económicos.</p> <p>Adultos mayores sin acceso a pensión o subsidio.</p> <p>Inseguridad alimentaria y de vivienda.</p> <p>Incapacidad en la respuesta de atención por parte de las instituciones del municipio.</p> <p>Aumento de la población adulta mayor o población envejecida.</p> <p>Cuidadores primarios sin capacitación técnica para ejercer la labor de cuidado.</p> <p>Bajo nivel educativo.</p> <p>Informalidad laboral.</p> <p>Poca oferta de programas educativos y accesibilidad por falta de recursos.</p> <p>Cuidadores primarios sin remuneración.</p> <p>Cuidadores primarios sin apoyo familiar.</p> <p>Disfunción familiar.</p> <p>Falta de voluntad política.</p> <p>Ausencia de programas enfocados en el adulto mayor con dependencia y sus cuidadores primarios.</p>

<b>Grupo Involucrado</b>	<b>Problema Percibido</b>
	Falta de articulación y acción de los entes. territoriales para la creación de proyectos. de adultos mayores y cuidadores primarios.

**Tabla 17. Análisis de Participación**

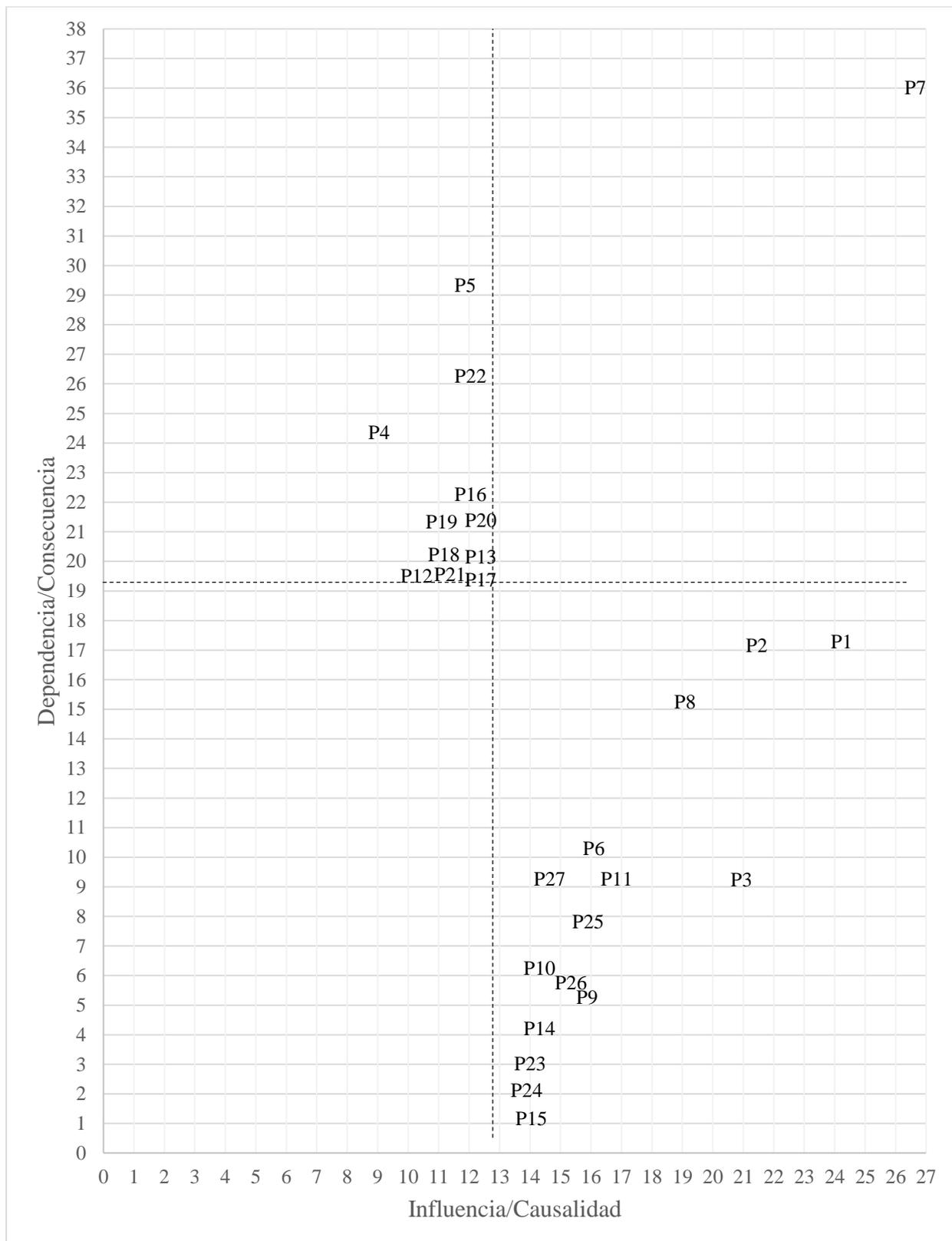
<b>BENEFICIARIOS DIRECTOS</b>	<b>BENEFICIARIOS INDIRECTOS</b>	<b>EXCLUIDOS/ NEUTRALES</b>	<b>PERJUDICADOS/ Oponentes POTENCIALES</b>
Los Adultos Mayores con dependencia por enfermedad y/o discapacidad de la zona urbana del Municipio de Sonsón Antioquia.	Municipio de Sonsón Juntas de Acción Comunal ESE Hospital San Juan de Dios Estudiantes de la Universidad de Antioquia.	Adultos Mayores sin dependencia. Adultos Mayores no pertenecientes al Municipio. Adultos mayores de la zona rural del Municipio	Institucionalidad de Adultos Mayores
El Cuidador primario.	Secretaria de Inclusión Social y Familia. Secretaria de Salud.		

## **11. Descripción y análisis del problema programa de cuidadores**

El Municipio de Sonsón, Presenta una oferta institucional pública escasa para brindar un adecuado acompañamiento y cuidado. Asociada a esta problemática se encuentra la falta de una caracterización de los adultos mayores en situación de dependencia de cuidado que solicitan apoyo permanente, de igual manera, identificar el nivel de sobrecarga del cuidador primario. A esto se suma que solo se cuenta con un centro de bienestar del anciano para atender a una mínima parte de la población. Por lo anterior, es necesario buscar alternativas para identificar a las personas con estas situaciones específicas. Por esto la apuesta es el acompañamiento en el proceso de cuidado que va desde el asesoramiento y la formación en buenas prácticas de atención hasta la asignación de un cuidador que apoye a la familia en la labor del cuidado.

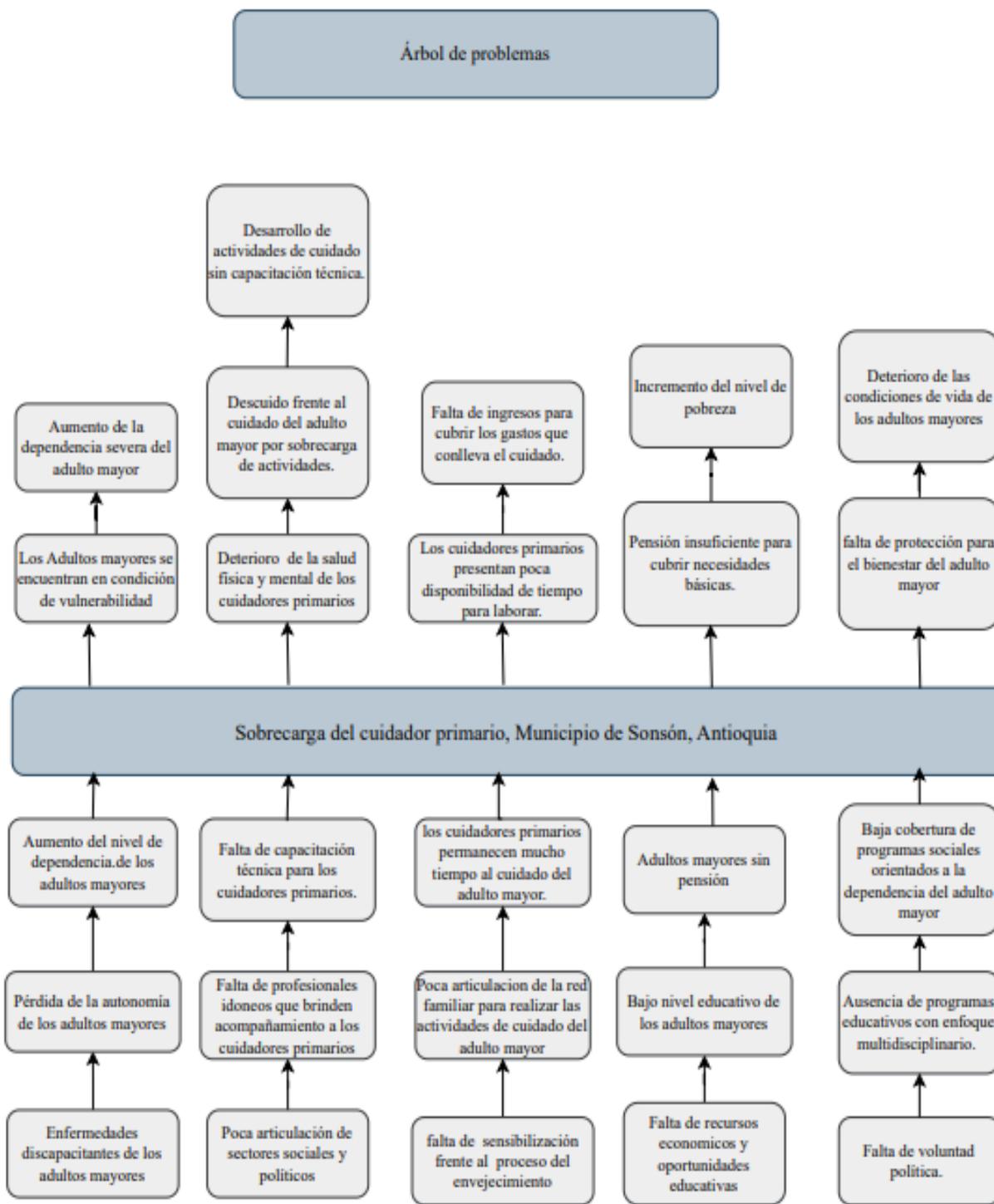
Actualmente, no existen registros ni investigaciones que revelen el total de cuidadores del Municipio de Sonsón, sin embargo, al analizar los resultados del trabajo de grado Nivel de dependencia del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario 2023 nos lleva a formular una propuesta que dé respuesta a la necesidad de crear un programa de cuidadores, que beneficie a la población adulta mayor con dependencia y prevenga el síndrome del cuidador quemado.

**Figura 3. Matriz de Vester**



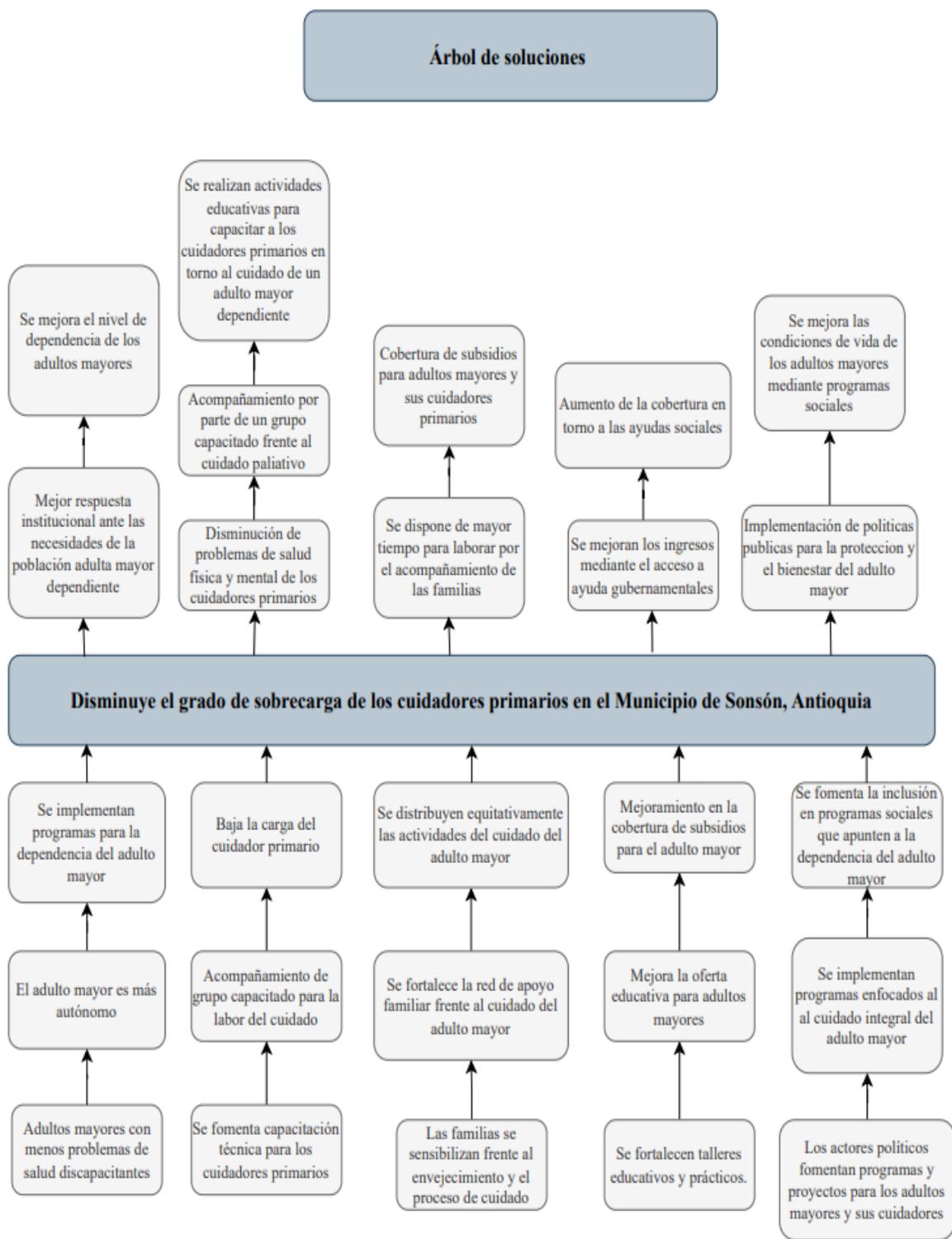
## 11.1 Árbol de Problemas

Figura 4. Árbol de problemas



## 11.2 Análisis de soluciones

Figura 5. Árbol de soluciones



## 12. Análisis de alternativas

Partiendo del árbol de objetivos identificamos los objetivos que no son realizables por su baja viabilidad en la realización del proyecto, por lo tanto, se descartan los siguientes:

- Mejoramiento en la cobertura de subsidios para el adulto mayor
- Mejora la oferta educativa para adultos mayores
- Se fortalecen talleres educativos y prácticos.
- Se fomenta la inclusión en programas sociales que apunten a la dependencia del adulto mayor
- Se implementan programas enfocados al cuidado integral del adulto mayor
- Los actores políticos fomentan programas y proyectos para los adultos mayores y sus cuidadores
- Se implementan programas para la dependencia del adulto mayor
- El adulto mayor es más autónomo
- Adultos mayores con menos problemas de salud discapacitantes
- Se distribuyen equitativamente las actividades del cuidado del adulto mayor
- Se fortalece la red de apoyo familiar frente al cuidado del adulto mayor
- Las familias se sensibilizan frente al envejecimiento y el proceso de cuidado

El anterior grupo de objetivos no son realizables debido a que las acciones van dirigidas a las decisiones políticas, desde un ámbito rector como la creación de planes, programas y proyectos, con su ejecución presupuestal, así como la creación de políticas públicas, por lo tanto, como estudiantes de Administración en salud buscamos acciones de educación y acompañamiento para los adultos mayores, cuidadores primarios y sus familias.

Además, después de revisar nuestros objetivos de actividad describimos tres criterios realizables los cuales son:

- Baja la carga del cuidador primario
- Acompañamiento de un grupo capacitado para la labor del cuidado
- Se fomenta capacitación técnica para los cuidadores primarios

Por lo tanto, postulamos dos alternativas que se ajustan a las acciones y contribuyen a la solución de la problemática en el desarrollo de nuestro proyecto, además, se requiere que sean implementadas en conjunto, sin embargo, realizamos la selección de una de las alternativas, analizando su nivel de incidencia en la población y se ajusta a la realidad de una parte de la problemática.

Si bien, es viable para la entidad territorial articular las dos alternativas por su posición social frente a las problemáticas de los cuidadores primarios y los adultos mayores con dependencia, nuestros esfuerzos como estudiantes están encaminados a las actividades educativas y a los

acompañamientos, sin dejar de invitar a los actores políticos para aunar esfuerzos en la creación de nuevos programas que permitan disminuir la problemática de nuestra investigación.

**Educación y Salud:** mediante esta alternativa se busca brindar actividades educativas para capacitar a los cuidadores primarios en torno al cuidado de los adultos mayores con dependencia, con el fin de disminuir la sobrecarga del cuidador primario que implica problemas de salud física y mental, a su vez, realizar acompañamientos por parte de profesionales que les permita poner en práctica los conocimientos adquiridos para la realización de las actividades diarias sobre el cuidado del adulto mayor, así mismo, los apoyos para los cuidadores primarios en el proceso del cuidado del adulto mayor, además, de las prácticas de cuidado seguras y oportunas, las cuales van dirigidas tanto a las familias, agentes de cuidado y cuidadores primarios. Estas asesorías y capacitaciones buscan: Fomentar la autonomía del adulto en sus actividades básicas diarias, acompañar a las familias mediante un proceso de orientación y educación, para disminuir la angustia ante los retos de cuidado, implementar un plan de cuidado para el adulto mayor, fortalecer la dinámica familiar, y fomentar el autocuidado del cuidador primario.

**Envejecimiento y vejez:** Esta alternativa responde a crear políticas públicas donde se identifiquen las poblaciones más vulnerables, pero con proyecciones futuras que incidan en el mejoramiento de la calidad de vida, dichas acciones e intervenciones van orientadas al desarrollo de capacidades, habilidades de las comunidades buscando proporcionar bienestar, inmersas en la inclusión social

Si bien la promoción social busca reducir la desigualdad, se debe de implementar políticas que estén enfocadas en la atención primaria en salud y con programas en torno al cuidado y a la dependencia de los adultos mayores y sus cuidadores primarios de esta manera al mejoramiento de la Calidad de vida, para ello, es necesario la voluntad política y el adecuado manejo del presupuesto nacional, por ende, esta alternativa es usada a través de los entes territoriales y son ellos quienes deben crearlas y así fortalecer los programas que le apunten al bienestar social.

**Coste:** la entidad territorial dentro de sus fuentes de financiación cuenta con recursos propios de destinación específica conocidos como estampillas del Adulto mayor, con el propósito de ejecutar en su totalidad las actividades propuestas dentro del plan de acción de la secretaría de inclusión social y familia, por otro lado, los recursos girados de la nación al Sistema General de Participaciones para la realización de las actividades planeadas dentro de los planes de intervenciones colectivas y atención primaria en salud, manifiestan su intervención social comunitaria, sumándole la alta inspección, vigilancia y control por partes de entidades externas, que garantizan la ejecución correcta de los recursos.

**Tiempo:** el tiempo de ejecución del proyecto está pensado para que exista una adecuada planeación de las actividades educativas y de acompañamiento, si bien el tiempo no es un factor limitante, se busca que el proyecto sea eficaz y se desarrolle oportunamente minimizando el factor de riesgo de sobrecarga del cuidador primario.

**Concentración de beneficiarios:** está enmarcada en beneficiar a la población adulta mayor con dependencia y sus cuidadores primarios, tanto para los cuidadores que ya presentan un grado de sobrecarga como para aquellos que representan un riesgo alto de sufrirla y que sin una intervención oportuna aumentará sustancialmente. Es por esto que se le da una alta ponderación, es decir que, si ya fue detectado un grado de sobrecarga creciente en la población, se debe alertar a los entes

rectores y la sociedad para llevar a cabo acciones que permitan disminuir eficazmente esta sobrecarga.

**Riesgos Sociales:** Este criterio va enfocado al riesgo social de los cuidadores primarios ya que con la sobrecarga están expuestos al síndrome del cuidador quemado, el cual al padecer de este se ve afectada la salud física y mental, problemática que se aumentará sin la intervención oportuna, por lo tanto, el coeficiente se pondero con uno de los más altos valores, que da respuesta a la responsabilidad social.

**Impacto Ambiental:** Este criterio no implica ninguna intervención en el medio ambiente, por lo cual le dimos una ponderación de 2 de un total de 20, por lo que no es un proyecto de creación de infraestructura, sin embargo, se toma en cuenta las medidas ambientales con el fin de sostener los recursos ambientales

**Viabilidad:** El proyecto es viable considerando en primer lugar el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor, a través del apoyo al cuidador primario, donde se evita el síndrome del cuidador quemado que es la realidad social en cuanto a la equidad en salud, siendo esta la primera alternativa de solución en la que se desarrolla nuestro proyecto, además, vinculamos la educación como acciones formativas con el apoyo de los profesionales de la salud los cuales son expertos en acompañamientos en los procesos de orientación y educación al cuidador y a las familias en pro de los adultos mayores, todos y cada uno de ellos con el perfil profesional adecuado a cada actividad e incorporando perspectivas de género y cuidado del adulto mayor, la didáctica que utilizaremos es práctica y escrita en un lenguaje claro y sencillo. Está claro que se disminuirá en una gran proporción la carga ocasionada por las acciones al cuidado del adulto mayor, debido a qué, adquirirán conocimiento suficiente, evidenciado en técnicas y metodologías que permitirán mejorar las condiciones tanto del cuidador como del adulto mayor, y permitirán mitigar el síndrome del cuidador quemado.

Los programas que se desarrollan a nivel Municipal por medio de las Secretarías de salud e Inclusión social, donde la primera lo evidencia a través de convenios interadministrativos realizados con la Empresa Social del estado (E.S.E), para desarrollar acciones preventivas relacionados en los Planes de intervenciones Colectivas (PIC) y Atención Primaria en Salud (APS); y la segunda Secretaría, ejecuta dentro de su planeación estratégica un programa de atención integral del adulto mayor, con el fin de brindarle a esta población vulnerable mejores condiciones de vida. Por último, se encuentran otras dependencias que de manera transversal ayudarán al cuidado integral del adulto mayor.

**Tabla 18. Análisis de Alternativas**

CRITERIOS	Coeficiente	Alternativa 1			Alternativa 2	
		Educación y Salud			Envejecimiento y vejez	Políticas Públicas
<b>COSTE</b>	3	4	12	2	6	
<b>TIEMPO</b>	2	4	8	4	8	

<b>CRITERIOS</b>	<b>Alternativa 1</b>			<b>Alternativa 2</b>	
	Coeficiente	Educación y Salud		Envejecimiento y vejez Políticas Públicas	
<b>CONCENTRACIÓN SOBRE BENEFICIARIOS</b>	4	4	16	3	12
<b>RIESGOS SOCIALES</b>	4	5	20	4	16
<b>IMPACTO AMBIENTAL</b>	2	1	2	1	1
<b>VIABILIDAD</b>	5	5	25	3	15
<b>TOTAL</b>	20		83		58

## 12. Estructura analítica

Figura 6. Diagrama Estructura Analítica

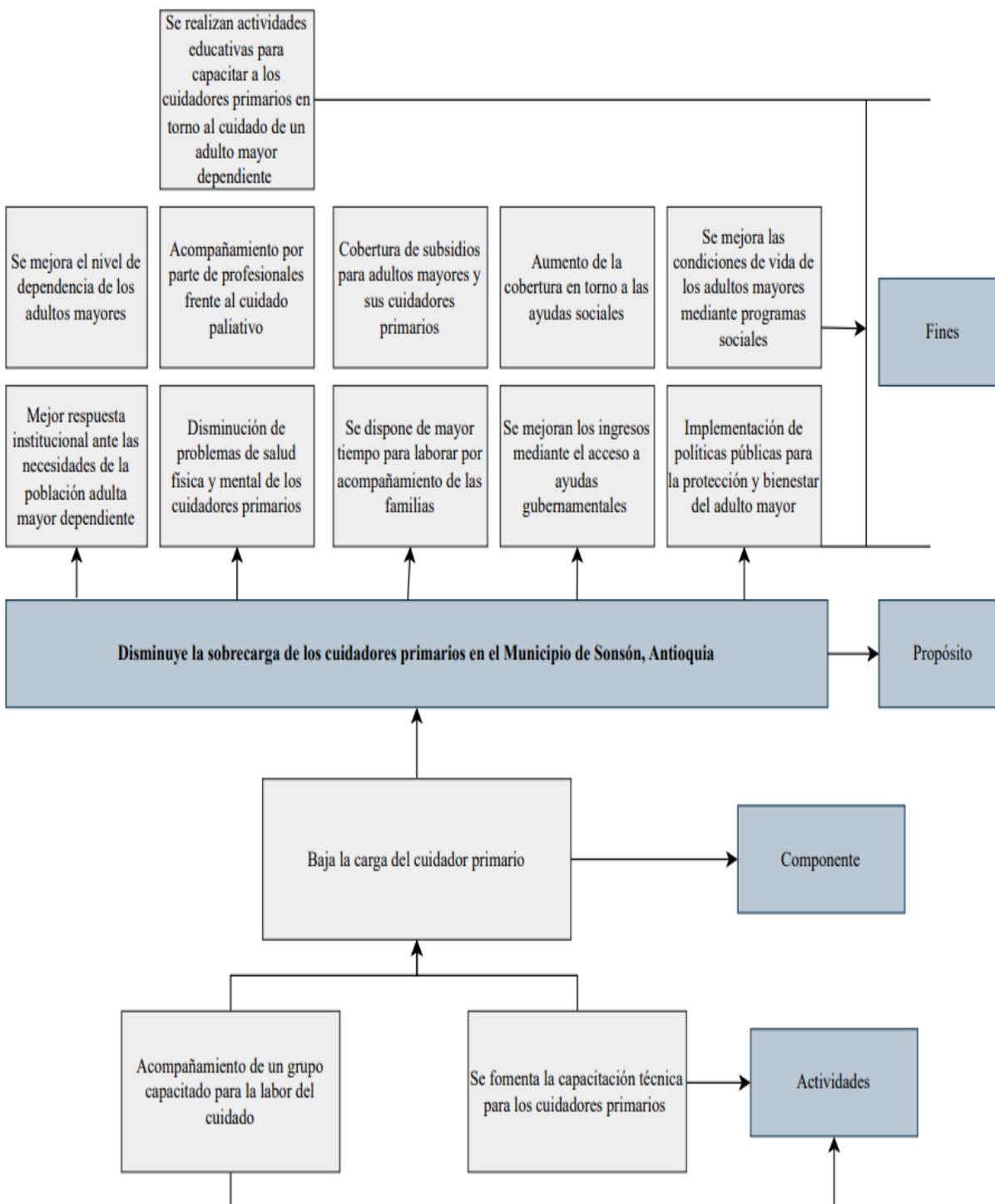


Tabla 19. Matriz de Marco Lógico

	<b>RESUMEN NARRATIVO</b>	<b>INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES</b>	<b>FUENTES DE VERIFICACIÓN</b>	<b>SUPUESTOS/ HIPÓTESIS/ FACTORES EXTERNOS</b>
<b>FIN</b>	<p>F.1. Acompañamiento por parte de un grupo capacitado frente al cuidado paliativo.</p> <p>F.2. Se realizan actividades educativas para capacitar a los cuidadores primarios en torno al cuidado de un adulto mayor dependiente.</p> <p>F.3. Disminución de problemas de salud física y mental de los cuidadores primarios.</p> <p>F.4. Se mejora el nivel de dependencia de los adultos mayores.</p> <p>F.5. Mejor respuesta institucional ante las necesidades de la población adulta mayor dependiente.</p> <p>F.6. Cobertura de subsidios para adultos mayores y sus cuidadores primarios.</p> <p>F.7. Se dispone de mayor tiempo para laborar por el acompañamiento de las familias.</p> <p>F.8. Aumento de la cobertura en torno a las ayudas sociales.</p> <p>F.9. Se mejoran los ingresos mediante el acceso a ayudas</p>	<p>F.1.1. Al tercer mes de ejecución del proyecto se percibe un 50% de acompañamiento en el cuidado del adulto mayor.</p> <p>F.2.1. Al tercer mes de ejecución del proyecto se ha realizado el 40% de las actividades formativas.</p> <p>F.3.1. Al tercer mes de ejecución del proyecto se percibe una disminución del 40% de los problemas de salud física y mental de los cuidadores primarios.</p>	<p>Registro de las valoraciones iniciales a los beneficiarios.</p> <p>Notas diarias del cuidador</p> <p>Base de datos</p> <p>Registro de actividades de los profesionales</p> <p>Evidencias fotográficas</p> <p>Informes periódicos</p>	<p>Se mantiene el apoyo al cuidador primario de los adultos mayores con alguna dependencia.</p> <p>Los cuidadores primarios presentan receptividad frente a las actividades formativas.</p>

	<b>RESUMEN NARRATIVO</b>	<b>INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES</b>	<b>FUENTES DE VERIFICACIÓN</b>	<b>SUPUESTOS/ HIPÓTESIS/ FACTORES EXTERNOS</b>
	<p>gubernamentales.</p> <p>F.10. Se mejoran las condiciones de vida de los adultos mayores mediante programas sociales.</p> <p>F.11. Implementación de políticas públicas para la protección y el bienestar del adulto mayor.</p>			
<b>PROPÓSITO</b>	P.1. Disminuye el grado de sobrecarga de los cuidadores primarios en el Municipio de Sonsón, Antioquia.	P.1.1. Al tercer mes de ejecución del proyecto el 50% de los cuidadores primarios disminuyen su grado de sobrecarga.	Presentación de informes. Evidencias fotográficas. Lista de Asistencia	Los cuidadores primarios presentan buena receptividad frente a los acompañamientos y las actividades educativas.
<b>COMPONENTE</b>	C.1. Baja la carga del cuidador primario.	C.1.1. Al finalizar el proyecto se ha disminuido la sobrecarga del cuidador primario.	Encuestas de Satisfacción al cuidador primario. Listas de asistencias. Evidencias fotográficas Bitácoras	Se mantiene la cobertura frente al acompañamiento en el cuidado de los adultos mayores. Los cuidadores consideran la importancia de la disminución de la sobrecarga del cuidador para con su estado físico y emocional. Se mantiene una participación frente a las actividades formativas del manejo del

	<b>RESUMEN NARRATIVO</b>	<b>INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES</b>	<b>FUENTES DE VERIFICACIÓN</b>	<b>SUPUESTOS/ HIPÓTESIS/ FACTORES EXTERNOS</b>
				cuidado del adulto mayor.
<b>ACTIVIDADES</b>	A.1. Acompañamiento de un grupo capacitado para la labor del cuidado. A.2. Se fomenta la capacitación técnica para los cuidadores primarios.	A.1.1. Porcentaje de cumplimiento de acompañamientos pactados. A.2.1. Porcentaje de cumplimiento de las actividades de formación pactadas.	Ficha de valoración de los beneficiarios. Notas diarias del cuidador. Formato de asesoría. Listados de asistencia. Evaluaciones de satisfacción. Evidencias fotográficas.	Se mantiene la disposición por parte de los cuidadores. Los cuidadores ponen en práctica las asesorías formativas Se mantiene la asistencia y la disponibilidad de los cuidadores y familia en las formaciones educativas.

**Tabla No 20. Análisis de tareas propuesta programa de cuidadores.**

<b>PROPUESTA PROGRAMA CUIDADORES</b>				
	<b>Duración</b>	<b>Inicio</b>	<b>Terminado</b>	<b>Nombre del Recurso</b>
	180 días	3/06/2024	31/12/2024	
<b>Fase I Contratación</b>	5 días	3/06/2024	7/06/2024	
<b>Recurso Humano</b> (ver Anexo 5 presupuesto)				
Se realizará la contratación por medio de la modalidad de prestación de servicios, según actividades y descripción presupuestal, financiado con recursos que resultan de la aplicación de estampillas pro adulto mayor				Psicólogo, profesional de enfermería, profesional coordinador, cuidadores primarios
<b>Fase II Valoraciones</b>	5 días	10/06/2024	14/06/2024	

<b>PROPUESTA PROGRAMA CUIDADORES</b>				
	<b>Duración</b>	<b>Inicio</b>	<b>Terminado</b>	<b>Nombre del Recurso</b>
Se compone de 61 valoraciones, por medio de una visita domiciliaria donde se evalúa la situación de dependencia y establecer plan de cuidado, así como la condición de desgaste del cuidador primario.				Profesional de Enfermería
<b>Asignación de un cuidador</b>				
Por medio del profesional de enfermería y el cuidador primario realizan una visita domiciliaria con el fin de informar al usuario y a su cuidador cual va hacer el plan de cuidado, es allí donde se firma el consentimiento informado de la aceptación del cuidador				Profesional de Enfermería y cuidador primario del programa
<b>Fase III Acompañamientos</b>	180 días	14/06/2024	14/12/2024	
El cuidador que es contratado acompaña y educa a la familia en la labor de cuidar, para ello se le asignan dos horas diarias durante la semana de lunes a sábado a cada cuidador, es de anotar que, los cuidadores se abstienen de realizar procedimientos invasivos o actividades por las cuales no están contratados				cuidador primario del programa
<b>Fase IV Capacitaciones</b>	150 días	14/06/2024	14/11/2024	
Cada usuario tendrá dos capacitaciones y podrán realizarlas en compañía con el adulto mayor y cuidadores del programa, estas deben ser desarrolladas por profesional encargado del programa, la cual tendrá como mínimo 40 minutos para el desarrollo				Profesional de Enfermería
<b>Capacitación 1: Manejo de la piel</b>				
Se debe presentar el módulo de la capacitación del tema a tratar,				Profesional de Enfermería

<b>PROPUESTA PROGRAMA CUIDADORES</b>				
	<b>Duración</b>	<b>Inicio</b>	<b>Terminado</b>	<b>Nombre del Recurso</b>
además de promover prácticas de cuidado seguras y oportunas.				
<b>Capacitación 2: Asistencia en el cuidado e higiene diaria</b>				
Se debe presentar el módulo de la capacitación del tema a tratar, además de orientación y educación para optimizar y mejorar la calidad del cuidado				Profesional de Enfermería
<b>Orientación Psicológica</b>				
El profesional en psicología debe estar dispuesto para realizar las orientaciones psicológicas de los usuarios en torno al manejo del estrés y demás situaciones que impliquen el desmejoramiento de la salud mental, para ello debe presentar la ejecución de 300 acompañamientos, cada uno debe tener un tiempo mínimo de dos horas.				Profesional Psicologo
<b>Fase V Auditoria y Seguimiento</b>	5 días	8/08/2024	12/08/2024	
Verificación de las actividades realizadas, donde se dé respuesta a lo planteado en el marco del proyecto, por medio de la revisión de indicadores ya planteados.				Unidades ejecutorias
<b>Fase VI Entrega Informe Final</b>	1 día	27/12/2024	31/12/2024	
Estará a cargo del coordinador operativo del proyecto y será socializado con la secretaria de Salud y de Inclusión Social y Familia, además presentado ante los representantes y lideres de la comunidad.				Coordinador operativo

## 14. Conclusiones

Los resultados de la investigación demostraron falencias con relación a la protección social de los adultos mayores, indicando alta vulnerabilidad, donde se percibió diferentes factores de riesgo en cuanto a una vivienda digna, ya que el 23,7% de los adultos mayores viven en una vivienda arrendada o prestada, aunado a ello, el 42,6% presentaron algún tipo de discapacidad, predominando la discapacidad física, y con bajos ingresos económicos, el 90,9% no alcanzaron una pensión. Estos factores de riesgo antes mencionados los hacen más vulnerables por lo tanto es necesario romper con la cadena de inequidad y desigualdad social

Desde el ámbito nacional se percibe una gran debilidad en la inclusión, integración y participación en la sociedad en condiciones de igualdad de los adultos mayores y sus cuidadores para el acompañamiento en las necesidades básicas insatisfechas, ya que no perciben un apoyo para su atención integral, es así como presentan carencia de recursos económicos, el 59,3% de los adultos mayores no tuvieron estudios o presentaron solo estudios primarios, que infiere en la falta de estabilidad laboral, riesgo en la inseguridad alimentaria debido a sus pocos ingresos para solventar los gastos del hogar, si bien existe el subsidio para el adulto mayor, el 44,7% está sin cobertura en dicho programa.

El envejecimiento en Colombia plantea alta demanda de servicios de salud, caso reflejado en el Municipio de Sonsón donde se observó que el 79,8% presentaron algún tipo de enfermedad diagnosticada de las cuales predominaron las del sistema cardiocirculatorio con un 37,1%, por lo tanto, es necesario fortalecer el sistema de salud con relación a las comorbilidades para afrontar a una población que está envejeciendo e incorporar de manera prioritaria hábitos y comportamientos saludables fomentando la atención primaria en salud.

La salud mental de los adultos mayores está en riesgo ya que el 14,6% sienten depresión lo que puede inferir en la descompensación de sus patologías y bienestar emocional, debido a las deficientes condiciones de vida, a su vez los adultos presentan pobreza moderada en la clasificación del Sisbén y normalmente están en el estrato socioeconómico 2, evidenciando la falta de acceso a las políticas de protección por parte del estado.

Los resultados obtenidos con la aplicación del test Delta y la escala de Zarit, indican la necesidad de actuaciones multidisciplinarias encaminadas a apoyar a los adultos mayores con algún grado de dependencia, así mismo a sus cuidadores primarios tanto de forma preventiva como de actuación. Con dichas intervenciones se lograrán resultados positivos en diversos aspectos relativos tanto a la persona atendida como al cuidador, siendo necesario adaptar las intervenciones a las características y necesidades específicas de cada cuidador.

Podemos decir que, si no se afrontan de manera adecuada, los déficits actuales que existen tanto en el nivel de dependencia de cuidado del adulto mayor, y el grado de sobrecarga del cuidador primario, estos crearán una alta demanda de servicios en salud, de igual manera, una baja calidad de vida para los habitantes del municipio de Sonsón, que presenten algún grado de dependencia o algún nivel de sobrecarga como cuidador.

El cuidar a un adulto mayor con algún grado de dependencia, es algo que requiere más que la buena voluntad para hacerlo, por esto se plantea la propuesta de brindar una serie de alternativas para ofrecer un cuidado de calidad al adulto mayor y que sirvan además para ayudarle al cuidador primario a no llegar a una sobrecarga ya sea leve moderada o intensa. Es por ello que al conocer una manera más sencilla de asear al adulto mayor, saber cómo movilizar a un adulto mayor de la silla de ruedas a la cama o viceversa, conocer las herramientas que faciliten el movimiento de ciertos miembros del cuerpo y prevenir accidentes en el hogar, son algunas de las actividades que requieren profesionalismo en las personas que tienen a su cargo esta tarea y dado que en el municipio de Sonsón estas tareas las vienen realizando personas sin algún tipo de educación o con conocimientos adquiridos de manera empírica.

Los resultados del trabajo de investigación también evidencian que el cuidado de una persona adulta mayor con algún grado de dependencia, no es tan fácil ya que este es de mucha paciencia y tolerancia, el cuidado de ellos es algo así como tener que cuidar a un niño pero esta se dificulta un poco más porque ya los adultos tienen formado su carácter y su personalidad y en muchas ocasiones no se sienten bien dependiendo de una persona porque esto los hace sentir de alguna manera que ya son inútiles para una sociedad.

Finalmente, en el Municipio de Sonsón se presentaron consecuencias negativas debido a que el 8,2% de los cuidadores primarios presentaron sobrecarga y son las mujeres quienes se encuentran asumiendo el rol de cuidadores, afectando la salud física y mental derivada de su función como cuidador, resultado de dedicar su mayor tiempo al cuidado del adulto mayor, además, el estudio refleja que los cuidadores abandonan sus actividades para dedicarse al cuidado de sus familiares y por lo tanto no reciben ninguna clase de ingresos, tan solo el 20% recibe como compensación alimentación y vivienda, además, la falta de capacitación son características que requieren ser focalizadas a la hora de plantear acciones encaminadas para el mejoramiento de la calidad de vida tanto del cuidador como del adulto mayor dependiente.

## 15. Recomendaciones

Se recomienda a la autoridad sanitaria, en este caso a la administración Municipal, a fomentar acciones encaminadas al apoyo en el cuidado de los adultos mayores con el fin de minimizar la sobrecarga del cuidador primario, de igual manera, a capacitar a los cuidadores en temas relacionados con el cuidado, sin dejar a un lado la salud mental, resultado de gran relevancia en la investigación, dado a los porcentajes de depresión en los adultos mayores, los cuales pueden incidir en el manejo de las patologías de los adultos mayores así como para los cuidadores, de igual manera, es importante dar a conocer los resultados de este estudio ya que se puede inferir en que la población adulta mayor de Sonsón en el 2023 padece de alguna enfermedad, situación de salud que determina frente a los entes rectores a prestar atención e intervención para con su población.

Es importante mencionar que, la activación de una red de apoyo que este acompañada de profesionales idóneos en temas relacionados con el cuidado de los adultos mayores, donde intervenga los líderes comunitarios, cuidadores primarios, red de compasión que su principal función sea ayudar a su población.

Además, es necesario el fortalecimiento de las políticas públicas que favorezcan a la población adulta mayor en situación de dependencia, a fomentar entornos de vida saludables para esta población y su núcleo familiar o cercano que mejore la calidad de vida en esta etapa.

Se evidencia que en el Municipio de Sonsón es primordial el aumento de la oferta institucional pública, para el cuidado del adulto mayor en condición de dependencia o discapacidad, así como la creación de espacios y ambientes seguros y saludables para esta población y sus cuidadores primarios.

Según el resultado de nuestra investigación revela la inminente ayuda a nuestros adultos mayores y a su vez a sus cuidadores, dado que necesitan de un apoyo en el cuidado para la realización de las actividades básicas diarias, lo que implica una serie de estrategias encaminadas al fortalecimiento de la inclusión social y familia que permita crear programas para preservar la calidad de vida y el mejoramiento de la salud,

Crear o fortalecer programas que, desde la educación, formen a los cuidadores primarios de los adultos mayores en estrategias para el manejo de la dependencia y las necesidades de cuidado, así como minimizar la sobrecarga dentro de un contexto en la dinámica familiar o personal cuando se cuida a un adulto mayor dependiente.

## 16. Lista de Anexos

### Anexo 1. Instrumento de Recolección de datos (Test Delta- Escala de Zarit)



Facultad Nacional de Salud  
Programa Administración en Salud

Fecha:  
N° Formulario

--	--	--

DEPENDENCIA DE CUIDADO DEL ADULTO MAYOR Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO  
ZONA URBANA DEL MUNICIPIO DE SONSON, 2023

#### DATOS DEL ADULTO MAYOR

##### 1. Tipo de Documento

1	CC.	
2	C.E	
3	P.E. P	
4	Otro	

##### 2. Número de Documento

--

##### 3. Nombres Completos

--

##### 4. Edad (años)

--

##### 5. Sexo

1	Hombre	
2	Mujer	

##### 6. Estado civil

1	Soltero	
2	Casado	
3	Separado	
4	Unión libre	
5	Viudo	

##### 7. Régimen de Afiliación al sistema de salud

1	Subsidiado	
2	Contributivo	
3	Otro	

##### 8. Escolaridad

1	Sin Estudio	
2	Estudios Primarios	
3	Estudios Secundarios	
4	Estudios Superiores	

##### 9. Ocupación

1	Ama de casa	
2	Agricultor	
3	Obrero	
4	Profesional	
5	Oficios varios	
6	Ninguna	

7	otra	
---	------	--

##### 10. Dirección de Residencia

--

##### 11. Barrio

--

##### 12. Teléfonos

--

##### 13. EAPB

--

##### 14. ¿Estrato socioeconómico?

1	Uno	
2	Dos	
3	Tres	
4	Cuatro	
5	Cinco	
6	Seis	

##### 15. ¿Grupo Étnico

1	Afrocolombiano	
2	Mestizo	
3	Indígena	
4	Raizal	
5	Otro	

##### 16. ¿Tiene Discapacidad?

1	Si	
2	No	

##### 17. ¿Tipo de Discapacidad?

1	Sensorial	
2	Cognitiva	
3	Física	
4	Congénita	
5	Adquirida	

##### 18. ¿El usuario cuenta con cuidador primario?

1	Si	
2	No	

##### 19. ¿Parentesco?

1	Madre	
2	Padre	
3	Hermano	
4	Hijo	
5	Otro Familiar	
6	Amigo/a	

##### 20. ¿Víctima del conflicto armado?

1	Si	
2	No	

##### 21. ¿Tiene Enfermedades diagnosticadas?

1	Si	
2	No	

##### 22. ¿Cual?

--

##### 23. ¿Es pensionado?

1	Si	
2	No	

##### 24. Tenencia de la vivienda

1	Propia	
2	Familiar	
3	Arrendada	
4	Prestada	
5	Comodato	

##### 25. ¿Tiene Depresión?

1	Si	
2	No	

##### 26. Actitud frente a su condición

1	Excelente	
2	Bueno	
3	Regular	
4	Mala	

##### 27. ¿Recibe Subsidio del adulto Mayor?

1	Si	
2	No	

Mide el grado de **DEPENDENCIA**, como indicativo de la necesidad de cuidados de la persona, clasificándola en válida, asistida leve, asistida moderada y asistida severa. Marca con "X" la opción que corresponde.

Orden	Dimensión	Código	Respuesta	Descripción
28.	<b>MOVILIZACIÓN</b>	0		Autónomo.
		1		Asistencia ocasional para la movilización desde la cama, WC, silla o silla de ruedas.
		2		Precisa ayuda frecuente para la movilización desde la cama, WC, silla o silla de ruedas.
		3		La ayuda es necesaria de forma permanente.
29.	<b>DEAMBULACIÓN Y DESPLAZAMIENTO</b>	0		Autónomo, aunque lleva algún medio de apoyo.
		1		Necesita ayuda esporádica.
		2		Precisa ayuda con frecuencia para la deambulación.
		3		Hay que desplazarle siempre. Incapaz de impulsar la silla de ruedas. Encamado
30.	<b>ASEO</b>	0		Autónomo.
		1		Precisa ayuda ocasional en el aseo diario: lavado de manos, cara, afeitado, peinado, etc.
		2		Necesita ayuda frecuentemente para el aseo diario.
		3		Hay que ayudarlo siempre.
31.	<b>VESTIDO</b>	0		Autónomo.
		1		En ocasiones hay que ayudarlo.
		2		Necesita siempre ayuda para ponerse alguna prenda o calzarse.
		3		Es necesario vestirlo y calzarlo totalmente.
32.	<b>ALIMENTACIÓN</b>	0		Lo hace solo.
		1		Precisa ayuda ocasional para comer. A veces hay que prepararle los alimentos.
		2		Precisa con frecuencia ayuda para comer. Se le suelen preparar los alimentos.
		3		Hay que administrarle la comida.
33.	<b>HIGIENE BACTERIANA</b>	0		Continencia. Incontinencia urinaria esporádica.
		1		Incontinencia urinaria nocturna y/o fecal esporádica. Colostomía.
		2		Incontinencia urinaria permanente diurna y nocturna. Sonda vesical.
		3		Incontinencia urinaria y fecal total.
34.	<b>ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS</b>	0		No precisa. Gestión autónoma.
		1		Necesita supervisión en la toma de medicación y/o ayuda ocasional en la administración de determinados tratamientos.
		2		Hay que prepararle y administrarle la medicación diariamente.
		3		Precisa sueroterapia, oxigenoterapia, alimentación por sonda nasogástrica, etc.
35.	<b>CUIDADOS DE ENFERMERÍA</b>	0		No precisa.
		1		Precisa cura o actuación ocasional de enfermería. (Encamado móvil - cada 7 días o más)
		2		Precisa cura o actuación de enfermería periódicamente. (Paciente inmóvil sin lesiones de piel - 3 a 4 días)
		3		Supervisión continuada: atención de enfermos terminales, curas de lesiones graves...)
36.	<b>NECESITA VIGILANCIA</b>	0		No precisa.
		1		Trastornos de conducta temporales que impliquen necesidad de vigilancia ocasional (inquietud psicomotriz...).
		2		Trastornos de conducta permanentes que alteren la convivencia de forma leve o moderada (ideas de muerte...)
		3		Trastornos de conducta intensos permanentes que alteren la convivencia de forma grave (riesgo de suicidio...)
37.	<b>COLABORACIÓN</b>	0		Colaborador.
		1		Comportamiento pasivo (necesita estímulo)
		2		No colabora.
		3		Rechazo categórico y constante.

**DATOS DEL CUIDADOR PRIMARIO**

38. Edad cuidador (años)

39. Sexo del cuidador/a

40. Régimen de afiliación al sistema de salud del cuidador/a

1	Subsidiado	
2	Contributivo	
3	Otro	

41. Tiempo cumplido como cuidador

42. Estado Conyugal del cuidador/a

1	Soltero	
2	Casado	
3	Separado	
4	Unión libre	
5	Viudo	

43. Escolaridad del cuidador/a

1	Sin estudios	
2	Estudios primarios	
3	Estudios secundarios	
4	Estudios superiores	

44. Ocupación diferente a la de cuidador/a

1	Ama de casa	
2	Agricultor	
3	Obrero	
4	Profesional	

45. Horas diarias dedicadas al cuidado

46. ¿Recibe alguna compensación por el tiempo como cuidador/a en dinero o en especie?

1	Dinero	
2	Especie	

47. ¿Cuánto recibe en dinero?

48. ¿Qué compensación recibe en especie?

**EL TEST ZARIT permite evaluar en qué etapa se encuentra el cuidador; respecto a la carga o labor excesiva, lo cual ayuda a buscar soluciones oportunamente.**

Test ZARIT	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
49. ¿Piensas que tu familiar te pide más ayuda de la que realmente necesita?					
50. ¿Piensas que debido al tiempo que dedicas a tu familiar, no tienes suficiente tiempo para ti?					
51. ¿Te sientes agobiado por intentar combinar el cuidado de tu familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
52. ¿Sientes vergüenza por la conducta de tu familiar?					
53. ¿Te sientes enfadado cuando estás cerca de tu familiar?					
54. ¿Piensas que el cuidar de tu familiar afecta negativamente la relación que tienes con otros miembros de tu familia?					
55. ¿Tienes miedo por el futuro de tu familiar?					
56. ¿Piensas que tu familiar depende de ti?					
57. ¿Te sientes tenso cuando estás cerca de tu familiar?					
58. ¿Piensas que tu salud ha empeorado debido a tener que cuidar a tu familiar?					
59. ¿Piensas que no tienes tanta intimidad como te gustaría debido al cuidado de tu familiar?					
60. ¿Piensas que tu vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a tu familiar?					
61. ¿Te sientes incómodo por distanciarte de tus amistades debido al cuidado de tu familiar?					
62. ¿Piensas que tu familiar te considera la única persona que le puede cuidar?					
63. ¿Piensas que no tienes suficientes ingresos económicos para los gastos de tu familiar, además de los tuyos?					
64. ¿Piensas que no serás capaz de cuidar a tu familiar por mucho más tiempo?					
65. ¿Sientes que has perdido el control de tu vida desde que empezó la enfermedad de tu familiar?					
66. ¿Desearías poder delegar el cuidado de tu familiar a otra persona?					
67. ¿Te sientes indeciso sobre qué hacer con tu familiar?					
68. ¿Piensas que deberías hacer más por tu familiar?					
69. ¿Piensas que podrías cuidar mejor a tu familiar?					
70. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimentas por el hecho de cuidar a tu familiar?					

## Anexo 2. Carta de Presentación.



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA  
HÉCTOR ABAD GÓMEZ  
SONSÓN

### CARTA DE PRESENTACIÓN

1. Buenas días-tardes
  2. Mi nombre es.....
  3. Soy estudiante de la Universidad de Antioquia
  4. Estoy estudiando noveno semestre de Administración en salud
  5. El día de hoy estoy realizando una caracterización del nivel de dependencia del adulto mayor y grado de sobrecarga de s cuidador primario del municipio de Sonsón
  6. La finalidad de la aplicación de este instrumento es hacer una caracterización del nivel de dependencia del adulto mayor y grado de sobrecarga de s cuidador primario del municipio de Sonsón
  7. El instrumento consta de....Preguntas para lo cual se estima un tiempo de.....
  8. En el campo de la salud y con el fin de tener elementos aportados por los hogares, podrían compartir con nosotros este instrumento
  9. Aplicación del instrumento de medición
  10. Muchas gracias por su tiempo y cordialidad, que tenga un excelente resto de día
- En caso de que haya que realizar una revisita se llega a un acuerdo de fecha y hora con la persona cabeza de hogar o persona encargada.

### Anexo 3: Políticas y compromisos



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA  
HÉCTOR ABAD GÓMEZ

#### **POLÍTICAS Y COMPROMISO**

Como estudiantes de Administración en Salud de la UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA del municipio de Sonsón Antioquia sede Sonsón, realizaré una encuesta mediante la cual recopilare datos para uso académico, bajo unas políticas y criterios de confidencialidad.

1. Tratar con respeto y amabilidad desde el inicio hasta el fin de la encuesta para que de este modo se dé una mejor relación a la hora de realizar las preguntas.
2. La información personal, entendida como nombre, apellidos, tipo y número de identificación solicitada al encuestado será mantenida bajo reserva y no será divulgada en los resultados de esta investigación.
3. Con los resultados de la encuesta se pretende hacer un estudio académico en general de toda la cabecera municipal, serán confidenciales ya que bajo estas normas aumentamos los índices de respuestas y los encuestados se sienten más cómodos.
4. El entrevistador recopilara solo una cantidad mínima de información personal necesaria para lograr los propósitos y evitara solicitar información confidencial en la encuesta.
5. Se certifica que la información recopilada en la encuesta es veraz y garantiza que los resultados se emplearan de una forma agregada que no permite la identificación individual en ninguna categoría de respuesta.

## Anexo 4: Consentimiento Informado



### Consentimiento Informado

Yo \_\_\_\_\_ identificado con numero de documento \_\_\_\_\_ declaro que he sido informado e invitado a participar en la investigación denominada “Dependencia de cuidado del adulto mayor y sobrecarga del cuidador primario en la zona urbana del municipio de Sonsón, 2023”, éste es un proyecto de investigación que cuenta con el respaldo de la Universidad de Antioquia. Entiendo que este estudio busca analizar el nivel de dependencia de cuidado del adulto mayor y grado de sobre carga del cuidador primario en la cabecera municipal del municipio de Sonsón en el año 2022 y sé que mi participación se llevará a cabo en mi dirección de residencia, y consistirá en responder una encuesta que demorará alrededor de 15 minutos. Me han explicado que la información registrada será confidencial, y las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas, ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados.

Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución económica por la participación en este estudio, sin embargo, esta información podrá beneficiar de manera indirecta a la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo.

Así mismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí.

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Acepto voluntariamente participar en este estudio y he recibido una copia del presente documento.

Nombre Completo \_\_\_\_\_

Huella

Firma participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Asentimiento por parte del cuidador primario o responsable del adulto mayor

Nombre completo

Cc

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cel

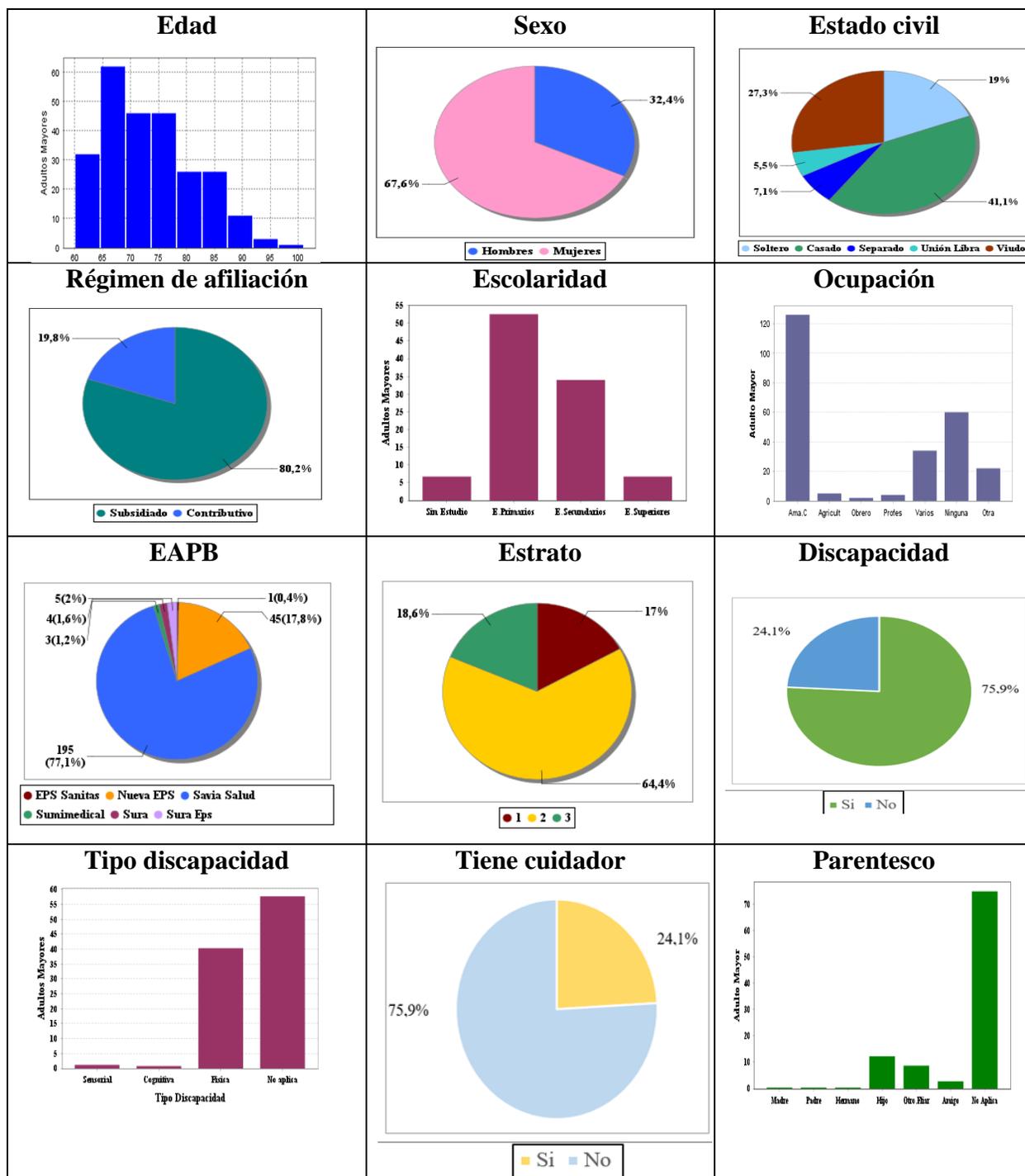
\_\_\_\_\_

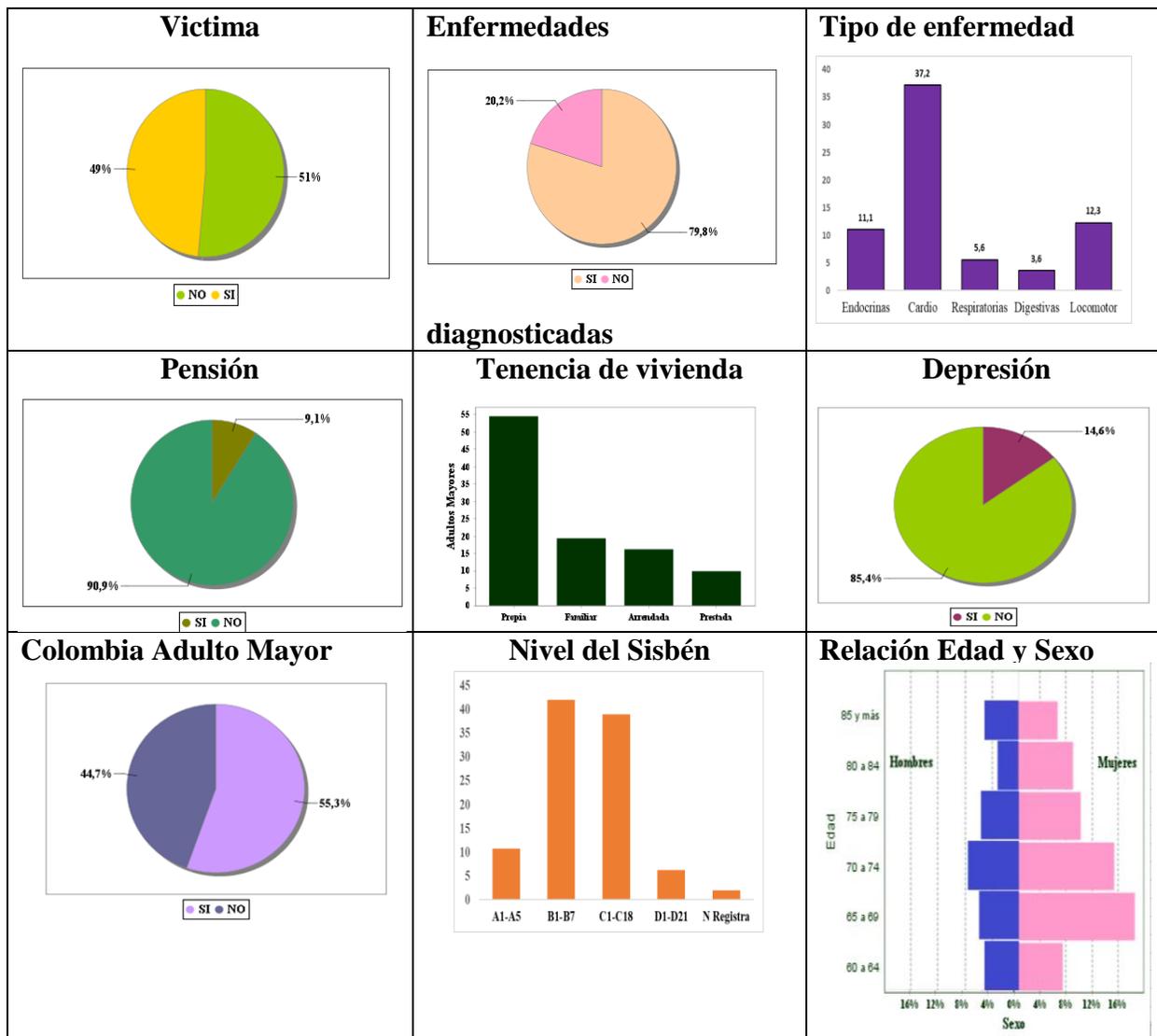
**Anexo 5 Presupuesto:****PRESUPUESTO PROGRAMA DE CUIDADORES SONSON 2024**

<b>NÚMERO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>VALOR</b>	
1	Contratación personal Programa de Cuidadores, se realizará antes de dar inicio al programa y será ejecutada por el coordinador operativo del programa.	Valor unitario	Valor total
		\$ 3.000.000	\$ 3.000.000
<b>TOTAL, ACTIVIDAD</b>		<b>\$ 3.000.000</b>	
61	Valoraciones iniciales adultos mayores participantes del proyecto y plan de cuidado realizadas por enfermera profesional, esto se da al inicio del programa.	Valor unitario	Valor total
		\$ 60.000	\$3.660.000
<b>TOTAL, ACTIVIDAD</b>		<b>\$ 3.660.000</b>	
<b>NÚMERO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>VALOR</b>	
62.640	Acompañamiento en el cuidado a personas en situación de dependencia de cuidado. A cargo de Cuidadores primarios estos tendrían 4 beneficiarios a cargo, diario con 2 horas de cuidado cada uno. Esto durante los 6 meses de ejecución del proyecto.	Valor unitario	Valor total
		\$ 19.000	\$ 142.340.00
350	Acompañamiento psicológico a personas en situación de dependencia de cuidado y sus cuidadores A cargo de psicólogo del programa. Esto durante los 6 meses de ejecución del proyecto.	\$ 50.000	\$ 17.500.000
<b>TOTAL, ACTIVIDADES DE ACOMPAÑAMIENTO</b>		<b>\$ 159.900.000</b>	
61	Actividades formativas en temas de cuidado, asistencia en el cuidado e higiene oral, se dictarán durante los 6 meses de ejecución del programa y estarán a cargo de la enfermera profesional.	Valor unitario	Valor Total
		\$ 98.361	\$ 6.000.021
61	Actividades formativas en temas de cuidado, manejo de la piel, se dictarán durante los 6 meses de ejecución del programa y estarán a cargo de la enfermera profesional.	\$ 98.361	\$ 6.000.021
<b>TOTAL, ACTIVIDADES DE ACOMPAÑAMIENTO</b>		<b>\$ 12.000.042</b>	

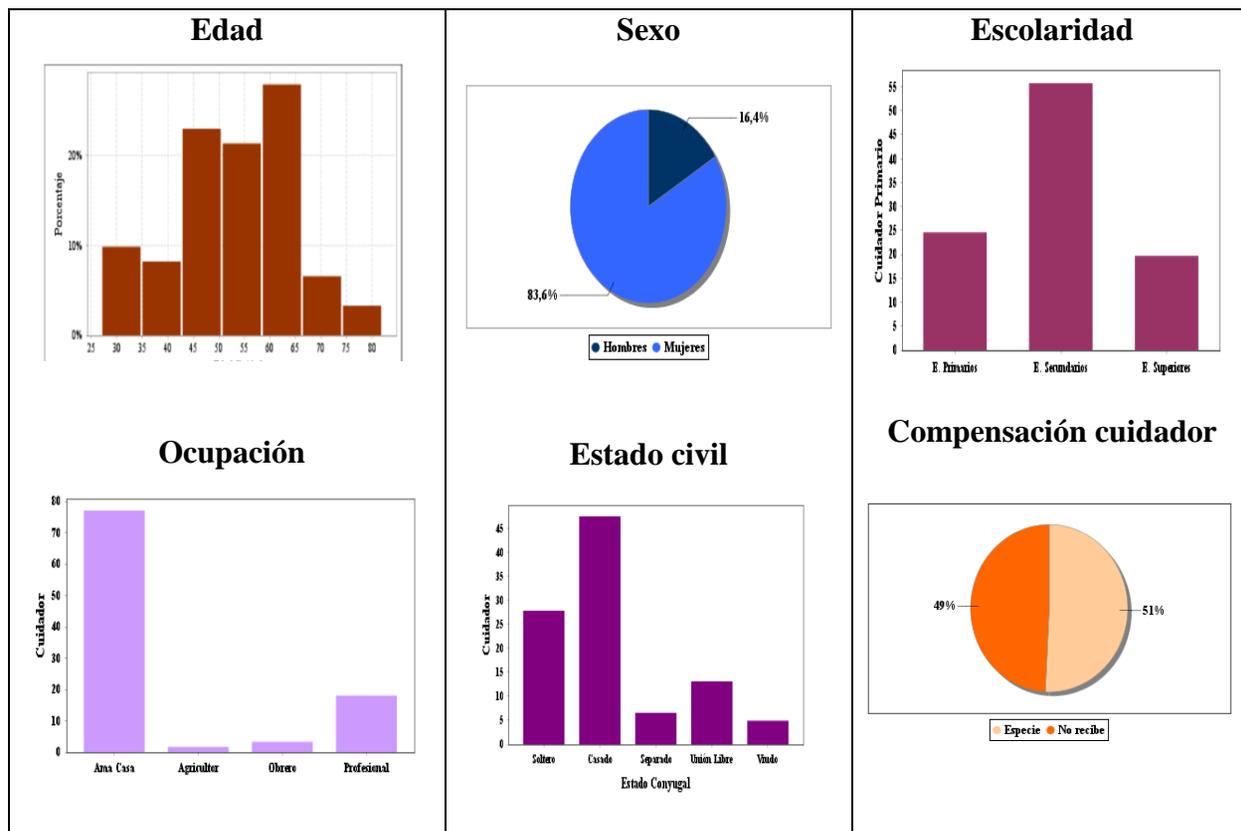
<b>NÚMERO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>VALOR</b>	
6	Auditoria y seguimiento al programa de cuidadores, este estará a cargo del coordinador operativo y se llevará a cabo durante los 6 meses de ejecución del programa.	Valor unitario	Valor total
		\$ 2.500.00	\$ 15.000.00
<b>TOTAL, AUDITORIAS Y SEGUIMIENTO</b>		<b>\$ 15.000.000</b>	
<b>CANTIDAD</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>VALOR</b>	
1	Computador	\$3.000.000	
1	Impresora	\$1.000.000	
	Insumos (Tinta, papel, lapiceros, guantes, alcohol, gel antibacterial, tapabocas)	\$5.500.000	
	Equipo Biomédico	\$4.000.000	
<b>TOTAL MATERIALES</b>		<b>\$ 13.500.000</b>	
<b>TOTAL PROYECTO</b>		<b>\$ 207.000.042</b>	

### Anexo 6: Representación gráfica Caracterización del adulto mayor en el Municipio de Sonsón, 2023.



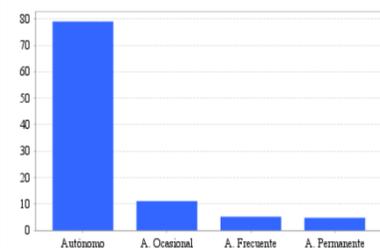


**Anexo 7: Representación gráfica, Caracterización del cuidador primario del adulto mayor en el Municipio de Sonsón para el año 2023.**

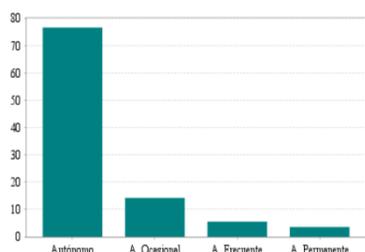


## Anexo 8: Representación gráfica, Nivel de dependencia del adulto mayor en el Municipio de Sonsón para el año 2023.

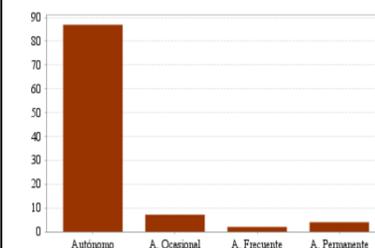
**Figura N°1.** Capacidad del adulto mayor para la movilización.



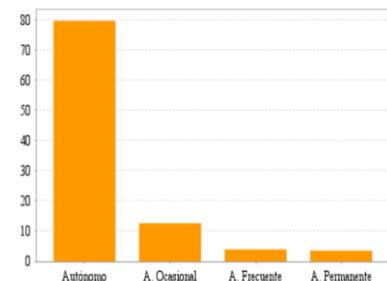
**Figura N°2.** Capacidad del adulto mayor para la deambulaci3n desplazamiento.



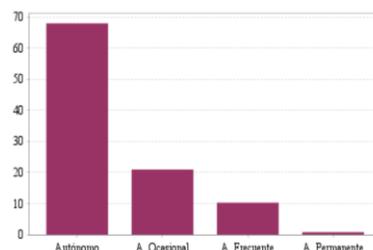
**Figura N° 3.** Capacidad del adulto mayor para asearse.



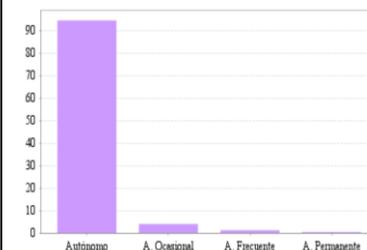
**Figura N° 4.** Capacidad del adulto mayor para vestirse.



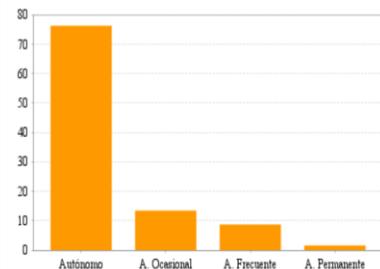
**Figura N°5.** Capacidad del adulto mayor para la alimentaci3n.



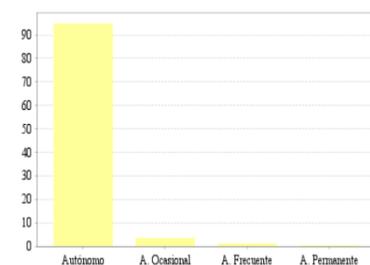
**Figura N° 6.** Necesidad del adulto mayor para la higiene bacteriana.



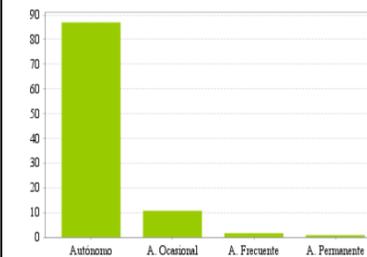
**Figura N° 7.** Capacidad del adulto mayor para la administraci3n medicamentos.



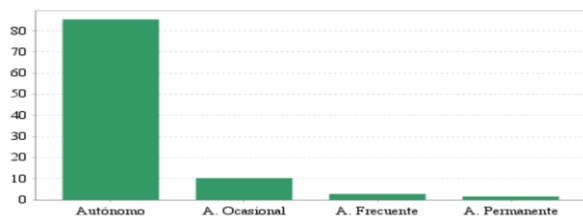
**Figura N°8.** Necesidad del adulto mayor de cuidados de enfermería.



**Figura N° 9.** Necesidad de vigilancia del adulto mayor.

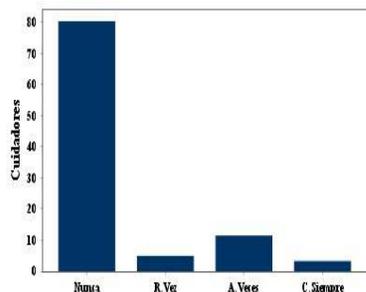


**Figura N° 10.** Nivel de colaboraci3n del adulto mayor.

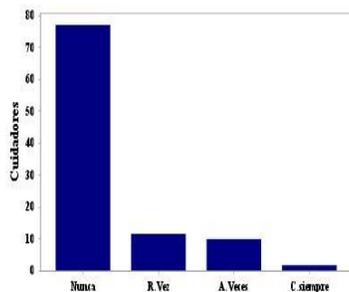


## Anexo 9: Representación gráfica, Grado de sobrecarga del cuidador primario en el Municipio de Sonsón en el año 2023.

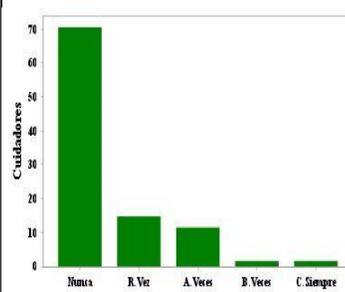
**Figura N° 11.** ¿Te sientes enfadado cuando estas cerca de tu familiar



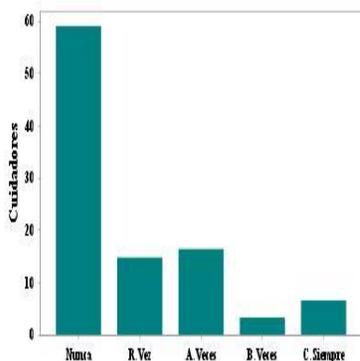
**Figura N° 12.** ¿Cuidar de tu familiar afecta negativamente la relación entre familia?



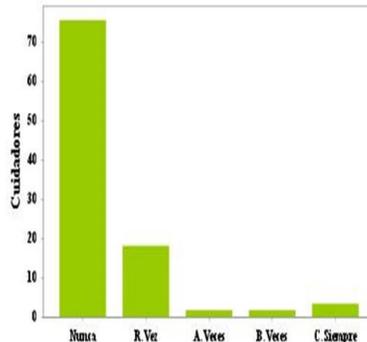
**Figura N° 13.** ¿Te sientes tenso cuando estas cerca de tu familiar?



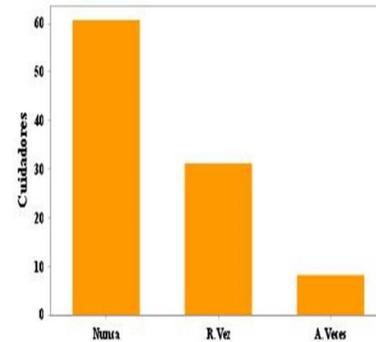
**Figura N° 14.** ¿Piensas que tu salud empeora debido al cuidado de tu familiar?



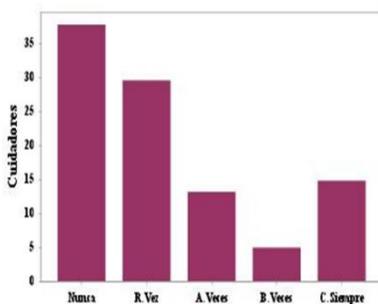
**Figura N° 15.** ¿Has perdido el control de tu vida desde la enfermedad de tu familiar?



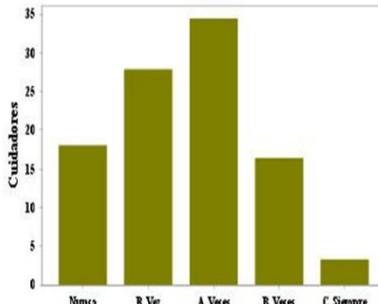
**Figura N° 16.** ¿Te sientes indeciso sobre qué hacer con tu familiar?



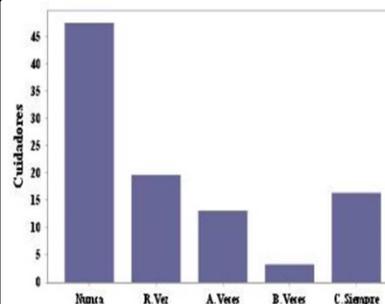
**Figura N° 17.** ¿Te sientes agobiado por combinar el cuidado con otras actividades?



**Figura N° 18.** ¿Has experimentado sobrecarga por el cuidado de tu familiar?



**Figura N° 19.** ¿Piensas que no tienes suficientes ingresos económicos para los gastos?



## 17. Referencias

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Enfoque de derechos es esencial para abordar envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe [Internet]. 2019 [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/noticias/enfoque-derechos-es-esencial-abordar-envejecimiento-la-poblacion-america-latina-caribe>
2. Factor Trabajo. BID Mejorando Vidas [Internet]. 2022 [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://blogs.iadb.org/trabajo/es/>
3. Organización Mundial de la Salud. Cuidados Paliativos [Internet]. 2020 [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
4. De Valle-Alonso MJ, Hernández-López IE, Zúñiga-Vargas ML, Martínez-Aguilera P. Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. Enfermería universitaria [Internet]. 2015 [citado 14 de diciembre de 2022];12(1):19-27. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632015000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
5. Humberto Henderson. Los tratados internacionales de derechos humanos en el orden interno: la importancia del principio pro homine [Internet]. 2022 [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r06729-3.pdf>
6. INFOBAE. Hombres vivirán hasta los 77 años y mujeres hasta los 82 en el 2050: así aumentó la expectativa de vida en Colombia [Internet]. 2022 [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.infobae.com/america/colombia/2022/05/03/hombres-viviran-hasta-los-77-anos-y-mujeres-hasta-los-82-en-el-2050-asi-aumento-la-expectativa-de-vida-en-colombia/>
7. Doris Cardona A. Alejandro Estrada R Héctor Byron Agudelo G. Medellín envejece a pasos agigantados. julio de 2004;
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Ciclo de Vida [Internet]. 2022 [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/cicloVida.aspx>
9. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Organización Mundial de la Salud; 2015.
10. Instituto Nacional de Estadística. Métodos y proyectos, glosario de conceptos dependencia. 15 de octubre de 2022;
11. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. R, Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. M, Díaz MC, González-Rodríguez R, Gandoy-Crego M, Díaz MC. Gerokomos: revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. [Internet]. Vol. 28, Gerokomos. Ediciones SPA S.L; 2017 [citado 28 de noviembre de 2022]. 184-188 p. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2017000400184&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000400184&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
12. Pontificia Universidad Católica de Chile Escuela de Enfermería. Programa Familiares Cuidadores UC [Internet]. 2022 [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: [http://www6.uc.cl/aps\\_omsuc/site/edic/base/port/espacioEncuentro.php](http://www6.uc.cl/aps_omsuc/site/edic/base/port/espacioEncuentro.php)

13. Alcaldía de Medellín secretarías y Dependencias. 18 de mayo. 2022. El programa Familias Cuidadoras de la Alcaldía de Medellín mitigó impactos de la pandemia en personas mayores.
14. Montesalud. ¿Qué es la escala de Zarit? 2020.
15. Sociedad Española de Nefrología. MDFAUMAIB, AAJL, SGM, AFMTGAS. Nefrología: publicación oficial de la Sociedad Española de Nefrología. [Internet]. Vol. 26, Nefrología. Elsevier; 2006 [citado 14 de diciembre de 2022]. 600-608 p. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-valoracion-del-grado-dependencia-funcional-los-pacientes-hemodialisis-hd-estudio-articulo-X0211699506020351>
16. de Valle-Alonso MJ, Hernández-López IE, Zúñiga-Vargas ML, Martínez-Aguilera P. Enfermería Universitaria. [Internet]. Vol. 12, Enfermería universitaria. FreeMedicalJournals; 2015 [citado 14 de diciembre de 2022]. 19-27 p. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632015000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
17. González-Rodríguez R, Gandoy-Crego M, Díaz MC, González-Rodríguez R, Gandoy-Crego M, Díaz MC. Determinación de la situación de dependencia funcional. Revisión sobre los instrumentos de evaluación más utilizados. Gerokomos [Internet]. 2017 [citado 14 de diciembre de 2022];28(4):184-8. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2017000400184&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000400184&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
18. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Geoffrey R, Stucki G, Cieza A. Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2009 [citado 14 de diciembre de 2022];83(6):775-83. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272009000600002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000600002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
19. Fundación Caser. Portal de la Promoción de la Salud y la Autonomía Personal [Internet]. 2020 [citado 30 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.fundacioncaser.org/>
20. Devesa Colina E. Geriatria y Gerontología Generalidades, fisiología, Sexualidad, Inmunidad en el Anciano. 1.<sup>a</sup> ed. Técnico Científico técnica, editor. Playa, Cuba: 1992; 1992.
21. Jlluis CS. LOS CUIDADOS A PERSONAS CON DEPENDENCIA.
22. Proyectos UNTREF. DISEÑO, EVALUACIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS. 2021 [citado 6 de febrero de 2023];04-10. Disponible en: <https://proyectosuntref.wixsite.com/proyectos/post/las-fases-del-marco-l%C3%B3gico>
23. Maguiña J, Vega A, Soto A, Lama J, Correa L, Revista de la Facultad de Medicina, Volumen 21, N° 1 Lima Enero-Marzo 2021, Estudios Transversales. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2308-05312021000100179](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312021000100179)
24. Salud Edwin Andres Montes Henao alcalde Jhon Jairo Marín Osorio secretario Salud Juan Guillermo Naranjo Escobar Gerente De Sistemas De Información En Salud D de MUNICIPIO DE SONSON SECRETARIA DE SALUD ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS) CON EL MODELO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES.
25. Unidas N. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe [Internet]. 2030. Disponible en: [www.cepal.org/es/suscripciones](http://www.cepal.org/es/suscripciones)
26. Ruíz F, Escobar GM, Milena Cuellar Segura C, Teresa Buitrago Grupo ME, María Henríquez Grupo GM, Stella Ríos Grupo LM, et al. Ministerio de Salud y Protección Social.

27. Congreso de Colombia. Ley 1251 de 2008. Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores. 27 de octubre de 2008;
28. Congreso de Colombia. Ley 1315 de 2009. Por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores. 13 de julio de 2009;
29. Congreso de Colombia. Ley 1171 de 2007. Por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores. 7 de diciembre de 2007;
30. Congreso de Colombia. Ley 1276 de 2009. A través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida. 5 de enero de 2009;
31. Congreso de Colombia. Ley 2055 de 2020. POR MEDIO DE LA CUAL SE APRUEBA LA «CONVENCIÓN INTERAMERICANA SOBRE LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES», ADOPTADA EN WASHINGTON, EL 15 DE JUNIO DE 2015. 10 de septiembre de 2020;
32. Ministerio de Salud y Protección Social; Por medio del cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022 - 2031. Decreto 681 del 2 de mayo de 2022. 2022 mayo.
33. Definición.xyz. Método Empírico Analítico [Internet]. 2022 [citado 18 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://definicion.xyz/metodo-empirico-analitico/#content>
34. Manual García Meseguer M paz GS. Métodos de investigación. 2012;
35. Cómo calcular el tamaño de una muestra: asegúrese de que el muestreo sea correcto. 1 de enero de 2023 [citado 6 de febrero de 2023];04-27. Disponible en: <https://www.qualtrics.com/es-la/gestion-de-la-experiencia/investigacion/calcular-tomano-muestra/>
36. José Rubio M. Las variables Tema 4.
37. Balboa Barreiro Vanesa Balboa Barreiro V. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN Introducción al análisis estadístico de datos con SPSS.
38. MINISTERIO DE SALUD. RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993. RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993 (octubre 4); 1993.
39. Gallego Montes G, Villegas Arenas G. El estado civil como determinante del crecimiento de los hogares unipersonales en Colombia. Papeles Poblac [Internet]. 2015 [citado 27 de julio de 2023];21(86):219-51. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252015000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252015000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
40. Arita B y Arauz J (1999). Afrontamiento, estrés y ansiedad asociados al síndrome de burnout en enfermeras. Psicología y Salud, 14: 87-94. [Links]
41. Diana M, Kaminsky. Estadística para todas estrategias de pensamientos y herramientas para la solución de problemas. Buenos Aires: República Argentina; 2009.
42. Arboleda J. El Consejo decidirá el viraje en el concepto de la discapacidad. Periódico el pulso. Octubre de 2007. [Citado 12-05-2022]. Disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com/html/ene05/general/general-11.htm>

43. Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria. S, Martínez Pizarro S. Revista clínica de medicina de familia. [Internet]. Vol. 13, Revista Clínica de Medicina de Familia. Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria; 2005 [cited 2023 Jul 12]. 97–100 p. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2020000100013&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000100013&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
44. Tamayo Botero FD, Tamayo-Botero FD. The Meaning of Assuming Dependency at Home of a Person with Cardiovascular Surgery: The Vision of Informal Caregivers. Invest Educ Enferm [Internet]. 2017 Jun [cited 2023 Jul 12];35(2):232–43. Available from: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/328489>
45. Smith J, Petrovic P, Rose M, De Souza C, Muller L, Nowak B, et al. Placeholder Text: A Study. Citation Styles. 2021 Jul 15;3.
46. Galves C, Manzano R, Cuidados Socio-Sanitarios En El Paciente Geriatrico Hospitalizado, [Internet] España, SL Formación Alcalá; 2003. Disponible en: <https://www.casadellibro.com/libro-cuidados-socio-sanitarios-en-el-paciente-geriatrico-hospitalizado-3-ed/9788496224186/932455>
47. Pinto N, Barrera L, Sánchez B, Carrillo G, Chaparro L, Cuidar En El Hogar A Personas Con Enfermedad Crónica, Su Familia Y Cuidador, [Internet] Colombia, Editorial Universidad Nacional de Colombia, Primera Edición, 2010. Pág. 31. Disponible en: [http://www.gcronico.unal.edu.co/fileadmin/gcronico/Caring\\_for\\_Caregivers\\_2018\\_repositorio\\_nuevo.pdf](http://www.gcronico.unal.edu.co/fileadmin/gcronico/Caring_for_Caregivers_2018_repositorio_nuevo.pdf)
48. Social, ALEJANDRO GAVIRIA URIBE Ministerio de Salud y Protección Social FERNANDO RUIZ GOMEZ viceministro de Salud Pública y Prestación de servicios CARMEN EUGENIA DAVILA GUERRERO viceministra de Protección Manuel de cuidado a cuidadores de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes, (2015).
49. Renato Sociedad Colombiana de Psiquiatría. Patricia Ceballos Cardona Revista Colombiana de Psiquiatría vol. 36(2007) pp: 26-39 Published by Sociedad Colombiana de Psiquiatría.
50. Obando Cabezas, L.; Galeano Bautista, MC. y Rivera Escobar, M. Cuidando al cuidador: Programa Cuídate para cuidar. En: Obando Cabezas, L. Ed. científica. Aportes de la psicología en el ámbito hospitalario: la humanización en los servicios de salud como objetivo primario. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. pp. 83-117