

GENERALIDADES DE LA INVESTIGACION

1. INTRODUCCION

El presente trabajo de grado “Influencia de las Enfermedades Crónicas (Hipertensión y Diabetes) en el Estilo de Vida de los Adultos Mayores que Participan en los Clubes de Ancianos en las Diez Comunas de la Ciudad de Armenia”, permitirá conocer hasta que punto los adultos mayores ven afectado su estilo de vida para participar en las actividades que le ofrece el club al cual pertenecen por padecer una enfermedad como la hipertensión y/o la diabetes.

Al interior del mismo se describe los componentes que integran el trabajo investigativo; partiendo en un primer momento con un exploración bibliográfica donde se presentan unos antecedentes del tema investigado; posteriormente se presenta una justificación que establece la importancia y la pertinencia de realizar un estudio que permita conocer si realmente la enfermedad crónica (hipertensión y/o diabetes) influye de manera negativa o no en el estilo de vida de los adultos mayores para participar en los clubes de ancianos.

En este primer capítulo del trabajo también se presenta el planteamiento del problema que hace alusión a la situación de salud de la población adulta mayor, aspectos generales de la calidad de vida como el estilo de vida, el bienestar social,

las relaciones interpersonales, la participación social y comunitaria, y el apoyo social; además se incluye la formulación del problema en el que se exponen algunos interrogantes a partir de los cuales se inicia la investigación. En este sentido se formularon un objetivo general y unos objetivos específicos que guían la investigación y de esta forma se pueda alcanzar el propósito del trabajo.

En el segundo capítulo, se muestra el marco contextual en el cual se hace una breve descripción de la situación geográfica, actividad económica y situación demográfica de la ciudad de Armenia que es el espacio seleccionado para la investigación; seguidamente se encuentra el marco conceptual que se construyó de acuerdo a las variables que se encuentran dentro del tema de la investigación; y posteriormente se muestra el marco teórico donde se destacan variables como las enfermedades crónicas, calidad de vida, estilo de vida, participación social, relaciones interpersonales, y apoyo social, entre otras.

En el tercer capítulo del proyecto se expone la metodología que contempla la línea y el enfoque de la investigación, el instrumento de recolección de la información, la población objeto de estudio y la muestra que permitió determinar el número de adultos mayores con los que se llevo a cabo la investigación. Además se describe la forma en que se aplicó la prueba piloto y los medios utilizados para el tratamiento de los datos.

Finalmente en el capítulo cuarto se hace alusión a la interpretación y el análisis de los resultados donde se obtuvo una información detallada del tema, lo que permitió dar respuesta a los objetivos planteados para esta investigación, y por último se presentan las conclusiones y recomendaciones del trabajo realizado.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud es uno de los elementos más importantes en la vida de las personas, especialmente en el adulto mayor; ya que esta influye directamente o indirectamente en la calidad de vida de las personas mayores, donde se guarda estrecha relación con la capacidad funcional, la autonomía y habilidades para el desenvolvimiento en la vida diaria. A su vez se observa que hay un aumento en la longevidad de las personas lo que conlleva a que la enfermedad y la discapacidad aumenten con la edad. De esta manera, los adultos mayores son los más afectados por las enfermedades crónicas discapacitantes, convirtiéndose en la principal causa de morbilidad, mortalidad, ingresos hospitalarios y consulta externa.

En la ciudad de Armenia la principal causa de morbilidad general en los adultos mayores es la enfermedad hipertensiva (22.5%) con un porcentaje cada vez mas elevado en relación con los otros motivos de consulta. Le siguen en su orden la Diabetes Mellitus (4.4%), otras enfermedades del aparato respiratorio (4.1%) bronquitis, enfisema pulmonar y asma (3.9%), y como quinta causa las infecciones respiratorias agudas (3.8%). En general las enfermedades del corazón y de la circulación pulmonar se encuentran en los primeros lugares de morbilidad por egreso hospitalario en la tercera edad. Seguido de enfermedades del aparato respiratorio, la bronquitis, enfisema y asma, las neumonías y las enfermedades del

aparato digestivo; se encuentran también la diabetes, las enfermedades cerebrovasculares, patologías frecuentes y propias de este grupo de edad.¹

De acuerdo a lo anterior es necesario decir que para la presente investigación, la población objeto con la cual se trabajo son las personas adultas mayores hipertensas y diabéticas específicamente, ya que estas enfermedades ocupan los primeros lugares en prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

El estado de salud de una población es el resultado de la interacción de las personas y su cultura con el entorno biológico, económico, político, social y ambiental. Las patologías que con mayor frecuencia causan la muerte se agrupan entre las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Esta situación esta condicionada por factores culturales, hábitos de vida poco saludables, además de aspectos genéticos y ambientales difíciles de controlar.

La mortalidad se relaciona con las causas de morbilidad que muestran que a tempranas edades se encuentran personas con hipertensión y diabetes que es un factor de riesgo para presentar desórdenes cardiovasculares.²

¹ MEJIA M, Claudia C. Diagnóstico situacional de enfermedades crónicas en el departamento del Quindío. Instituto Seccional de Salud del Quindío. 2004. p. 191 y 192.

² Alcaldía de Armenia. Plan de Desarrollo de Armenia Quindío. 2004 – 2007. p. 2 y 3.

Las causas mas frecuentes que determinan la aparición de dichas enfermedades son los estilos de vida inadecuados, malos hábitos alimenticios, inactividad física y sedentarismo, consumo de sustancias psicoactivas como el cigarrillo y el alcohol, y por último el estrés.

En este sentido, como manifestaciones se puede encontrar un alto número de consultas externas, reingresos hospitalarios, disminución en la participación de eventos sociales, cambios notables en la dieta alimenticia, cambios ocasionales en el estado de ánimo y molestias físicas que repercuten en el desempeño de la persona.

De continuar esta situación así aumentara significativamente la prevalencia de las enfermedades crónicas en la población adulta mayor lo que traería consigo un deterioro en la calidad de vida en cuanto al bienestar social, las relaciones intra e interpersonales con familiares, amigos y vecinos; participación social y comunitaria.

En este orden de ideas las relaciones interpersonales y la participación se refiere a un proceso de potenciación personal que genere condiciones idóneas de participación socio-cultural para el propio desarrollo del individuo como miembro de la comunidad, logrando un despliegue integral y polifacético de la persona que

posibilite el establecimiento de nuevas relaciones humanas; con el fin de conseguir un nivel elevado de autonomía personal y social.³

Por consiguiente es necesario conocer la verdadera influencia que tiene las enfermedades crónicas en la vida de los adultos mayores con el fin de que el adulto mayor pueda manejar la enfermedad de una manera activa en la vida social, lo que a su vez contribuye a mejorar la calidad de vida.

A partir de este planteamiento surgen los siguientes interrogantes:

1. ¿De qué manera influyen las enfermedades crónicas (hipertensión y diabetes) en el estilo de vida de los adultos mayores que participan en los clubes de ancianos en las diez comunas de la ciudad de Armenia?
2. ¿Cómo percibe el adulto mayor su estado de salud, teniendo en cuenta que padece una enfermedad crónica?
3. ¿Qué programas ofrecen los clubes de ancianos para los adultos mayores que padecen enfermedades crónicas?
4. ¿El asistir a un club de ancianos ha generado cambios en el estilo de vida del adulto mayor?

³ PAD'E REVISTA. Vol IV, N° 1. 1994

5. ¿Qué actividades que ofrece el club de ancianos no puede realizar el adulto mayor por causa de su enfermedad?
6. ¿La enfermedad crónica que tiene el adulto mayor le impide interactuar constantemente con familiares, amigos, vecinos, y compañeros del club?
7. ¿Qué tipo de apoyo reciben los adultos mayores por parte de los clubes a los cuales pertenecen?

3. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA A INVESTIGAR

La presente investigación parte de indagaciones realizadas en estudios epidemiológicos relacionados con el tema como los índices de morbilidad y mortalidad del departamento del Quindío tomados del Instituto Seccional de Salud del Quindío, trabajos de grado del programa de Gerontología de la Universidad del Quindío, consulta realizada en la biblioteca Euclides Jaramillo Arango (Hemeroteca, libros de consulta y trabajos de grado), búsqueda en Internet sobre trabajos investigativos que hacen referencia al tema a investigar con relación a enfermedades crónicas, calidad de vida, salud de los adultos mayores, estilo de vida, participación, relaciones interpersonales y apoyo social, donde se encontró:

1. El proyecto de investigación realizado por Arias, Carolina y Flores, Orfilia (2003); sobre el Perfil Epidemiológico de las Personas Mayores de 57 Años de la Zona Suroccidental de Armenia Quindío pretendía determinar las características específicas respecto a la salud, enfermedad, estilo de vida, relaciones interpersonales, aspecto ambiental, socioeconómico, de vivienda, aspectos demográficos, familiares, necesidades prioritarias, aspectos geográficos y étnicos de las personas mayores de 57 años de la zona suroccidental de Armenia.

Donde se evidencia un buen uso de los servicios de salud en pro de controlar los efectos consecuentes de la enfermedad; más de la mitad de la población tiene antecedentes familiares de patologías. Las más frecuentes son cardiovasculares y pulmonares, de 124 personas que presentan morbilidad crónica, las patologías más frecuentes son: HTA 82 personas (44,5%), diabetes 27 personas (14,6%), y articulares 15 personas (8,1%)⁴.

2. En la investigación realizada por Gil, Jhon; Gómez; Lina y Salazar, Liliana (1995); sobre Evaluación del Programa para Diabéticos Mayores de 50 Años en el Hospital San Juan de Dios de Armenia se encontró que dentro de la población entrevistada existe un 14% que no tiene amigos, mientras un 20% del total se ven con ellos “de vez en cuando”. Además puede observarse que hay un número de personas dentro de las estudiadas con un alto grado de marginamiento, que puede llevar a la depresión y a la pérdida de la autoestima. Por otro lado la población objeto manifiesta no tener ningún impedimento físico para realizar una vida normal en un 75%, sin embargo, en algunos de ellos se empieza a notar los estragos de la diabetes mal cuidada, con ceguera y amputaciones.⁵

⁴ ARIAS C, Carolina; FLORES S, Orfilia, Perfil Epidemiológico de las Personas Mayores de 57 Años de la Zona Suroccidental de Armenia Quindío. (Proyecto de grado para optar el título de Gerontólogo). Universidad del Quindío. Armenia. 2003

⁵ GIL H, Jhon; GOMEZ L, Lina; SALAZAR H, Liliana. Evaluación del Programa para Diabéticos Mayores de 50 Años en el Hospital San Juan de Dios de Armenia. (Proyecto de grado para optar el título de Gerontólogo), Universidad del Quindío. Armenia. 1995.

3. En la Investigación realizada por Castaño, María y Medina, Gloria (1994) sobre La Situación Familiar, Extrafamiliar y Económica de las Personas Mayores de 55 Años que Asisten al Programa para Diabéticos del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quimbaya; se da a conocer que el 53% de personas diabéticas mayores de 55 años aun viven en pareja, lo que implica un núcleo familiar establecido. Un 50% de quienes tienen su pareja manifiestan que sus relaciones son buenas o excelentes, mientras que el 50% restante de los que viven con su pareja califican su relación como regular o mala y se da como explicación principal del deterioro de las relaciones con el compañero(a), la diabetes. Esto lleva a concluir que la diabetes es un factor digno de tenerse en cuenta como generador de conflictos en la pareja. Además un 80% de los encuestados le dan mucha importancia a los amigos, mientras el 20% restante las califica de regular o poco importante.⁶

4. La investigación realizada por Herrera, Sandra (2003) sobre Hábitos que Adoptan los Integrantes de los Grupos de Adultos Mayores Pertenecientes a la RIAAM en el Sur de la Ciudad de Armenia Quindío; se propuso identificar los hábitos de vida que predominan en los integrantes de la Red Iberoamericana de Asociaciones de Adultos Mayores (RIAAM), donde se encontró que la importancia de los estilos de vida saludables fue aprendida tardíamente por los adultos mayores

⁶ CASTAÑO, María; MEDINA, Gloria. Situación Familiar, Extrafamiliar y Económica de las Personas Mayores de 55 Años que Asisten al Programa para Diabéticos del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quimbaya. (Proyecto de grado para optar el título de Gerontólogo). Universidad del Quindío. Armenia. 1994.

pertenecientes a la RIAAM, factor que incidió directamente en la calidad de vida de los mismos y se ve reflejado en las multipatologías que poseen la mayoría de los encuestados, que a su vez limita la realización de las actividades de la vida diaria.

Es por ello que deben tomar medidas preventivas que faciliten el normal desarrollo de las potencialidades físicas, mentales y sociales en los adultos mayores procurando su bienestar⁷.

5. El trabajo investigativo realizado por Hurtado, Fabián (1992); sobre Satisfacción, Participación y Otras Características de los Afiliados a la Asociación de Pensionados y Jubilados del Quindío, permitió concluir que en realidad el nivel de participación de los afiliados a la Asociación de Pensionados y Jubilados del Quindío es muy bajo, situación que posiblemente este determinada por los aspectos de la salud, considerando que un alto porcentaje de personas presentan diferentes limitaciones, otro aspecto que influye en la escasa participación es la situación económica, lo que disminuye notablemente las posibilidades de asistir a grupos comunitarios, pues si la asociación no tiene en cuenta las limitaciones de

⁷ HERRERA M. Sandra. Hábitos que Adoptan los Integrantes de los Grupos de Adultos Mayores Pertenecientes a la RIAAM en el Sur de la Ciudad de Armenia Quindío. (Proyecto de grado para optar el título de Gerontólogo). Universidad del Quindío Armenia. 2003.

sus afiliados al planear actividades, es difícil que este tipo de personas participen en ellas.⁸

6. El trabajo realizado por Russit, Luz y Burbano, Ernesto (1994); sobre Condiciones de Vida de los Viejos que Habitan en el Caserío del Corregimiento el Caimo de Armenia Quindío, evaluó la percepción que tienen los viejos del corregimiento el Caimo acerca de sus condiciones de vida, donde se encontró que ellos tienen en cuenta además del aspecto económico otros elementos como son las condiciones de la vivienda, el acceso a servicios públicos y las relaciones familiares, que para ellos son fundamentales. Los pocos viejos que en el momento consideran desfavorables sus condiciones de vida lo atribuyen a los problemas de salud y a los económicos que no les permite satisfacer ni siquiera sus necesidades más apremiantes (alimentación, vivienda y vestuario).⁹

7. El trabajo realizado por Conty, Rosa sobre Envejecimiento Limite, hace referencia a que a medida que las naciones envejecen, se introducen cambios en los patrones clásicos de las enfermedades, explico el Doctor Alexander Kalaceh,

⁸ HURTADO A, Fabian. Satisfacción, Participación y Otras Características de los Afiliados a la Asociación de Pensionados y Jubilados del Quindío. (Proyecto de grado para optar el título de Gerontólogo). Universidad del Quindío. Armenia. 1992.

⁹ RUSIT, Luz; BURBANO O, Ernesto. Condiciones de Vida de los Viejos que Habitan en el Caserío del Corregimiento El Caimo de Armenia Quindio. (Proyecto de grado para optar el título de Gerontólogo). Universidad del Quindío. Armenia. 1994.

coordinador del programa envejecimiento y curso de vida en la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las enfermedades más numerosas serán las no contagiosas, y los servicios médicos tendrán que resolver no solo los problemas urgentes, sino también los de larga duración que conllevan las enfermedades crónicas.

La OMS ha dado una lista negra de las patologías crónicas que afectan a los viejos de todo el mundo: cardiopatía coronaria, hipertensión, accidentes cerebrovasculares, diabetes, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva, artritis, osteoporosis, demencia, depresión, esquizofrenia, ceguera y alteraciones visuales.¹⁰

8. La monografía realizada por Pedrero, Encarni sobre La Calidad de Vida y las Personas Mayores, pone de manifiesto que la calidad de vida vinculada a la salud presenta un carácter multidimensional. La cuestión, sin embargo, reside en la identificación de esas dimensiones y de la importancia respectiva que se les atribuye. Los modelos utilizados generalmente presentan cuatro dimensiones principales que exploran los siguientes elementos:

El estado físico del sujeto (autonomía, capacidades físicas...)

¹⁰ CONTY S, Rosa. Envejecimiento Límite. Psicología Científica.com.Universidad Alfonso el Sabio. Madrid-España. www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/ar-conty01.htm

Las sensaciones somáticas (síntomas, consecuencias de los traumatismos o de los procedimientos terapéuticos, dolores...)

El estado psicológico (emotividad, ansiedad, depresión...)

Las relaciones sociales y su vinculación con el entorno familiar de amistad o profesional.

La característica común de las medidas de la calidad de vida es la de pretender reflejar el impacto de las enfermedades y de las acciones sanitarias en la vida cotidiana de los pacientes.

En consecuencia, el fenómeno de la calidad de vida viene a ser el resultado de las relaciones entre las condiciones objetivas de vida y ciertas variables más subjetivas y personales, que tiene como resultado un determinado índice de satisfacción y de felicidad en los individuos. Así la calidad de vida es un concepto inclusivo que abarca todos los aspectos de la vida, tal y como los experimentan los individuos, incluyendo aspectos tales como “salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidades educativas, autoestima, creatividad,

competencia, sentido de pertenencia a ciertas instituciones y confianza en otros”.
(Levi y Anderson, 1980,6-7)¹¹

9. En el trabajo realizado por Cazorla, Ketty sobre Análisis de Algunos Aspectos Sociales Relacionados con la Calidad de Vida del Adulto Mayor en Viña del Mar, se da a conocer que el adulto mayor que presenta avanzados niveles de autonomía social, psicológica y económica busca vivir físicamente independiente de su familia, manteniendo lazos directos con sus familiares. Sin embargo, cuando esta situación no puede darse por dificultades económicas o de salud, el adulto mayor opta por vivir con aquel pariente que cuente con las mejores condiciones materiales y afectivas para recibirlo.

Pero llama la atención que al nivel de relaciones familiares, y puntualmente límites familiares, se observan dos grandes tendencias:

- ❖ Adultos mayores que viviendo o no bajo el mismo techo que sus familiares cercanos, presentan claros límites en sus relaciones familiares, y puntualmente de límites familiares, es decir, cumplen su rol de abuelos, mantiene sanas relaciones con grupos de pares, ocupan con creatividad su

¹¹ PEDREDO G, Encarni. La Calidad de Vida y las Personas Mayores. Tiempo. El Portal de la Psicogerontología <http://www.psicomundo.com/tiempo/monografias.htm>

tiempo libre, toman sus decisiones de manera independiente y tiene un propio proyecto de vida.

- ❖ Adultos mayores que al margen de sus compañeros de vivienda, mantiene relaciones simbióticas con sus familiares, es decir, carecen de límites claros estableciendo límites de carácter difuso. Esto los lleva a tomar el rol de padres de sus nietos, o en algunos casos nuevos hijos de sus propios hijos, estableciendo inadecuados lazos de dependencia. Siendo incapaces de tomar decisiones personales sin consultar, careciendo de un proyecto de vida personal que responda a sus necesidades subjetivas, etc.

Esta última tendencia lleva en muchos casos el aislamiento, la soledad y la vejez no asumida como etapa vital integra, no importando si viven en la misma vivienda de sus familiares, lo que limita un adecuado enfrentamiento de un envejecimiento activo y autónomo.¹²

10. El informe realizado por la Fundación Pfizer (2002); sobre Un Mayor Grado de Dependencia y Soledad Serán las Principales Características del Anciano Español Para los Próximos Años, demuestra que en la actualidad 1.691.799

¹² CAZORLA B. Ketty. Análisis de Algunos Aspectos Sociales Relacionados con la Calidad de Vida del Adulto Mayor en Viña del Mar. Tiempo el Portal de la psicogerontología. <http://www.psicomundo.com.tiempo/monografías>

españoles son mayores dependientes, de los que la mitad necesita una ayuda semanal, medio millón la requiere una vez al día, para continuar realizando sin problemas sus funciones básicas y 240.000 precisa una atención al día de tres o más horas para mantener una mínima calidad de vida. Si los avances frente a las principales causas de muerte no se acompañan de un retraso o reducción del grado de dependencia, en 2.010 habrá en España 2.352.797 ancianos con problemas para manejarse de forma autónoma.

Entre limitaciones de los ancianos, figuran algunas como las relativas a las tareas del mantenimiento del hogar que por su invisibilidad no son detectadas y obligan a muchos ancianos, sobre todo a ellas, a realizar grandes esfuerzos para los problemas de movilidad, desplazamiento y uso de los medios de transporte son también limitaciones importantes que además afecta desde las primeras fases de la vejez. Entre las razones que explican el incremento de grado de dependencia en el anciano esta el hecho de que la esperanza de vida con discapacidad ha aumentado más rápidamente que la esperanza de vida con una salud aceptable.¹³

¹³ FUNDACIÓN PFIZER. Un Mayor Grado de Dependencia y Soledad Serán las Principales Características del Anciano Español para los Próximos Años. Notas de prensa. 2002.
www.fundaciónpfizer.org/fundaciónpfizer/saladeprensa/020404.nota3.htm

4. JUSTIFICACIÓN

En la dinámica demográfica de Colombia existe una población total de 46.039.144 habitantes donde 3.407.450 representa el número de adultos mayores según estadísticas del DANE¹⁴. En consecuencia en la ciudad de Armenia (Quindío), se observa un crecimiento importante en el número de personas adultas, donde el departamento del Quindío cuenta con 49.893 adultos mayores y Armenia con 26.095, según estimación del Instituto Seccional de Salud del Quindío¹⁵, lo que significa que se está avanzando rápidamente hacia un envejecimiento demográfico.

Al aumentar la población adulta mayor, aumentan a su vez los desafíos y retos para la sociedad frente a este grupo poblacional especialmente en lo que respecta a la atención en salud, aspectos familiares, sociales y económicos ante los cuales gran parte de los adultos mayores son vulnerables debido a la falta de recursos o medios para manejarlos.

Se escogió el tema de investigación Influencia de las Enfermedades Crónicas en el Estilo de Vida de los Adultos Mayores que Participan en los Clubes de Ancianos

¹⁴ COLOMBIA PROYECCIONES QUINQUENALES DE POBLACIÓN POR SEXO Y EDAD. 1950, 2050. Estudios Censales. República de Colombia. DANE.

¹⁵ POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD. Estimación de Instituto Seccional de Salud del Quindío. Información y Sistemas.

en las Diez Comunas de la Ciudad de Armenia, porque actualmente se registra un alto número de muertes ocasionadas por complicaciones derivadas de las enfermedades crónicas no transmisibles como Hipertensión y Diabetes Mellitus, lo cual despierta el interés de conocer más a fondo la verdadera influencia de dichas enfermedades en la vida comunitaria de los adultos mayores. Por tal razón se considera el estilo de vida que es la expresión de lo social a través de la actividad individual de la personalidad. Todas las personas realizan las actividades del modo de vida (trabajo, estudio, nutrición, sueño, actividades físicas, recreativas, sexuales, religiosas, relaciones humanas, etc.); pero la personalidad de cada individuo le otorga sentido a determinadas actividades o aspectos de ellas, las jerarquiza y al ejecutarlas le incorpora las características personales, resultando un conjunto de actividades condicionadas por la personalidad por lo que constituye un estilo de vida personal.¹⁶

Así mismo se destaca la participación como un factor fundamental en la esfera social del individuo, donde las relaciones interpersonales juegan un papel importante en la vida del adulto mayor, permitiendo que interactúe dentro de la comunidad a la cual pertenece lo que permite ocupar su tiempo libre en diversas actividades que son significativas para él; fortalecer las redes de apoyo, aumentar los contactos sociales entre otras.

¹⁶ BUENDIA, José. Gerontología y Salud. Perspectivas actuales. Editorial Biblioteca Nueva, S.L. Madrid España. 1997. p.131,132.

En este sentido, el interés de la investigación “Influencia de las Enfermedades Crónicas en el Estilo de Vida de los Adultos Mayores que Participan en los Clubes de Ancianos en las Diez Comunas de la ciudad de Armenia” surge de ver como los avances científicos y los servicios de salud han progresado, contribuyendo a prolongar la vida de los adultos mayores sin poder hablar de una completa calidad de vida.

Además en el departamento del Quindío y por ende en la ciudad de Armenia no se han realizado estudios investigativos acerca del estilo de vida relacionado con las enfermedades crónicas que determine si afecta o no el normal desempeño de la persona en la vida diaria.

De este modo esta investigación pretende dar a conocer datos reales de la temática propuesta, con el fin de determinar las condiciones en que se encuentra dicha población; permitiendo crear estrategias de intervención futuras que apunten al mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Conocer la influencia de las enfermedades crónicas (hipertensión y diabetes) en el estilo de vida de los adultos mayores que participan en los clubes de ancianos en las diez comunas de la ciudad de Armenia Quindío.

5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer la percepción que el adulto mayor tiene sobre su estado de salud, teniendo en cuenta que padece una enfermedad crónica.
- Identificar cuáles son las actividades que ofrecen los clubes de adultos mayores para aquellos que padecen enfermedades crónicas.
- Conocer si el asistir a un club de ancianos ha generado cambios en el estilo de vida de los adultos mayores.

- Identificar cuáles de las actividades que ofrece el club de ancianos no puede realizar el adulto mayor por causa de su enfermedad, y cómo se ve afectada su participación dentro del club al cual pertenece.

- Conocer si la enfermedad crónica que tiene el adulto mayor le impide interactuar constantemente con familiares, amigos, vecinos y compañeros del club.

- Identificar que tipo de apoyo reciben los adultos mayores por parte de los clubes a los cuales pertenecen.

6. MARCO CONTEXTUAL

Armenia fue fundada el 14 de octubre de 1889 por Jesús María Ocampo, alias “Tigreros”, Alejandro, Jesús María Suárez y otros 27 colonos. Estos firmaron el acto de fundación en un rancho de platanillo que se encontraba ubicado dentro de la nomenclatura actual, carrera 14 con calles 19 y 20.

Originalmente la ciudad se pensó llamar “Villa Holguín” como un homenaje al entonces presidente de la república. Pero la noticia de la matanza por parte de los rusos en una región de Besarabia llamada Armenia y la existencia ya de una finca con este nombre, en lo que hoy es la carrera 19 con calle 30, hicieron que los fundadores prefirieran este nombre. Armenia hizo parte inicialmente del distrito de Salento. A los seis meses de la fundación se solicitó la erección en corregimiento, la que solo se logró el 15 de agosto de 1890.

Conseguido esto, los armenios se propusieron ser cabeza de distrito, para lo cual movieron sus influencias en Popayán y Bogotá hasta alcanzarlo en 1897, quedando Salento como corregimiento de Armenia.

Así, la medida gubernamental que convertía a Armenia en cabeza de distrito provisional, pasada la guerra se confirmó, al constituirla, a partir de 1903, en municipio.¹⁷

Armenia fue denominada la Ciudad Milagro por el maestro Payanes Guillermo Valencia, significando con ello que pese a su juventud y a su rápido desarrollo, había logrado lugar de importancia en el concierto nacional ganándose tal apelativo.¹⁸

Armenia se encuentra ubicada en la región – centro occidental de Colombia, comparte con Pereira, Manizales y otros municipios de la zona cafetera una de las redes de ciudades más densas dentro de la estructura urbana del país.¹⁹

La ciudad esta totalmente comunicada por carreteras asfaltadas con el resto de Municipios del Quindío, y es un triángulo de oro en materia de interconexión vial nacional (con Pereira, Bogota y Cali).²⁰

¹⁷ Armenia Estadística 2004. Oficina Asesora de Planeación. David Barros Vélez Alcalde. 2004 – 2007. p. 3.

¹⁸ Diario de Colombia. Quindío Una Sola Región. p. 2.

¹⁹ Plan De Desarrollo 1998-2000. Armenia Ciudad Educadora un Proyecto Colectivo de Ciudad. Colección Ciudad y Desarrollo. Volumen 1. Alcaldía Municipal De Armenia. Junio 1998.

²⁰ Diario de Colombia. Op Cit., p. 3.

La ciudad de Armenia es la capital del departamento del Quindío (Colombia). Limita al norte con los municipios de Circasia y parte de Montenegro; al oriente, con Salento, río Quindío y parte de Calarcá; al sur con el río Quindío y parte del municipio de Calarca y al occidente con la Tebaida y parte de Montenegro.²¹

Armenia tiene una superficie con extensión total de 121.33 km² de los cuales 22.53km² componen el casco urbano y 98.8km² el área rural,²² con una altura de 1.483 metros sobre el nivel del mar, su temperatura media es de 20° centígrados²³ y cuenta con una población estimada por el Instituto Seccional de Salud del Quindío de 321.378 de los cuales 314.634 habitan la zona urbana y 6.744 la zona rural, **donde 26.515 son Adultos Mayores de 60 años.**²⁴

Armenia cuenta en general con una cobertura en los servicios públicos de acueducto, energía eléctrica, servicio telefónico y servicio de aseo.²⁵

En la actividad económica de la ciudad de Armenia, la principal industria son los cultivos de café y las fincas con fines turísticos. La actividad agrícola es muy importante en la economía de este departamento, cuyo principal cultivo el café es un

²¹ Armenia Estadística 2004. Op Cit. p. 2.

²² Plan De Desarrollo 1998-2000. Op Cit.

²³ Armenia Estadística 2004. Op Cit., p. 2.

²⁴ Población por Grupos de Edad. Op Cit.

²⁵ Diario de Colombia. Op Cit. p. 2 y 3.

histórico valuarde de la economía departamental y nacional.²⁶ No obstante el café siendo el principal renglón agrícola de la región, también se producen en este municipio considerables cantidades de plátano y yuca que se envían a diferentes plazas de la nación por la calidad del producto. Otros cultivos son los cítricos, el sorgo, la soya, el frijol, el maíz y el cacao.

En este orden de ideas Armenia es además un centro turístico potencial de mucha importancia que ofrece numerosos parques de gran belleza, un extraordinario museo arqueológico, un extraordinario estadio, un coliseo cubierto, un coliseo para ferias (CENEXPO), en fin Armenia cuenta con muchos atractivos para el potencial turístico.

Así mismo dentro de su actividad económica se encuentra la industria y comercio donde se cuenta con empresas o fabricas de artículos metálicos y numerosas pequeñas fabricas de calzado y ropa entre otros. También la ciudad tiene pequeñas industrias agropecuarias donde se destaca la ganadería la avicultura y la porcicultura.²⁷

²⁶ <http://www.colombia.com/turismo/sitio/zonacafetera/2-2asp>

²⁷ Arango C. Jesús. Geografía Física y Económica del Quindío. Gobernación del Quindío. Editorial Universitaria de Colombia Ltda. Armenia, Quindío Colombia. Julio de 2003. p. 100, 101, 102, 103 y 104.

Según la oficina asesora de planeación municipal, Armenia esta dividida en 10 comunas; así:

1. Centenario
2. Rufino J. Cuervo
3. Alfonso López
4. Francisco de Paula Santander
5. El Bosque
6. Condominio Residencial Campestre el Edén
7. San José
8. Libertadores
9. Fundadores
10. Quimbaya²⁸

De este modo la presente investigación se hará en la ciudad de Armenia tomando como base para el estudio un total aproximado de 35 clubes consolidados de adultos mayores los cuales se encuentran distribuidos en las diez comunas de la ciudad.

²⁸ Armenia Estadística 2004. Op Cit., p. 7.

7. MARCO CONCEPTUAL

7.1. AMBIENTE – ENTORNO:

En el nivel social implica esta concepción la idea de una sociedad futura sin enfermedades, o por lo menos tratar al máximo de evitarlas, para ello es indispensable tener en cuenta los factores adversos que rodean a la población como son el ambiente, tipo de vivienda, campañas educativas, programas nutricionales, mejoramiento de acueducto, alcantarillado, etc. El hombre es considerado como parte del ecosistema y por lo tanto, afectado en sus condiciones de vivir y enfermar por las relaciones medio ambientales.²⁹

7.2. APOYO SOCIAL:

❖ -Nivel Comunitario o Macro, entendido como sentimiento de pertenencia e integración en el entramado social que representa la comunidad en su conjunto como organización.

- Nivel Medio, que comprende el apoyo recibido como consecuencia de las interacciones sociales que tiene lugar en un entorno social más próximo a la

²⁹ ROBLEDO, Diana y TRIVIÑO, Rubiela. Saneamiento Ambiental y Salud Pública. Programa de Salud Ocupacional. Universidad del Quindío. 1999.

persona. Este nivel le correspondería con el apoyo dispensado por las redes sociales a las que pertenece un individuo (trabajo, amigos, etc.) y que le daría un sentimiento de vinculación.

- Nivel Micro o de relaciones Intimas, proveniente de aquellas personas con las que el individuo mantiene una vinculación natural mas estrecha (familia, amigos, etc.) y que da lugar a un sentimiento de seguridad a la vez que de compromiso y responsabilidad por su bienestar.³⁰

❖ El apoyo tiene doble efecto sobre el bienestar psicosocial.

Efecto Directo: Al permitir que el individuo se sienta parte integrante de un conjunto de personas unidas por los lazos de solidaridad y responsabilidad mutua, con los que puede contar en caso de necesitarlas; también le permite satisfacer sus necesidades de pertenencia y afecto y darle un sentido a su vida mediante el amor que da y recibe de otros.

³⁰ www.efdeportes.com/efd51/bien.htm-27k

Efecto Indirecto: Atenúa y protege de los efectos disturbadores de las condiciones estresantes, al aumentar la capacidad de respuesta frente a las situaciones cotidianas.

Los miembros de la familia son agentes socialmente definidos como los principales proveedores de apoyo.

También hay otras instancias donde se puede establecer este tipo de relación personal: Grupo de amigos, Vecinos, Clubes de ancianos, Profesionales y Proveedores de servicios.

El mantener relaciones interpersonales únicamente con familiares no sería suficiente para experimentar un alto nivel de bienestar; además se requeriría de vínculos con al menos un amigo.³¹

7.3. AUTOCUIDADO:

Son todas aquellas acciones y decisiones que toma un individuo para prevenir, diagnosticar y tratar las acciones individuales dirigidas a mantener y mejorar su

³¹escuela.med.puc.cl/paginas/udas/geriatria/Geriatria_Manual/Geriat_M_35.html

salud; y las decisiones referidas a usar tanto los sistemas de apoyo informal, como los servicios médicos formales.

Esto incluye el hecho de poseer habilidades tales como:

a. Realizar diagnósticos sencillos al hacer una valoración de su estado de salud.

Ej. Tomar la temperatura, presión arterial y pulso, autoexamen de mamas, etc.

b. Enfrentar condiciones agudas sencillas. Ej. Resfrío común, lesiones y quemaduras de la piel, etc.

c. Tratar enfermedades crónicas con los medicamentos o acciones indicadas.

d. Realizar acciones tendientes a prevenir enfermedades y a promocionar la salud. Ej: ejercicios, dietas, eliminar el consumo de cigarrillos y alcohol, buena higiene dental, etc.

e. Búsqueda de información relacionada con la salud. Ej. Conocimiento de los pasos a seguir antes de buscar ayuda profesional, como obtener información de salud, como tener acceso al cuidado formal, etc. (Larry C. Coppard y Col)³²

7.4. AUTONOMIA:

Es la capacidad y derecho de una persona de poder elegir ella misma las reglas de su conducta, la orientación de sus actos y los riesgos que esta dispuesto a correr. El concepto de autonomía se refiere fundamentalmente a la posibilidad de tomar decisiones.³³

7.5. AUTOVALIDEZ:

Es la capacidad de la persona de efectuar sin ayuda las actividades de la vida diaria. Una persona cuadriplégica, pero con cerebro lúcido es una persona autónoma pero no es autoválida, en cambio una persona que padece una depresión severa es autoválida pero no es autónoma.³⁴

³² Ibid

³³ <http://www.cuidadoresdeancianos.com/cda/valoraciones.htm>

³⁴ Ibid

7.6. BIENESTAR SOCIAL:

El término bienestar social se usa para significar la satisfacción global de los individuos y de la sociedad en su conjunto, en relación a la existencia personal y a la vida social; este concepto tiene bases objetivas y fuertes connotaciones subjetivas particularmente en el sentido de aspiraciones.

Esto se debe a que el concepto de bienestar social está estrechamente relacionado con el funcionamiento de la sociedad con los valores y las normas sociales, con las relaciones sociales, con las aspiraciones de la gente pero, sobre todo esto, con la satisfacción de las necesidades fundamentales.³⁵

7.7. CALIDAD DE VIDA:

- ❖ Medida de la energía o fuerza óptima que le confiere a una persona la capacidad para afrontar con éxito los numerosos retos que plantea el mundo real. El término se aplica a todos los individuos, independientemente de si están enfermos o discapacitados, al trabajo, a su casa o a sus actividades de ocio. Entre los métodos que enriquecen la calidad de vida se incluyen

³⁵ SAN MARTIN, Hernán; y otros. Epidemiología de la Vejez ¿ Qué edad tendrá usted cuando tenga 70 años?. Primera edición McGraw Hill Interamericana de España. 1990. p. 361 y 362.

aquellos que reducen el aburrimiento y permiten, a su vez, una mayor libertad para elegir entre varias actividades.³⁶

- ❖ La calidad de vida ha sido definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales. Pues bien, la calidad de vida es una categoría multidimensional, presupone el reconocimiento de las dimensiones materiales, culturales, psicológicas y espirituales del hombre.³⁷

- ❖ En los últimos años los participantes del proyecto WHOQOL (World Health Organization Quality of Life), auspiciado por la OMS, han definido la calidad de vida como la percepción del individuo de su situación en la vida, en el contexto de su cultura y el sistema de valores en el que vive, y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Los autores del proyecto también indican que “es un concepto muy amplio que incorpora de forma compleja la salud física de las personas, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con los rasgos más característicos de su entorno”.

³⁶ Diccionario Mosby de la Salud. Mosby / Doyma libros, S.A. División Iberoamericana. Madrid, España. 1996. p. 167.

³⁷ www.monografias.com/trabajos15/calidad-de-vida/calidad-de-vida.shtml-47k-26abr2005

Se trata de una posición coherente con la definición de la salud de la OMS, según la cual es un estado completo de bienestar físico, mental y social; y no sólo ausencia de enfermedad y discapacidad.³⁸

- ❖ Se puede afirmar que lo que llamamos calidad de vida reúne todos los elementos que condicionan, objetiva y subjetivamente, esa situación de bienestar social que se funda en la experiencia individual y colectiva de la población frente a la vida social.

La calidad de vida de un individuo podría ser concebida como la relación global que él establece entre los estímulos positivos (favorables, agradables, etc.) en el curso de su vida social, en sus interrelaciones con las otras personas de la colectividad y con el ambiente total en el que vive, es decir, en el ejercicio de los valores sociales.

De tal modo que lo que llamamos calidad de vida no es solo lo objetivo y concreto que nos rodea, sino también la reacción objetiva que ello produce y el valor que le concedemos. Esto significa que el concepto de calidad de vida es dinámico en el sentido que constituye un proceso socioeconómico, cultural y socio psicológico de producción de “valores”, positiva y negativa, referente

³⁸ BOLADERAS C. Margarita. Bioética y Calidad de Vida. Colección Bios y Ethos. Ediciones El Bosque. Bogotá. D.C. – Colombia. 2000.

a la calidad de nuestra vida social, de distribución social de estos mismos valores, de percepción social de los valores por la población.³⁹

- ❖ Calidad de vida es un concepto relativo que depende de cada grupo social y de lo que éste defina como su situación ideal de bienestar por su acceso a un conjunto de bienes y servicios, así como al ejercicio de sus derechos y al respeto de sus valores.

De acuerdo con los ideales de cada grupo social es que se identifican los determinantes en materia de bienestar. Dado que hay sociedades más desarrolladas que otras, los estándares de bienestar son diferentes y así las definiciones de calidad de vida.

En el caso de las sociedades que han resuelto sus necesidades básicas, en términos de bienes y servicios, sus objetivos de bienestar se orientan más hacia la realización personal familiar y profesional del grupo social.

³⁹Eltiempo. Terra.com.co/PROYECTOS/RELCOM/RESCON/BOTCOM/QUEES/noticias/ARTICULO-WEB-NOTA_INTERIOR-215325.html-29k26abr2005

En sociedades como la nuestra aun los requisitos básicos de bienestar no han sido suplidos y por tal razón estos hacen parte del concepto de bienestar que buscan o en otras palabras que añoran.

Por ello el concepto de calidad de vida en la sociedad colombiana se asocia al conjunto de bienes y servicios que le permitan al individuo y al grupo social suplir sus necesidades básicas insatisfechas y alcanzar un nivel mínimo de bienestar.⁴⁰

- ❖ La calidad de vida es una construcción compleja y multifactorial sobre la que pueden desarrollarse algunas formas de medida objetivas a través de una serie de indicadores, pero donde tiene un importante peso específico la vivencia que el sujeto pueda tener de sí mismo.⁴¹

7.8. DEPENDENCIA:

Persona dependiente es, según su etimología, quien depende de algo o de alguien. Ese algo, esta relacionado con algún deterioro de salud y se traduce en dificultades o imposibilidad para realizar ciertas tareas cotidianas a las que la literatura

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ <http://habitat.aq.upm.es/cs/p2/a005.html>.

gerontológica ha identificado como básicas (levantarse de o acostarse en la cama, vestirse/desvestirse, caminar, alimentarse, asearse, mantener el control de esfínteres) o como instrumentales (cocinar, limpiar la casa, lavar, hacer compras, manejar el dinero, controlar la medicación, desplazarse por la calle, utilizar transporte, realizar gestiones). Cuando alguien se encuentra con dificultades para realizar alguna o algunas de estas actividades, debido a una pérdida o a una disminución de su capacidad funcional, y precisa ayuda o suplencia (normalmente por parte de otra persona) para realizarlas, nos encontramos ante un problema de dependencia.

La dependencia ha sido definida por un grupo de expertos del consejo de Europa (1997), como la situación en la que se encuentran “aquellas personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria”.

Una persona adulta puede ser independiente para realizar las actividades de la vida diaria y, sin embargo, carecer de autonomía: sus parientes deciden por ella cuestiones importantes o accesorias de su vida, tales como casarse, salir de vacaciones, ajustarse a pautas o normas, controlar el dinero, etc. Por el contrario, alguien que es dependiente en algunas actividades de la vida diaria, puede y debe

continuar siendo autónoma en el ejercicio de su voluntad (elegir dónde quiere vivir, cómo ha de vestirse, qué programa de intervención le interesa, etc).

Cuando no se hace distinción entre ambos conceptos, la dependencia puede desembocar en pérdida de autonomía, y así se encuentra con demasiada frecuencia que se decide por la persona dependiente, sin ni siquiera consultarla, la ropa que ha de vestir, el abandono de su hogar, el control de sus bienes, sus contactos sociales, sus horarios, etc. ⁴²

7.9. DIABETES MELLITUS:

Se define como cualquier trastorno que produzca elevación de la glucosa plasmática después de ayuno.

En términos mas concretos, “la diabetes mellitus es una enfermedad determinada genéticamente en la que el sujeto que la padece tiene alteraciones del metabolismo de carbohidratos, grasas, y proteínas, junto con una relativa o absoluta deficiencia en la secreción de insulina y con grados variables de resistencia a ésta.

⁴² MORAGAS M, Ricardo. El Reto de la Dependencia al Envejecer. Colección Albor. Empresa Editorial Herder, S.A., Barcelona. 1999. p 199-200.

De tal forma la diabetes no es una simple enfermedad, sino un síndrome que debe enfocarse desde el punto de vista integral.⁴³

7.10. ENFERMEDAD:

Estado anómalo de la función vital de cualquier estructura, parte o sistema del organismo. Es un proceso o malestar específico caracterizado por un conjunto reconocible de signos y síntomas, atribuible a herencia, infección, dieta o entorno⁴⁴.

7.11. ENFERMEDAD CRONICA:

- ❖ La enfermedad crónica se define como un “proceso incurable, con una gran carga social tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación. Tiene una etiología múltiple y con un desarrollo poco predecible”.

“Es un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente que persiste durante largo tiempo”.⁴⁵

⁴³ ISLAS, Sergio. LIFSHITZ, Alberto. Diabetes Mellitus. Interamericana MacGraw Hill. México, D.F. 1993. p. 1.

⁴⁴ Diccionario Mosby de la Salud. Op Cit. p 391.

⁴⁵ http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_ciudad_cronic_1.htm

- ❖ Enfermedad que persiste durante un periodo prolongado de tiempo en comparación con el curso de una enfermedad aguda. Los síntomas de una enfermedad crónica son generalmente menos intensos que los de la fase aguda de la misma enfermedad.⁴⁶

- ❖ Una enfermedad crónica es persistente o continua durante un periodo de tiempo prolongado. Una enfermedad crónica dura por mucho tiempo y no se puede curar en forma rápida o fácil “crónico” es lo opuesto a agudo.⁴⁷

- ❖ Una enfermedad crónica puede desarrollarse lentamente y sin ser detectada durante años. Por lo general dura toda la vida y rara vez tiene cura. Estas enfermedades pueden ser controladas a través de dietas, ejercicio y medicación.⁴⁸

7.12. ENVEJECIMIENTO:

Hace referencia al proceso de envejecer. Estudiar el envejecimiento supone analizar los cambios que se producen en las personas a medida que aumenta su edad. No significa que los cambios se deben en todos los casos, ni directamente, a la edad de

⁴⁶ Diccionario Mosby, Op. Cit., p 392.

⁴⁷ www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002312.htm

⁴⁸ www.lLosninosensucasa.org/glossary.php

las personas. Muchos de ellos son consecuencia de las variaciones que introduce el paso del tiempo en ciertas áreas. Una de ellas puede ser las relaciones familiares, que varían a lo largo del ciclo vital; se pierden unos miembros de la familia y se incorporan otros.

También se altera la posición de las personas en cuanto a la actividad económica (llega la jubilación). Otros cambios pueden afectar a la personalidad, la experiencia sexual y la salud.

Algunos cambios negativos experimentados con el envejecimiento, como los que afectan a la salud, son consecuencia del efecto conjunto del estilo de vida desarrollado a lo largo del ciclo vital, y de la edad. El estilo de vida así como las condiciones ambientales y socioeconómicas tienen gran influencia en el desarrollo final del proceso.⁴⁹

7.13. EPIDEMIOLOGIA:

Para entender el concepto de “epidemiología” es imprescindible, entonces, entender lo que es el “hombre” y lo que puede ser; entender también la estructura y el funcionamiento de las sociedades humanas en relación a la calidad de la relación

⁴⁹ GINER, Salvador y LAMO de ESPINOSA, Emilio. Diccionario de Sociología. Alianza Editorial, S.A., Madrid. 2001. p 246.

social y ecológica. La epidemiología no es solo un método estadístico aplicado a la biología humana sino que es también un razonamiento lógico e implica conocer la antropología, la historia, la economía, la sociología, la etiología y el ambiente total (natural, ecológico-social) en que se producen los fenómenos de salud-enfermedad, invalidez y muerte, que son los “objetivos” de estudio y de intervención de esta disciplina científica que puede ser aplicada no solo al estudio de la salud y la enfermedad en las poblaciones humanas sino también al estudio de otros procesos que afectan al hombre tal como los accidentes, la invalidez, el envejecimiento, la longevidad o la muerte.

“Centrada alrededor del hombre y de las poblaciones humanas, incluyendo el ambiente de vida, la Epidemiología es siempre una practica, un razonamiento lógico, una observación continuada y sistemática de “hechos” una descripción y medición de variables y características de persona, lugar y tiempo, un análisis de relaciones y de asociaciones causales, una experimentación que verifica los hechos observados o que rechaza nuestras hipótesis.⁵⁰

⁵⁰ Epidemiología de la Vejez. Op Cit. p 209-210.

7.14. ESTILO DE VIDA:

- ❖ El concepto de estilo de vida se asocia a las ideas de comportamiento individual y patrones de conducta, aspectos que se asocian y dependen de los sistemas socioculturales. Estilos de vida hace referencia a maneras de vivir, a una serie de actividades, rutinas cotidianas o hábitos, como número de comidas diarias y características de alimentación, horas de sueño o descanso, consumo de alcohol, cigarrillo y estimulantes y ejercicio físico. Al conjunto de estas prácticas se les denomina hábitos o comportamientos sostenidos, de los cuales se distinguen dos categorías: los que mantienen la salud y retardan la muerte y aquellos que limitan o resultan dañinos para la salud y aceleran la muerte. Estas prácticas se conocen también como factores protectivos y conductas de riesgo respectivamente.⁵¹

- ❖ El estilo de vida saludable, es aquel que permite ir introduciendo en la manera de vivir de las personas, pautas de conductas, que tanto individual como colectivamente de forma cotidiana, mejora su calidad de vida. Todo estilo de vida está favorecido por los hábitos, costumbres, modas, valores... existentes y dominantes en cada momento en cada comunidad; estos factores

⁵¹ www.uninorte.edu.co/publicaciones/eureka/edicion03/livington_sarmiento.html-16k-

enumerados tienen como característica común que son aprendidos y por tanto modificables a lo largo de toda la vida.⁵²

7.15. HIPERTENSION:

La hipertensión es el principal factor de riesgo para los accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y cardiopatía coronaria en el anciano; todas estas enfermedades contribuyen de manera importante a la mortalidad y discapacidad funcional. La hipertensión en el anciano se define como una presión sistólica de 160 mmhg o más, o una presión diastólica de 95mmhg o mayor. La hipertensión sistólica aislada se define como una cifra de 160 mmhg o más con presiones diastólicas inferiores a 90 mmhg. Con esta definición hasta un 40 o 50% de los individuos mayores de 65 años son hipertensos.

La presión diastólica aumenta con la edad, pero se estabiliza después de los 60 años, en tanto las cifras sistólicas continúan su ascenso; la frecuencia incrementa de manera acelerada después de los 55 años en ambos sexos, aunque en mayor grado en las mujeres.⁵³

⁵² www.bvs.org.ni/adulec/doc/estilos%20de%20vida%20y%20juventud.pdf

⁵³ KANE. Robert, y otros. Geriatria Clínica. McGraw Hill Interamericana Editores, S.A. C.V. 1997. p 230.

7.16. PARTICIPACION:

La participación es entendida como un proceso social que resulta de la acción intencionada de individuos y grupos en busca de metas específicas, en función de intereses comunes y diversos y en el contexto de tramas concretas de relaciones sociales y de poder.

Puede ser entendida como una forma de acción individual o colectiva que implica un esfuerzo racional e intencional de un individuo o un grupo en busca de logros específicos (tomar parte en una decisión, por ejemplo) a través de una conducta cooperativa. Es un poderoso instrumento de integración social.⁵⁴

7.17. RELACIONES INTERPERSONALES:

Las relaciones interpersonales son contactos profundos o superficiales que existen entre las personas durante la realización de cualquier actividad. Es la amistad que une ya sea espiritual o relación que se entabla en grupos sociales. Interacción por medio de la comunicación que se desarrolla entre una persona y el grupo al cual pertenece.

⁵⁴ VELASQUEZ C, Fabio y GONZALES R, Esperanza. ¿Qué ha Pasado con la Participación Ciudadana en Colombia?. Bogotá. Fundación Corona. 2003. p 57.

Es la capacidad para desarrollarse íntegramente a través del “otro, con el fin de encontrar sentido a nuestras vivencias sociales e individuales, buscando siempre la felicidad.

Es la capacidad que posee el ser humano para interactuar con otras personas respetando sus derechos, manteniendo una óptima comunicación y trabajando unidos en pos de un objetivo común”.

Las relaciones interpersonales son aquellas que nos ayudan a crecer como individuos, respetando la forma de ser de los demás y sin dejar de ser nosotros mismos. Por tal razón las relaciones interpersonales son el conjunto de contactos que tenemos los seres humanos como seres sociables con el resto de las personas.⁵⁵

7.18. RELACIONES INTERPERSONALES Y VEJEZ:

- ❖ Tiene que ver con la calidad de vida, ya que integra aspectos como la seguridad económica y la inclusión social que se asegura por medio de infraestructuras de apoyo y redes sociales. Todo ello promoverá la participación en las personas de edad como miembros activos de la comunidad, una de cuyas funciones puede ser transmitir sus experiencias a

⁵⁵ www.psicopedagogia.com/definicion/relaciones%20interpersonales-25k

las generaciones más jóvenes, al tiempo que comprenden su estilo de vida y los desafíos que les son propios. Todo ello en una sociedad inmersa en procesos que la llevan también a ella a aprender a envejecer.

Calidad de vida en la vejez dependiente implica necesariamente el apoyo social y familiar a las personas que desean continuar viviendo en la comunidad, siendo cuidadas en familia, para que puedan seguir haciéndolo, al tiempo que siguen desarrollándose todas sus potencialidades hasta el último momento. Eso conlleva el apoyo material y afectivo a los familiares que, con distintos grados de implicación participan en la acción de cuidar.⁵⁶

- ❖ Las relaciones sociales son de vital importancia en la vida de las personas, ya que favorecen el desarrollo psicológico y social, además de ejercer una función protectora ante enfermedades. Todo esto es importante ya que el número de contactos sociales favorece el bienestar y la calidad de vida y, a su vez, está fuertemente asociado con una buena salud percibida.

Si bien, existen ciertos factores que pueden conllevar a una disminución en la frecuencia de los contactos sociales en las personas mayores (jubilación,

⁵⁶ www.monografias.com/trabajos14/psicolvejez/psicolvejez.shtml-101k-3may2005

marcha del hogar de los hijos, muerte del cónyuge y de personas allegadas, institucionalización, etc.), también es cierto que a partir de los sesenta y cinco años, en numerosos casos, la mayor disponibilidad de tiempo libre puede facilitar en las personas mayores el mantenimiento y mejora de la frecuencia de sus relaciones sociales.⁵⁷

7.19. VEJEZ:

No existe realmente un consenso en lo que se llama “vejez” debido a que las divisiones cronológicas de la vida humana no son absolutas y no corresponden siempre a las etapas del proceso de envejecimiento natural; las desviaciones se producen en ambos sentidos. Es decir, la vejez no es definible por simple cronología sino que más bien por las condiciones físicas, funcionales, mentales y de salud de las personas analizadas. Lo cual equivale a afirmar que pueden observarse diferentes edades biológicas y subjetivas en individuos con la misma edad cronológica. Sucede así porque el proceso de envejecimiento, general, es muy personal y cada individuo en envejecimiento puede presentar involuciones a diferentes niveles y en diversos grados, en el sentido que ciertas funciones y capacidades declinen más rápido que otras.

⁵⁷ FERNANDEZ BALLESTEROS, Rocío. y Otros. Que es la Psicología de la Vejez?. Editorial Biblioteca Nueva. 1991. P. 127-128.

La longevidad se refiere a la extensión de la vida en cada individuo. Este valor no es extrapolable a toda la población, porque su variación es muy grande, variación que está condicionada por la vida social nuestra como lo demuestran estudios epidemiológicos.

El envejecimiento comienza tan pronto como el organismo alcanza su madurez completa, es decir, alrededor de los 25 a 30 años, un poco antes en los hombres que en las mujeres.

Queda claro entonces que el aumento de la vida de la población humana no significa necesariamente mayor longevidad del individuo. De aquí que los problemas de envejecimiento prematuro y de salud en los ancianos deben abordarse mucho más en términos de “calidad de vida” y de “bienestar”. Vale decir, que en nuestras sociedades humanas, la noción de vejez esta en gran parte determinada por la calidad de vida y por el bienestar social. ⁵⁸

⁵⁸ Epidemiología de la Vejez. Op Cit. p. 168, 169, 170.

8. MARCO TEORICO

El presente trabajo recopila información variada sobre salud en los adultos mayores, enfermedades crónicas no transmisibles, calidad de vida, estilos de vida, participación, relaciones interpersonales y apoyo social; la cual se utilizó como base para llevar a cabo la investigación “Influencia de las Enfermedades Crónicas (Hipertensión y Diabetes) en el Estilo de Vida de los Adultos Mayores que Participan en los Clubes de Ancianos en las Diez Comunas de la Ciudad de Armenia”.

8.1 CONCEPTO DE SALUD

Se entiende por salud la capacidad de una persona para realizar su potencial y responder positivamente a los desafíos del medio ambiente. Se trata de un recurso para la vida cotidiana y no del propósito de la vida; es un concepto positivo, que pone de relieve tanto recursos sociales y personales como las capacidades físicas.

La salud ha sido una preocupación primordial de la comunidad desde los albores de la historia. Algunos de los textos más antiguos se refieren a la lucha contra la enfermedad y al contraste entre los factores que permiten gozar de una vida larga y

sana y los que hacen la vida corta y dura.

Hoy en día contamos con los conocimientos e instrumentos necesarios para prevenir muchas enfermedades. Sabemos cómo mejorar nuestra salud y cómo darnos a nosotros mismos, a nuestras familias y a nuestras comunidades las mayores oportunidades de permanecer sanos. Por desgracia, esos conocimientos e instrumentos no están uniformemente repartidos entre los seres humanos, ni se utilizan siempre y bien con la debida prioridad.

Recientemente las ciencias sanitarias han hecho grandes progresos. Comprendemos ahora mucho mejor los factores de riesgo de numerosas dolencias y disponemos de información epidemiológica más exacta sobre el estado sanitario, la mala salud y la muerte prematura en distintos niveles sociales. Gracias a esto, somos más conscientes que nunca de las desigualdades que existen en el terreno de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se creó en 1948, con la finalidad última de permitir que todos los pueblos alcancen el grado más alto posible de salud, entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. Aunque la naturaleza de las estrategias y los problemas sanitarios se han modificado desde aquel entonces, el propósito central permanece inalterable.

A lo largo de los años se ha puesto de manifiesto que no se puede mejorar sustancialmente la salud si no se mejora la situación socioeconómica. La pobreza, las malas condiciones de vida, la carencia de instrucción, el analfabetismo, en particular en el terreno sanitario y la falta de información o de posibilidades para adoptar las decisiones que atañen a la propia salud, constituyen obstáculos fundamentales.⁵⁹

El problema subyacente a las limitaciones inherentes al tratamiento convencional de enfermedades y concretamente de las tropicales, no significa que se pusiera en cuestión el conocimiento científico respectivo aportado por las ciencias naturales y las acciones prácticas derivadas de él, sino la concepción misma de la salud y la acepción del ser humano que buscaba preservarse sano. Varias consideraciones se derivan de este planteamiento:

1. La salud es una característica biológica innegablemente pero también es un producto social, lo cual implica que para abordar de manera adecuada la condición de salud de una persona, es necesario hacer un diagnóstico físico del individuo, un reconocimiento de los factores del medio ambiente geográfico que puedan causar alteraciones físicas y comprender del mismo la salud desde su dimensión social. Es

⁵⁹ DHILLON H.S, PHILIP Lois. Promoción Sanitaria y Acción de la comunidad en Pro de la Salud en los Países en Desarrollo. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1995. p. 1.

decir, que la salud es un problema complejo cuya preservación exige diferentes puertas de entrada a riesgo de hacer importante un programa unidimensional, independiente de validez y de la confiabilidad del conocimiento científico que en este se sustente.

2. Tener salud no es solamente ausencia de enfermedad sino como lo define la OMS un estado completo de bienestar físico, mental y social; por tanto, una conceptualización completa de la salud debe captar las dimensiones biológicas, fisiológicas y psicológicas, así como las sociales y las económicas. Se entiende por estado el resultado del proceso, asumiendo que la salud es la característica de los seres humanos que la sociedad debe proteger. La enfermedad es la interrupción del desenvolvimiento sano, lo cual acarrea problemas físicos y mentales de diversa índole según el tipo y el grado de atención, ansiedad, desgaste, etcétera. La propiedad determinante de la vida es la salud y no la salud-enfermedad. El desgaste físico de los seres humanos se va acumulando con la edad, debe diferenciarse con la edad misma. Si bien es cierto que a mayor edad mayor tendencia a enfermarse, las personas jóvenes y los niños también se enferman y a su vez un número significativo de personas mayores permanecen sanas. La enfermedad causa un desgaste físico, pero éste no es de tipo permanente, necesariamente.

3. El hombre es un producto social y las condiciones sociales son determinantes para mantener la salud humana o para vulnerarla y causar la enfermedad. Desde esta perspectiva la salud es una resultante histórica que puede ser afectada por mayores o menores factores de riesgo, según la posición socioeconómica de la persona. Este es un componente determinante en la explicación de la interrupción de la salud, cuando se presente la enfermedad. Desde esta perspectiva, el perfil de la salud es histórico, porque según el grado de desarrollo de la sociedad se dispone de un sistema de bienestar social, de un ambiente sano y de unas condiciones de vida aproximadamente óptimas para preservar la salud.

La esperanza de vida al nacer deriva directamente con el grado de desarrollo, porque dado un determinado contexto, las alternativas de mantenerse sano, de en caso de enfermedad y de recuperarse, dependen de los recursos de los individuos y de sus hogares. En la mayoría de las sociedades actuales, el nivel de salud es el resultado de la conjunción entre la inversión social e inversión individual.⁶⁰

8.1.1 CONCEPCIONES DE LA SALUD

El concepto tiene en cuenta particularmente la interdependencia del cuerpo y la mente tanto en la salud como en la enfermedad. Tiene, además, una visión ecológica

⁶⁰ Colciencias. Salud Para la Calidad de Vida. Bases Para un Plan del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud. Tercer Mundo Editores. Colombia. 1993. p. 80,81.

del organismo humano, en interacción permanente con su entorno natural y social, por tanto, tiene especial significación las influencias ambientales y sociales sobre la salud, aún en las enfermedades con componente genético, la mayoría de las cuales son multifactoriales (por ejemplo las enfermedades cardio-vasculares y los cánceres) lo que quiere decir, que son “poligenéticas” también multicausales; las causas genéticas actúan conjuntamente con factores del medio ambiente y del comportamiento de la persona las cuales precipitan, retardan, modulan o impiden la enfermedad.

La salud es equilibrio entre el cuerpo del individuo y sus emociones, sentimientos y pensamientos. “la salud comienza en el cuerpo, vive en el cuerpo, pero no se fundamenta únicamente en el cuerpo”

En el caso de enfermar las intervenciones biomédicas pueden resultar útiles en casos individuales o de emergencia, pero sus acciones son muy escasas a favor del conjunto social o comunitario donde la salud se relaciona más con el comportamiento y las interacciones con el entorno que con el hecho individual.

El hombre como sistema vivo es un todo integrado y el concepto de salud, según la visión de los organismos vivientes, tiene que necesariamente relacionarse con el medio ambiente. Este medio ambiente está constituido por ecosistemas, constituido

a su vez por comunidades de organismos y de su entorno físico. Surge también aquí el concepto de las relaciones en red con interdependencia de los organismos y de sus comunidades.

La salud es en parte consecuencia de la cultura, de un proceso de socialización dentro de un entorno familiar y de comunidad; y no sólo es el resultado del desarrollo de los seres humanos a partir de la iniciación de la vida del ovulo fecundado. Cada ser humano como organismo construye un sistema propio en relación con el ambiente y el mundo en los cuales se encuentra inmerso, su desarrollo debe ser de cooperación y coevolución.

Las enfermedades no se deben a un solo factor o causa, son procesos ocasionados por la interacción de múltiples condicionantes. La enfermedad es un proceso dinámico y no un estado, pues los organismos vivos están en permanente evolución para adaptarse constantemente al cambiante entorno. La alteración de la salud se entrelaza con la historia de vida y su entorno social.

La salud de las personas es el reflejo de la sociedad y del sistema de salud de esa sociedad, pero igualmente depende de factores ambientales, familiares y personales. La salud tiene varias dimensiones y todas ellas surgen de la compleja interacción entre los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la naturaleza humana; sus

distintas facetas reflejan todo el sistema social y cultural y nunca se la puede representar con un solo parámetro, como el índice de mortalidad o promedio de vida.

En el desarrollo del individuo, en el de la familia y en el de la comunidad hay un potencial que cuando se realiza, hay salud, y así la salud puede reconocerse como la realización de este potencial biológico. Las comunidades son la fuente de la salud y de la calidad de vida.⁶¹

8.1.2. LA SALUD COMO PROCESO

La salud es un proceso continuo, que acompaña la vida del hombre y que oscila permanentemente de mayor a menor salud. Estas variaciones están determinadas por cuatro factores:

- Herencia.
- Ambiente.
- Comportamiento.
- Servicios de salud.

⁶¹ Bioética y Calidad de Vida. Op Cit. p. 58, 60, 62, 66, 68, 69, 70, 71, 74.

La **herencia** interviene en el proceso de salud en tres formas. En primer lugar, determina el sustrato anatómico y fisiológico del individuo pues, en gran parte, la resistencia ante los elementos dañinos del ambiente se establece genéticamente. En segundo lugar, lo genético puede actuar asociado al ambiente, originando problemas de génesis multifactorial. Y en tercer lugar, la genética puede de por sí generar problemas de salud.

El **ambiente** comprende todo aquello que interactúa con el ser humano, no sólo los elementos físicos del entorno, sino también, los procesos sociales, culturales, económicos y políticos hacen parte del ambiente. El ambiente, a través de elementos o componentes específicos, puede actuar como desencadenante de problemas de salud.

La influencia del **comportamiento** en la salud es enorme. El comportamiento que asumen las personas frente a los elementos del ambiente puede evitar que se enfermen y si se enferman, el comportamiento que sigan con respecto al uso de los servicios de salud, por ejemplo, que consulten a tiempo, puede asegurar su curación o evitar complicaciones.

Es indudable que los **servicios de salud** influyen en la salud de muchas formas, pero esta influencia sólo puede ser ejercida si existe demanda sobre estos servicios y si

las condiciones de oferta se dan adecuadamente. El influjo de los servicios de salud se vuelve un hecho sólo cuando los medios de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación entran en acción en el proceso de salud en forma efectiva.

Los cuatro factores descritos no actúan en forma independiente, sino que interactúan entre ellos y su influencia sobre la salud es variable pues algunos tienen un peso mayor que los otros.

Por ejemplo, existe la tendencia a sobrevalorar la importancia de los servicios de salud en el mejoramiento de la calidad de vida de una comunidad; esto ha llevado a que la inversión de recursos para la salud se oriente solamente en el aspecto curativo; sin embargo, se ha observado que los servicios de salud, por buenos que sean, influyen poco sobre la salud de una comunidad si los otros tres factores no son tenidos en cuenta.

Así, un examen médico del corazón no evita un ataque cardíaco pero hábitos saludables como el ejercicio y una dieta balanceada pueden prevenir ésta y muchas otras enfermedades.

Por otro lado, el factor genético o herencia influye en forma variable sobre la salud, pues en algunas personas como las que sufren síndrome de Down (mongolismo) u

otras enfermedades genéticas, es la herencia la que determina en gran parte su salud; sin embargo, en la mayoría de los casos, la herencia sólo determina una cierta predisposición a alguna enfermedad que puede ser contrarrestada o potenciada por la acción de los otros tres factores.

Finalmente, el ambiente y el comportamiento se consideran como los dos factores de mayor trascendencia pues determinan condiciones socioeconómicas, estilos de vida, riesgo de enfermedades, hábitos de trabajo, etc., que influyen en la salud de las personas, además de interactuar con los otros dos factores: herencia y servicios de salud.⁶²

8.2 LA RELACIÓN SALUD – ENFERMEDAD: UN PROCESO SOCIAL

El estilo de vida no es una categoría separada de factores, independiente del ambiente y de la sociedad, ni la sociedad un conjunto de elementos indiferenciados en el ambiente. El estilo de vida, las formas de andar por la vida, son precisamente la materialización en la vida individual de las formas de organización y reproducción social en la medida en que son relaciones establecidas con la naturaleza y entre los hombres mismos.

⁶² Manual del Agente Educativo. P. 57, 58, 59.

Si aceptamos que aquello que nosotros llamamos convencionalmente salud o enfermedad, son representaciones mentales históricas de las diversas formas determinadas de andar por la vida que valoramos positiva o negativamente por las consecuencias que tienen sobre nuestro bienestar, tenemos que decir que la salud y la enfermedad individuales son el resultado, o mejor, la expresión de aquellas formas de organización social y de representación simbólica del grupo al que pertenecemos. No existe entonces enfermedades de causa social: todas las enfermedades son sociales. La salud y la enfermedad, repetimos, son procesos sociales.⁶³

8.2.1 El concepto de riesgo en la salud del anciano

Los ancianos, por su fragilidad, son particularmente vulnerables al colapso y a la pérdida de la autonomía. Algunos, por enfermedad, soledad o pérdida de un ser amado, corren mayor peligro de caer en la dependencia. Se dice que están “en riesgo”, y los factores que aumentan el peligro son “factores de riesgo”.

La determinación de los factores de riesgo comienza con las consecuencias no deseadas, ya se trate del fallecimiento, de la pérdida de autonomía o de una enfermedad o afección particular. Los factores son eslabones de una cadena causal

⁶³ Salud Para la Calidad de Vida. Bases para un Plan del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud. Op Cit. p. 155,156.

(o indicadores de esos eslabones) que conducen al desenlace, y la fuerza de su asociación con el desenlace permite el pronóstico. De este modo, el aislamiento social es un factor de riesgo de la depresión, el tabaquismo de la enfermedad pulmonar, y la muerte del cónyuge del suicidio. La relación de la incidencia del desenlace en la población expuesta al factor de riesgo con su incidencia entre los no expuestos de esta manera se conoce como riesgo relativo (o relación de probabilidad) y la reducción proporcional del desenlace no deseado entre la totalidad de la población, si se suprime el factor de riesgo, se conoce como riesgo imputable.

Las enfermedades o afecciones múltiples y la importancia de las variables sociales y psicológicas para la salud de los ancianos dan por resultado que sean raros los diagnósticos únicos y dificultan la cuantificación de los factores de riesgo. Para que pueda tratarse de que los factores de riesgo sean medibles, normalizables y válidos. Deben ser racionales y susceptibles de cambio. Según sea el desenlace al que contribuyan, los factores de riesgo pueden encontrarse en:

- Las condiciones de vida y en el ambiente.
- Las condiciones de salud (enfermedad, funciones físicas, comportamiento malsano, disponibilidad y uso de servicios).
- El estilo de vida y las actitudes.
- Los factores socioeconómicos y el apoyo social.

- Las actitudes de la sociedad hacia los ancianos.

Algunos factores de riesgo pueden modificarse; otros no, pero son útiles para alertar a personas y servicios respecto al posible desenlace.⁶⁴

8.2.2 Factores ambientales:

La vivienda apropiada es vital para el bienestar de los ancianos y es uno de los factores principales para reducir la necesidad de establecer instituciones. Un estudio reciente ha confirmado que los ancianos suelen vivir en alojamientos de mala calidad, lo mismo en países ricos que en pobres. Sobre todo en los países en desarrollo muchos viven con sus familias, como jefes de familia o esposos y después como dependientes, pero nunca han tenido una casa. Los ancianos mas pobres quizás nunca hayan tenido ni una vivienda primitiva y con frecuencia carecen de agua potable y de instalaciones sanitarias. Aun en países ricos, en general viven en las casas más viejas y deterioradas, lo que puede poner en peligro su salud. La falta de mejores viviendas y el hacinamiento de familias multigeneracionales pueden trastornar las relaciones de la familia tradicional y producir tensión emocional a los ancianos. En sociedades en desarrollo, la migración de adultos jóvenes a las ciudades puede ocasionar que los ancianos queden abandonados en la reexplotación

⁶⁴ Organización Mundial de la Salud. Aplicaciones de la Epidemiología al Estudio de los Ancianos. Ginebra.1984. p. 59, 60.

agrícola. La tendencia opuesta en los países desarrollados deja a menudo a los ancianos pobres en tugurios de ciudades interiores, expuestos a la delincuencia y las enfermedades y separados de la sociedad en general.

El vivir en edificios altos, sin ascensor, predispone al aislamiento y la depresión, en particular en los que tienen dificultad para subir escaleras. Los malos pisos aumentan la tendencia de los ancianos a caer, con el riesgo de sufrir fracturas, y el aislamiento retarda la ayuda cuando esto ocurre. Para los parcialmente incapacitados en especial, la falta de abastecimiento de agua y de instalaciones de lavado y retrete en el interior de la vivienda puede ser una molestia abrumadora, especialmente penosa para los que viven solos.

Para los que todavía están empleados, el ambiente de trabajo es mas importante aun para mantener la salud de los ancianos que la de los demás. Los vapores y gases, el exceso de calor y el saneamiento deficiente son especialmente peligrosos para los que padecen afecciones cardiopulmonares crónicas. La protección contra la contaminación atmosférica es en general más importante para el anciano; la longevidad y la salud superior que se registran en las poblaciones rurales se han relacionado con el aire puro, aunque pueden influir la actividad física y la nutrición.

Lo cierto es que cuando se elevan repentinamente las concentraciones de la contaminación atmosférica en las zonas industriales y producen mortalidad excesiva, los viejos son los que sufren más.

Los accidentes fuera del hogar son causa importante de morbilidad y mortalidad en los ancianos. Los pavimentos y la iluminación defectuosos de las calles provocan caídas, y las reacciones más lentas y la menor agilidad aumentan la propensión de los ancianos a sufrir accidentes de tráfico. El tiempo que se deja a los peatones en los cruces es insuficiente con frecuencia aun para los ancianos sanos. Por tanto, los viejos son particularmente vulnerables a esas deficiencias de planificación ambiental y de conservación de instalaciones que afectan a toda la sociedad.⁶⁵

8.2.3 Situación matrimonial y vejez:

En los países desarrollados, por lo menos, la mortalidad es afectada por la situación matrimonial o estado civil. La mortalidad es menor en los hombres y mujeres casados y más alta en los divorciados que en los solteros y viudos. No hay datos acerca de este punto en los países en desarrollo.

⁶⁵ Ibid. p. 51 y 52.

Es difícil determinar el efecto de la situación matrimonial sobre la salud, puesto que esta misma puede ser un factor de selección al casarse y divorciarse. El estado civil es un factor de gran importancia para determinar si se admite un paciente en una situación o se le atiende en casa. La vida de casado puede muy bien establecer regularidad en los hábitos, alimentación y estilo de vida, y con ello fomentar la salud, pero es difícil obtener pruebas objetivas de este efecto. En un estudio longitudinal se ha demostrado que aumentó la mortalidad entre viudas y viudos, pero no se observaron traumas persistentes en los supervivientes.

La mayor longevidad de las mujeres significa que habrá más viudas que viudos, tanto más que por lo general los novios son mayores que sus novias. Además, hay una nueva tasa superior de nuevos casamientos entre los viudos que entre las viudas. Por otra parte, los varones ancianos tal vez sean menos capaces de atender solos sus hogares después de enviudar que las mujeres en iguales circunstancias.⁶⁶

8.2.4 Salud percibida por el anciano:

Esta salud subjetiva significa una predisposición y una actitud para determinar la demanda, utilización e intensidad de los servicios de salud. Bien es cierto, que estará condicionada por las enfermedades o alteraciones reales, pero también por factores

⁶⁶ Ibid. p. 48 y 49.

demográficos, sociales, económicos o residenciales. Parece ser que esta percepción subjetiva de salud es peor cuando mas avanzada es la edad, si además es mujer y cuanto mas bajos son los ingresos y los niveles de instrucción. La percepción de enfermedad es, así mismo, un aspecto importante entre la población, ya que el sentirse enfermo puede suponer sentirse también incapacitado para realizar las actividades de la vida diaria y, sobre todo, las actividades que realiza durante el tiempo libre.

Habría también, que matizar la imagen de carga o peso que supone el colectivo de ancianos. Esta idea contribuye a un deterioro y desvalorización social de este colectivo al que se le identifica vejez con enfermedad. Esto unido a unas condiciones de salud cambiantes aumenta los riesgos de percepción, desde el propio anciano, de niveles de salud que, o se manifiestan de forma mas acentuada una vez entra en el proceso de jubilación o aparecen, dados los nuevos cambios de vida al que se integran. No podemos olvidar que la salud de las personas ancianas está ensombrecida, en general, por las actitudes sociales que existen sobre el ser viejo. Muchas situaciones, potencialmente tratables y curables, se ven como una parte “normal” del envejecimiento.

La salud podríamos decir que es la segunda gran preocupación de los ancianos después de la económica y, también, otras de las grandes cargas para el sistema sanitario.⁶⁷

8.3. ENFERMEDADES CRONICAS DISCAPACITANTES

Las enfermedades crónicas son la principal causa de morbilidad, mortalidad, ingresos hospitalarios y consulta externa. En este grupo se destacan en Colombia las enfermedades cardio-cerebro-vasculares y de ellas la hipertensión arterial, ya que no sólo es la que ocupa el primer lugar en prevalencia, si no que se constituye en el principal factor de riesgo en los ancianos, para la presentación de enfermedad arterial coronaria, insuficiencia cardiaca, enfermedad vascular cerebral, nefropatía, retinopatía y en menor grado aneurisma abdominal aórtico, demencia vascular y enfermedad vascular periférica.

Otra de las enfermedades prevalentes entre los ancianos colombianos es la diabetes mellitus, patología en la que aproximadamente el 30% de los pacientes se encuentran en riesgo de desarrollar nefropatía diabética. Los problemas en los pies se presentan en el 23% y las alteraciones funcionales en miembros superiores e

⁶⁷ GARCIA, Maria V; RODRIGUEZ Catalina; TRUNJO Angela M y otros. Enfermería del Anciano. Editorial DAE. Grupo Paradigma. 2001. p.48.

inferiores en el 43% de la población.

Los accidentes, trauma y violencia constituyen el 15% de causas de muerte en mayores de 60 años en Colombia. En este grupo tienen especial importancia las caídas y sus consecuencias, puesto que los traumas de cadera tienen gran incidencia y las bajas coberturas en su tratamiento están condicionadas por los altos costos que demandan las prótesis, tanto para el usuario como para el sistema de salud.

Las enfermedades de los órganos de los sentidos también son causantes de gran cantidad de limitaciones funcionales y discapacidades, se estima que en Colombia entre el 50 y el 80% de los ancianos tienen problemas de agudeza visual y una tercera parte tiene dificultades con la audición, que alteran la ejecución de las actividades de la vida diaria y se constituyen en un factor de riesgo para desarrollar discapacidad.

En cuanto a alteraciones de salud oral, el 96.1% de la población anciana del país presenta trastornos que van desde caries dentales, hasta trastornos de la oclusión, problemas articulares y anodoncia total o parcial con el consiguiente riesgo de mal nutrición.

Los trastornos de salud mental adquieren una importancia especial en los ancianos,

ya que generalmente no requieren atención médica permanente o costosa, sino grandes inversiones en apoyo familiar y social. En Colombia los problemas prioritarios son la depresión, las demencias y los problemas relacionados con el abuso de alcohol y medicamentos.

Otro de los problemas prevalentes en los ancianos colombianos son los trastornos nutricionales, especialmente obesidad, malnutrición y anemias.⁶⁸

8.3.1 MORBILIDAD Y MORTALIDAD

Las personas de más de 60 años de edad, constituyen un grupo que posee características epidemiológicas distintivas. Los cambios en la estructura demográfica y los éxitos en los programas para prevenir y tratar enfermedades parasitarias e infecciosas, han modificado los patrones de morbilidad y mortalidad en este grupo poblacional. Hace algunas décadas las principales causas de muerte eran las enfermedades infecciosas, las respiratorias, especialmente la TBC, y las parasitarias. Es decir, las tendencias de morbilidad también han variado en forma considerable, como se menciona anteriormente, las enfermedades infecciosas han disminuido y han aumentado las crónicas discapacitantes y se han mantenido sin

⁶⁸ GOMEZ, José F; CURCIO, Carmen L. Valoración Integral de la Salud del Anciano. Ed. Artes Graficas. Manizales. 2002. p. 172.

cambio otras enfermedades que tienen como causa la pobreza, el consumo de alcohol, la insalubridad y la ignorancia.

En Colombia en los últimos años, las causas de mortalidad entre las personas de 65 años y mas, están encabezadas por la enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebro vascular, enfermedades del aparato respiratorio, enfermedades de la circulación pulmonar y tumor maligno de sistema digestivo.

El cáncer, en todas sus variedades, constituye la causa de muerte en la quinta parte de los mayores de 60 años y se observa una tendencia creciente en su comportamiento. Para los hombres en todas las edades, ha permanecido como la primera causa de incidencia, a pesar de que ha descendido, le sigue el cáncer de próstata que se ha incrementado y el de pulmón que ha tenido un leve descenso.

La principal causa de morbilidad son las enfermedades crónicas discapacitantes entre las cuales se destacan las enfermedades cardiovasculares, y en este grupo la mas prevalente es la hipertensión arterial, la cual además, se constituye en el principal factor de riesgo para la presentación de enfermedad arterial coronaria, insuficiencia cardiaca y enfermedad cerebro vascular. Es la quinta causa de mortalidad general y la tercera causa de mortalidad en mayores de 65 años.

Otra patología prevalente entre las enfermedades crónicas y degenerativas es la diabetes mellitus, que es causante de discapacidades físicas, problemas en los pies y limitaciones funcionales. También es importante mencionar los procesos músculo esqueléticos, especialmente artritis y osteoartritis, que a pesar de la baja mortalidad generan gran discapacidad, especialmente en mujeres.

La distribución de la carga de la enfermedad en las personas mayores de 60 años para el grupo I (enfermedades nutricionales, e infecciosas y parasitarias) tanto en los hombres como en las mujeres es la siguiente: infecciones respiratorias 47%, enfermedades nutricionales 19%, tuberculosis 14%, enfermedad diarreica 7%, septicemia 6%, meningitis 3%.

En el grupo II (enfermedades crónicas y degenerativas) la distribución es la siguiente: enfermedades cardiovasculares 52%, cáncer 18%, enfermedad respiratoria crónica 10%, enfermedades digestivas 7%, enfermedades neuropsiquiátricas 3%, enfermedades genitourinarias 3%.

En orden decreciente, los principales motivos de consulta en mayores de 60 años, en Colombia son: enfermedades hipertensivas, enfermedades del aparato respiratorio, enfermedades del corazón y de la circulación pulmonar, enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo, enfermedades del aparato digestivo, artritis,

enfermedades del aparato urinario y diabetes mellitus. Estas son patologías que tienen larga evolución, episodios de exacerbación frecuentes y requirieron constantemente servicios de atención en salud, lo cual obliga a establecer estrategias diferentes a las utilizadas en otros grupos poblacionales.

Otras causas importantes del deterioro de la calidad de vida al envejecer son las alteraciones de la visión, presentes entre el 50% y el 80% de la población, los problemas de audición en cerca de la tercera parte de los ancianos, fatiga al subir escaleras o hacer ejercicios, falta o molestias dentales, insomnio y dificultades en el sueño, limitaciones de brazos y piernas y problemas en los pies. Aunque estas no se incluyen en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE X), en Gerontología Clínica es importante tenerla en cuenta, puesto que pueden resultar de diferentes patologías, y en mayor o en menor grado, producen deterioro en la calidad de vida del anciano, como sucede con la alteración de la visión, cuyas causas van desde la degeneración macular, glaucoma o cataratas hasta los defectos de refracción.⁶⁹

⁶⁹ Ibid. p. 23, 24 y 25.

8.3.1.1 La creciente proporción de enfermedades crónicas:

Gruenber y Kramer, sostienen que conforme aumenta el tiempo total de la vida, más años – persona se viven con mala salud y dependencia. Por ejemplo, sobreviven más tiempo las personas que tienen enfermedades crónicas progresivas porque los antibióticos reducen el riesgo de defunción por neumonía. Las reducciones progresivas de mortalidad aumentan progresivamente la altura de la curva de mortalidad, por encima de las curvas de morbilidad e incapacidad. Esto significa que aumenta la proporción de supervivientes sin un aumento correspondiente de personas que sobrevivían sin enfermedad ni incapacidad. En consecuencia, se pasa una porción mucho mas prolongada del curso de la vida con mala salud y en estado de dependencia.⁷⁰

8.3.2 ENFERMEDADES CRONICAS Y SATISFACCION DE NECESIDADES HUMANAS

Las enfermedades crónicas (EC) se caracterizan por tener estructuras causales complejas mediadas por múltiples factores de riesgo, periodos de latencia largos, evolución prolongada e incurabilidad. Sin manejo adecuado tienen carácter

⁷⁰ Aplicaciones de la Epidemiología al Estudio de los Ancianos. Op Cit. p.34 y 35.

degenerativo que lleva a discapacidad o alteración funcional, con la consecuente pérdida de autonomía del sujeto afectado.

La mayoría de las EC tienen en común factores de riesgo que deterioran la calidad de vida como sedentarismo, patrones de consumo alimentarios inadecuados, consumo de tabaco y excesivo de alcohol, entre otros.

La presencia de estos factores de riesgo está directamente relacionada con las condiciones de vida de los diferentes grupos en una sociedad, las cuales serán particulares a la historia y dinámicas sociales de cada grupo.

A manera de ejemplo pueden mencionarse algunas complejas relaciones que determinan las exposiciones ligadas a EC por un lado, los procesos de industrialización en un contexto económico globalizado facilitan poco control de las condiciones de producción, lo que ha generado ambientes de trabajo que ocasionan gran desgaste físico, emocional y muchas veces exposición a factores físico-químicos tóxicos.

Por otro lado, los medios de producción cada vez más mecanizados y automatizados, y sistemas de comunicación por redes internas y externas computarizadas, llevan al

sedentarismo en los espacios laborales cuando no se desarrollan programas que favorezcan pausas activas adecuadas a los procesos productivos de cada empresa.

Además de las condiciones en los contextos laborales que determinan el sedentarismo, la urbanización desordenada en las ciudades genera desplazamiento mediado por el uso desmedido de automotores con las consecuentes implicaciones urbanísticas de desestímulo a la construcción de corredores de transporte alternativo, como ciclo rutas, alamedas, entre otros, las cuales favorecen el desplazamiento activo y no contaminante del aire, caminando o usando bicicleta.

De igual modo, la satisfacción de las necesidades de recreación están fuertemente influenciadas por intereses económicos de los países productores de tabaco y las multinacionales procesadoras de alcohol y cigarrillos, que promueven prácticas sociales de consumo de estas drogas, las cuales a su vez imposibilitan satisfacer de forma adecuada otras necesidades relacionadas con el afecto como las de compartir, tener amistad y pareja sin que medien estos elementos destructores de la comunicación, la convivencia familiar y social.

Las fuertes estrategias publicitarias de las tabacaleras por ejemplo, se centran en generar en los niños y jóvenes percepciones e imaginarios de aceptación social del consumo de alcohol y tabaco y a la vez esta industria apoya la producción artística y

cultural de los jóvenes patrocinando cierta clase de eventos, con lo cual buscan minimizar el sentido crítico frente a los perjuicios que sus actividades comerciales tienen en la calidad de vida de las personas.

Al rededor de los patrones de consumo alimentario, como expresión de las condiciones de seguridad alimentaria de una población, se ha documentado como las medidas que favorecen la producción de alimentos inocuos y nutricionalmente ricos a costos razonables y accesibles a las poblaciones de mas bajos ingresos, desestimulan el procedimiento de alimentos ricos en grasas, azúcares y preservativos tóxicos, favoreciendo la seguridad nutricional de la población y protegiéndola contra las EC.⁷¹

8.3.2.1. LAS ENFERMEDADES CRONICAS COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EMERGENTE

- **Magnitud del problema.**

En el siglo XX la salud pública se caracterizó por una reducción importante en la mortalidad por enfermedades infecciosas, un aumento en la expectativa de vida y el

⁷¹ Ministerio de la Protección Social. Adaptado del Plan de Implementación de la Política de EC. Secretaría de Salud de Bogotá. 2004 – 2008. Versión final. p. 2 y 3.

aumento de EC, tales como las cardiovasculares, el cáncer, la diabetes mellitus y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica entre otras.

Este grupo de enfermedades es en la actualidad la primera causa de morbilidad y mortalidad en países desarrollados y en muchos de los países en vía de desarrollo. Solo a las enfermedades cardiovasculares se le atribuyen mas de 15 millones de las muertes en el mundo cada año, y no obstante los esfuerzos que se empezaron hace cerca de 50 años para prevenirlas y controlarlas, para el año 2020 se espera que su carga global de enfermedad (mortalidad y discapacidad) se incremente hasta un 15% (Institute of Medicine 1998).

En Colombia, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte (tasa de 121.1 por 100.000 habitantes), seguidas de la violencia y los accidentes (105.8 por 100.000 habitantes) (González, 2002).

En este contexto, la prevención, manejo y control de las EC se constituye en uno de los mayores desafíos para los gobiernos, la sociedad y los servicios de salud, especialmente en los mayores países en desarrollo, pues en muchos de ellos las EC han empezado a ser una causa importante de morbilidad y mortalidad.

Este fenómeno, conocido como transición epidemiológica, se explica en parte porque al incrementarse la expectativa de vida los grupos humanos empezaron a tener mayor exposición a determinados factores de riesgo y se alcanza el tiempo de vida suficiente para que los efectos de esta exposición se expresen.

No obstante, las condiciones estructurales que subyacen a este complejo cuadro epidemiológico y que determinan uno u otro tipo de enfermedad pueden ser en términos generales las mismas. Por tanto, en los países donde se desarrollan acciones que logran incrementar la expectativa de vida, pero no se modifican las condiciones estructurales, el resultado esperado es solo un cambio en el tipo de enfermedad predominante en el perfil de morbilidad y mortalidad, o como se planteo anteriormente, la coexistencia de diversos tipos de enfermedad.

- **Efectos del problema**

Las EC tienen implicaciones a nivel político, económico y social. Los cuatro aspectos en los que su efecto es mas marcado son:

- **Mortalidad:** Aunque la alta mortalidad por EC fue considerada una condición irreversible ligada al envejecimiento de las poblaciones en los países con mayor nivel de desarrollo económico, en la actualidad este planteamiento ha sido

cuestionado debido al incremento de la mortalidad en la población económicamente activa observada en algunos países y la reducción global de la mortalidad observada en otros.

El incremento en la mortalidad en la población económicamente activa plantea un reto para las economías en desarrollo, en la medida que se afecta la disponibilidad de la fuerza de trabajo, cuya consolidación ha implicado enormes inversiones a los países (superación del analfabetismo, la desnutrición, las condiciones sanitarias, entre otras.).

- Discapacidad: Adicional a los efectos que los países deben asumir por cuenta de la mortalidad por las enfermedades crónicas, la discapacidad representa otro gran impacto para la sociedad. En la región de las Américas, por ejemplo, más del 65% de los años perdidos por discapacidad por enfermedades crónicas se registran en población menor de 45 años (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

Si se compara los años de vida saludables perdidos (AVISA) entre diferentes grupos de enfermedades, es evidente la diferencia existente entre las enfermedades crónicas con respecto a las infecciosas y las lesiones.

La alta discapacidad de las EC tiene un efecto similar al de la mortalidad en la economía de los países, aunque el de la discapacidad es mayor, considerando los costos que implica la rehabilitación de la población afectada.

- Reducción de la calidad de vida: Asociadas a la capacidad, estas enfermedades tienen un efecto altamente negativo en la calidad de vida de las personas, especialmente por la reducción en su capacidad funcional e independencia. Sin embargo, este efecto no solo afecta el sujeto que es diagnosticado con algún tipo de EC, si no que las dinámicas y calidad de vida de su núcleo familiar también se ve muchas veces comprometida en forma negativa.

- Costos de la atención en salud: Los costos en la atención en salud de las EC son cada vez mayores, debido al uso de tecnologías complejas para la atención, la polimedicación, la baja adherencia a los tratamientos y la atención de complicaciones y secuelas.

- **Abordajes explicativos en enfermedades crónicas.**

El estudio de las EC evoluciono principalmente en los últimos 50 años, cuando el incremento de la mortalidad por estas causas llamo la atención de los investigadores

y servicios de salud. Durante este tiempo puede decirse que surgieron tres perspectivas que han orientado el estudio y comprensión de estas.

Énfasis en los indicadores de enfermedad:

En esta perspectiva de abordaje se pueden incluir los primeros estudios dirigidos que se enfocaron en las enfermedades coronarias y su relación con los que hoy denominamos indicadores de riesgo. Estos indicadores hoy se definen como manifestaciones tempranas o tardías de una enfermedad, asociados a la presencia de enfermedad, sin ser un factor causal o responsable de la misma.

Como resultado de este tipo de estudios se evidencio la relación de las enfermedades cardiovasculares con procesos como la aterosclerosis y la hipertensión arterial. A estos indicadores se adicionaron posteriormente otros tales como la obesidad y ciertos cambios preneoplasicos.

Énfasis en los comportamientos:

Casi simultáneamente con el anterior abordaje, el estudio de las enfermedades crónicas abarco la identificación de los factores de riesgo del comportamiento asociados a estas enfermedades.

Un factor de riesgo es un evento o fenómeno de cualquier naturaleza al cual se expone un sujeto en su ambiente, cuya consecuencia puede ser la producción de un efecto o enfermedad.

En la actualidad existe amplia evidencia de la asociación de las enfermedades crónicas con tres factores de riesgo modificables: consumo de cigarrillo, sedentarismo e inadecuados patrones de alimentación (alto consumo de grasas saturadas y azúcares refinados, consumo excesivo de sal y bajo consumo de frutas y verduras).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en la actualidad mueren en el mundo 2.7 millones de personas por causas asociadas al bajo consumo de frutas y verduras y cerca de 1.9 millones de muertes están asociadas al sedentarismo. De otro lado, el consumo de tabaco es responsable de casi 5 millones de muertes cada año en el mundo y se espera que para el año 2025 este número se incremente a 10 millones de personas, de estas muertes 80% ocurrirán en países en desarrollo (Organización Mundial de la Salud, 2002).

Características del comportamiento de los sujetos como las descritas, se han denominado estilo de vida. Por tanto, desde un punto de vista conceptual, un abordaje de la prevención de EC, basado en estilos de vida, se restringe a la

modificación de factores de riesgo en las personas sin incidir sobre los aspectos del entorno que lo influyen y determinan la aparición o presencia de dichos factores.

Abordaje comprensivo de determinantes:

Además de tener en cuenta los énfasis anteriores, este abordaje considera los aspectos que determinan la exposición continua y prolongada a los diversos factores de riesgo por parte de los colectivos, ayudando a entender el problema más allá de los sujetos.

Desde esta perspectiva, los determinantes, no son otra cosa que las condiciones estructurales que en una sociedad establecen los modos de vida de la población. De acuerdo con esto, los determinantes están vinculados con los aspectos políticos, sociales, económicos y culturales de una sociedad.

Algunos determinantes se han asociado con el estado de salud de una población y particularmente, con la adopción de comportamientos no saludables en relación con las EC son: nivel de ingreso y grado de inequidad en su distribución, presencia de redes de apoyo social y nivel educativo. De estos determinantes, uno de los que más ha llamado la atención recientemente es el grado de inequidad de una sociedad, el

cual se ha asociado con enfermedad cardiovascular incluso con mayor fuerza que el nivel de ingreso (Karachi, 2000).

Otros determinantes son la adopción o no de políticas que promuevan la salud (políticas de impuestos a productos nocivos, políticas que promueven ambientes y lugares adecuados para la actividad física, entre otros.)

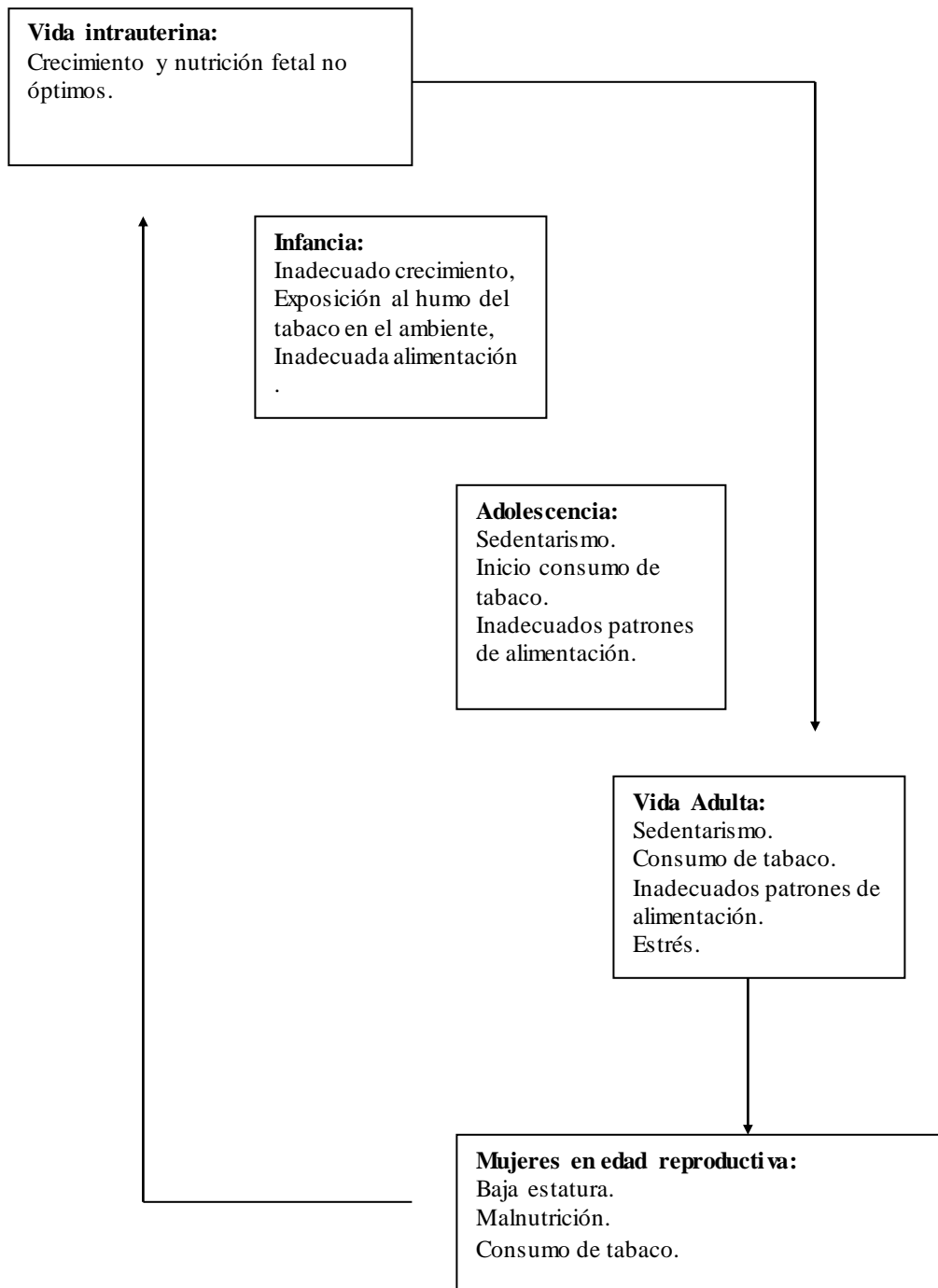
Uno de los aspectos importantes de esta perspectiva del abordaje comprensivo de los determinantes es que logra incorporar elementos que están mas allá del control de los sujetos y su grupo cercano de contactos, y propone la enfermedad crónica no solo como un resultado de la exposición prolongada a factores de riesgo, sino que establece las condiciones que subyacen a esta exposición.

Recientemente, múltiples estudios han permitido que se refuerce la importancia que tiene en la presentación de EC la sinergia entre exposición precoz y prolongada a diversos factores de riesgo. Estos estudios han permitido comprender como determinadas condiciones durante la vida intrauterina, sumadas a exposiciones a ciertos factores de riesgo en las demás etapas de la vida, incrementan el riesgo de presentar EC en la vida adulta (Desile, 2002). Sin embargo, la exposición o no a ciertos factores de riesgo en la vida intrauterina o en las otras etapas del ciclo vital están determinadas por aspectos sociales, culturales y económicos.

Uno de los aspectos importantes del abordaje considerando el ciclo vital, es que conceptualmente permite un mayor reconocimiento del proceso natural de enfermedad, a la vez que facilita articular aspectos como la predisposición genética con la adopción de comportamientos y la estructura social.⁷²

⁷² Ibid. p. 3, 4, 5, 6 y 7.

Cuadro 1: Acumulación de riesgo por ciclo vital en enfermedades crónicas:⁷³



⁷³ Ibid. p. 7.

8.3.3. DEFINICION DE LA HIPERTENSION ARTERIAL (HTA)

La hipertensión arterial (HTA) se define como el nivel de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mmHg, o como el nivel de presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mmHg.

Cuando la presión arterial sistólica (PAS) es igual o mayor a 160 mmHg generalmente en personas mayores de 60 años, se considera hipertensión sistólica y es un factor de riesgo para enfermedad cardiocerebrovascular.

La hipertensión arterial es una enfermedad silenciosa y lentamente progresiva que se presenta en todas las edades con énfasis en personas entre 30 y 50 años, generalmente asintomática, que después de 10 o 20 años ocasiona daños significativos en órganos blancos.

En ocasiones se dificulta el diagnóstico, aunque pueden presentarse algunos síntomas que son muy inespecíficos tales como: cefalea, epistaxis, tinitus, palpitaciones, mareo, alteraciones visuales, nerviosismo, insomnio y fatiga fácil.⁷⁴

⁷⁴ Ministerio de Salud. Resolución 00412 de 1996. Bogotá Colombia. P. 550.

8.3.3.1. CLASIFICACION POR GRADOS DE PRESION ARTERIAL EN ADULTOS.

Teniendo en cuenta los resultados de la toma de presión arterial, se clasifica el grado de presión arterial.

Cuadro 2: Categorías de clasificación por grados de presión arterial en adultos

Categoría	PAS, Sistólica (mmHg)	PAD, Diastólica (mmHg)
Óptima	<120	<80
Normal	<130	<85
Normal Alta	130-139	85-89
HIPERTENSIÓN		
Estadio 1	140-159	90-99
Estadio 2	160-179	100-109
Estadio 3	180-209	110-119

Fuente: I consenso nacional de hipertensión arterial, siguiendo las recomendaciones del Sexto Comité Nacional Conjunto Nacional (JNC VI) y la sociedad británica de hipertensión.

- **Presión arterial óptima o normal:** En caso de personas con presión arterial óptima o normal, sin factores de riesgo asociados, se hacen los registros correspondientes, se da educación en estilos de vida saludable y se cita para un nuevo control en cinco años.

- **Presión Arterial Normal con factores de riesgo y Presión Arterial Normal Alta:** Las personas con presión arterial normal con factor de riesgo y normal alta sin factores de riesgo, se citan a control en un año, en ambos casos se da educación en estilos de vida saludable y se intervienen los factores de riesgo en forma individualizada, con el profesional correspondiente (nutricionista, psicólogo, médico, etc.).

- **Hipertensión Arterial Estado 1, 2 y 3:** Como en los anteriores casos las personas con hipertensión estado 1, 2 y 3, el médico realiza el control de TA confirmatorio, incluyendo anamnesis, examen físico completo y en caso necesario solicita los laboratorios de rutina. Todas las personas deben recibir educación en estilos de vida saludables y en caso de tener factores de riesgo se deben intervenir en forma individualizada.⁷⁵

⁷⁵ Resolución 00412 de 1996. Op Cit. P. 554 y 555.

8.3.3.2. FACTORES ASOCIADOS A LA APARICION DE HIPERTENSION

La hipertensión arterial sistémica (HAS) afecta aproximadamente al 20% de la población adulta de la mayoría de los países, es la primera causa de morbilidad y motiva el mayor número de consultas dentro de las afecciones del aparato circulatorio.

La hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante para la enfermedad cardiocerebrovascular, y a menudo se asocia con otros factores de riesgo bien conocidos tales como dieta, elevación de lípidos sanguíneos, obesidad, tabaquismo, diabetes mellitus e inactividad física (sedentarismo).

Las personas con hipertensión tienen mayor riesgo de presentar enfermedad coronaria (EC) y accidente cerebrovascular (ACV).⁷⁶

La aparición de la hipertensión secundaria obedece a causas bien conocidas y mecanismos fisiopatológicos bien establecidos, no obstante, la hipertensión esencial no reconoce ninguna causa identificada, conociéndose por el momento únicamente la existencia de diversos factores asociados a su aparición. Tales factores pueden denominarse propiamente “factores de riesgo” para padecer hipertensión esencial.

⁷⁶ Ibid. p. 549.

Factores Genéticos

Herencia

La influencia de la herencia es conocida ya desde antiguo en base a las observaciones clínicas de la mayor prevalencia de hipertensión en determinadas familias.

Podemos decir, pues, que si no hay disposición genética, es un factor necesario para su aparición.

Edad

Es ampliamente conocido el hecho de que con el transcurso de los años las cifras de presión arterial se van elevando. Sin embargo este ascenso no se produce de la misma manera en las distintas poblaciones ni afecta por igual a la presión sistólica y diastólica.

Edwards et al, en 1959 ya demostraron que el incremento de la presión sistólica es prácticamente continuo hasta los 70 años y el de la diastólica hasta los 60 y que en ambos casos, a partir de entonces las cifras tensionales se mantienen estables.

Sexo

Cuando se analiza la evolución de la presión arterial por sexo se observa que las cifras tensionales son persistentemente más elevadas en los varones por debajo de los 40 años, entre los 40-50 se cruzan las curvas respectivas y a partir de los 50-60 son las mujeres que presentan presiones más elevadas. El pico más alto de la presión arterial sistólica y diastólica en el varón se sitúa hacia los 70 años y en la mujer hacia los 75. Cuyas diferencias se han explicado por que los varones hipertensos se ven más afectados por la mortalidad cardiovascular derivada de la existencia de hipertensión, mientras que las mujeres serían más resistentes a las complicaciones hipertensivas.

Factores Ambientales

El más importante es el sodio. Desde hace muchos decenios se conoce la influencia de la sal sobre la presión arterial.

Obesidad

Estudios epidemiológicos en todo el mundo han objetivado claramente que los normotensos con exceso de peso presentan un mayor riesgo de convertirse en hipertensos en el futuro. El grado de obesidad y algunos componentes de la dieta se consideran como los factores ambientales que más influyen sobre el comportamiento tensional.

Factores psicosociales y socioculturales

Los individuos de comunidades con un estilo de vida más primitivo elevan sus niveles tensionales al trasladarse a comunidades con modo de vida más desarrollado. En cuanto al estrés, ejerce una influencia presora de carácter transitorio que para algunos, podría cronificarse cuando las situaciones estresantes se suceden de forma ininterrumpida, contribuyendo a la aparición de la hipertensión esencial.

Habito tabáquico

El habito tabáquico constituye un factor favorecedor de la aparición de la hipertensión arterial esencial, por lo tanto la supresión del habito tabáquico no solo constituirá una medida de prevención primaria de la cardiopatía coronaria y de otras enfermedades cardiovasculares, sino también una eficaz actuación preventiva contra la propia hipertensión, a la vez que una medida terapéutica no farmacológica para controlarla más adecuadamente.

Otros

Los factores de riesgo para presentar hipertensión esencial más influyentes y capaces de predecir su aparición son la historia familiar, la obesidad y la edad

superior a los 40 años. Cuando los tres se hallan presentes en un mismo individuo, la probabilidad de que se convierta en hipertenso es prácticamente del doble.⁷⁷

8.3.3.3. La hipertensión en el anciano

En el anciano además de la hipertensión clásica sistólica – diastólica hay que considerar tres nuevas que, aunque no exclusivas, si son propias del individuo añoso: la hipertensión sistólica aislada, la hipertensión con sistólica desproporcionada y la falsa hipertensión o “seudohipertensión”.

La hipertensión sistólica aislada se caracteriza por la elevación únicamente de cifras de presión sistólica con la diastólica inferior a 90 mmHg. Puede producirse también en el joven y en el adulto pero es muchísimo mas frecuente en el anciano, dadas la alteraciones estructurales de las paredes vasculares.

La hipertensión sistólica desproporcionada puede considerarse una variante de la anterior con la diastólica ligeramente elevada y viene caracterizada por una presión diferencial superior a 80 mmHg.

⁷⁷ PARDELL, H y otros. Manual de Hipertensión Arterial. Ediciones Doyma, S.A. Barcelona España. 1998. p. 44,46,47,48,51,54 y 55.

La seudohipertensión corresponde a la estimación de cifras tensionales falsamente elevadas por el método indirecto de medida (especialmente la diastólica), siendo así que las cifras registradas por el método directo intraarterial son normales. Dicha diferencia, con toda probabilidad guarda relación con la dificultad del manguito para comprimir una arteria arteriosclerosa rígida.⁷⁸

8.3.4. DIABETES MELLITUS

La expresión diabetes mellitus por sí sola no define a la enfermedad; pero en la práctica cualquier trastorno que produzca elevación de la glucosa plasmática después de ayuno tiende a denominarse diabetes mellitus. Algunas enfermedades se acompañan de hiperglucemia persistente y de esta forma tiene características para suponer el diagnóstico. En términos más concretos, la diabetes mellitus es una enfermedad determinada genéticamente en la que el sujeto que la padece tiene alteraciones del metabolismo de carbohidratos, grasas, y proteínas, junto con una relativa o absoluta deficiencia en la secreción de insulina y con grados variables de resistencia a ésta. Cuando la enfermedad alcanza pleno desarrollo, se caracteriza por hiperglucemia en ayunas y, en la mayoría de pacientes con larga evolución de la enfermedad, por complicaciones microangiopáticas, en especial renales y de los

⁷⁸ Ibid. p. 145 y 146.

ojos, así como macroangiopatía con afección de arterias coronarias, enfermedad vascular periférica y neuropatía.

Aunque fenotípicas mayores en los distintos tipos de diabetes clínica se conoce desde hace muchos años, sólo en la última década se incrementó el conocimiento de la etiopatogenia de la enfermedad, pero de manera incompleta. Hasta ahora indica que la diabetes no es sólo la simple elevación de la glucosa en la sangre, sino un trastorno muy heterogéneo que implica varias anormalidades. Esta heterogeneidad significa que hay diferencias entre grupos de pacientes en cuanto a etiología y patogenia genéticas, ambientales e inmunológicas, así como en la historia natural y en la respuesta al tratamiento.

De tal forma, la diabetes no es solo una simple enfermedad, sino un síndrome que debe enfocarse desde el punto de vista integral.⁷⁹

8.3.4.1. CLASIFICACION

CLASES CLINICAS:

La diabetes mellitus se subdivide en cuatro grupos diferentes. La tipo I y la tipo II son las formas clínicas más frecuentes en el mundo occidental, mientras la

⁷⁹ Diabetes Mellitus. Op Cit. p. 1 y 2.

relacionada con desnutrición (tercer grupo) es la forma clínica predominante en la parte de África, Asia y el Caribe. El cuarto grupo comprende otras entidades que, en contraste con la diabetes primaria o esencial, es secundaria o asociada a ciertos síndromes genéticos raros.

Tipo I. *Diabetes Mellitus Dependiente de Insulina*

Se subdivide en tipo IA o clásica e IB primaria o autoinmunitaria. La de tipo I representa a cerca del 10% de todos los diabéticos del mundo occidental. Los factores genéticos son muy importantes en la mayoría de los pacientes.

La dependencia de la insulina implica que la administración de la misma es esencial para prevenir cetosis espontánea, estado de coma y muerte. Este tipo de diabetes sucede con más frecuencia en mujeres que en hombres y cursa con un inicio tardío de los síntomas diabéticos, usualmente entre 30 y 50 años de edad.

Tipo II. *Diabetes Mellitus No Dependiente de Insulina*

La diabetes mellitus tipo II representa a casi 90% de todos los diabéticos del mundo occidental. También tiene bases genéticas que se expresan por una mayor ocurrencia familiar. Los factores ambientales y el estilo de vida influyen con fuerza en el desencadenamiento y evolución de esta enfermedad. Los pacientes con este

padecimiento y sobrepeso se subclasifican como obesos. La obesidad cursa además con resistencia a la insulina, factor importante en la patogenia de la mayoría de pacientes con este tipo de diabetes. La hiperglucemia en ayunas y la curva de tolerancia a la glucosa suelen mejorar al corregir el peso. En la mayoría de pacientes el diagnóstico se efectúa en la edad media de la vida

Diabetes Mellitus Asociada con Desnutrición

Ocurre en ciertas partes del mundo. Es más frecuente en la diabetes dependiente de insulina. Tiene una frecuencia particular en la India y ciertas partes del África. Se observa en gente joven y se caracteriza por la grave desnutrición proteica y emaciación.

Otros Tipos de Diabetes

Incluyen entidades secundarias o asociadas con ciertas alteraciones o síndromes; así, se denomina diabetes asociada con acromegalia, o síndrome de cushing, glucagonoma, etc.; o bien secundaria a la administración de ciertos fármacos, como diuréticos, preparaciones a base de estrógenos, etcétera.

Finalmente, la diabetes puede asociarse con defectos genéticos de los receptores de insulina, bien en el número o en la afinidad de éstos, o por defectos genéticos que

cursan con anticuerpos contra receptores, con o sin enfermedad autoinmunitaria asociada.⁸⁰

8.3.4.2. Factores de Riesgo en la Ocurrencia de Diabetes Mellitus

Los factores de riesgo son la probabilidad que tiene un individuo o una población de enfermarse si se expone a dicho factor. Los factores de riesgo no sólo se relacionan con la etiología de la enfermedad, sino también se refieren a aquellos factores que modifican su presentación, o factores pronósticos. En el caso particular de la diabetes mellitus, algunos factores participan en la génesis del padecimiento, pero su persistencia contribuye al mal pronóstico de la enfermedad.

Por supuesto, existen factores de riesgo no modificables (como la edad o el sexo) y modificables (como la obesidad), cuyo conocimiento permite aplicar medidas preventivas en la práctica clínica, así como en programas de salud poblacional.

Edad:

La mayoría de los estudios muestran que la incidencia de la diabetes mellitus aumenta con la edad. La mayor incidencia de la diabetes mellitus dependiente de insulina (DMID) ocurre en los niños de 10 a 14 años de edad, mientras la diabetes

⁸⁰ Ibid. p. 2, 3, 4, 5 y 6.

mellitus no dependiente de insulina (DMNID) incrementa su incidencia progresivamente con la edad. La diabetes gestacional también aumenta conforme aumenta la edad materna.

Sexo:

En cuanto al sexo no se han establecido patrones claros de comportamiento; en algunos estudios predomina en el sexo masculino, mientras que en otros ocurre en el femenino. En términos generales se dice que la enfermedad es un poco más frecuente en mujeres que en hombres.

Raza:

Existen grupos étnicos con mayor incidencia de diabetes, como los indios prima del sur de Estados Unidos. En cuanto a la DMID la incidencia es un poco mayor en los blancos, mientras la ocurrencia de DMNID es mayor en la población negra o de ascendencia hispana.

Obesidad:

La obesidad es tal vez uno de los factores de riesgo más significativos para el desarrollo de la DMNID, aunque no se relaciona con la DMID. Cerca de dos terceras partes de los diabéticos son obesos al momento del diagnóstico.

Es probable que la distribución de la grasa corporal, con tendencia a ser central, sea un factor de riesgo más importante que la obesidad en general y tal vez el mayor.

A su vez, la duración de la obesidad puede ser también una variable de importancia en la asociación con la diabetes.

Por su parte, las mujeres obesas en todos los grupos de edad tienen un riesgo dos veces mayor de desarrollar diabetes gestacional que las mujeres normales.

A pesar de lo anterior, si bien se sabe que la reducción de peso corporal mejora clínicamente la enfermedad.

Tensión Arterial:

En algunos estudios realizados en Estados Unidos e Israel se encontró asociación de hipertensión arterial con ocurrencia de diabetes, independientemente de otras variables como edad, índice de masa corporal y educación. Esta asociación suele presentarse más en las personas obesas.

Factores de Riesgo Relacionados con el Estilo de Vida:

Los estudios de migración demuestran que aquellas personas que cambian su estilo de vida de oriental a occidental tienden a desarrollar diabetes con mayor frecuencia.

Así mismo, sociedades con estilos de vida “modernos” tienden a tener mayor incidencia de la enfermedad.⁸¹

8.3.4.3. LAS POSIBLES COMPLICACIONES DE LA DIABETES

Muchas complicaciones de la diabetes se producen porque los niveles altos de glucosa se asocian con problemas que conducen a una acumulación de depósitos grasos en los vasos sanguíneos. Esto puede estrechar el flujo sanguíneo a algunas partes del cuerpo. Antiguamente, mucha gente, incluidos los médicos, creían que la ceguera, la insuficiencia renal, los daños al sistema nervioso y otras complicaciones eran inevitables. Sin embargo, los estudios demuestran que si la diabetes se diagnostica precozmente y se trata de manera correcta, muchas de estas complicaciones pueden prevenirse, retrasarse o al menos controlarse.

- *DETERIORO OCULAR:*

La mitad de las personas con diabetes padecerán problemas oculares, también conocidos como retinopatía, unos 15 años después del inicio de la enfermedad.

En algunos casos, puede conducir a una ceguera parcial o total en la vejez.

⁸¹ Ibid. p. 21, 22, 23, 24, 25 y 26.

Sin embargo, no todos los diabéticos experimentan pérdida de visión. Si la diabetes se presenta después de los 60 años y se controla bien al principio, el riesgo de complicaciones graves en la vejez se reduce muchísimo.

Existen 2 tipos de deterioro ocular relacionado con la diabetes. El problema más frecuente que tienen las personas mayores con diabetes son las *cataratas*. Estas tienden a progresar más de prisa cuando hay diabetes, pero es una enfermedad tan tratable como podría serlo en una persona no diabética. Algunas personas mayores puede que experimenten lesiones debidas a la rotura de algunos vasos sanguíneos del ojo.

Si esta hemorragia se detecta pronto en una revisión rutinaria, puede aplicarse tratamiento con láser para sellar los vasos rotos y disminuir el riesgo de posterior deterioro.

- *ENFERMEDAD RENAL:*

Si la diabetes no está bien controlada, los riñones pueden no funcionar correctamente y los productos residuales acumularse en la sangre. Los síntomas más frecuentes de problemas renales relacionados con la diabetes son orinar más a menudo, hinchazón (edema) en las manos o los pies y la pérdida de proteína por la orina, que puede detectarse con tests de laboratorio.

- *DAÑOS EN LOS VASOS SANGUINEOS:*

La acumulación de depósitos grasos en los vasos sanguíneos asociada a niveles crónicamente elevados de glucosa puede incrementar el riesgo de infarto y accidente cerebrovascular.

También puede provocar una enfermedad llamada *enfermedad vascular periférica*. Los vasos sanguíneos de las piernas y los pies se estrechan enormemente y no permiten el paso de la sangre, causando una variedad de problemas en los pies. En casos extremos puede conducir a la amputación de un dedo, un pie o una pierna.

- *DAÑO AL SISTEMA NERVIOSO:*

Las personas con diabetes crónica mal controlada pueden sufrir varios tipos de daños en el sistema nervioso. Uno de ellos es la *neuropatía*: una progresiva pérdida de la sensación de dolor y del tacto, sobre todo en los pies, que puede dar lugar a úlceras y otros problemas en la zona dañada. Otro tipo de daño nervioso es la *amiotrofia diabética*, que se desarrolla, por lo general, en un período de semanas o meses, en personas mayores con niveles extremadamente altos de glucosa en sangre. Los síntomas son dolor, debilidad y fatiga, primero en un muslo y después en el otro, y la persona puede tener problemas para caminar. Cuando se consiguen bajar los niveles de glucosa, la enfermedad es a menudo reversible.

- *OTRAS COMPLICACIONES:*

Si se tiene diabetes se es más propenso a las infecciones, incluidas las del aparato urinario y la tuberculosis.⁸²

8.3.5. SALUD Y ENFERMEDAD EN EDADES AVANZADAS

Cuando se le pregunta sobre su estado de salud, la mayoría de los ancianos responde “buena” o “muy buena”. Si se les insiste, informan sobre la presencia de enfermedades o síntomas específicos, a menudo con propensión a considerarlos como acompañamiento inevitable de la vejez. No obstante, al ser examinados por médicos, acaso se encuentre que tienen de 4 a 10 “afecciones crónicas” cada uno, según sean el médico y la definición de enfermedad crónica. En estudios de poblaciones europeas y norteamericanas seleccionadas se ha observado que un quinto de las personas de 65 a 74 años y un tercio de las de 75 años y más tienen alguna deficiencia física. Del grupo de mayor edad, el 10% puede estar gravemente incapacitado.

En diferentes países, entre el 1% y el 8% de los mayores de 65 años residen en servicios de asistencia prolongada, pero la cifra depende casi por completo de la dotación de instalaciones y tipos de atención sanitaria de cada país.

⁸² MICHAELS, Evelyn. Vital a los 60. Ediciones La Mola. Barcelona. 2001. p. 172, 173, 174.

Es difícil medir la salud de los ancianos, pues las mediciones se ven afectadas por definiciones y métodos de valoración, por actitudes culturales ante el envejecimiento y por la disponibilidad de atención de la salud.⁸³

8.3.6. EL ENVEJECIMIENTO COMO PROCESO MULTIDIMENSIONAL

Las tendencias de la mortalidad, la frecuencia de enfermedades crónicas y la conservación de la autonomía podrían ser influidas de manera independiente mediante intervenciones que retrasan el principio de la enfermedad o reducen sus consecuencias incapacitantes.

La prevención primaria (mejorar la nutrición y reducir el consumo de tabaco o de alcohol), por supuesto, podría influir en los tres factores retrasando el principio de enfermedades crónicas progresivas y aumentando la supervivencia y la proporción de personas que sobreviven sin enfermedad a una edad determinada. Sin embargo, la mejor atención clínica de las enfermedades crónicas, aunque retrasa la defunción y demora la pérdida de autonomía, puede en realidad prolongar el periodo que se viva sufriendo enfermedades crónicas. La hipertensión y la diabetes mellitus son ejemplos de enfermedades crónicas que se están tratando con mejor éxito. Igualmente es posible que las intervenciones dieran por resultado una mayor

⁸³ Aplicaciones de la Epidemiología al Estudio de los Ancianos. Op Cit. p. 36 y 37.

proporción de personas que vivan durante cada edad sin menoscabo de su autonomía pero sin aumentar su supervivencia.⁸⁴

8.4. CALIDAD DE VIDA, CONTEXTO SOCIOECONOMICO Y SALUD EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA

Durante muchos años la medicina ha existido en función de diagnosticar y curar enfermos.

Es lógico que su origen y primeras etapas así hayan sido. Se considera a la enfermedad como un fenómeno que ya existía, había que identificarlo y describirlo, para poder actuar sobre el, urgidos por la necesidad de evitar la muerte o aliviar el dolor.

En este contexto no podían valorarse los determinantes mediatos de la enfermedad y mucho menos incurrir la vejez entre los objetivos de la medicina, la cual inicialmente fue asociada a la enfermedad.

Se necesita una transformación de las ciencias y de la cultura material que acompañan al pensamiento del investigador, para que fuera emergiendo al conjunto

⁸⁴ Ibid. p 35 y 36.

de variables y categorías que permiten entender la enfermedad y la salud como resultante de determinantes mediatas que no se pueden buscar a través del diagnóstico de un enfermo, sino desplazándose desde el estudio de la calidad de los procesos biológicos y la vida psicosocial del individuo hasta la calidad de las condiciones de vida de la sociedad.

Esta transformación permitió que el estudio de la salud y la enfermedad se moviera a través de la epidemiología primero, de la higiene y las ciencias sociales después, hacia su verdadera esencia biosocial e incluyera problemas tan distantes de la enfermedad como la vejez, el control de la natalidad, la calidad de vida etc.

De esta forma las categorías socioeconómicas y políticas entraron al mundo de salud.⁸⁵

8.4.1 LA CALIDAD DE VIDA COMO CATEGORIA SOCIECONOMICA Y POLITICA

El origen del término “calidad de vida” quizá sea reciente en el campo de la economía y mucho más en el campo de la salud. Pero al concepto de calidad hay que buscarle el origen en el periodo del renacimiento cuando el hombre empezó a tomar una nueva conciencia de los determinantes de su existencia, en obras como las de

⁸⁵ Gerontología y Salud. Op Cit. p. 129.

Moro y Campanella, donde proponía una sociedad perfecta (utópica) donde se cuidaba fundamentalmente de las actividades del modo de vida como el trabajo, nutrición, ejercicio, recreación, actividad sexual, etc. Como objetivo para lograr con calidad, bienestar, y salud.

Estas ideas tuvieron sus manifestaciones embrionarias en consideraciones como las de Hipócrates, en relación con los aires, las aguas y los lugares, sobre el ejercicio y el descanso, sobre la edad, el sexo, la constitución individual.

La manifestación mas acabada que contempla los factores económicos y las relaciones de propiedad como determinantes del modo de vida de la población y condicionantes de la salud y la enfermedad, lo que les permitió relacionar el bajo salario, las condiciones inhumanas de trabajo, la vivienda insalubre, la miseria de las clases mas relegadas, etc., con la enfermedad y las epidemias.

Hipócrates, los utopistas del Renacimiento y los higienistas sociales constituyeron los tres estadios en la conformación de una concepción que consideraba que el grado de calidad que alcanzaba la vida de la población en dependencia de las condiciones de vida y económicas jugaba un papel trascendental en determinación de la salud.

Este proceso no solo beneficiaba el trabajo de los especialistas de la economía, la sociología o la política, sino también a los de la salud y la medicina, pues esta información les plantea un nuevo problema que el bienestar la salud y la enfermedad aparecían como un resultante de calidad de vida que llevaban tanto la población como el individuo.

Este paso vinculaba a las ciencias de la salud y a las ciencias medicas a la necesidad de relacionarse con conceptos, tales como: modo de vida, nivel de vida, condiciones de vida y estilo de vida, lo cual va integrando una estructura conceptual de un enfoque biosocial de la salud a la vez que su conocimiento permite estimar la calidad de vida.

El modo de vida, incluye toda la actividad socializada, sistemática y necesaria (vital) que vincula de forma activa a los grupos humanos al modo de producción, el modo de vida esta integrado por actividades tales como trabajo, estudio, nutrición, sueño, actividades físicas, recreativas, sexuales, religiosas, relaciones humanas, etc.

Si una parte considerable de estas actividades se realiza de forma favorable a la buena regulación psicobiologica y dentro de parámetros bien estimados por la sociedad y el individuo, deben favorecer la salud, la longevidad y la felicidad.

El nivel de vida, se refiere a solo los aspectos económicos y materiales en que se desenvuelve la vida; incluye salario, las propiedades, equipamiento, vivienda inmobiliaria, en fin, la capacidad de consumo en su sentido más amplio. Este indicador puede tener expresiones contradictorias, es necesario un mínimo de personas pero puede tener una expresión enajenada, cuando las personas subordinan su vida al consumo con un sentido competitivo, no reconocen sus verdaderas necesidades.

Las condiciones de vida, pueden definirse como el contexto material, espiritual y de actividades en que transcurre la vida de las personas; es un concepto globalizador y generalmente se relaciona con fenómenos económicos y sociológicos, pero su contenido puede extenderse hasta la individualidad psicológica y espiritual. Se puede decir que es el contexto modulador de la vida y la salud.

Cuando estos conceptos se incorporan en el sistema de la salud y la vejez es fácil entender y aceptar que cuando se garantiza un mínimo de higiene en relación con control de los agentes biológicos, de la tarea central de las ciencias de la salud se debe desplazar al mejoramiento de la calidad de las condiciones de vida y a una buena relación de las actividades del modo de vida. Esto se evidencia en resultados obtenidos por Durante y Hernando, en un programa de actividad física con los muy viejos; con el que se obtuvo una mejoría notable en la fuerza (75 por 100 de los

casos), la coordinación (en el 50 por 100), la resistencia (en el 50 por 100), y en menor escala el equilibrio (en el 30 por 100), y la flexibilidad (en el 20 por 100), además mejora la capacidad funcional en aquellos que presentan un déficit en la realización de las actividades de la vida diaria.

El estilo de vida, es la expresión de lo social a través de la actividad individual de la personalidad. Todas las personas realizan las actividades del modo de vida pero la personalidad de cada individuo le otorga sentido a determinadas actividades ó aspectos de ellas, las jerarquiza y al ejecutarlas le incorpora las características personales por lo que constituye un estilo de vida personal.

Toda esta trama de conceptos nos hacen entender que la salud y el logro de una vejez saludable y feliz no se resuelve en el terreno de la medicina solamente; hay que mejorar la calidad de condiciones sociales de vida y esto es tarea de la política y de las políticas de salud que tracen los gobiernos, presupuestos, sistemas de salud, regulaciones legales que garanticen la equidad, protejan al consumidor, enfrenten las adicciones y los hábitos tóxicos, la contaminación, lograr que la protección de los viejos tenga un gran sentido social y personal etc.⁸⁶

⁸⁶ Ibid. p. 130, 131 y 132.

8.4.2 VALORACION Y CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida debe ser valorada desde la presencia de las condiciones materiales y espirituales de vida imprescindibles para facilitar el desarrollo psicobiológico y social que los criterios técnicos determinan para cada lugar y época. Hasta el grado de satisfacción personal de cada individuo con las condiciones de vida que ha alcanzado.

Tales planteamientos permiten que se argumente que la calidad de vida tiene un aspecto objetivo y otro subjetivo.

El aspecto objetivo significa la utilización del potencial intelectual emocional y creador del hombre dependiendo de cada individuo, de las condiciones sociales y las circunstancias externas que le permitan un pleno desenvolvimiento y desarrolle sus capacidades en la vida a cualquier edad.

La combinación de ambos factores en la determinación de la calidad de vida posibilita el desarrollo integral de la personalidad, dado por las capacidades del individuo y las capacidades externas que lo facilitan o lo entorpecen sumándose el elemento subjetivo, o sea, la valoración que hace el individuo de su propia existencia.

El estudio de la calidad de vida requiere por tanto la combinación objetiva o subjetiva de sus múltiples dimensiones en cuyo abordaje multidisciplinario se precisarán las variables a tener en cuenta por cada disciplina en particular.

Este enfoque exige que el criterio de calidad se complemente con un soporte técnico por un lado y la vivencia subjetiva por el otro. Esto evita distorsiones, pues no basta que las personas refieran satisfacción, que posean un alto nivel de vida o que los exámenes clínicos lo declaren normal. Debe buscarse una integración entre los indicadores para evaluar la calidad de vida.

Valorar la calidad de vida del viejo también lleva implícito un problema generacional y motivacional, y la familia (entre otras instituciones) en ocasiones no considera estos aspectos subjetivos del viejo que para las nuevas generaciones no tienen sentido. Problemas tales, como el apego a la vivienda, a la ciudad, al centro de trabajo, al círculo de amigos, a tradiciones, a objetos que lo acompañaron y que ya pueden considerarse obsoletos, necesidad de opinar o tomar decisiones, y etc., y que pueden darle al viejo la calidad de vida que el necesita. Esta sensibilidad para cuidar la vida y la vejez tiene que ser cultivada por el Estado, por las instituciones sociales y por la familia.⁸⁷

⁸⁷ Ibid. p. 132 y 133

8.4.3 CALIDAD DE VIDA EN LAS CIENCIAS DE LA SALUD

La longevidad o el incremento de los años de vida del ser humano exige respeto a toda la sociedad y fundamentalmente de los profesionales de la salud y particular de una reflexión profunda integral de las problemáticas del anciano, tanto desde el punto de vista teórico como práctico, el interés de realizar esfuerzos mancomunados para lograr y mantener la calidad de vida de este grupo poblacional que crece mundialmente con rapidez.

En todas las notificaciones y estadísticas de cualquier región del mundo la enfermedad y la discapacidad aumentan con la edad; los grupos de personas ancianas, por tanto, son las mas aquejadas de enfermedades y dolencias.

Esta realidad epidemiológica obliga en primer lugar, a reconceptualizar los criterios de salud y su significado en edades avanzadas de la vida y en segundo termino a promover la independencia de estas personas para que sigan desempeñando un papel activo en la sociedad.

Por lo que se necesitan medios para ayudar y/o prevenir la incapacidad o al menos retardar cuanto sea posible la dependencia. Queda mucho por indagar acerca de que factores constituyen verdaderos riesgos de convertir al anciano dependiente,

pudiéndose identificar factores sanitarios, sociales y ambientales. La salud no solamente está referida a la prolongación de la vida. Sino al mantenimiento de su calidad lo que implica un nuevo cuestionamiento en los problemas de salud y su consecuencia teórica y práctica en la calidad de vida.

La calidad de vida estudiada en la tercera edad, debe enfocar los siguientes aspectos:

- Estado de salud en la población anciana.
- Determinar factores de riesgo.
- Predecir discapacidades e incapacidades de este grupo poblacional.
- Seguridad económica y material.
- Protección social y familiar.
- Participación y reconocimiento social.
- Satisfacción, bienestar, mantener intereses.

La búsqueda de una medida de salud en el anciano, tiende obligatoriamente a ir mucho más allá de las clásicas mediciones de mortalidad y morbilidad; porque se deben proponer abarcar criterios de funcionabilidad y conservación de la independencia. Así también vemos como el concepto de riesgo no solo se limita a

evitar el marco de la enfermedad, sino que incluye también la conservación de la autonomía.⁸⁸

8.4.4 EL BIENESTAR DE LOS ANCIANOS

No puede pasarse por alto la importancia de considerar el bienestar de las investigaciones sobre la calidad de vida en el anciano.

El bienestar ha sido y es de interés para la psicología y gerontología social. Pero su conceptualización y formas de medición han atravesado por imprecisiones e inconsistencias teóricas y metodológicas que muchas veces limitan su uso. De esta forma el bienestar, desde una perspectiva subjetiva se ha definido como satisfacción por la vida, felicidad, moral; conceptualizándose también como la valoración global de la calidad de vida que la persona realiza en función de criterios propios.

Así para algunos investigadores (George y Lawton), la satisfacción o bienestar subjetivo se refiere a la estimación cognitiva del grado de satisfacción con la propia vida, satisfacción que se expresa o concreta en correspondencia entre metas obtenidas y deseadas.

Para otros el tono emocional es el núcleo de la satisfacción del sujeto con su vida presente, comparado con su ajuste en el pasado.

⁸⁸ Ibid. p. 134 y 135.

Existen hoy estudios suficientes que demuestran el papel relevante del bienestar subjetivo en la calidad de vida, reconociéndose además, como un indicador importante en la experiencia del envejecimiento.

A nuestro juicio la satisfacción o bienestar familiar se expresa en la valoración individual que hace el sujeto de una condición, característica o estado cualquiera de su propia vida, comparada con un patrón de referencia externo o con sus propias aspiraciones. Refleja sentimientos de optimismo, de cumplimiento de objetivos y autoestima positiva.

El bienestar o satisfacción personal es un constructo subjetivo, delimitado por los factores objetivos del contexto social en que está incierto el individuo que condiciona sus aspiraciones y necesidades fundamentales por medio de la compleja red de normas, valores, y relaciones sociales que se entretajan en el funcionamiento de cada sociedad.

En el estudio de la vejez es de crucial importancia tomar en cuenta las consideraciones teórico- metodológicas relativas al bienestar subjetivo para la evaluación de la calidad de su vida, pues varios estudios han demostrado que el bienestar no declina con la edad y que permanece relativamente independiente de las

circunstancias objetivas en que transcurre la vida del anciano y de su propio estado de salud.

Es indiscutible el valor teórico- práctico de estos hallazgos para abordar la calidad de vida en la tercera edad y sobre todo para desmitificar y refutar los estereotipos y la desvalorización que durante tanto tiempo han rodeado el envejecimiento.⁸⁹

8.4.5 SALUD Y CALIDAD DE VIDA

Con relación al nivel de salud, la senescencia es un proceso natural que puede ir acompañado de problemas de salud. Al aumentar la proporción de personas que sobreviven hasta la vejez, la incidencia de enfermedades puede incrementarse, especialmente las de tipo crónico e incapacitantes, dándose, consecuentemente, una mayor demanda de servicios sanitarios y asistenciales de larga duración.

Por tanto, los ancianos aparecen como los grupos que presentan un mayor número de patologías, y estas simultáneas -pluripatología- con carácter de cronicidad; un mayor porcentaje de ingresos en instituciones sanitarias con una mayor estancia media y frecuencia por año y una mayor utilización de sustancias farmacológicas. El tipo de patología o alteraciones más frecuentes está relacionado con el área

⁸⁹ Ibid. p. 137 y 138.

sensorial, patología cardiovascular, accidentes cerebro-vasculares, insuficiencia cardiaca entre otras.

De todos estos procesos, la cronicidad es una constante que aparece de forma sistemática. Todo ello, generando a corto plazo incapacidad funcional y dependencia, ya sea de la unidad familiar o de los sistemas sociales, muy importantes. Las principales discapacidades están referidas a la movilidad física (correr, subir escaleras, andar), las sensoriales (ver, oír, hablar). Como es fácil comprobar, son áreas fundamentales para mantener una cotidianidad autónoma y saludable.

En cuanto a la mortalidad, esta se incrementa considerablemente con la edad, existiendo una sobre-mortalidad diferencial en los distintos grupos (fundamentalmente los mas ancianos). Las causas de muertes coinciden con la morbilidad hospitalaria, predominando los procesos circulatorios.⁹⁰

⁹⁰ Enfermería del Anciano. Op Cit. p. 46 y 47.

8.4.5.1 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y social, y no la mera ausencia de enfermedad, por lo que es un elemento clave para un envejecimiento satisfactorio y un estado de bienestar y calidad de vida en la edad avanzada.

Las personas mayores valoran la salud como uno de los elementos principales, si no el de mayor importancia en su vida, en gran parte por su estrecha relación con la capacidad funcional, autonomía y competencia para el desenvolvimiento en la vida diaria y por tanto para el mantenimiento de los mismos hábitos, estilos de vida, relaciones sociales, etc.

Si bien esta salud y capacidad funcional son determinantes para la calidad de vida de las personas mayores, en ocasiones no se considera suficientemente el papel de los comportamientos y por tanto los hábitos y estilos de vida juegan en el logro de un envejecimiento saludable y una vejez con éxito.

Desde el enfoque actual de la salud, mas amplio y positivo que aquél que se centra en la mera ausencia de la enfermedad, es importante analizar las relaciones entre la conducta y la salud pues tanto una como la otra tienen efectos de interacción mutua realmente importantes. Si las enfermedades provocan efectos y respuestas

emocionales, cognitivas y comportamentales en cualquier edad, en la persona mayor la capacidad de afrontamiento de esa enfermedad o situación estresante vendrá en gran parte influenciada por estos efectos. Un ejemplo evidente es el exceso de incapacidad sobre los efectos reales de la enfermedad cuando alguien se convierte en sedentario, focaliza su atención en la enfermedad, deja de tener relaciones, etc., debido a su proceso o deterioro.

Igualmente los comportamientos son determinantes en la salud en general, así como en la enfermedad. Así por ejemplo es patente el efecto y estrecha relación entre algunos comportamientos como el fumar y el cáncer de pulmón o problemas cardiovasculares, el consumo de alcohol y los accidentes de tráfico, la actividad física versus el sedentarismo en relación a los problemas cardiovasculares, la alimentación sana y variada, etc.

Existen diferentes factores psicosociales que juegan un papel relevante en esta relación y que por tanto se deben analizar para potenciarlos en la prevención de problemas y en la promoción de un envejecimiento saludable y exitoso, así el control percibido, esto es, el grado en que una persona percibe una relación funcional entre sus acciones y sus consecuencias, y la autoeficacia, esto es la creencia en la capacidad de uno mismo para ejecutar estas acciones, en relación a la competencia personal y social.

Las cogniciones sobre la enfermedad, la representación de la enfermedad y la percepción de amenaza, el tipo de afrontamiento que la persona pone en práctica, el apoyo social de que dispone ante una situación estresante, etc., influyen de una manera relevante en estos procesos por lo que son elementos que debemos valorar en las personas mayores para tener una visión global e integral de estas personas, no sólo desde sus enfermedades o discapacidades, si no y especialmente desde sus competencias y maneras de hacer frente a estas situaciones.

La salud, la longevidad y la calidad de vida dependen de:

- a) Las características biológicas.
- b) El estilo de vida.
- c) Del contexto ambiental donde se vive.
- d) Del sistema sanitario (calidad de atención).

De todas ellas la más importante es el estilo de vida seguida por el contexto ambiental. Es decir que la mayor parte de las causas de mortalidad prematura y de incapacidad son prevenibles, dado que se trata de los factores modificables mas importantes ligados a la salud y a la enfermedad. Esta es la forma de comprimir la morbilidad de forma más significativa.

Se conoce una serie de prácticas asociadas significativamente con prevalencia de enfermedad: fumar, consumo excesivo de alcohol, falta de ejercicio, horas de sueño y obesidad. Por lo tanto dependemos más de lo que hagamos o dejemos de hacer que de otros factores.

El concepto de calidad nace como reacción antropológica a la anterior concepción de la vida como cantidad, en un principio se equiparó con “nivel de vida” pero en la actualidad ha evolucionado hacia una perspectiva psicosocial en la que los aspectos subjetivos del bienestar, o sea la satisfacción personal con la vida adquiere una relevancia especial. La calidad de vida incluye las dimensiones de salud física, estado psicológico, nivel de independencia, las relaciones sociales y con el entorno.

La calidad de vida no es equivalente a estado de salud, bienestar o satisfacción con la vida, sino que es un concepto multidimensional que incluye la percepción subjetiva del individuo sobre éstos y otros aspectos de la vida. Pero no sólo retrata de algo subjetivo, de un sentimiento o experiencia personal relacionada con la salud sino intensamente conectada con otros aspectos no médicos: los ingresos económicos, las relaciones familiares, la libertad, el empleo y otras circunstancias de la vida.

El objetivo no es sólo vivir más años, sino vivir una vida que merezca la pena ser vivida, con capacidad para hacer las cosas que uno quiere realizar, cumpliendo adecuadamente y disfrutando de sus facetas individuales, familiares y sociales. Vivir demasiado conlleva en demasiadas ocasiones que los últimos años se acompañen de incapacidad y sufrimientos.

El fin, es el “envejecimiento con éxito” entendiéndose por este el alcanzar edades avanzadas cumpliendo parámetros biológicos aceptados para cada tiempo de vida y conservando intacta una gratificante relación funcional, mental y social con el medio, con un sentimiento de bienestar tanto físico como psíquico y la sensación de buena salud a pesar de la existencia de una o varias enfermedades tratadas o bloqueadas en su evolución.

De esta manera, la Gerontología tiene el propósito práctico, de “añadir vida a los años” en la última parte del ciclo vital. Añadir vida a los años, no significa otra cosa, que ayudar a las personas a disfrutar de su vida y obtener satisfacción de ella (Havinghurst, 1961), dicho de otra manera, mejorar la calidad de vida en la vejez.⁹¹

⁹¹ Las Personas Mayores: Evaluar Para Conocer, Conocer Para Intervenir. p. 169, 170, 171, y 172.

8.4.6 DISCAPACIDAD Y ENVEJECIMIENTO

Al observar los efectos de la transición demográfica, con respecto al incremento de las personas de 60 y más años de edad y a una prolongación cada vez mayor de la esperanza de vida al nacer, se evidencian transformaciones e implicaciones que se derivan de ella, generando modificaciones estructurales que afectan la organización de la sociedad, de la familia y el individuo, sus repercusiones se extienden al campo socioeconómico, cultural y de la salud.

Lo anterior sumado al incremento de patologías comunes al envejecimiento especialmente crónicas, caracterizadas por un comienzo insidioso, un curso progresivo (generalmente no curan) representan un alto costo en servicio de salud y afectan la capacidad funcional del individuo.

Por lo regular de cada 5 ancianos, 4 tienen al menos una condición crónica, y de éstos, 1 tiene 3 o más que son discapacitantes y determinan su capacidad funcional. Siendo las de mayor prevalencia, la Osteoartritis, Hipertensión Arterial, EPOC, Enfermedades Cardíacas y Diabetes Mellitus, tomando como tiempo de evolución de la enfermedad crónica un periodo mayor de tres meses.

Suelen estar asociadas a discapacidad que puede ser causada por limitaciones físicas o mentales, cuyo progreso depende del factor etiológico, de las características individuales, medioambientales y culturales. Generalmente se acompaña de limitaciones funcionales para la realización de actividades cotidianas y necesidad de ayuda de otra persona.

De este modo, la posibilidad de tener intervenciones más tempranas, contribuirá a incrementar la esperanza de vida activa en las próximas décadas y así aumentar la calidad de vida del adulto mayor.⁹²

8.5. ESTILO DE VIDA Y SU RELACION CON LA SALUD

Los últimos hallazgos en cuanto a factores determinantes del envejecimiento, enfatizan los aspectos relacionados con el estilo de vida lo que reanudara en una vejez satisfactoria o insatisfactoria. Realizar ejercicio, tener una balanceada nutrición y hábitos dietéticos adecuados, consumir alcohol en forma moderada, evitar el tabaquismo, utilizar normas de seguridad industrial en el trabajo, disminuir el estrés ocupacional y tener adecuados hábitos de sueño, son medidas de promoción

⁹² Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica. Volumen 14. Número 3. Santa fe de Bogotá D.C., Colombia. Septiembre, 2000. p. 88.

de la salud y prevención de riesgos, en los que se insiste cada día mas, desde edades tempranas, para permitir mayor supervivencia con mejor calidad de vida.⁹³

En **epidemiología** el estilo de vida, hábito de vida, forma de vida son un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud. En algunos países los estilos de vida poco saludables son los que causan la mayoría de las enfermedades. Dentro del triángulo epidemiológico causante de enfermedad estaría incluido dentro del factor huésped.

Entre los estilos de vida más importantes que afectan a la salud encontramos:

- Consumo de sustancias tóxicas: tabaco, alcohol y otras drogas
- Ejercicio físico
- Sueño nocturno
- Estrés
- Dieta
- Higiene personal
- Manipulación de los alimentos
- Actividades de ocio o aficiones
- Relaciones interpersonales

⁹³ Valoración Integral de la Salud del Anciano. Op Cit. p.28.

- Comportamiento sexual.

En **sociología** un estilo de vida es la manera en que vive una persona (o un grupo de personas). Esto incluye la forma de las relaciones personales, del consumo, de la hospitalidad, y de la forma de vestir. Una forma de vida típicamente también refleja las actitudes, los valores o la visión del mundo de un individuo.

Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico (Bibeau y col 1985).

En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido.

En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones.

En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

Desde esta perspectiva integral, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo que como fue expuesto es dignificar la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y bienestar.

Los estilos de vida se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico pero no la salud como bienestar biopsicosocial espiritual y como componente de la calidad de vida. En este sentido se definen como **Estilos de Vida Saludables**.⁹⁴

El estilo de vida incluye variedad de actitudes, hábitos y prácticas individuales que pueden influir positiva o negativamente sobre el proceso salud-enfermedad de una población. Hay estilos de vida nocivos (factores de riesgo) asociados con una mayor frecuencia de enfermedad (ejemplo, enfermedades crónicas y neoplásicas principalmente).

También hay estilos de vida saludables (factores protectores) asociados con una mayor cantidad, calidad y protección de la salud. Aunque ambos conceptos son diferentes, compiten e interactúan entre sí.

⁹⁴ Es. [wikipedia.org/wiki/Estilo-de-vida](https://es.wikipedia.org/wiki/Estilo-de-vida)-13k-

Es importante diferenciar entre factores de riesgo y protectores. La intervención de factores de riesgo es la prevención de enfermedades propiamente dicha. Esta ha sido una de las estrategias clásicas en salud pública y corresponde a un modelo patocéntrico del proceso salud-enfermedad. La intervención de factores protectores en cambio, corresponde a la verdadera promoción de la salud, y consiste en una estrategia dirigida a identificar y promover estilos de vida saludable, lo cual corresponde a un modelo salutocéntrico.⁹⁵

8.5.1 ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

Los estilos de vida son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

⁹⁵ MONCAYO J, Edgar. El Futuro de la Capital: Estudio Prospectivo de Salud. Tercer Mundo Editores. Colombia. 1996. p. 83.

En esta forma podemos elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales - espirituales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano.

Algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludables podrían ser:

- Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción
- Mantener la autoestima, en sentido de pertenencia y la identidad
- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar
- Tener satisfacción con la vida
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación
- Capacidad de autocuidado
- Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes.
- Ocupación del tiempo libre y disfrute del ocio
- Comunicación y participación a nivel familiar y social

- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros.
- Seguridad económica.

La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludables es en un solo término el compromiso individual y social convencidos de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona.⁹⁶

En este sentido, los conceptos de enfermedad y salud no son redundantes. El primero se refiere a un proceso patológico y el segundo a un estado de bienestar. Además, salud no es sinónimo de ausencia de enfermedad, y cada uno de estos dos conceptos tiene por lo menos tres dimensiones: biológica o física, perceptual o psicológica, y social o conductual. Según una elaboración de estas tres dimensiones se podría decir que el médico diagnóstica en un individuo una enfermedad, este se percibe a sí mismo como enfermo, y otros individuos o la sociedad lo consideran enfermo, e inclusive pueden llegar a estigmatizarlo.

En este sentido, cabe postular que no es lo mismo remover factores de riesgo (prevenir enfermedades y muertes) que promover factores protectores (promover y

⁹⁶ www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm-71k-

proteger la salud), y que el estado de salud de una población de una competencia y de un equilibrio entre factores de riesgo y factores protectores.

Belloc y Breslow, identificaron 6 factores asociados con la buena salud: ejercicio moderado, ingerir pocas cantidades de alcohol, mantener un peso óptimo, comer moderadamente y desallunar, no fumar, y dormir regularmente 7-8 horas diarias.

El estilo de vida de una población cada vez más urbana se asocia con una actividad cada vez más sedentaria. No obstante las campañas de educación, los espacios para la recreación y el deporte, el ejemplo de los deportistas y especialmente el programa de ciclovías fomentan la práctica del deporte lo cual tendrá repercusiones importantes sobre el estado de salud de la población, en términos de cantidad y calidad de vida.⁹⁷

8.5.2 ESTILOS DE VIDA NOCIVOS

Una serie de estilos de vida nocivos consistentes en adicciones, hábitos y prácticas, están asociados con el aumento observado en la incidencia de enfermedades crónicas, cáncer, trauma y violencia.

⁹⁷ El Futuro de la Capital: Estudio Prospectivo de Salud. Op Cit. p. 88 y 89.

ADICCION A DROGAS Y OTRAS SUSTANCIAS:

La ingesta excesiva de bebidas alcohólicas y de otros psicofármacos y el tabaquismo, son las adicciones más comunes, y están asociadas con una variedad de enfermedades crónicas.

ALCOHOLISMO:

El consumo de bebidas alcohólicas está íntimamente asociado con el trauma y violencia, trastornos mentales, cirrosis del hígado, y enfermedades pépticas; y en las mujeres, con complicaciones de la gestación, parto y puerperio.

Alrededor de la mitad de la población mayor de 15 años consume bebidas alcohólicas en Colombia. La mayoría de los consumidores son hombres entre los 45 y 57 años.

TABAQUISMO:

El hábito de fumar está ampliamente difundido, y se asocia en forma definitiva con los cánceres de la laringe, pulmón, vejiga, cavidad oral y esófago, y contribuye a la ocurrencia de enfermedades cardiovasculares y de otras patologías.

El tabaquismo también está asociado con la frecuencia de otras patologías. La prevalencia de bronquitis y de úlcera gástrica, por ejemplo, es 6 y 2 veces mayor en los fumadores que en los no fumadores, respectivamente. Adicionalmente, los

trastornos neuróticos en la población de 12 y más años, aumenta con el número de cigarrillos consumidos y el tiempo de exposición. Se requieren estudios analíticos para evaluar el efecto independiente de esta asociación. Alrededor de la mitad de la población fuma o ha fumado cigarrillo. La prevalencia es mayor en los hombres (52%), en la población de 20 a 49 años, y en los estratos socioeconómicos más bajos. En las mujeres, la prevalencia es menor (26%) la edad de iniciación del hábito de fumar ha venido disminuyendo, y en la actualidad la mayoría de los colombianos comienza a fumar alrededor de los 15 años. Como resultado, cabe esperar un aumento en la incidencia de cánceres respiratorios durante los próximos años.

HABITOS ALIMENTARIOS Y EJERCICIO:

Los hábitos alimentarios y la falta de ejercicio están asociados con la incidencia de una variedad de enfermedades crónicas y, posiblemente, de algunas enfermedades neoplásicas también.

Consumo excesivo de alimentos: Está asociado con la obesidad y todas las consecuencias derivadas.

Consumo excesivo de carbohidratos: Esta asociado con las caries dentales y posiblemente con la arterioesclerosis.

Consumo excesivo de grasas: Posiblemente contribuye a la arterioesclerosis y a las enfermedades cardiovasculares.

Consumo excesivo de sal: Está fuertemente asociado con la incidencia de hipertensión arterial (HTA) y sus consecuencias.

Deficit de fibra en la dieta: Está fuertemente asociado con la incidencia de problemas gastrointestinales crónicos (constipación, divertículos) y posiblemente con el cáncer de colón.

Mala nutrición: Se asocia con una variedad de problemas: enfermedades infecciosas y trastornos del desarrollo psicomotor en los niños.

Falta de ejercicio: Resulta en deterioro del estado físico, y contribuye a la obesidad y a las enfermedades cardiovasculares.

Falta de recreación: Se asocia con el estrés y enfermedades como la HTA, cardiovasculares y la úlcera péptica.⁹⁸

8.5.3 FACTORES QUE FOMENTAN LA SALUD Y MANTIENEN LA AUTONOMIA

El envejecimiento es un signo y también un resultado del desarrollo económico y social. La salud y el bienestar de los ancianos son afectados por muchos aspectos entremezclados de su ambiente social y material: desde el estilo de vida y la estructura familiar hasta la organización y prestación de asistencia sanitaria, pasando por los sistemas de ayuda económica y social.

⁹⁸ Ibid. p. 84, 85 y 87.

El **estilo de vida** y los hábitos personales saludables durante toda la vida ofrecen la mejor esperanza de una vejez sana. Probablemente los más importantes son los relacionados con la alimentación, el ejercicio, el uso de tabaco y alcohol, el trabajo y el sueño. Mientras el trabajo arduo y sostenido en la industria pesada (la minería) parece acortar la vida, el ejercicio moderado y sistemático tiene un efecto benéfico tanto en la duración como en la calidad de la vida.

La alimentación que es importante es a menudo deficiente en calidad y cantidad en los países menos adelantados. En los países más ricos y en algunos de los países en desarrollo, la obesidad, unida a la mal nutrición y a la inactividad, es un problema en los ancianos. No se ha demostrado claramente el efecto de la obesidad leve o moderada sobre la duración de la vida, pero esta bien comprobada la relación entre la obesidad grave y la muerte prematura por diabetes, hipertensión y cardiopatía coronaria.

El tabaquismo es una de las causas más importantes de muerte prematura en edad madura y en la vejez, sobre todo por enfermedades cardiovasculares, cáncer y afecciones respiratorias crónicas. Los efectos persisten en la vejez, y si bien son más prevalentes en los hombres que en las mujeres, y en los países desarrollados que los que están en desarrollo, los cambios de patrones del tabaquismo presagian un incremento de esas enfermedades en las mujeres de todas partes y en los hombres de

las sociedades en desarrollo. Además de contribuir a la inmortalidad, los cigarrillos son causa importante de morbilidad crónica, en particular del sistema cardiorrespiratorio. Por ejemplo, la bronquitis crónica se encontró en 18% de los hombres y en 9% de las mujeres de 70 años en Gotemburgo; la diferencia guarda relación con el consumo de tabaco.

El alcoholismo es un gran problema en algunas sociedades, en particular entre los viejos que viven solos. La soledad misma es factor fundamental que complica los problemas de salud y a menudo se asocia a la inactividad física y mental, sobre todo entre los viudos. La actividad mental y social constante es importante para conservar la salud y las funciones eficaces en la edad avanzada, y el papel que se desempeñe, la posición social y las relaciones personales pueden tener un efecto tan grande sobre la salud como los demás factores antes enumerados.⁹⁹

8.6. PARTICIPACION SOCIAL

La participación es entendida como intervención antes que como incorporación, se le mira como un proceso social que resulta de la acción intencionada de individuos y

⁹⁹ Aplicaciones de la Epidemiología al Estudio de los Ancianos. Op Cit. p.47 y 48.

grupos en busca de metas específicas, en función de intereses comunes, diversos y en el contexto de tramas concretas de relaciones sociales de poder.

Puede ser entendida como una forma de acción individual o colectiva que implica un esfuerzo racional e intencional de un individuo o un grupo en busca de logros específicos tomar parte de una decisión, por ejemplo a través de una conducta cooperativa.

La participación puede verse, según Velásquez y Gonzáles (2003), como el “antídoto” de la marginalidad, como una estrategia de incorporación de los grupos marginales al desarrollo.

La participación social es un proceso social que resulta de la acción intencionada de individuos y grupos que buscan metas específicas, en función de unos intereses en común.¹⁰⁰

¹⁰⁰ ¿Qué ha Pasado con la Participación Ciudadana en Colombia?. Op Cit. p. 57.

8.6.1 Características de la Participación

- Resulta ser un proceso heterónimo, debido a la incapacidad de los marginales para transformar su condición por sus medios, les es necesario depender de agentes externos para involucrarse en la cultura moderna.
- En los procesos modernos aparece una fuerte asimetría vertical en la relación entre agente externo y marginal. El primero portador de valores de modernización y desarrollo, el segundo es un beneficiado pasivo de los programas de promoción y capacitación.
- Es un mecanismo de adaptación cultural a través del cual los marginales se acogen al sistema de normas y valores vigentes y se integran al mundo desarrollado, es un poderoso instrumento de integración social.¹⁰¹

8.6.2 Motivaciones fundamentales y derivadas de la participación:

- ☆ Mayor control de la propia vida: En la medida en que participar supone el poder de influenciar decisiones que afectan la propia vida, el deseo de participar supone mi voluntad de ejercer mayor control sobre procesos que afectan el

¹⁰¹ Ibid. p. 58.

entorno en el cual se busca satisfacer necesidades, desarrollar capacidades y actualizar potencialidades. No ser objeto sino sujeto activo en los grupos de participación.

- ☆ Mayor acceso a servicios: Consiste en ampliar el campo en que el individuo también pueda exigirle a los otros a través de la participación optimizar el acceso a servicios disponibles o presionar contra los obstáculos estructurales o institucionales que impiden que se produzca o distribuyan los servicios a los que la persona aspira.

- ☆ Mayor integración a procesos: La participación responde también a la voluntad de incorporarse a dinámicas sociales, adaptarse al tiempo, a la época y se asocia con el progreso y la modernidad.

- ☆ Mayor Autoestima: La participación es buscada como mecanismo de ratificación social para acrecentar la confianza en si mismo.¹⁰²

¹⁰² Voces. Revista de Estudios Sociales. N°6. Armenia, Quindío. 1999. p. 44, 45 y 46.

8.6.3 Niveles de Participación:

- Participación Ciudadana: opera igualmente en la esfera pública, pero en función de intereses particulares de cualquier índole (territoriales, corporativos o gremiales, entre otros).
- Participación Política: hace referencia a la intervención de individuos u organizaciones en la esfera pública en función de intereses globales (bien común).
- Participación Cultural: entendida como interiorización de conocimientos y de una sensibilidad específica llámese moderna, culta, ilustrada.
- Participación Económica: implica el acceso a los eventuales beneficios de la modernización, un trabajo de productividad creciente en el sector formal de la economía, mejores ingresos, mejor educación, vivienda, mejor atención sanitaria.
- Participación Comunitaria: alude al esfuerzo de una comunidad territorial para mejorar la calidad de su hábitat y, en general, de sus condiciones de vida.

- Participación Social: se refiere al agrupamiento de personas y grupos con intereses similares con el objeto de reivindicarlos, defenderlos o negociarlos.

Estas dos últimas modalidades, a diferencia de las anteriores, operan en la esfera privada.

La participación es, a la vez un medio y un fin. Más exactamente, debe ser considerada como un fin intermedio, se participa para algo, para obtener un beneficio, para construir redes solidarias, para contribuir al bien común o para ejercer las virtudes cívicas. No se participa sólo por participar, sino para alcanzar objetivos específicos en situaciones concretas. Pero, por otro lado, la participación es deseable, lo que la convierte de cierta manera en un fin, en cuanto componente central de la democracia.¹⁰³

8.6.4. Políticas y Estrategias de Participación:

- Condiciones estructurales e institucionales propicias.
- Desarrollo endógeno: romper con la economía de la limitación.

¹⁰³ CUNILL, Nuria. Participación Ciudadana. Caracas: CLAD. 1991. Citado por Velásquez Fabio y Esperanza Gonzales. p. 60.

- Generación de conciencia crítica: frente a obstáculos estructurales e ideológicos: hay una conciencia ideológica de que los grupos dependen de otros hasta para subsistir.
- Flexibilización de las instituciones pertinentes.
- Flexibilización de las políticas sociales y de la estructura del gasto público.

Políticas para la participación:

- Descentralización de gestiones y decisiones, y desconcentración de recursos: La participación requiere de procesos de descentralización que permita fortalecer la gestión y el uso de recursos en los espacios locales.
- Articulación Orgánica entre planificación y autonomía: Articulación entre lo local y lo nacional, entre lo público y lo comunitario. Potencia el uso de los recursos financieros asignados exogenamente con los recursos propios de la comunidad.
- Democratización sectorial: campos como la vivienda, la salud y especialmente la educación, deben estar sujetos a mayor control por parte de los eventuales beneficiarios para evitar riesgos y arbitrariedades.

- Democratización laboral: promoción de programas especiales de apoyo a microempresas y autoempleados, debe haber capacitación y facilitar créditos para la adquisición de la infraestructura tecnológica.

- El papel complementario de las organizaciones no gubernamentales (ONGs).

La crisis económica de los 80 y la crisis de la función de integración social históricamente asumida por el Estado y/o el mercado, han dado espacio para la acción de las ONG.¹⁰⁴

8.6.5 Participación Comunitaria

Se entiende como participación comunitaria un tipo de acción personal y colectiva que agrupa a ciudadanos decididos a enfrentar una situación. El grupo estipula sus relaciones en función del problema al cual busca solución mediante un proyecto de desarrollo de mejoras o cambio de la situación. Una de las características de la participación comunitaria es que busca mejorar el bienestar de los miembros de la comunidad en función de valores que le son propios, para que la mejora pueda ser sostenible en el tiempo.¹⁰⁵

¹⁰⁴ Voces. Revista de Estudios Sociales. Op Cit. p. 60, 61, 62, 63, 64 y 65.

¹⁰⁵ <http://www.eumed.net/tesis/amc/13htm>

Los procesos de vinculación entre instituciones, como la suma de esfuerzos para resolver problemas específicos, resultan insuficientes si no tienen el soporte de los grupos comunitarios. La participación comunitaria busca fortalecer la organización de las comunidades potenciando los grupos para lograr las tareas propuestas en forma participativa entre las instituciones y la comunidad.¹⁰⁶

8.6.6 IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA EN LA VEJEZ

Estudios epidemiológicos han demostrado asociación entre soporte social, mayor salud física y mental, estilos de vida más saludables y mayor supervivencia.

Asistir a servicios religiosos se asocian con mayor bienestar, menor depresión, menor ansiedad, menor consumo de sustancias, menores tasas de suicidio, así como disminución de la presión sanguínea, de la presencia de enfermedad cerebro vascular y mayor supervivencia.

Al envejecer hay una disminución de los contactos sociales, especialmente en los <<muy viejos>>, por lo regular solo permanecen lazos estrechos con los convivientes, algunos vecinos y por supuesto con los hijos y los nietos. Las

¹⁰⁶ www.cepis.ops.oms.org/tutoria16/e/pdf/tema-07-pdf

actividades sociales en las que participan los ancianos se reducen exclusivamente al ámbito familiar o religioso, como cumpleaños y funerales.

También es frecuente que exista una disminución progresiva de la independencia para realizar actividades personales, especialmente por problemas de salud, lo que obliga a requerir ayuda de los familiares o convivientes, para actividades tales como reclamar la pensión mensual. En Latinoamérica, por lo general, quienes proveen la atención al anciano son las hijas.¹⁰⁷

8.6.7 PARTICIPACION Y ACTIVIDADES SOCIALES

Se puede asegurar que el ser humano es gregario por naturaleza. La vida en comunidad esta determinada por la estrecha interrelación del individuo con su entorno a través de las formas de organización comunitaria, y es así como se ejerce una continua realimentación que permite originar cambios, tanto del individuo como del medio ambiente. **La participación comunitaria se tiene hoy en día como una de las estrategias principales para obtener una mejor calidad de vida, puesto que permite modificar las condiciones y forma de vida, mediante el uso del**

¹⁰⁷ Valoración Integral de la Salud del Anciano. Op Cit. p. 27.

derecho a exigir y la obligación de asumir las responsabilidades de los procesos sociales, económicos y políticos, tanto a escala local como regional.¹⁰⁸

La calidad, cantidad y tipo de actividad realizada, indican los valores, preferencias, intereses, responsabilidades y estilo de vida del anciano, además proporcionan información acerca del nivel de estimulación y participación social o su restricción. Se parte del supuesto que algún nivel o variedad de actividades conducen a una mayor satisfacción y se asocian con niveles más altos del funcionamiento físico y mental, sin embargo todas las actividades no son iguales en cuanto a grado de participación, preparación e importancia subjetiva.

Los aspectos más objetivos en cuanto a las actividades sociales son el número y frecuencia, y aunque son importantes, lo son más aun el nivel de participación y grado de interés que despierta en el anciano. Si en general los aspectos del funcionamiento social tienen elementos subjetivos, este aspecto los tiene en mayor medida. Se encuentran en ancianos, que por sus condiciones socioculturales e individuales, bien sea institucionalizados o en la comunidad, tienen diversos niveles de participación: los que pueden y quieren, y finalmente, los que no pueden y no quieren. Estas situaciones no solo influyen profundamente la función social del

¹⁰⁸ Ibid. p. 130.

anciano, si no que la determinan y son cruciales al momento de valorar el nivel de participación del anciano y el tipo y frecuencia de las actividades realizadas.

Las actividades podrían clasificarse basándose en diferentes parámetros: activas-pasivas, individuales-en grupo, dentro-fuera del domicilio, actuales-futuras.

Ente los ancianos colombianos, especialmente en las grandes ciudades, es evidente la poca participación en actividades físicas, recreativas, del ejercicio o deporte, los hombres generalmente son sedentarios y las mujeres solo desarrollan actividades relacionadas con los oficios domésticos o trabajos artesanales. Las principales actividades informadas son ver TV. y oír radio, que a pesar de no ser actividades sociales, son las más cómodas (en la propia casa) y las más económicas.

En todos los ancianos institucionalizados y que viven en la comunidad, rurales y urbanos, las únicas actividades sociales en las que se encuentra un alto nivel de participación, compromiso e importancia subjetiva, son las religiosas. Existen muchas facetas de las prácticas religiosas tales como orar, solo o en grupo, participar en servicios religiosos, hacer obras benéficas, participar en actividades de la parroquia o la iglesia. Investigaciones recientes, sugieren que la participación en este tipo de actividades tiene un efecto benéfico sobre el bienestar mental del anciano, manifestado en mayor satisfacción con la vida, menor sintomatología depresiva,

mayor efecto positivo, es decir, mejor salud mental, además de una menor mortalidad por todas las causas a largo plazo.¹⁰⁹

8.6.8 COMUNIDAD Y ENVEJECIMIENTO

La organización comunitaria determina las relaciones sociales, las cuales se dividen en dos categorías básicas: el grupo primario, basado en las relaciones personales y familiares, de base afectiva y que actúa como agente socializador, de carácter holístico y conjuntivo, sirve para satisfacer las necesidades básicas de intimidad y comunicación. El grupo secundario lo constituyen las organizaciones formales cuyos miembros se reconocen en la asunción de roles concretos. Entre los ancianos esta diferencia se ha ido diluyendo, y se está consolidando un nuevo modelo social ideal sobre las relaciones entre los mismos ancianos. Este proceso de cambio cultural y conductual se está gestando a partir de la creación de clubes, grupos de jubilados y programas de recreación y ocio, instituciones específicas que ha creado la sociedad, para que el segmento de gente mayor de la población se organice, se fomenten las relaciones sociales y se encuentren actividades lúdicas e instrumentales que ayuden a reconstruir la vida de los ancianos.¹¹⁰

¹⁰⁹ Ibid. p. 110.

¹¹⁰ Ibid. p. 130 y 131.

8.6.8.1 ASPECTOS DE LA FUNCION SOCIAL

La función social, que podría definirse como el grado en el cual las personas tienen una función adecuada como miembros de una comunidad, es un concepto muy amplio. Los aspectos más importantes en el anciano que podríamos resaltar serían: actividades sociales, relaciones sociales, soporte social y recursos sociales.

Actividades sociales:

Se supone que algún nivel o quizá variedad de actividades conduce a una mayor satisfacción, y puede estar unido a niveles más altos de funcionamiento mental y físico. Sin embargo, no todas las actividades son iguales en cuanto a grado de participación, preparación, importancia subjetiva, etc.

Relaciones sociales:

Se ha visto que la falta total o parcial de relaciones sociales constituye un factor de riesgo mayor asociado a mortalidad, junto con otros factores ya conocidos como obesidad, fumar cigarrillos, disminución de la actividad física.

Además los individuos menos integrados en la sociedad tienen menor salud física y mental, el aislamiento social se considera también un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad, las relaciones sociales pueden potenciar el estado de salud, ya que permiten moderar o amortiguar los potenciales efectos negativos de la enfermedad.

Los aspectos más importantes de las relaciones sociales podrían ser:

1. Estado civil.
2. Relaciones con familiares.
3. Relaciones con vecinos y amigos.
4. Pertenencia a ciertos grupos (centros de día, clubes de ancianos, organizaciones religiosas, etc.).

Soporte social

El soporte social es el conjunto de ayudas económicas, emocionales e instrumentales proporcionadas al anciano por parte de otras personas. Debe diferenciarse de la red social (antes llamada red personal) ya que ésta es el instrumento a través del cual se realiza o no el soporte. Esta distinción es especialmente importante, pues no siempre las redes sociales, aunque existan proporcionan dicho soporte.

Las características más importantes de la red social en el anciano son:

- 1. Tamaño:** Las personas que incluye son esposo – esposa, amigos, familiares, vecinos, asociaciones.
- 2. Frecuencia de contactos:** Visitas, contactos telefónicos, cartas.
- 3. Intimidad:** Sentimiento de proximidad con los miembros de la red. Presencia de confidente (persona con la que se puede hablar de problemas importantes y que es de fácil acceso para el anciano).
- 4. Dispersión geográfica:** Proximidad geográfica con los miembros de la red.
- 5. Estabilidad:** Posibilidad del mantenimiento o pérdida de la red.
- 6. Reciprocidad entre los miembros.**

La red social no es un concepto estático sino dinámico, especialmente en el anciano, ya que a lo largo de su vida hay continuas modificaciones. Hay una serie de periodos de transición más o menos predecibles que pueden producir modificaciones en esta red social.¹¹¹

8.7. APOYO SOCIAL

Los cambios demográficos correlacionados al aumento de la población anciana y los problemas a que muchas personas de edad avanzada se enfrentan, apuntan hacia la

¹¹¹ COMALLONGA, Isach M y ZAMARRIEGO, Izquierdo G. Valoración del Paciente Anciano. P. 109, 110, 112, 113 y 114.

necesidad de examinar los sistemas sociales de apoyo con que cuenta este sector poblacional, en particular los sistemas informales. Las relaciones afectivas que una persona mantiene con otras bien sean estas duraderas e íntimas o breves y distantes, son de mucha importancia para la calidad y evaluación de su vida. Muchas de estas relaciones implican un alivio durante periodos de crisis. Por estas razones se destaca la pertinencia de los sistemas sociales de apoyo en la vida de las personas de mayor edad para garantizar un bienestar tanto físico como emocional a este sector poblacional.

El apoyo social comprende unos elementos que protegen a las personas de la vulnerabilidad a desarrollar enfermedades mentales o físicas. El apoyo social juega un papel muy importante en prevenir la enfermedad y mantener un estado adecuado de salud y de bienestar personal. Es una realidad que una vez la persona se enferma, los apoyos sociales actúan como amortiguadores de los efectos nocivos de la enfermedad. El apoyo social puede ser entendido como unas transacciones interpersonales que incluyen uno o más de los elementos claves siguientes: afecto, afirmación y ayuda.

El apoyo social ha sido interpretado por Samuel Cobb (1976) como aquella información que conduce a la persona a creer que se le ama o una red de obligaciones mutuas. Tanto Cobb (1976) como Caplan (1974) subrayan el concepto

de reciprocidad inherente a los sistemas de apoyo; los que son asistidos pueden convertirse en proveedores de ayuda en un futuro y viceversa. La colaboración de los otros se caracteriza por la mutualidad y la ayuda a sí mismo y esta enmarcada en la necesidad humana de afiliación e identidad social, la necesidad de apego, conexión y de unión entre los seres humanos.¹¹²

8.7.1 RELACIONES SOCIALES Y REDES DE APOYO

Las relaciones sociales constituyen el “corazón” del funcionamiento del anciano. Se refieren a la red de contactos y relaciones sociales del individuo. Su conocimiento es de gran importancia ya que se a visto que su ausencia, total o parcial, se constituye en un factor de riesgo asociado a mortalidad.

En términos generales y aplicando al conjunto de la población anciana, se puede afirmar que las relaciones sociales se empobrecen con respecto al periodo de la vida anterior, se reducen los contactos sociales en cantidad, calidad y fundamentalmente en intensidad. Uno de los factores que influyen en este proceso es el cambio de roles. Tanto familiares como laborales.

¹¹² SANCHEZ S, Carmen D. Gerontología Social. Editorial Espacio. Buenos Aires. 2000. p. 163, 165, 166, 167 y 168.

El apoyo o soporte social es el conjunto de ayudas económicas, emocionales e instrumentales proporcionadas al anciano por parte de otras personas. Debe diferenciarse de las relaciones sociales, ya que estas son el instrumento a través del cual se realiza o no el apoyo, es decir, las relaciones pueden estar asociadas tanto con efectos positivos como negativos. Esta distinción es realmente importante, pues no siempre las relaciones sociales, aunque existan proporcionan dicho apoyo, por ejemplo, un hijo puede vivir cerca de sus padres pero eso no garantiza un apoyo adecuado.

Existe una serie de tipologías de soporte social y de formas como los ancianos acceden a ellos, el significado y contenido es socialmente construido y va más allá del control de el individuo. Desde la infancia se aprende que el soporte y que la ayuda de otros son indispensables para la vida, pero también se aprende lo que hay que hacer para acceder a ellos, se esperan diferentes cosas de diferentes personas.

Estas expectativas y responsabilidades son culturalmente definidas y jerárquicas, se aprende que “primero la familia” y estas normas permanecen estables durante el curso de la vida, por ello es común oír a los ancianos decir “parece hija mía” o “es como mi hermano”. La integración de estos patrones culturales para el establecimiento de redes de soporte y relaciones sociales hacen parte de la construcción de la autoestima y de la auto imagen en etapas tempranas de la vida.

Cuando se trata de la familia, las responsabilidades y expectativas están claramente definidas no ocurre lo mismo con los amigos y vecinos.

Se ha demostrado que la existencia de soporte social, junto con los contactos sociales se asocian con soporte emocional e instrumental. Así mismo para los ancianos la percepción de satisfacción o adecuación del apoyo se asocia con la cantidad de contacto personal directo. Los ancianos con adecuado soporte tienen mejor auto percepción de salud y mejor adaptación a cambios.

De otro lado, las redes y el apoyo social se relacionan con la patogénesis de las enfermedades y con la mortalidad, así las personas con poco o ningún apoyo social, tienen mayor riesgo de muerte que las que tienen un apoyo importante. Sin embargo, no ha podido demostrarse que esta asociación sea mayor en el anciano que en el joven. Así mismo, relaciones que implican elevado estrés y bajo apoyo social, aumentan el riesgo de utilización de los servicios de salud.

Las diferencias de calidad y cantidad de las relaciones sociales y del soporte, desde familia, pasando por los amigos y vecinos, hasta la pertenencia a grupos o a asociaciones resulta de varias condiciones: del estado marital, del nivel educativo, de la ocupación y a menor medida, de los patrones de emigración, siempre mediados por la personalidad, es decir, del estilo de vida del individuo.

Las características objetivas de las relaciones sociales y de las redes de apoyo se describen en funciones de:

- Tamaño: cantidad de personas relacionadas
- Densidad: numero de personas que se conocen unas a otras dentro de la red de relaciones
- Homogeneidad: similitud de las características de las personas relacionadas
- Multiplicidad: se refiere a los tipos de interacciones que se presentan en los miembros del grupo
- Reciprocidad: balance o inbalance entre el soporte dado y el recibido

Las características subjetivas incluyen: contexto, frecuencia y calidad, lo cual proporciona información acerca del confort, afecto, compañía y ayuda tangible como dinero o asistencia física.

La estructura, el contexto y el contenido del apoyo y de la relación (subjetivo) son más importantes que el tamaño mismo (objetivo), por ello la valoración subjetiva del apoyo recibido Vs. el esperado es el mejor indicador de bienestar social del anciano.

El apoyo o soporte que recibe el anciano a través de la red social se puede clasificar en:

8.7.1.1 Apoyo Formal:

Cuando corresponde a entidades privadas o gubernamentales, instituidas dentro de las estructuras sociopolíticas del estado. Es proporcionado en forma regular por profesionales y su función primaria es ayudar a mantener al anciano en la comunidad mientras sea posible, ya que como es sabido, uno de los objetivos primordiales de la Gerontología, es mantener al anciano en su domicilio y tan funcional como sea posible.¹¹³

Las políticas sociales y económicas se implantan mediante varias leyes que afectan a las personas en 5 asuntos principales del bienestar social: seguridad social, salud, vivienda, educación y empleo. Las agencias son el mecanismo por el cual las políticas se convierten en servicios y estas agencias comprenden la parte principal de

¹¹³ Valoración Integral de la Salud del Anciano. Op Cit. p. 105 y 106.

los sistemas formales de apoyo, ya que se diseñan para atender las necesidades cotidianas de las personas de edad avanzada, las agencias de los sistemas formales de apoyo, se agrupan generalmente en dos tipos: las de carácter gubernamental y las voluntarias o no gubernamentales. Las organizaciones formales son en muchas ocasiones impersonales ya que se organizan para la atención de las necesidades de grupos de personas en lugar de individuos particulares.

El bienestar y la seguridad económica de la población anciana han sido temas de debate público en las últimas décadas. El término bienestar comprende todos aquellos programas que protegen a las personas de los riesgos de perder su ingreso por razones, tales como: desempleo, incapacidad, estado de jubilación pobre o jubilación. El estado benefactor patrocina todos los programas gubernamentales de servicio, estos programas no solo proveen ingresos y servicios sociales, sino que organizan las relaciones sociales.¹¹⁴

8.7.1.2 Apoyo Informal:

Es el proporcionado por familiares, amigos, vecinos, grupos y asociaciones que funcionan con normas y reglamentos propios, establecidos según el propósito y

¹¹⁴ Gerontología Social. Op Cit. p. 168, 171 y 172.

objetivo de la prestación de servicios de atención al anciano. Constituye más del 80% del total del cuidado.

De acuerdo con las categorías de relación y soporte, se pueden dividir en: situación marital, por su connotación de presencia o ausencia de cónyuge, relaciones y apoyo familiar, relaciones y apoyos de vecinos y amigos y finalmente, pertenencia a grupos, asociaciones, clubes, organizaciones religiosas u otros. Sin embargo para facilitar su estudio se han dividido en dos grandes grupos: redes de apoyo primarias y secundarias. Las primarias las constituyen los familiares y convivientes y las secundarias son los vecinos, amigos, parientes y grupos comunitarios.¹¹⁵

Los sistemas informales no son gobernados por procedimientos burocráticos, formales o técnicos, y no requiere necesariamente un pago de dinero. El sistema informal de apoyo se distingue del organizacional por el hecho de que los miembros de la red informal son seleccionados por el anciano entre su familia, amigos y vecinos. Los sistemas de apoyo informal son a los que inicialmente las personas de edad avanzada acuden cuando necesitan algún tipo de ayuda.

Las personas pueden debilitarse social, física y emocionalmente si no reciben o perciben señales de amparo de sus seres significativos que le hagan sentir seguros y

¹¹⁵ Valoración Integral de la Salud del Anciano. Op Cit. p 106-

valiosos. Los sistemas de apoyo informales son recursos esenciales en la provisión de asistencia afectiva y financiera, ayuda en las tareas del diario vivir y actúan como un enlace con las agencias de servicios sociales (Sánchez 1990). La familia, amigos y vecinos que integran dicho sistema, proveen aproximadamente un 80% de los servicios de apoyo que necesitan las personas ancianas incapacitadas (Shanas 1979). El fundamento de esta dedicación y cooperación emana de sentimientos afectivos y de un sentido de solidaridad.

Las dimensiones estructurales del apoyo informal son las siguientes: el tamaño o número de las personas en la red social, la densidad o interrelación entre los miembros de una red y la dispersión geográfica. Las interacciones varían según las siguientes características: multiplicidad o variedad de las personas que componen la red, reciprocidad en el intercambio, homogeneidad entre los miembros y frecuencia, devoción, antigüedad y tiempo invertido en los contactos.

Estas características deben ser destacadas a la hora de evaluar el apoyo social informal de las personas de mayor edad.

Tradicionalmente la mayor parte de las personas ancianas están vinculadas a una red social informal en la cual la familia en primer lugar y los amigos y vecinos en segundo lugar proveen servicios de apoyo muy importantes (Sánchez 1990). Las

relaciones familiares continúan siendo un recurso fundamental, en la vida de las personas ancianas en todas las regiones del mundo.¹¹⁶

8.7.1.3 Redes primarias de apoyo social

En lo que respecta a la situación marital, se han encontrado mayores de soporte entre quienes están casados y con hijos, a diferencia de los solteros o casados sin hijos.

Quienes están casados tienden a concentrar sus relaciones y necesidades de dependencia en torno al cónyuge, los viudos transfieren esta carga a los hijos y los solteros entre los amigos.

El nivel educativo también parece tener influencia sobre la calidad y cantidad de soporte, a menor nivel mayor soporte de la familia, a mayor educación no solo es mas amplia la red, que no se circunscribe solo a la familia, si no que son mas importantes los amigos. A si mismo hay diferencias en la ubicación geográfica, entre los ancianos rurales y urbanos estos últimos poseen mayores redes de soporte.

En Colombia, las transformaciones causadas por la urbanización y la industrialización, así como el auge de la violencia, han llevado a transformaciones en la estructura y en las funciones de la familia, que hoy se caracteriza por la

¹¹⁶ Gerontología Social. Op Cit. p 176, 177 y 178.

ilegalidad de las uniones, la inestabilidad en las relaciones de pareja y las sucesivas recomposiciones conyugales que dan origen a múltiples formas de reunión y de relaciones de parentesco, esto lleva a que el anciano sea visto, especialmente en las ciudades, como un estorbo o una carga cuando no aporta económicamente. Sin embargo, en cuanto a las relaciones y apoyo familiar, a pesar de la creencia común de que el anciano de la sociedad contemporánea ha sido abandonado por su familia, las investigaciones indican lo contrario. La familia sigue siendo la principal fuente de apoyo para los ancianos y no solo la más importante sino la preferida por ellos y a la que acuden generalmente en primera instancia. Estudios realizados por parte del grupo de investigación de la Universidad de Caldas han permitido establecer que en la zona cafetera el promedio de hijos es de 5.4 (DS 2.9) y de ellos el 80% vive en la misma casa o en la misma vereda. Se encuentra un mayor número de hijos entre los grupos de mayor edad. El promedio de convivientes es de 4.2 personas, lo cual se constituye en la fuente primaria de atención al anciano, además se encontró que un 93.3% de la población anciana tiene quien la cuide cuando esta enferma, de ellos, los potenciales cuidadores, en su gran mayoría, son las hijas.

La familia del anciano, particularmente hijos y cónyuge, provee asistencia tanto en situaciones de la vida diaria como en momentos de crisis. Brinda apoyo de tipo afectivo, social, funcional, económico y material. Esta asistencia toma formas tales como ayuda en las tareas domésticas y otras actividades de la vida diaria, compañía,

afecto, transporte o acompañamiento a diversos lugares, suministro de información, provisión de artículos o servicios necesarios para el diario vivir, al igual que asistencia en casos de enfermedad, medicamentos y asistencia económica.

El tipo y cantidad de ayuda recibida de los hijos depende de factores tales como la proximidad residencial, el estado civil, la salud y necesidades del anciano, el ingreso de los padres y de sus hijos adultos, los lazos afectivos y el género de los hijos adultos, puesto que se ha demostrado mayor soporte de parte de las hijas mujeres.

Las relaciones de apoyo que se dan entre los ancianos y sus familias están basadas principalmente en orientaciones valorativas sobre la unidad familiar y la interdependencia. El apoyo que se espera de los familiares y el grado de obligación en brindar asistencia, varían de acuerdo con las distinciones que se hagan acerca de quienes integran la red familiar.

Una característica importante de las redes de soporte, es que a pesar de los cambios sociales y con la edad, las redes familiares permanecen estables si son recíprocas, con el aumento de la edad se incrementa la dependencia de los familiares y se disminuye el soporte de las personas por fuera de ella. Además, los ancianos asocian

calidad de vida con la cantidad de contactos sociales con su familia, por ello la migración afecta la cantidad y la calidad de esos contactos.¹¹⁷

8.7.1.4 Redes secundarias de apoyo social

Los vecinos, a diferencia de los parientes y amigos, no son parte vital de las redes de apoyo afectivo de la persona anciana, especialmente en las ciudades. Generalmente proporcionan ayuda en momentos de crisis o emergencias, pero poco en el día a día, suelen limitarse a asistencias de tipo elemental, los vecinos pueden llegar a convertirse en amigos, pero no todos lo son.

En cambio, las relaciones con los amigos implican diversos tipos de apoyo tales como compañía, compartir confidencias y proveer servicios o ayuda en actividades cotidianas. Sin embargo, sus funciones más importantes son el apoyo afectivo, ayudan a mantener una autoestima positiva de cierta manera proveen al anciano de un sentido de continuidad existencial. Las amistades del anciano tienden a ser generalmente coetáneos y personas con necesidades y recursos similares, comparten ciertas actividades y pautas de existencia recíproca, se ayudan durante el diario vivir y en los periodos de crisis. La investigación científica indica que entre los ancianos existe propensión a tener amistades del mismo sexo, especialmente en lo que se

¹¹⁷ Valoración Integral de la Salud del Anciano. Op Cit. p 106 y 107.

refiere a las funciones de confidente, para los ancianos los amigos son considerados “como de la familia”, atendiendo la jerarquización de las relaciones sociales.

Aunque, en términos generales, la cantidad de relaciones entre ancianos tiende a ser pequeña, tiene fuertes lazos, lo cual proporciona mejor acceso a los recursos emocionales y facilita la adaptación a cambios.

En cuanto a la pertenencia y participación en organizaciones formales o grupos, actualmente existe una tendencia marcada en nuestro medio, al aumento de grupos y clubes de ancianos, que a través de la oferta de diversos programas como manualidades y ejercicio físico, entre otros, fomentan la participación social y el establecimiento de las relaciones sociales, proporcionan un marco de referencia estable para que el anciano se reconozca como tal, asuma roles definidos, se organice y encuentre actividades que le ayuden a reconstruir su vida, lo cual ha ido creando un nuevo modelo social sobre las relaciones entre los mismos ancianos.¹¹⁸

¹¹⁸ Ibid. p. 107 y 108.

8.7.2 TIPOS DE APOYO SOCIAL

Apoyo Emocional

Este comprende la empatía, el cuidado, el amor, la confianza y parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes. En general, cuando las personas consideran de otra persona que ofrece apoyo, se tiende a conceptualizar en torno al apoyo emocional.

Apoyo Instrumental

Se ofrece “apoyo instrumental” cuando se emiten conductas instrumentales que directamente ayudan a quien lo necesita. Ejemplo: se ayuda a otro a hacer o acabar un trabajo, se cuida a alguien.

Apoyo Informativo

El “apoyo informativo” se refiere a la información que se ofrece a otras personas para que estas puedan usarla para hacer frente a las situaciones problemáticas. Se

diferencia del apoyo instrumental en que la información no es en si misma la solución sino que permite a quien le recibe ayudarse a si mismo.¹¹⁹

8.7.3 APOYO SOCIAL Y SALUD

El apoyo social puede jugar un papel relevante en el mantenimiento de la salud y el decremento de la probabilidad de ocurrencia de enfermedad entre la población vieja. Se puede afirmar que las personas que tienen unos sistemas de apoyo buenos y sólidos se recuperan mas rápidamente de la enfermedad que aquellos que no cuentan con los mismos.

Si los sucesos vitales ocurren cuando se posee un sistema adecuado de apoyo social, se producen menos consecuencias negativas que cuando ellos se presentan y se carece de un amparo social.¹²⁰

8.7.4 REDES DE APOYO SOCIAL EN LA VEJEZ

Las redes sociales indican las características estructurales (tamaño o número de relaciones, frecuencia de contacto, proximidad física, densidad) de las relaciones humanas mantenidas por una persona.

¹¹⁹ www.mtas.es/insht/monitor/Inicio/PS/i/psi20.pdf

¹²⁰ Gerontología Social. Op Cit. p. 166.

Aunque en la edad avanzada se produce una disminución en el tamaño de la red social de la persona, el apoyo social no decae necesariamente en esta edad.

Sin duda la persona de mayor edad prefiere recibir ayuda y apoyo de su red social informal y esta red puede desempeñar ciertas tareas con mayor eficacia que los sistemas formales de ayuda; sin embargo, existen determinadas tareas para las cuales los sistemas de apoyo informales no se encuentran debidamente preparados. Además de reconocer la importante función de cuidado que la familia provee a sus miembros de edad avanzada, es esencial el establecimiento de mecanismos y programas que ayuden a mantener al adulto de edad avanzada en el ámbito familiar y comunitario siempre y cuando sea posible.¹²¹

8.7.5 SISTEMA DE APOYO SOCIAL

El sistema de apoyo social se refiere a la relación que envuelve el dar y recibir ayuda, la cual es considerada tanto por el receptor como por el que la ofrece como algo significativo para mantener la integridad social, psicológica y física del que recibe la ayuda (Lopata, 1975). Las redes o sistemas de apoyo se agrupan en dos grandes categorías: formal e informal (Arling, 1976).

¹²¹ Ibid. p. 163, 164, 177, 186 y 187.

El sistema de apoyo social se puede conceptualizar, de manera amplia como un conjunto organizado de subsistemas interactuado entre si, donde la persona anciana ocupa el lugar central. Estos subsistemas aunque funcionan de manera independiente, en ocasiones se mezclan. Los sistemas son: políticas públicas, instituciones públicas y privadas, organismos religiosos y comunitarios y familia Sanchez (1987)

Gerarl Caplan (1974) define los sistemas de apoyo como: un patrón continuo e intermitente de lazos que juegan un papel significativo en mantener la integridad física y psicológica de los individuos a través del tiempo.

El apoyo social engloba los componentes siguientes: ayuda material, asistencia física o el compartir tareas; interacción íntima que posibilita la expresión de sentimientos o preocupaciones personales, ofrecer consejo; comunicación y, participación social que significa involucrarse en una interacción social para entretenerse, relajarse y divertirse.¹²²

¹²² Ibid. p. 163,164 y 167.

8.7.6. GRUPOS DE APOYO

Los grupos de apoyo son una red formada por familiares, personas que cuidan a otros, amigos y otros adultos con problemas, necesidades o intereses en común. Estas personas se reúnen para intercambiar información, dar y recibir apoyo mutuo e intercambiar destrezas en un esfuerzo común para manejar y lidiar con problemas o situaciones que les afectan en su vida diaria. El apoyo esta enmarcado en la necesidad humana de afiliación e identidad social, la necesidad de apego, conexión y unión entre los seres humanos.

Los grupos de apoyo ofrecen una oportunidad para ventilar sentimientos y preocupaciones en torno al cuidado y atención de la persona anciana. Los participantes, además de apoyo amplio ofrecido mediante reuniones de grupo, se pueden beneficiar de establecer una red de apoyo o enlaces personales. Esta red se logra mediante el contacto de unos con otros, por teléfono, fuera de las reuniones, para consejos o apoyo específico. Pero sin los contactos hechos mediante los grupos de apoyo, este sistema personal de apoyo sería imposible de lograrse. Ambas cosas trabajan a la par.

La popularidad que han ganado los grupos de apoyo puede explicarse porque los que participan en ellos los ven como una opción no estigmatizante, menos amenazante y más natural de obtener ayuda para un problema.¹²³

8.7.7 APOYO DE LA FAMILIA Y REDES SOCIALES

Por si sola, la familia es la principal fuente de apoyo y el centro de actividad de la mayoría de los ancianos. Tradicionalmente se considera a las personas mayores como parte integrante de la familia, se les tiene en gran estima y prestigio, cualesquiera que sean las múltiples formas que adopte la familia y su organización social en las distintas partes del mundo. Por una parte, el envejecimiento de las poblaciones ha producido el nuevo fenómeno de familias con cuatro o cinco generaciones. Por otra, la disminución del número de hijos y su dispersión por las migraciones y la urbanización, significa que no es fácil que varios hermanos compartan la atención a sus progenitores dependientes. Además, el cuidado familiar de una persona anciana significa en realidad casi siempre la asistencia a cargo de una hija o una nuera, y el cambio de funciones de la mujer y su participación en la fuerza de trabajo reduce mas aun las probabilidades de apoyo de la familia. Este cambio, que se ha observado durante los decenios pasados en los países desarrollados, esta ocurriendo ahora con intensidad creciente en algunos países en

¹²³ Ibid. p. 217 y 218.

desarrollo a medida que experimentan cambios sociales y demográficos. No obstante, 90 a 100% de todos los ancianos, en todos los países, no viven en instituciones; en los países desarrollados, son cada vez mas los que viven solos.

Las personas mayores que viven en la comunidad, solas o con familias, se sostienen mediante redes enlazadas de “sistemas sencillos de apoyo”, formados por parientes, vecinos y amigos que facilitan el contacto social y a veces la asistencia necesaria para la salud o al menos para la independencia. A ellos puede agregarse actividades de grupo en las que los ancianos pueden participar, como las practicas religiosas, los clubes, reuniones y excursiones. En dos estudios por lo menos se observo que la mayor actividad social fomenta la mayor duración de la vida. Sin embargo, habría que determinar si es el hecho de que las personas sean más sanas lo que las hace capaces de participar más en actividades sociales o si esas actividades son las que las mantienen saludables.

Es evidente que las familias y las redes sencillas de apoyo son las que proporcionan con mucho la mayor proporción de atenciones a los ancianos débiles y logran que los enfermos se conserven en la comunidad. Ningún país puede facilitar

servicios oficiales de salud y sociales adecuados que pueden sustituir al sistema extraoficial de asistencia, aunque fuese deseable hacerlo así.¹²⁴

8.7.8 ASISTENCIA SOCIAL

La asistencia sanitaria es una parte vital pero a menudo pequeña del apoyo a la persona mayor. Desde luego es imposible describir todas las formas de apoyo y política sociales en un párrafo o dos. Sin embargo, es tan grande su importancia para la salud que resulta indispensable una breve referencia. Los servicios sociales, incluso cuando dan niveles muy bajos de asistencia, pueden ayudar a sostener al anciano en la comunidad y permiten a las familias arreglárselas, evitando así o por lo menos retrasando el colapso total, la pérdida de la autonomía y la necesidad de la atención institucional. Pero para la mayoría de los ancianos del mundo, esos servicios no están a su alcance.

Comenzando históricamente con el asilo de pobres, el último refugio de los viejos y desvalidos, la asistencia social, en su forma mas perfeccionada, ofrece una extensa red de servicios, tanto comunitarios como institucionales. En la mayoría de los países, los servicios de salud y los sociales se han organizado en paralelo, con poca imbricación. Los servicios sociales facilitan atención y apoyo cuando la familia

¹²⁴ Aplicaciones de la Epidemiología al Estudio de los Ancianos. Op Cit. p. 49 y 50.

y el individuo no pueden hacerlo por si solos: carecen del “imperativo terapéutico” de la medicina. La función tradicional de los servicios de salud es tratar y rehabilitar al enfermo y al incapacitado y, el paciente anciano y sus parientes aceptan que de ellos se espere que sigan el consejo dado.

En los países más ricos, la variedad de servicios destinados a dar apoyo en el hogar es amplia y complicada; la prestación de esos servicios esta a cargo de un profesional relativamente nuevo: el asistente social. El elemento principal de ellos es la pensión del estado, a la cual tienen derecho todos los ancianos en virtud de su edad y condición. Para los que tienen necesidades especiales, la gama de servicios abarca la ayuda económica a la persona de edad y a su familia. Mantenimiento de la casa, ayuda doméstica, comidas, lavado de ropa y otras ayudas para los que viven en su hogar, arreglos especiales de vivienda, alojamiento en congregaciones y asilos, centros diurnos y actividades recreativas.

En la mayoría de los países se necesita una cooperación mucho más estrecha entre las instituciones <sanitarias> y las <sociedades>, y es necesario evaluar minuciosamente la eficacia relativa de los diferentes servicios en cuanto a aumentar la autonomía y retrasar el colapso total.¹²⁵

¹²⁵ Ibid. p. 53 y 54.

8.7.9. EFECTOS DEL APOYO SOCIAL EN LAS PERSONAS MAYORES

El apoyo social es uno de los mejores predictores de la salud y el bienestar de las personas mayores. En principio, es importante diferenciar entre los términos *red* y *apoyo social* y *actividad social*, ya que suelen ser confundidos muy a menudo.

El apoyo social se puede definir como el conjunto de relaciones sociales de carácter estable con las que cuenta una persona y que le proporcionan soporte físico y psicológico. Este concepto conlleva que la persona dispone de una *red social* que le brinda apoyo o ayuda emocional, instrumental o financiera, así como percibir que otros le atienden y sentirse más o menos satisfecho de tales relaciones. Finalmente la *actividad social* se refiere al número de comportamientos que realiza una persona en contacto con otras. Lógicamente estos tres conceptos están muy implicados entre sí ya que la actividad social suele depender de la red social y, en cierta medida, el apoyo social percibido depende también del número de contactos sociales producidos en la red de apoyo.

Sin embargo, es importante resaltar que la calidad de las relaciones sociales tiene mayor importancia que la frecuencia de éstas. Esto es, entre todos estos parámetros sociales, la satisfacción que el sujeto percibe de los contactos que mantiene es de la

mayor importancia. Ello todavía es más importante en períodos de crisis, donde se suele anteponer la calidad a la cantidad del apoyo recibido.

Una persona puede tener un gran número de contactos sociales, pero esto no quiere decir que la percepción que se tenga del apoyo recibido sea satisfactoria. Por el contrario, una persona puede sentirse satisfecha del apoyo social que recibe aunque sus relaciones con los demás sean de lo más reducidas. La percepción subjetiva del apoyo social por parte de la persona actúa de forma más clara como indicador de satisfacción, que la cantidad de apoyo que pueda tener.

Dos son los efectos que el apoyo social tiene sobre una determinada persona: directo e indirecto. La actividad social realizada y el apoyo social percibido por la persona contribuyen directamente en su bienestar en la medida en la que satisfacen sus necesidades sociales básicas. Por otra parte, el apoyo social ofrece también un efecto amortiguador o modulador indirecto ante los diferentes acontecimientos vitales que puede experimentar el individuo (especialmente los negativos, como por ejemplo, la muerte del cónyuge o un ser querido, la ocurrencia de una enfermedad, etc.). Así, el apoyo social actúa a modo de filtro ya que contribuye a reducir los efectos de acontecimientos negativos en la persona y ayuda como un mecanismo para afrontar dificultades.

Es importante distinguir entre tres tipos de apoyo social: Por un lado está el apoyo recibido por parte de la familia, de otro lado el que procede del círculo de amistades y, finalmente, el recibido por fuentes institucionalizadas de apoyo (recursos de ayuda comunitaria, religiosa, etc.). En los periodos de crisis el apoyo emocional e instrumental aportado por los familiares es fundamental. Así, también, el apoyo que proviene de los amigos contribuye, además, a favorecer la integración social de la persona mayor. Este tipo de apoyo actúa reforzando las relaciones sociales, favoreciendo su autonomía personal y sirviendo de acicate y estímulo. Finalmente, las fuentes de apoyo institucional sirven a modo de complemento de las anteriores o, incluso, las sustituyen cuando el individuo carece de apoyo familiar o de amistad.

El apoyo social es de enorme importancia no sólo como fuentes de bienestar psicológico y social del individuo sino que tiene importantes repercusiones sobre la salud integral de las personas mayores. Más concretamente, se ha constatado a través de distintas investigaciones, las contribuciones que el apoyo social tiene sobre la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, así como la relación inversa entre el apoyo social y la ocurrencia de la enfermedad o incluso de la muerte.

En resumen, la vejez se ha venido definiendo como una etapa de la vida caracterizada por una gran diversidad de pérdidas, tanto personales como sociales

que ejercen un papel muy negativo sobre el comportamiento social del individuo. Sin embargo, a través de diferentes estudios, se ha demostrado que esto no es del todo cierto ya que, aunque existan una serie de factores que pueden conllevar a una disminución en la frecuencia de los contactos sociales en las personas mayores, esto no debe de identificarse con una visión de la vejez desprovista de relaciones sociales y abandonada. Las personas mayores, siguen manteniendo amplios contactos sociales, lo que sí ocurre es que en edades avanzadas –debido esencialmente a dificultades funcionales que impiden al individuo salir de su domicilio- sí disminuye el número de contactos sociales (Fernández Ballesteros, 1992). Por otro lado, diferentes estudios, que han indagado sobre las contribuciones del apoyo social a las personas mayores, han demostrado sus correlatos beneficiosos sobre la salud, el bienestar y la adaptación exitosa a los diferentes acontecimientos de la vida.¹²⁶

8.8. RELACIONES INTERPERSONALES, ROL Y VEJEZ

Las personas mayores viven cada vez más tiempo y en mejor estado de salud así lo demuestran los estudios.

¹²⁶ Que es la Psicología de la Vejez?. Op Cit. p. 135, 136 y 137.

Es importante que al igual que se contempla los aspectos de cambios, dependencia y fragilidad en la vejez, se tenga en cuenta las capacidades, las aportaciones y la calidad de vida.

Según van pasando los años el anciano va a representar distintos roles:

- Rol individual y en el seno de la familia.
- Rol dentro de la comunidad.

El rol dentro de la familia a su vez va a variar en función del grado de independencia que presente el anciano.

8.8.1. Rol individual y en el seno de la familia

Cuando el anciano es independiente, en principio tiene cubiertas no solo las necesidades personales y del cónyuge en el caso de que lo haya (fisiológicas, de vivienda, económicas, sociales y de salud), si no que sirve de soporte importante para los hijos. Materialmente, debido a la mejora de las pensiones y al aumento de la renta disponible de los jubilados, cada vez existen mas padres ancianos que ayudan económicamente a los hijos que puedan tener necesidades materiales, como puede ser el desempleo, enfermedad, crisis matrimoniales, etc.

En el plano afectivo, las personas mayores pueden servir de ayuda a los hijos con los nietos no solo con la transmisión de valores familiares, si no de acompañamiento y apoyo, recogida y traslado a los centros de estudio, etc.

A la vez pueden servir de ayuda a la unidad familiar, tramitando y gestionando aquellas cuestiones que por motivos laborales los hijos no disponen de tiempo para realizarlas.

El mayor problema surge cuando el anciano tiene alguna dependencia o problema de salud que le limita en sus actividades, y es la familia la responsable de satisfacer las necesidades.

En estas situaciones, los papeles se invierten, y en ocasiones los mayores tienen que pasar a formar parte de la vida del hogar.

En este momento, pueden surgir conflictos en la vida familiar, dado que no se dispone generalmente del tiempo necesario para cubrir todas las necesidades anteriormente mencionadas de la persona mayor. Es en este momento cuando se tiene que utilizar los recursos existentes, tanto los referidos a los problemas de salud como los establecidos por los ayuntamientos, el contacto con asociaciones de voluntariado, hasta incluso llegar a la institucionalización.

Esta última solución genera por parte del mayor sentimientos de abandono, de pérdida de roles, de rechazo, etc; y a su vez por parte de los hijos se genera sentimiento de tristeza por ver que la familia se está disgregando, de culpa, de fracaso y depresión por tener dificultades para afrontar la situación.¹²⁷

8.8.2. Rol dentro de la comunidad

El rol del anciano dentro de la comunidad también cambia, fundamentalmente por el cese de la actividad laboral (jubilación). La consideración social, a pesar de las verbalizaciones que se realizan, es diferente para las personas trabajadoras (que es productiva y genera una riqueza, utilizable para la comunidad), que para la persona que ya ha cesado en el trabajo (donde ya no genera ningún aporte comunitario).

Lo que olvida la sociedad es que, al aumentar la expectativa de vida, las capacidades de las personas de edad avanzada son mucho mejores, situación que debería tenerse en cuenta como recurso de aportación de conocimiento, ayuda en tareas sociales (voluntariado, asociaciones culturales, grupos de ayuda espiritual, etc.), y participación activa en todas las áreas comunitarias.

¹²⁷ Enfermería del Anciano. Op Cit. p 86.

Las investigaciones han demostrado que las personas de edad avanzada, que cuentan con el apoyo emocional de sus amigos y de su familia, tienen un nivel más bajo de hormonas de estrés circulando en la sangre y están menos expuestas a morir en un futuro próximo, que las que se sienten solas y aisladas.¹²⁸

8.8.3. Ingresos, trabajo y jubilación

El trabajo o por lo menos la ocupación, lleva a la buena salud y sostiene la calidad de la vida. La jubilación, concepto que carece de sentido para la mayoría de las sociedades pobres y agrícolas, se considera como una importante crisis de la vida en el mundo industrial, para muchos, la jubilación libera de un trabajo pesado y de la excesiva mortalidad de algunas ocupaciones, pero para otros es la pérdida de posición social, renta y compañeros, que puede producir daños psicológicos y sociales. La mala salud puede ser por sí misma una razón importante de jubilación anticipada.

Es necesario encontrar otro objetivo en la vida mediante nuevos intereses y ocupaciones, y muchos países tienen cursos de “preparación para jubilación” destinados a ayudar a los que van a jubilarse para adaptarse a los cambios de estilo de vida. La necesidad de tener un propósito en la vida ha determinado grandes

¹²⁸ Ibid. p. 87.

aumentos en los planes de educación de adultos, mientras que el deseo de “sentirse necesario” ha producido más oportunidades de actuar con carácter voluntario.

Ahora bien, esos planes se limitan todavía a una minoría de jubilados en unas cuantas sociedades industriales, y cuanto mas avanzados (y mas ricos) son los países, han comenzado a experimentar con planes de jubilación parcial, diferida y escalonada. Los tipos de jubilación y de actividad económica ejercen un efecto considerable sobre la capacidad de una sociedad de proporcionar servicios sociales y de salud y de sostener pensiones de vejez. El envejecimiento de las sociedades y el aumento de la dependencia económica (relación entre los económicamente productivos y los que no trabajan) limitan el desarrollo de los programas de asistencia social.

Los ingresos son de suma importancia y están ligados al nivel económico de la sociedad: cuanto más pobre es el país, mas baja es la esperanza de vida al nacer. Aun los países más ricos tienen focos de pobreza, y tanto en las sociedades en desarrollo como en las desarrolladas, los niveles de vida de los viejos que viven en esos focos son inferiores al promedio. Además, en tiempos de crisis y hambre en los países pobres, los ancianos son particularmente afectados y su mortalidad por mal nutrición y enfermedades aumenta desproporcionadamente. Esta comprobado que la

instrucción puede ser importante para contrarrestar, hasta cierto punto, los efectos de la pobreza sobre la salud.

Un efecto más de la participación sostenida de los ancianos en la vida económica es que esta fomenta la autonomía y reduce la necesidad del apoyo de la familia y la comunidad. La seguridad económica de las mujeres de edad avanzada es motivo de especial preocupación porque estas suelen tener menos instrucción, es menos probable que hayan trabajado fuera del hogar y más probable que sean viudas. Por tanto, las pensiones que les aseguren al menos un nivel de vida adecuado aunque frugal puede reducir la carga que imponen a los servicios de salud y otros de carácter social.¹²⁹

8.8.4. RELACIONES SOCIALES EN LA CULTURA DE LA ANCIANIDAD

8.8.4.1 La red Social en la Cultura de la Ancianidad

En términos generales, y aplicado al conjunto de la población anciana (dentro del que deberemos señalar diversas e importantes variantes), podemos afirmar que las relaciones sociales durante el período de la vida a partir aproximadamente de

¹²⁹ Aplicaciones de la Epidemiología al Estudio de los Ancianos. Op Cit. p. 50 y 51.

los 65 años se empobrecen con respecto al período de vida anterior; se reduce la cifra de contactos interpersonales en cantidad y fundamentalmente en intensidad, y la forma de las relaciones sufre un cambio cualitativo, que tiende hacia la funcionalidad exagerada a medida que la edad avanza: el extremo es el individuo senil que no puede moverse de la cama o casi, que no dispone de dinero suficiente para pagar a una persona de compañía y que, por tanto, depende absolutamente de sus relaciones sociales.

Uno de los factores importantes que influyen en el proceso de empobrecimiento de las relaciones sociales de los ancianos es la pérdida prácticamente total de contacto con individuos de otros grupos de edad, aparte de hijos, nietos o sobrinos, las relaciones con los cuales son mayoritariamente instrumentales. Esta pérdida resulta especialmente radical en los hombres, el sexo que mas se empobrece con la ancianidad. A lo largo de la vida productiva, la misma actividad laboral provoca el contacto con los individuos de distintos grupos de edad, pero con la jubilación terminan estas relaciones (si bien formales) y los jubilados quedan encerrados en su grupo de edad. Es necesario pues señalar, en las relaciones sociales de los ancianos, la diferencia entre las relaciones intra grupales y las relaciones con otros grupos de edad, prácticamente inasistentes.¹³⁰

¹³⁰ FERICGLA, Joseph. Envejecer: Una antropología de la ancianidad. Anthropos. Barcelona. 1992. p. 156 y 157.

8.8.4.2. La “forma” de las relaciones sociales

Inicialmente, al hablar de las relaciones sociales de los ancianos me refiero al conjunto de la red de personas a las que el sujeto se siente vinculado en algún sentido. Esta malla, construida por individuos humanos y constituida por la familia, conocidos, contactos y afectos interpersonales, esta formada por dos tipos de lazos grupales que, si en caso del segmento de los adultos productores son fácilmente diferenciables, se confunden muchas veces entre los ancianos; y esta ordenación distinta de los tipos de lazos que se unen al sujeto con su red social constituye una de las características de las relaciones sociales durante la ancianidad. En este sentido, existe un claro paralelismo con el mismo aspecto en la cultura de la adolescencia actual.

En antropología se acepta la división de las relaciones sociales humanas en dos categorías básicas: a) el grupo **primario** informal, basado en las relaciones personales y familiares, de base afectiva y que actúa como agente socializador, de carácter holístico y conjuntivo, que sirve para satisfacer las necesidades básicas de comunicación e intimidad; y b) el grupo **secundario**, basado en una organización formal y estructurado en base a las relaciones personales, cuyos miembros se reconocen en la asunción de roles concretos. En una terminología teórica muy exacta (aunque de difícil traducción) para referirnos a los lazos

grupales en base a cada uno de estos tipos de relaciones, recupero la que propuso en 1887 el joven alemán Ferdinand Tonnies, y que llevo a formas teóricas ideales de organización social (Tonnies, 1957): me refiero a la sociedad basada en las relaciones del respeto mutuo. De comunicación emocional y colectiva en un conjunto de creencias, de tradición y de amistad, y en la que prevalece el individuo por encima del rol que desarrolla (lo que seria una sociedad pensada como un grupo primario); y a la sociedad impersonal y anónima, basada en las obligaciones mutuas reflejadas en los contratos, en los que los miembros son individualistas, anónimos e intercambiables en función de sus roles (lo que seria una sociedad pensada como un gran grupo secundario).

Entre los ancianos, los límites de esta división se diluyen. El que había sido un compañero de trabajo, relaciones formales, se convierte, en algunos casos, en un amigo con quien jugar a cartas a partir de la jubilación – relaciones formales -; y a los miembros de la familia inmediata – relaciones informales – se les obliga a cumplir funciones concretas y muy definidas, tales como tramitar la burocracia del anciano en un sentido amplio, o acompañarle al medico cuando siente dolores, obligaciones, que entran plenamente dentro de los roles del grupo secundario – relaciones formales -. Estas obligaciones, además, no se establecen a cambio de dinero o colaboración posterior concretada en un contrato escrito u oral, como seria la forma de actuación en unas relaciones formales normales, si

no en nombre de los lazos afectivo-familiares, que deben respetarse, a pesar de que en muchos casos el familiar del anciano no los sienta como tales: un hijo/-a puede no querer a su padre y no ser considerado por esto una mala persona; sin embargo no se puede dejar de cumplir las obligaciones formales implícitas en el rol de hijo/-a, puesto que incluso la legislación penal actual en España castiga a los hijos por el abandono de los ancianos si estos le denuncian. Indudablemente, si existe una ley que legisla y unas obligaciones derivadas de un rol (el de hijo) estamos tratando de relaciones formales o secundarias (Gellschaft). En consecuencia, entenderé por relaciones sociales el conjunto total de la red social a la que el anciano pertenece, dentro de la que se mueve y a través de la cual se siente integrado en la sociedad.

Otro tipo de relaciones es el designado en catalán como el *elsconeguts* (los conocidos), individuos con los que la conexión del sujeto es mínima, y acostumbran cumplir relaciones muy difusas en su vida, como por ejemplo hacerle sentir ligeramente integrado en un territorio vecinal, aportar alguna pequeña ayuda e intercambio, etc.¹³¹

¹³¹ Ibid. p. 157, 158 y 159.

8.8.4.3. El desarraigo social durante la ancianidad

Una vez, definido la que entenderé por relaciones sociales en el presente texto, debo detenerme de nuevo en otra de las características de las relaciones interpersonales durante la senectud: se trata del desarraigo social vivido por el individuo y que se manifiesta a través de las relaciones sociales (o de la ausencia de ellas).

Entendido por desarraigo la rotura o disolución de la red social del anciano, que termina separándose del grupo de pertenencia anterior (sea cual sea el motivo) sin adscribirse a ningún otro grupo, formal o informal. En la actualidad podemos considerar que existen dos tipos de desarraigo entre la población anciana: total y parcial. Entiendo que el **desarraigo es total** en cualquiera de estos dos casos:

1. El individuo vive lejos de su familia filial, o bien carece de ella, y no tiene a nadie con quien mantener una interacción social íntima y funcional, a pesar de residir en un contexto territorial conocido.
2. El individuo, con la finalidad de ser atendido en el periodo senil, se traslada, o es trasladado, a una residencia para el extraña, y este hecho implica alejarse de sus referentes sólidos y de las personas con las que ha establecido los

grupos de pertenencia o los recursos que sostienen su identidad, sin que una nueva red venga en sustitución de la anterior.

El desarraigo total representa, pues, la máxima disolución y deterioro de las relaciones sociales de un individuo anciano. Por otra parte, se dan situaciones intermedias que designo como **desarraigo parcial**, y que básicamente se divide en dos:

1. El individuo jubilado o senil se traslada a vivir a una nueva residencia, pero en el mismo contexto territorial (barrio, pueblo), lo que le permite seguir integrado en la misma red social vecinal, abandonando, sin embargo, algunos elementos importantes que conformaban su identidad.
2. Abandonada la red social vecinal de toda la vida anterior, pero la convivencia con su familia o con los nuevos co-residentes es intensa. Es el caso, por ejemplo, de un inmigrante que se traslada a Cataluña de mayor para vivir con alguno de sus hijos y se integra en un núcleo familiar y/o en otras relaciones vecinales nuevas con individuos de la misma clase.

Como ya se ha indicado, las relaciones sociales, tanto extrafamiliares como familiares, tienen una importante tendencia a disolverse y a empobrecerse a medida que el individuo envejece. El primer paso del desarraigo es la jubilación laboral masculina, y el siguiente está causado por la disgregación de la estructura familiar

tradicional y la muerte de los amigos. A medida que avanza la edad, el individuo ve desaparecer a las demás personas que habían formado su grupo de pertenencia, con lo cual aparece y crece un profundo sentimiento de soledad que forma parte consustancial de la vida cotidiana de la mayoría de ancianos seniles, y de forma radical a partir de la viudez, principalmente entre los hombres.

Como consecuencia, el desarraigo, con todo lo que comporta de aislamiento, indefensión, falta de intimidad compartida, etc., se manifiesta de forma radical en aquellos ancianos que no tienen familia. La mayoría de los que habían constituido los grupos sociales de pertenencia del anciano suelen seguir un proceso de disolución (grupo de amigos íntimos), o bien alejan al anciano del círculo (clubes deportivos). Así pues, teniendo en cuenta que el desarraigo es la forma subjetiva en que los ancianos viven lo que objetivamente es la anomalía cultural que representa este segmento de la población, se entenderá que muchos viejos dirijan la mayor parte de sus esfuerzos a conseguir un marco social de referencia al que sentirse pertenecientes.

Resuelven así al mismo tiempo dos motivos de angustia: por una parte, si consiguen integrarse en un grupo social –y principalmente si priman los lazos afectivos e informales- dejan de sentirse desarraigados en una sociedad dominada por los

grupos secundarios, y por otra, dejan de representar una anomalía cultural aunque sea a nivel microsocioal.¹³²

8.8.4.4. Variables que actúan sobre las relaciones sociales

Partiendo de la observación, podemos señalar que las relaciones sociales de los ancianos se organizan siguiendo unas pautas prefiguradas por una serie de factores socioculturales determinantes, que serían incluso susceptibles de ser tratados de forma cuantitativa. Se enumerarán a continuación estos factores por riguroso orden de importancia:

- 1) El sexo
- 2) La forma de residencia
- 3) El nivel de cultura formal
- 4) Contexto social en el que habita el sujeto
- 5) Tradición cultural original o lugar de nacimiento
- 6) Nivel económico
- 7) Pasado individual de cada persona
- 8) Estado físico/mental.

¹³² Ibid. p. 159, 160, 161 y 162.

Cada una de estas variables condiciona, en términos generales, la calidad de las relaciones sociales del anciano, y prefigura que sean satisfactorias o bien que estén teñidas por el desarraigo parcial o absoluto. Podríamos fácilmente otorgar una cualificación numérica a cada uno de los ítems citados y obtener de este modo un retrato de la situación de cada sujeto. Las mujeres mantienen muchas más relaciones sociales que los ancianos; si el sujeto vive solo, sus relaciones serán mucho más pobres que si vive con familiares; a mayor nivel de cultura formal, más cantidad de relaciones sociales; si el contexto es un pueblo rural, el anciano estará incomparablemente más integrado que si vive en un barrio de un gran centro urbano; el nivel económico determinará las posibilidades de consumo, de ocio de cada anciano, y a mayor consumo, más relaciones sociales instrumentales; el pasado de cada individuo juega un papel importante, y no sería difícil su cuantificación; finalmente, el estado de deterioro senil juega un papel proporcional inverso a la intensidad y extensión de las relaciones sociales.¹³³

8.8.4.5. La funcionalidad y el conflicto en las relaciones sociales durante la senectud.

El proceso de deterioro físico y/o mental que caracteriza la senectud va impidiendo lentamente que las relaciones sociales, hasta este momento habituales, se desarrollen

¹³³ Ibid. p. 168.

con normalidad: aumentan las dificultades físicas, se ha perdido la capacidad visual, auditiva y de retención, la autotraslación es problemática, etc. Así pues, es necesario un nuevo cambio en el *estilo de las relaciones sociales* mantenidas hasta este momento (se cambia en varias ocasiones durante la vida: en la infancia; en la adolescencia se formaliza otro estilo con los compañeros de la escuela, y un estilo de relaciones distinto se observa en los grupos de la calle; posteriormente, en la colocación laboral, y, finalmente, se crea una nueva forma de colectividad durante la jubilación). En nuestra sociedad, sin embargo, no existe una pauta ideal consensuada y específica sobre la forma que deberían tener las relaciones sociales entre los individuos seniles afectados por estas limitaciones, y entre ellos y el resto de la sociedad. Se constata, en cambio, que desde hace algunos años se está consolidando un nuevo modelo social ideal sobre las relaciones sociales entre los mismos ancianos. Este proceso de cambio cultural y conductual se está generando a partir de la creación de los clubes, hogares y casas de jubilados.¹³⁴

¹³⁴ Ibid. p.169.

DISEÑO METODOLÓGICO

9. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación tiene un enfoque empírico analítico, de tipo descriptivo ya que mide unas variables o propiedades de un individuo, grupo o comunidad; de este modo, se puede decir que la investigación está estructurada con dos componentes: uno de naturaleza formal o analítica, compuesto de principios que permiten explicar los hechos; y otro de naturaleza empírica, que radica en las condiciones de control experimental y verificación de las formulaciones teóricas con base en condiciones de experiencia.

Desde el punto de vista de su contenido, proporciona saber sobre lo real y desde el punto de vista de su método, hace posible un reconocimiento ordenado y creciente de ese saber. En efecto, esta investigación se ocupa de “hechos reales”, su fundamento se apoya en la observación sistemática y en el manejo de las reglas del método positivo; su utilidad tiene que ver con la posibilidad de dominio tanto de los procesos naturales como sociales.¹³⁵

¹³⁵ ALVARADO. Sara y Otros. Enfoque de Investigación en Ciencias Sociales: Su perspectiva epistemológica y metodológica. Modulo 1. Segunda edición. CINDE. Manizales. 1992.

10. LINEA DE INVESTIGACIÓN:

La investigación “Influencia de las enfermedades crónicas en el estilo de vida de los adultos mayores que participan en los clubes de ancianos en las diez comunas de la ciudad de Armenia” se inscribe dentro de la línea: Envejecimiento y Vejez, ya que este estudio se relaciona directamente con la tendencia actual con respecto al envejecimiento que plantea la existencia de un antecedente genético, que sumado al estilo de vida y a las condiciones en las cuales se vive, determinan el patrón de envejecimiento de cada persona y el estado de salud al envejecer. Es decir, generalmente “se envejece como se ha vivido”, por tanto, se puede argumentar que el envejecimiento esta biológicamente programado y socialmente condicionado.

Por lo tanto, el envejecimiento y la vejez están determinados, en buena medida por gustos y hábitos adquiridos durante todo el transcurso vital.

Acorde con lo expuesto, el estudio del envejecimiento se fundamenta en el reconocimiento del ser humano como unidad funcional, resultante de la integración de lo biológico, lo psicológico y lo social; donde se considera al ser humano en su proceso de envejecer a través de todas las etapas que conforman el

ciclo vital, ya que a través de su desarrollo se da un proceso gradual de maduración individual, familiar y social que influyen en su vejez.

Un ser humano que nace, se desarrolla y envejece en el seno de una sociedad, en cuyo proceso evolutivo ésta le da contenidos, estímulos y condicionamientos que le van a permitir la realización o no de todas sus potencialidades.¹³⁶

¹³⁶ Líneas de Investigación del Programa de Gerontología. Universidad del Quindío. Facultad de Ciencias Humanas y Bellas Artes. Programa de Gerontología. Armenia. 2000.

11. UNIDAD DE ANALISIS

11.1. POBLACION UNIVERSO:

Para la búsqueda de la población universo se tomo en consideración la lista de clubes de adultos mayores existentes en las diez comunas de la ciudad de Armenia suministrada por la docente Lucelly Ardila Vega del programa de Gerontología de la Universidad del Quindío, la cual contiene el nombre del club, nombre del coordinador, número de integrantes por club, número de teléfono, lugar y horario de reunión; lo que sirvió como base para identificar la población de adultos mayores con la que se trabajó.

Cabe anotar que algunos clubes no tenían el total de integrantes, por lo tanto las investigadoras recurrieron a contactar a los coordinadores de los clubes pero no se pudieron encontrar algunos de ellos porque los números telefónicos no correspondían, estaban fuera de servicio o habían cambiado de domicilio; por lo que se decidió tomar solo los clubes que se pudieron localizar.

A partir de esta información se obtuvo como población total 35 clubes y 1.357 adultos mayores que asisten a dichos clubes en las 10 comunas de la ciudad de Armenia; como se muestra en la siguiente tabla:

Cuadro 3: Número total de adultos mayores de los 35 clubes.

COMUNAS DE LA CIUDAD DE ARMENIA	TOTAL DE CLUBES (GRUPOS) DE ADULTOS MAYORES	NUMERO TOTAL DE ADULTOS MAYORES POR CLUBES.
1	5	220
2	5	172
3	4	122
4	5	103
5	4	273
6	2	65
7	3	118
8	3	104
9	2	129
10	2	51
TOTAL	35	1357

En un segundo momento, se realizaron visitas a los coordinadores de cada uno de los 35 clubes seleccionados para obtener una información más exacta sobre el número de adultos mayores que padecen hipertensión y/o diabetes ya que no se

contaba con estos datos. Por lo tanto se elaboro una pequeña encuesta que fue distribuida en cada club donde se consigno el nombre y apellidos, edad, dirección, teléfono, enfermedad que tiene la persona y hace cuanto tiempo tiene esa enfermedad (anexo A).

De esta manera se obtuvo un total de 553 adultos mayores hipertensos y/o diabéticos que asisten a los clubes de ancianos en las diez comunas de la ciudad de Armenia; el cual fue tomado como universo para la presente investigación.

Con base en estos datos se realizó una visita al Grupo de Investigación y Asesoría en Estadística de la Universidad del Quindío donde se saco el tamaño de la muestra.

11.2. MUESTRA:

Para esta investigación es importante realizar una muestra estratificada cuyo procedimiento de estimación más frecuente consiste en considerar cada estrato como una subpoblación.¹³⁷ De este modo, se tomo como estratos cada una de las comunas de la ciudad de Armenia ya que la población a estudiar esta distribuida en diez de ellas, donde la población o universo objeto de estudio son 553 adultos mayores que padecen hipertensión y/o diabetes, para una muestra de 83 adultos mayores.

¹³⁷ OSPINA B, David. Introducción al Muestreo. Universidad Nacional de Colombia. Departamento de matemáticas y estadística. Editorial Unibiblos. Bogotá. 2001. p. 103

Cuadro 4: Total del universo de adultos mayores con hipertensión y/o diabetes.

COMUNAS DE LA CIUDAD DE ARMENIA	Nº ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD CRONICA (HIPERTENSION Y/O DIABETES)
1	64
2	102
3	64
4	71
5	75
6	26
7	52
8	43
9	34
10	22
TOTAL	553

A continuación se presenta la tabla que contiene el número de adultos mayores con hipertensión y/o diabetes por comuna, el porcentaje que representa cada comuna sobre el total de la población objeto, y el número de la muestra por comuna que

equivale al número de encuestas que fueron aplicadas en cada una de ellas para un total de muestra de 83 adultos mayores.

Cuadro 5: Total de la muestra para la recolección de la información.

COMUNA	Nº DE ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN Y/O DIABETES)	PORCENTAJE	Nº DE LA MUESTRA POR COMUNA
1	64	11.57%	10
2	102	18.44%	15
3	64	11.57%	10
4	71	12.84%	11
5	75	13.56%	11
6	26	4.7%	4
7	52	9.4%	8
8	43	7.77%	6
9	34	6.15%	5
10	22	3.98%	3
TOTAL	553	100%	83

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la tabla propuesta por el Grupo de Investigación y Asesoría en Estadística de la Universidad del Quindío (anexo B), la cual se construyó calculando el tamaño de muestra para las variables nominales suponiendo la máxima varianza, es decir haciendo $\delta^2 = 0.25$, o sea que

$$n \geq \frac{Nn_{\alpha}^2 0.25}{N\delta^2 + n_{\alpha}^2 0.25}$$

N = población

n = tamaño de muestra

n_{α}^2 = cuantil correspondiente al 95% de probabilidad

Teniendo en cuenta un 95% de confianza y un error de muestreo de 0.10, por lo tanto el tamaño de **la muestra es de n= 83.**

De esta forma el porcentaje de la muestra de cada comuna se determinó de la siguiente manera; a modo de ejemplo:

Para la comuna 1

553 _____ 100%

X= 11.57%

64 _____ X

Sabiendo que $n_1 = 64$ lo que representa el 11.57% del total.

83 _____ 100%

$n_{1i} = 10$

X _____ 11.57%

De acuerdo a lo anterior $n_{1i} = 10$ representa el número de encuestas que se aplicarán en la comuna 1; y así mismo se realizó el procedimiento para las comunas restantes.

12. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

En la presente investigación se utilizó la encuesta estructurada para la recolección de la información.

La encuesta es un método para la investigación que se realiza sobre una muestra de sujetos representativa de un colectivo más amplio, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación con el fin de obtener mediciones cuantitativas de una gran variedad de características objetivas y subjetivas de la población. Mediante la encuesta se obtienen datos de interés sociológico interrogando a los miembros de un colectivo o de una población.

Como características fundamentales de una encuesta se destacan:

1. La encuesta es una observación no directa de los hechos sino por medio de lo que manifiestan los interesados.
2. Es un método preparado para la investigación.
3. Permite una aplicación masiva que mediante un sistema de muestreo pueda extenderse a una nación entera.

4. Hace posible que la investigación social llegue a los aspectos subjetivos de los miembros de la sociedad.¹³⁸

En este sentido, la encuesta en la investigación social puede asumir varias modalidades como son:

- Encuesta estructurada o formal.
- Encuesta no estructurada o informal.

Para este caso, se utilizó la encuesta estructurada llamada también formal o estandarizada.

Esta forma de encuesta se realiza sobre la base de un formulario previamente preparado y estrictamente normalizado, a través de una lista de preguntas establecidas con anterioridad. En el cuestionario se anotan las respuestas, en unos casos de manera textual y en otros de forma codificada. Toma la forma de un interrogatorio en el cual las preguntas, establecidas con anterioridad, se plantean siempre en el mismo orden y se formulan con los mismos términos.

¹³⁸ NORTES CH, Andrés. Encuestas y Precios. Matemáticas: Cultura y Aprendizaje. Editorial Síntesis. S.A. España- 1995.

Este tipo de encuesta presupone el conocimiento previo del nivel de información de los encuestados y que el lenguaje del cuestionario es comprensible para ellos de una manera unívoca.¹³⁹

En la elaboración del instrumento de recolección de la información se tuvo en cuenta los objetivos propuestos para que hubiera una articulación entre los objetivos y las preguntas planteadas en el instrumento.

La encuesta contiene información sobre diferentes variables como: datos personales, salud, estilo de vida, participación, relaciones interpersonales y apoyo social. La cual consta de 35 preguntas de selección múltiple; permitiéndole al encuestado elegir entre varias opciones de respuesta, y a su vez se incluyen dentro de estas preguntas abiertas que permiten tener una visión más amplia de la respuesta.

¹³⁹ OSORIO M, Fabio. Investigar para Innovar y Crear. Investigación social cualitativa. Volumen 2. Ediciones Gestionar. Armenia Quindío. 2001.

13. PROCEDIMIENTO

13.1 ESTUDIO PILOTO Y APLICACIÓN

Para la presente investigación la selección de la muestra se realizó al azar mediante una tabla de números aleatorios (Anexo C).¹⁴⁰ Posteriormente se llevó a cabo una prueba piloto que se aplicó a 5 adultos mayores que pertenecen a los clubes de ancianos seleccionados para la muestra con el fin de verificar que las preguntas formuladas en el instrumento de recolección de la información fueran las más adecuadas para responder a los objetivos propuestos en esta investigación.

En este sentido, una vez aplicada la prueba piloto, se procedió a estudiar si realmente el modelo de encuesta aplicado contenía preguntas claras, precisas y en un lenguaje sencillo de tal manera que el encuestado pudiera entender fácilmente la formulación de cada pregunta y por ende dar unas respuestas acordes a los interrogantes planteados en la encuesta.

Con base en lo anterior, se le hizo una pequeña corrección al instrumento, donde se completaron algunas preguntas; lo que permitió que la encuesta utilizada para

¹⁴⁰ WAYNE W. Daniel. Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud. Editorial Limusa, S.A. de C.V. Grupo Noriega Editores. Mexico. 1998. p. 823.

recolectar la información fuera la mas apropiada obteniendo unos resultados favorables para esta investigación.

13.2 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

La población en estudio son adultos mayores vinculados a diferentes Clubes de ancianos, de los cuales se tomó una muestra de 83 adultos mayores escogidos en forma aleatoria a los que se les aplicó una encuesta.

Para el almacenamiento de la información obtenida de la muestra, se construyó una Base de Datos en ACCESS y a partir de esta Base se organizó la información en una matriz de datos por variables que posteriormente fue utilizada como el insumo principal para el procesamiento estadístico.

El análisis estadístico se hizo en dos niveles: uno descriptivo a través de gráficas de distribución de frecuencia (gráficos de sector circular, gráficos de barras simples y de barras agrupadas), y un nivel inferencial a través de pruebas de hipótesis.

Para evaluar la relación entre variables cualitativas, se utilizaron pruebas de hipótesis Chi-cuadrado con niveles de significancia del 0.10

Estos análisis se realizaron mediante el programa STATGRAPHICS PLUS versión 5.0 para Windows 98.

RESULTADOS

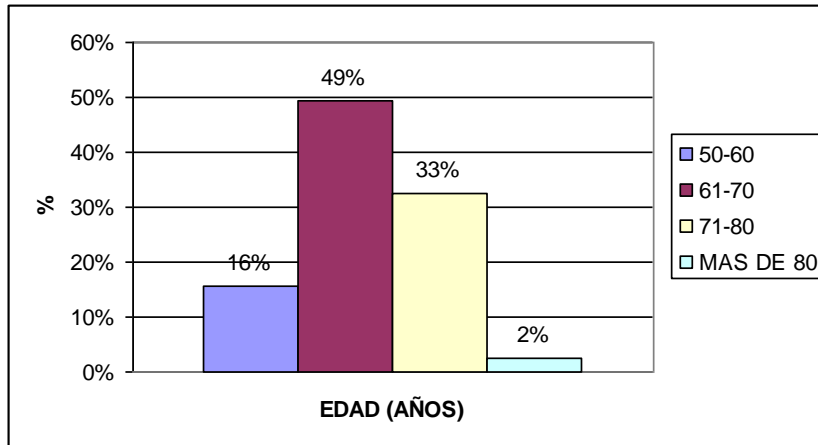
14. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

14.1. INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Para la interpretación de los resultados en esta investigación, se realizó un análisis estadístico de las variables sistemáticas elaborado por el Grupo de Investigación y Asesoría en Estadística de la Universidad del Quindío; de tal manera que permitió a las investigadoras visualizar y describir cada variable a través de los resultados obtenidos, donde se analizó cada una de las gráficas teniendo en cuenta los porcentajes más significativos permitiendo hacer una interpretación detallada de los datos, destacando los aspectos más importantes para responder a las necesidades de esta investigación.

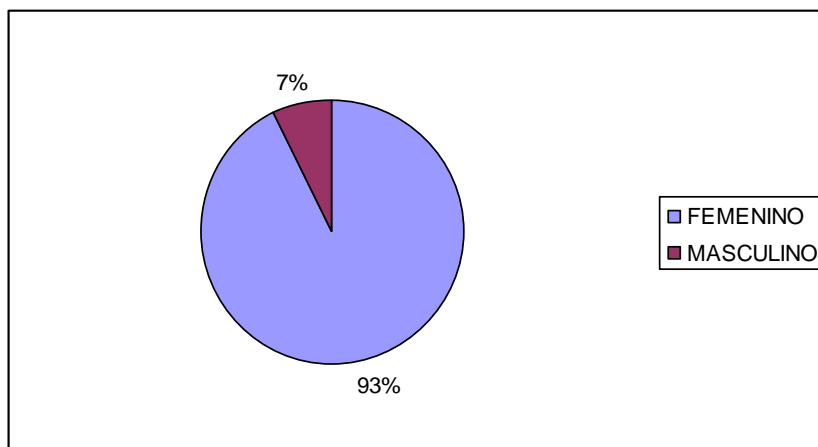
VARIABLE DATOS PERSONALES

Grafico 1. Edad



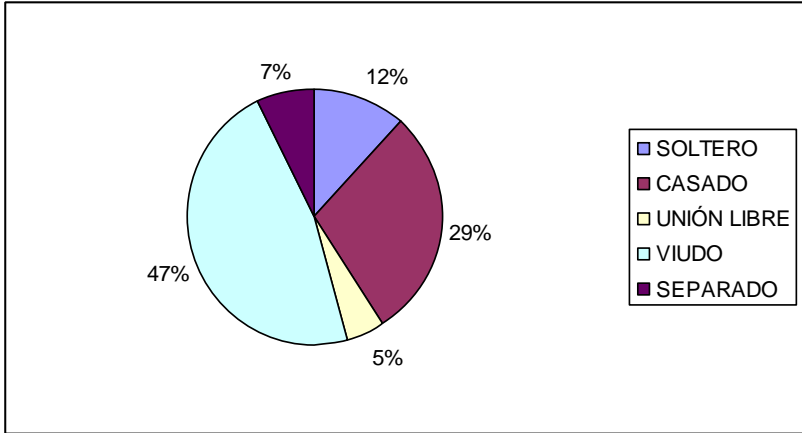
En el estudio realizado se observó que el 49% de los adultos mayores se encuentran en edades entre 61 y 70 años, el 33% tienen entre 71 y 80 años, el 16% entre 50 y 60 años y el 2% tienen más de 80 años. De este modo se puede ver que en la mayoría de encuestados su edad oscila entre 61 y 70 años.

Grafico 2. Sexo



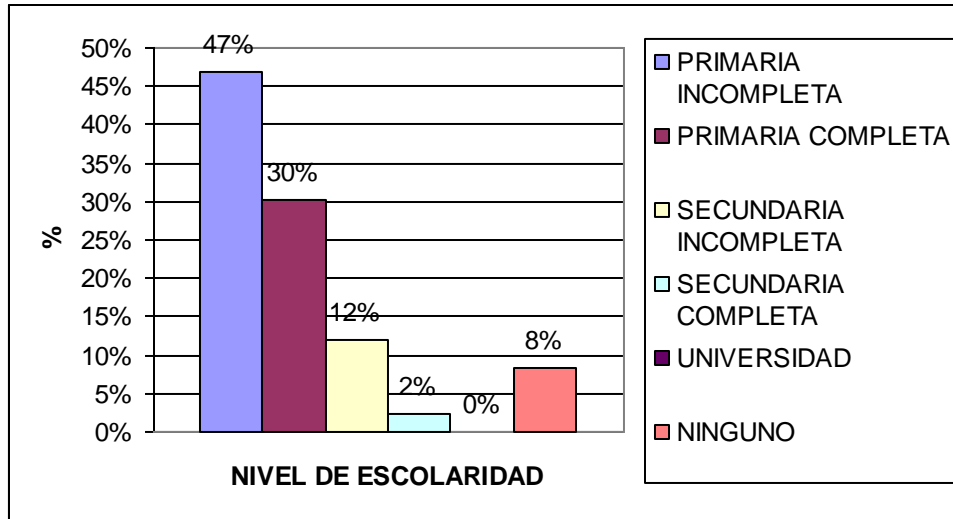
Los resultados de esta categoría muestran que el 93% de los adultos mayores encuestados pertenecen al sexo femenino mientras que el 7% pertenecen al sexo masculino. Dicho dato corrobora que los clubes de adultos mayores están siendo mas frecuentados por mujeres que por hombres. Dado que la mayoría de actividades que ofrecen los clubes están dirigidas a la población femenina.

Grafico 3. Estado civil



Se observo que el 47% de los adultos mayores que asisten a los clubes son viudos, el 29% son casados, el 12% son solteros, el 7% son separados y el 5% viven en unión libre. Lo cual quiere decir que la mayoría de los adultos mayores que frecuentan los clubes son viudos.

Grafico 4. Nivel de escolaridad

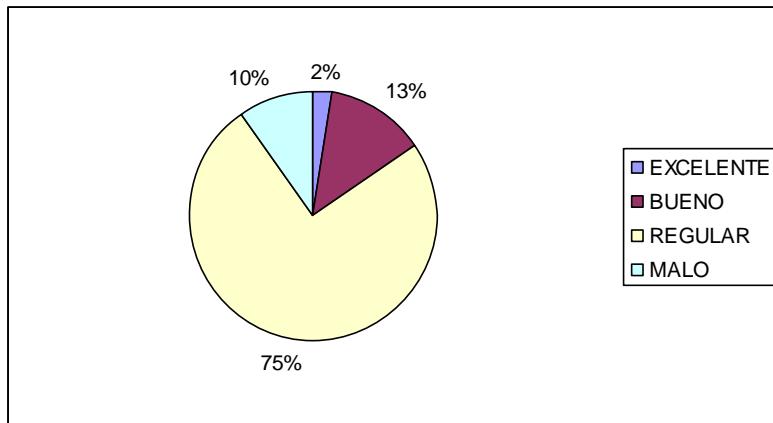


El 47% de los encuestados tiene primaria incompleta, el 30% primaria completa, el 12% secundaria incompleta, el 8% no tienen ningún estudio y el 2% tienen secundaria completa. Esto muestra que el mayor porcentaje de adultos mayores tiene estudios de primaria incompleta.

VARIABLE SALUD

Grafico 5. Estado de salud

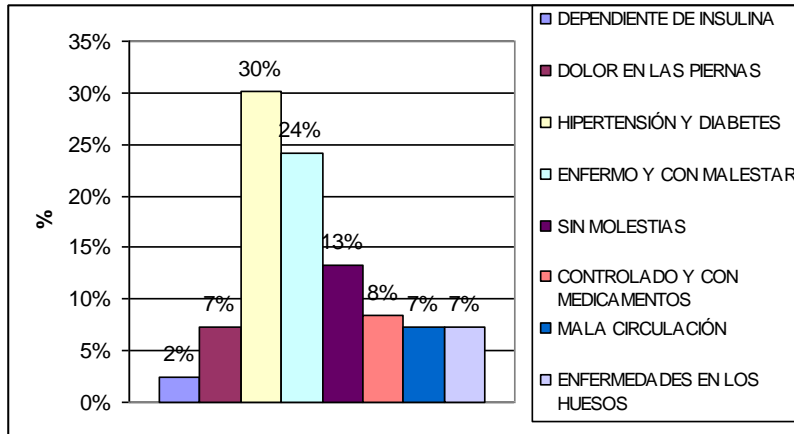
Considera que su estado de salud es:



Los resultados obtenidos muestran que el 75% de los adultos mayores consideran que su estado de salud es regular, el 13% dicen que es bueno, el 10% lo consideran malo y el 2% creen que es excelente. Según estos datos se puede ver que la mayoría de adultos mayores que asisten a los clubes perciben su estado de salud como regular debido a la hipertensión y la diabetes.

Grafico 6. Factores asociados al estado de salud

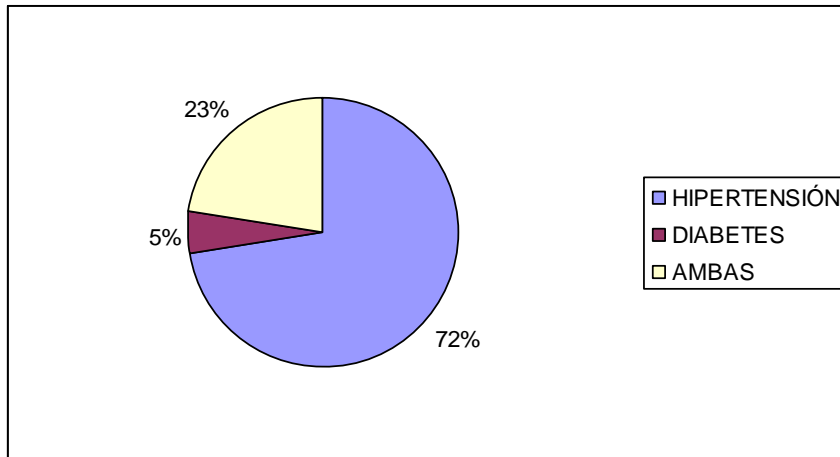
¿Por qué?



El 30% de los adultos mayores relacionan su estado de salud con la hipertensión y la diabetes, el 24% con estar enfermo y sentir malestar, el 13% no presentan molestias, el 8% tienen su enfermedad controlada y toman medicamentos, el 7% tienen mala circulación, el 7% presenta dolor en las piernas, otro 7% manifiesta tener enfermedades en los huesos y el 2% son dependientes de insulina. En este sentido se puede observar que el mayor número de los encuestados consideran que su estado de salud es regular porque padecen hipertensión y diabetes.

Grafico 7. Enfermedad que tiene

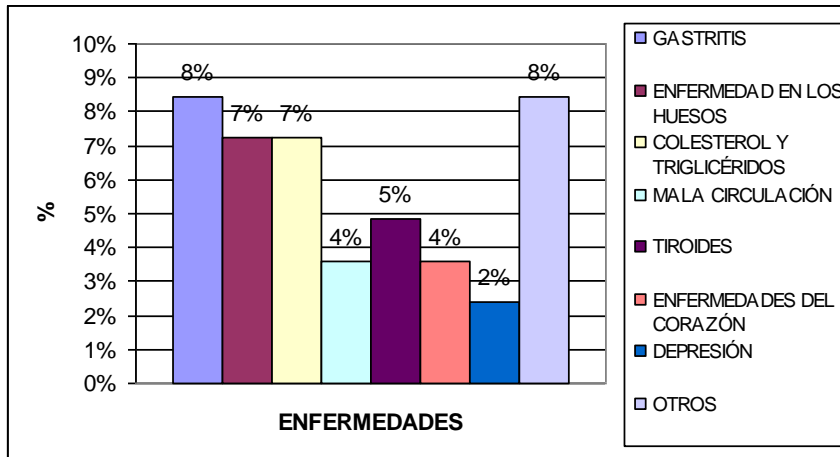
¿Cuál(es) de las siguientes enfermedades padece?



Los resultados determinan que el 72% de los adultos mayores que frecuentan los clubes padecen hipertensión, el 23% las dos enfermedades y el 5% diabetes. De acuerdo a estos datos se observó que la mayor parte de los adultos mayores son hipertensos lo cual corrobora que estos perciben como regular su estado de salud debido a la hipertensión.

Grafico 8. Otras enfermedades

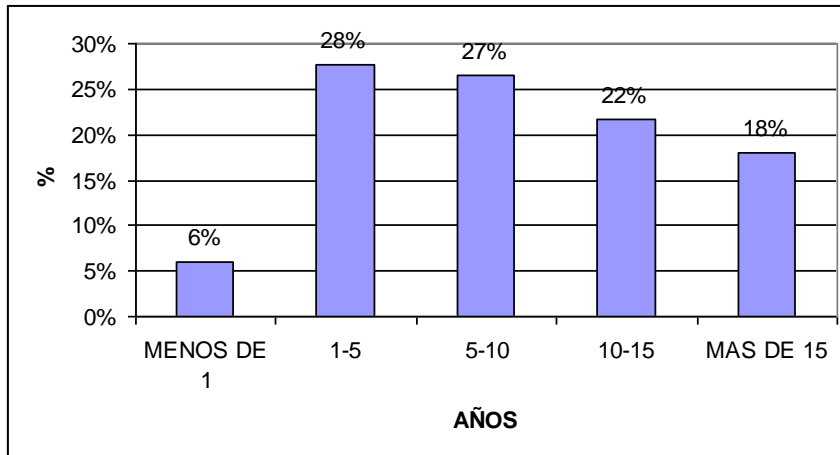
Otras, ¿cuáles?



La grafica nos permite conocer que el 8% de los encuestados tienen gastritis, otro 8% tienen otras enfermedades, el 7% colesterol y triglicéridos, otro 7% enfermedades en los huesos, el 5% sufren de la tiroides, el 4% presentan mala circulación, otro 4% enfermedades del corazón y el 2% sufren depresión. Se pudo ver, que la mayoría de adultos mayores sufren de gastritis debido a que casi todos toman medicamentos.

Grafico 9. Tiempo de la enfermedad

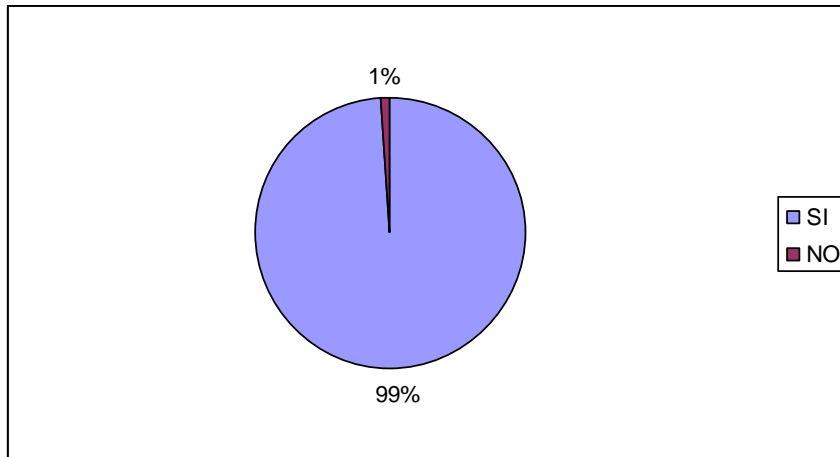
Hace cuánto tiempo usted tiene la enfermedad?



En los resultados se puede observar que el 28% de los adultos mayores padecen la enfermedad entre 1 y 5 años, el 27% entre 5 y 10 años, el 22% entre 10 y 15 años, el 18% hace mas de 15 años y el 6% menos de 1 año. Lo cual quiere decir que gran parte de los adultos mayores encuestados sufren la enfermedad desde hace 1 a 10 años.

Grafico 10. Tratamiento para la enfermedad

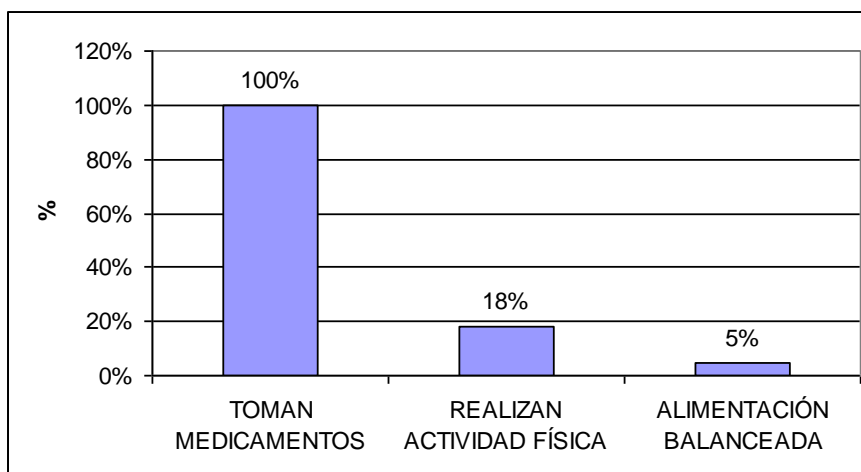
¿Actualmente recibe tratamiento farmacológico o no farmacológico para dicha(s) enfermedad(es)?



El 99% de los encuestados reciben tratamiento para dicha(s) enfermedad(es) y el 1% no recibe ningún tratamiento. Lo que determina que el mayor número de adultos mayores recibe algún tipo de tratamiento ya sea farmacológico o no farmacológico.

Grafico 11. Tipo de tratamiento

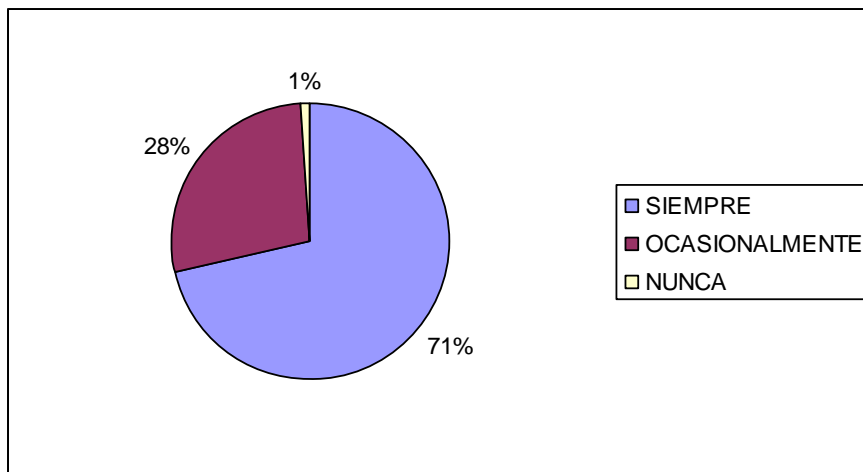
¿Cuál?



Se registro que el 100% de las personas toman medicamentos, el 18% realiza actividad física y el 5% lleva una alimentación balanceada. De este modo se puede determinar que el total de la muestra toma medicamentos para el tratamiento de su enfermedad.

Grafico 12. Frecuencia con que se tienen en cuenta las recomendaciones

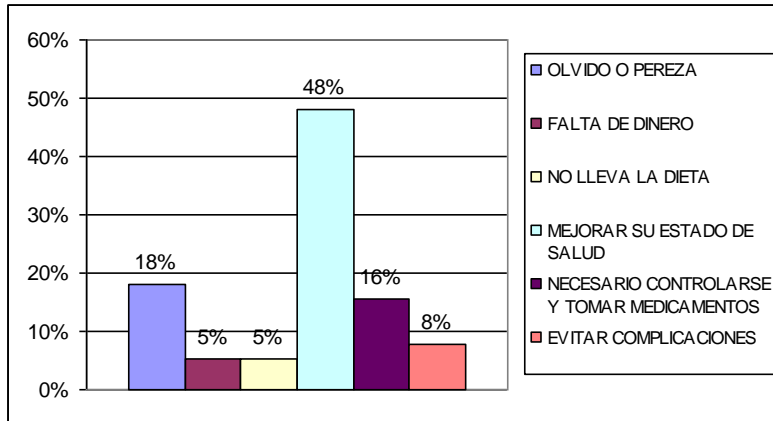
¿Tiene en cuenta las recomendaciones dadas por los profesionales de la salud para el manejo adecuado de su enfermedad?



Los resultados muestran que el 71% de los adultos mayores siempre tienen en cuenta las recomendaciones dadas, el 28% ocasionalmente y el 1% restante nunca sigue las recomendaciones. Según este porcentaje se puede ver que la mayor parte de los adultos mayores que asisten a los clubes tienen en cuenta de manera permanente las recomendaciones dadas para el manejo adecuado de su enfermedad.

Grafico 13. Por qué se tienen en cuenta las recomendaciones

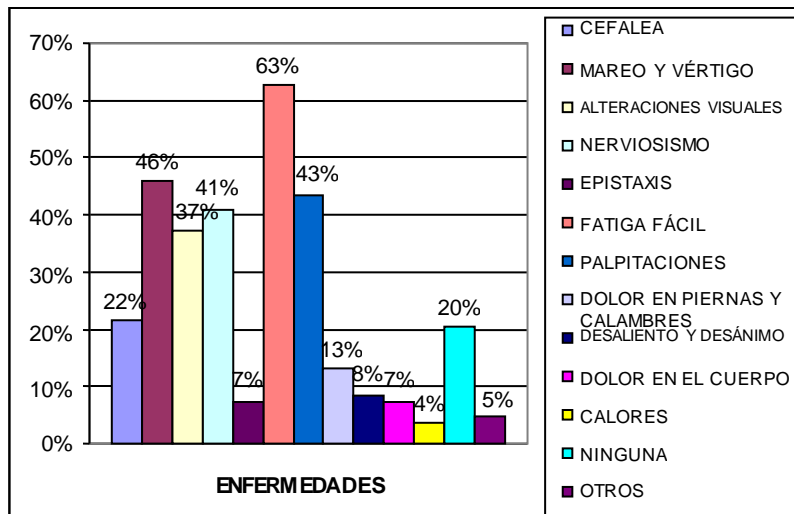
¿Por qué?



El 48% de los adultos mayores siguen las recomendaciones porque desean mejorar su estado de salud, el 18% no las tiene en cuenta por olvido o pereza, el 16% las sigue porque es necesario estar en control y tomar los medicamentos, el 8% para evitar complicaciones, el 5% no las tiene en cuenta por falta de dinero y otro 5% porque no lleva la dieta adecuada. Lo anterior denota que la mayoría de los adultos mayores desea mejorar su estado de salud y por tal razón tiene en cuenta las recomendaciones para el control de su enfermedad.

Grafico 14. Síntomas que dificultan la asistencia al club

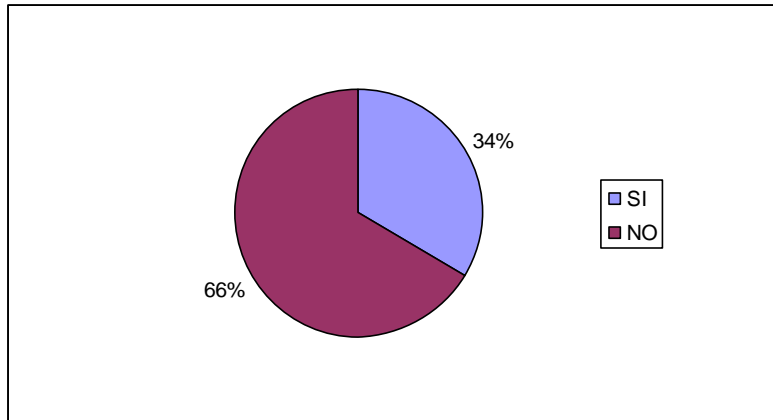
¿Cuáles son los síntomas causados por la enfermedad que tiene, que le impiden asistir al Club de Adultos Mayores?



Los resultados determinaron que el 63% del total de la muestra presenta fatiga fácil, el 46% mareo y vértigo, el 43% palpitations, el 41% nerviosismo, el 37% alteraciones visuales, el 22% cefalea, el 20% no presenta ningún síntoma, el 30% dolor en las piernas y calambres, el 8% desaliento y desánimo, el 7% epistaxis, otro 7% dolor en el cuerpo, el 5% otros síntomas y el 4% calores. En este sentido se observo que para el mayor porcentaje de los encuestados la fatiga fácil o el cansancio es el síntoma que mas los afecta y por ende dificulta la asistencia al club.

Grafico 15. Abandono de actividades a causa de la enfermedad

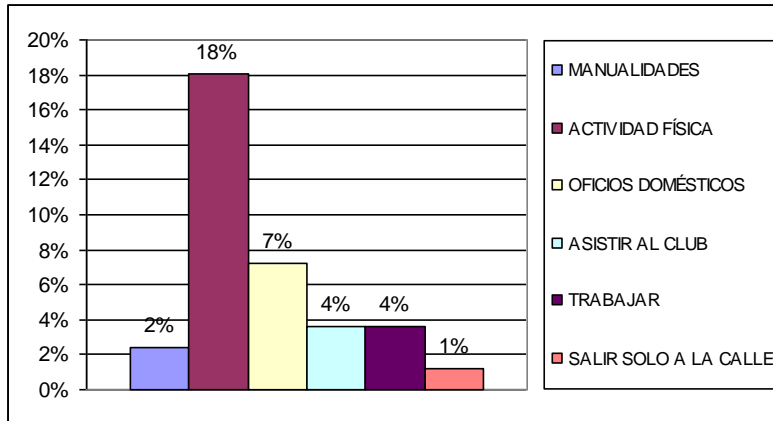
¿Ha tenido que dejar de realizar alguna actividad en el Club o en la vida cotidiana por sufrir esta(s) enfermedad(es)?



La grafica muestra que el 66% de los adultos mayores no han tenido que dejar de realizar ninguna actividad por padecer estas enfermedades y el 34% ha tenido que dejar de realizar alguna actividad a causa de la enfermedad. De este modo se puede ver que el sufrir estas enfermedades no impide realizar actividades en el club o en la vida cotidiana.

Grafico 16. Tipo de actividad

¿Cuál(es)?

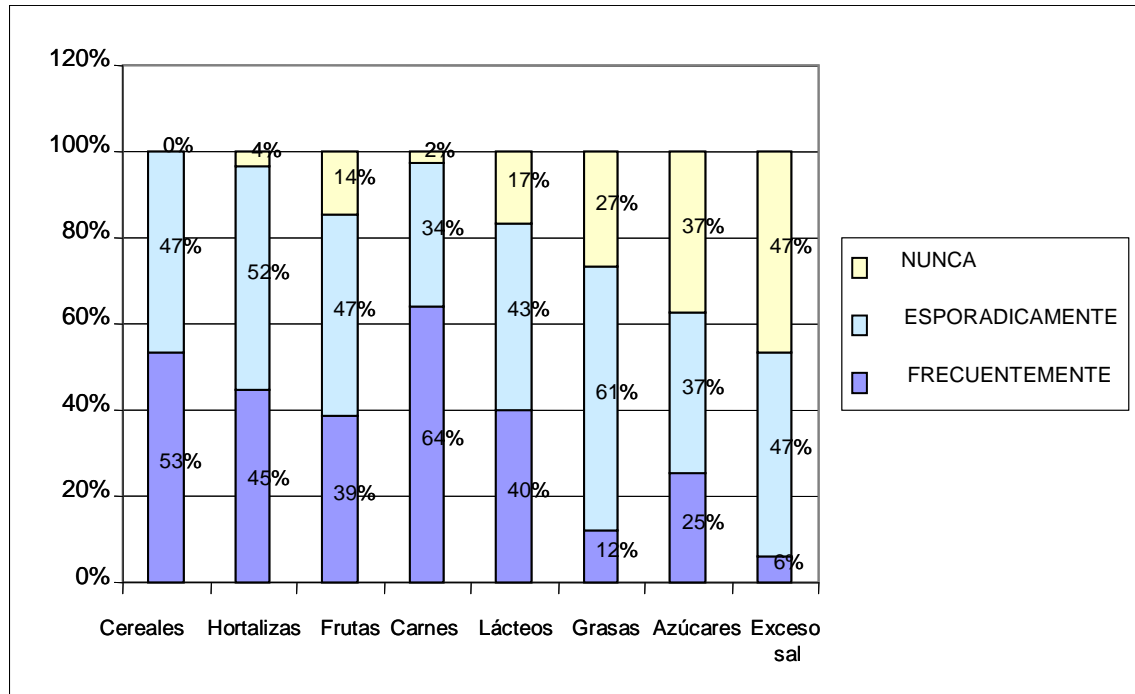


El 18% de los encuestados manifestaron que han tenido que dejar de realizar actividad física por sufrir estas enfermedades, el 7% los oficios domésticos, el 4% han tenido que dejar de asistir al club, otro 4% dejar de trabajar, el 2% dejar de realizar manualidades y el 1% no puede salir solo a la calle. Dicho dato muestra que la actividad que con mayor frecuencia se ha tenido que dejar de realizar a causa de la enfermedad es la actividad física.

VARIABLE ESTILO DE VIDA

Grafico 17. Consumo de alimentos

¿Con qué intensidad consume usted los siguientes alimentos?

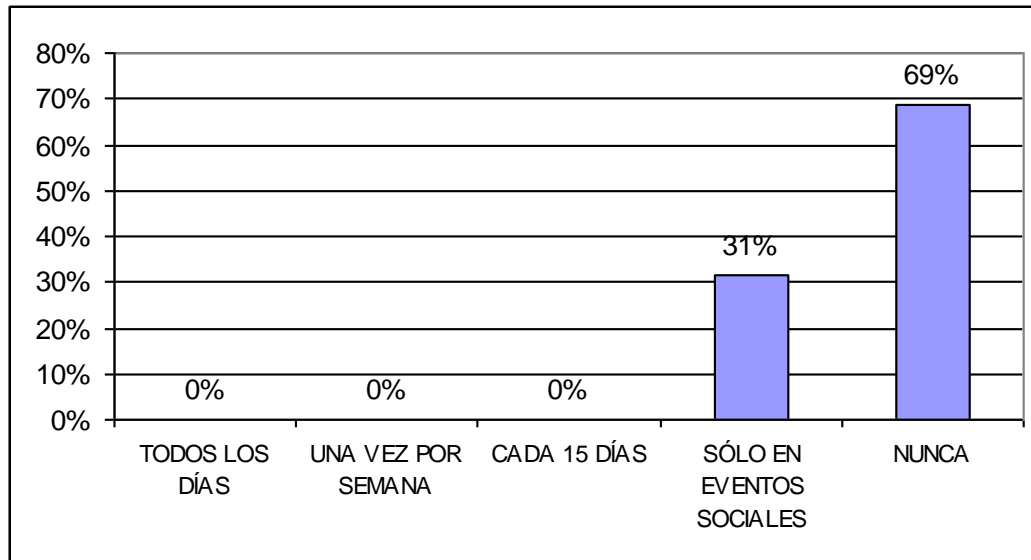


Se registro que el 64% de los adultos mayores consume carne frecuentemente, el 61% consume grasas esporádicamente, el 53% consume cereales frecuentemente, el 52% consume hortalizas esporádicamente, el 47% consume frutas esporádicamente, otro 47% consume alimentos con exceso de sal esporádicamente, otro 47% nunca consume alimentos con exceso de sal, el 43% consume lácteos esporádicamente, el 37% consume azúcares esporádicamente y otro 37% no consume azúcares. Según

los datos obtenidos se destaca que el mayor porcentaje de los adultos mayores encuestados consumen las carnes con mayor frecuencia que los demás alimentos lo cual quiere decir que llevan una alimentación rica en proteínas.

Grafico 18. Consumo de bebidas alcohólicas

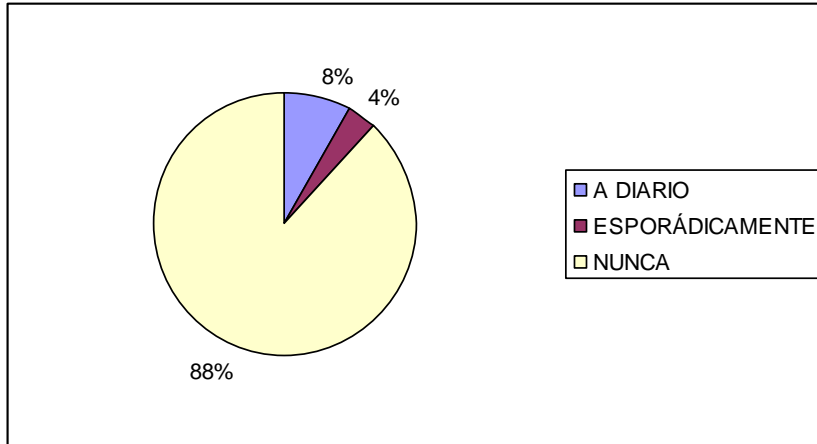
Usted consume bebidas alcohólicas...



Se observo que el 69% de los adultos mayores nunca consumen bebidas alcohólicas y el 31% solo lo hace en eventos sociales. Lo que indica que la mayoría de los adultos mayores tienen un estilo de vida saludable en cuanto al consumo de alcohol.

Grafico 19. Consumo de cigarrillo

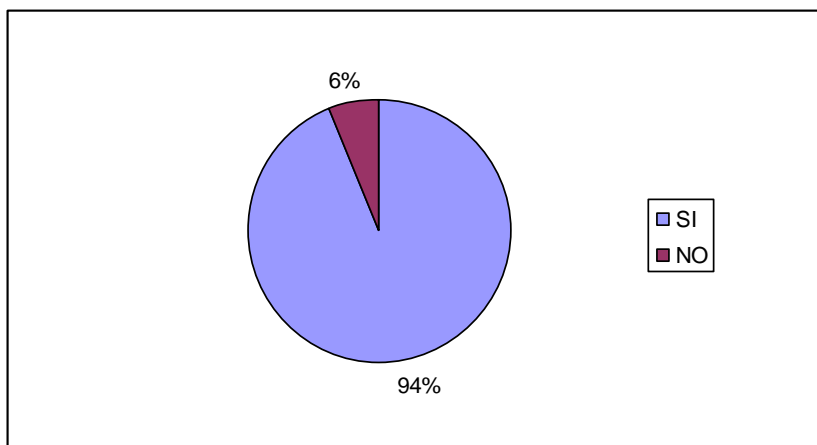
Usted fuma...



El estudio demuestra que el 88% de los encuestados no fuman, el 8% fuma a diario y el 4% lo hace esporádicamente. En esta grafica se puede observar que el mayor porcentaje corresponde a los adultos mayores que no fuman evidenciándose una vez más que llevan un adecuado estilo de vida.

Grafico 20. Práctica de la actividad física

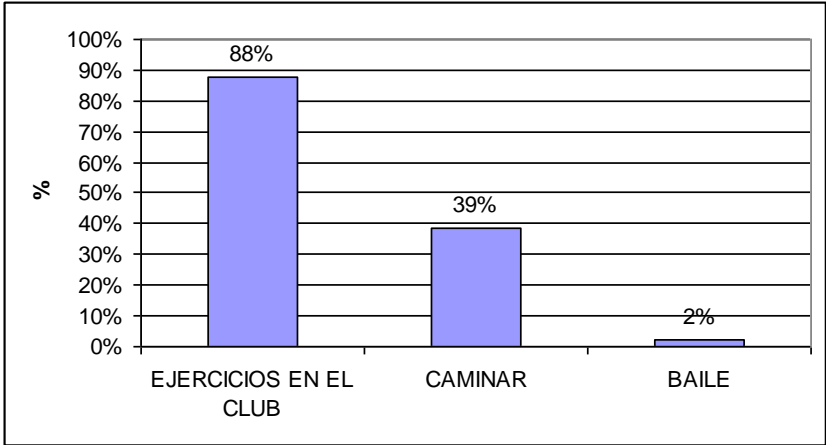
Realiza algún tipo de actividad física?



Los resultados muestran que el 94% de los adultos mayores que asisten al club realizan actividad física y el 6% no lo hace. De este modo, se puede ver que gran parte de los adultos mayores realizan algún tipo de actividad física en el club o fuera de él, lo cual contribuye a tener un estilo de vida sano.

Grafico 21. Tipo de actividad física

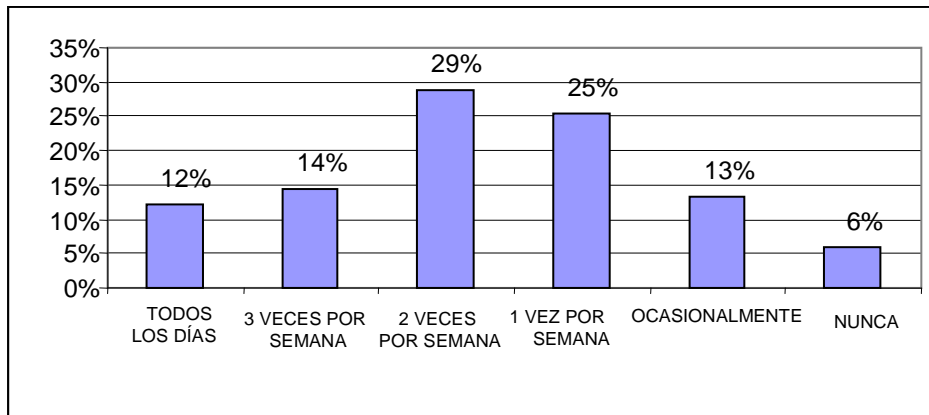
¿Cuál?



El 88% de los encuestados realizan ejercicios en el club, el 39% salen a caminar y el 2% bailan. La grafica muestra que el mayor porcentaje de los adultos mayores realizan ejercicios en el club, lo cual permite mejorar su estilo de vida.

Grafico 22. Frecuencia en la realización de la actividad física

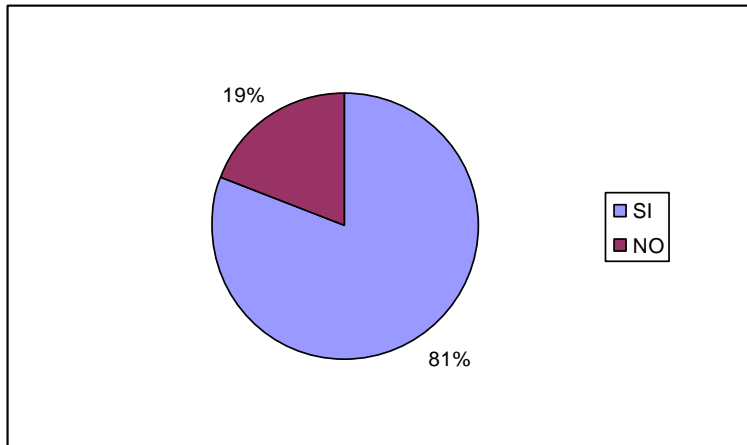
Con qué frecuencia realiza actividad física:



Los resultados hacen referencia a que el 29% de los adultos mayores realizan actividad física 2 veces por semana, el 25% la realiza una vez por semana, el 14%, 3 veces por semana, el 13% la realiza ocasionalmente, el 12% todos los días y el 6% nunca realiza actividad física. En este sentido, se observó que los adultos mayores manifiestan en mayor medida que realizan actividad física 2 veces por semana lo que demuestra que aun hace falta aumentar la frecuencia semanal para realizar la actividad física en los clubes.

Grafico 23. Actividad física en el mejoramiento de la salud

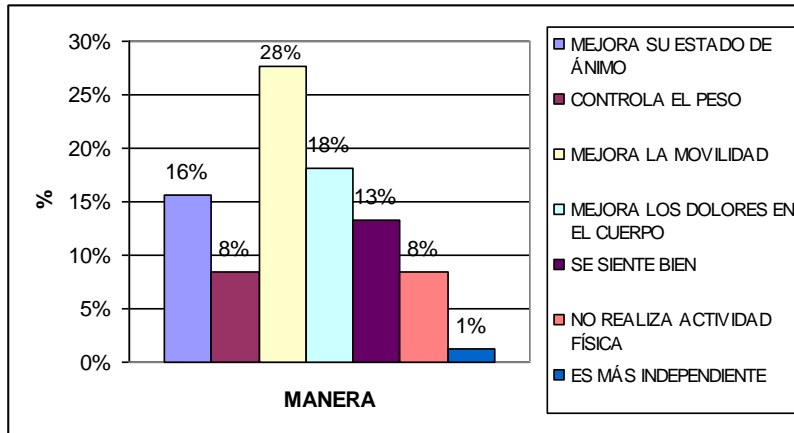
¿Cree usted que la realización de la actividad física ha contribuido a mejorar su estado de salud?



Los resultados de esta categoría muestran que el 81% de los adultos mayores expresan que la realización de la actividad física ha mejorado su estado de salud y el 19% restante creen que no ha mejorado. De acuerdo a lo anterior se puede corroborar que la mayoría de encuestados afirman que el realizar actividad física mejora el estado de salud.

Grafico 24. Manera de mejorar el estado de salud

¿De qué manera?



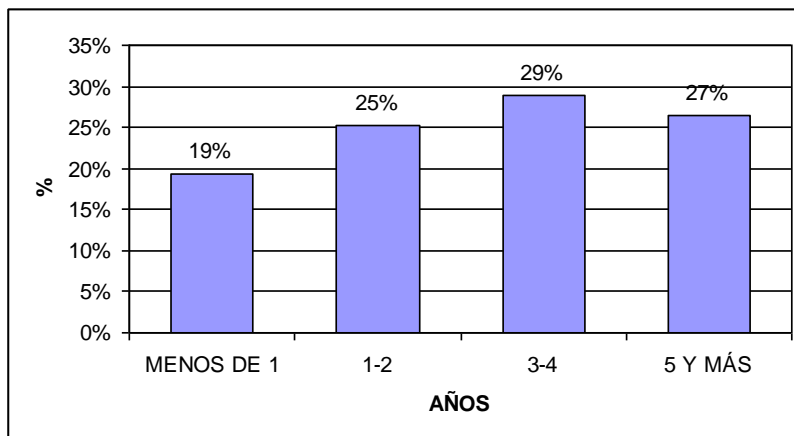
El 28% de los adultos mayores manifiestan que la actividad física mejora la movilidad, el 18% mejora los dolores en el cuerpo, el 16% mejora su estado de ánimo, el 13% se siente bien, el 8% controla el peso, otro 8% no realiza actividad física y el 1% es más independiente.

En este orden de ideas, el mayor porcentaje representa a aquellos encuestados que dicen que al realizar actividad física mejora la movilidad y se sienten más ágiles, demostrando así que el realizar algún tipo de actividad física contribuye a mejorar el estado de salud de los adultos mayores.

VARIABLE PARTICIPACIÓN

Grafico 25. Tiempo en el club

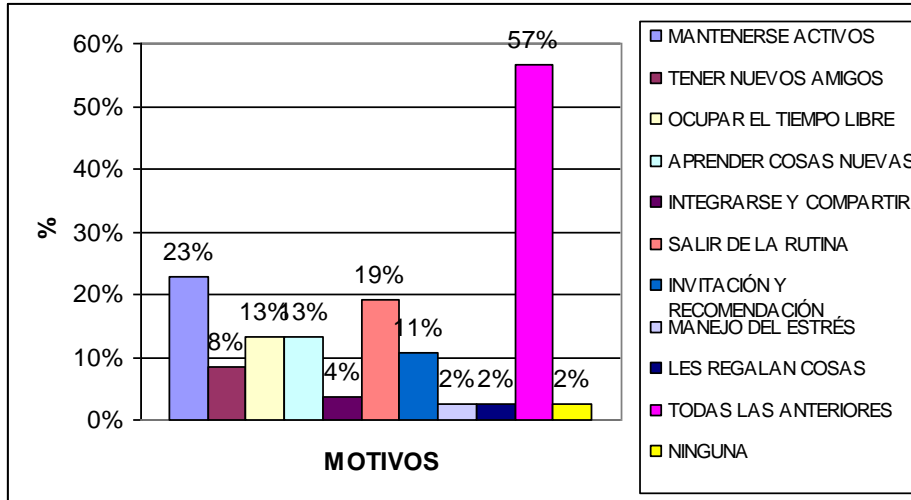
¿Hace cuánto tiempo usted forma parte del Club de adultos mayores?



De los adultos mayores encuestados el 29% forma parte del club desde hace 3 a 4 años, el 27% desde hace 5 y mas años, el 25% entre 1 y 2 años y el 19% hace menos de 1 año. Como se puede observar la mayor parte de la muestra asiste al club desde hace 3 a 4 años, lo que quiere decir que los asistentes a los clubes se sienten a gusto con las actividades que le ofrece el mismo.

Grafico 26. Motivo para ingresar al club

¿Cuál fué el motivo que lo llevó a ingresar al Club?

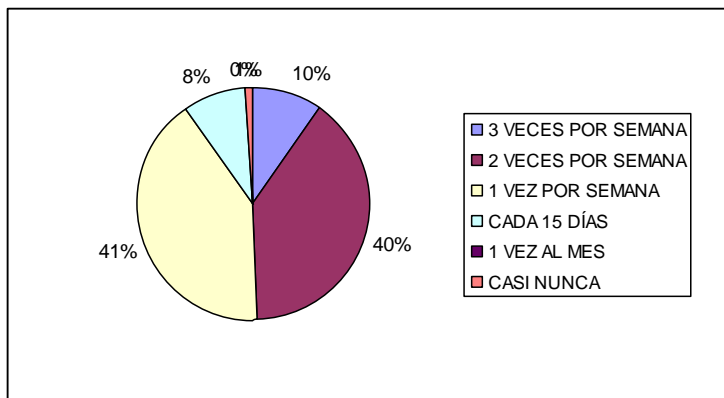


En el estudio realizado el 57% de los adultos mayores respondieron que ingresaron al club para mantenerse activos, tener nuevos amigos, ocupar el tiempo libre, aprender cosas nuevas, integrarse y compartir, salir de la rutina, los invitaron y les recomendaron, para manejar el estrés y para que les regalen cosas; el 23% ingresaron para mantenerse activos, el 19% para salir de la rutina, el 13% para ocupar el tiempo libre, otro 13% para aprender cosas nuevas, el 11% porque los invitaron y les recomendaron asistir, el 8% para tener nuevos amigos, el 4% para integrarse y compartir con otras personas, el 2% para manejar el estrés, otro 2% porque les regalan cosas y el 2% restante ninguno de los motivos enunciados anteriormente. Según este grafico se puede ver que la mayoría de los encuestados asisten a los clubes por muchos motivos, lo que les permite interactuar con otras

personas, mantener su salud física y mental, capacitarse, evitar el sedentarismo y ocupar su tiempo realizando actividades significativas.

Grafico 27. Asistencia al club

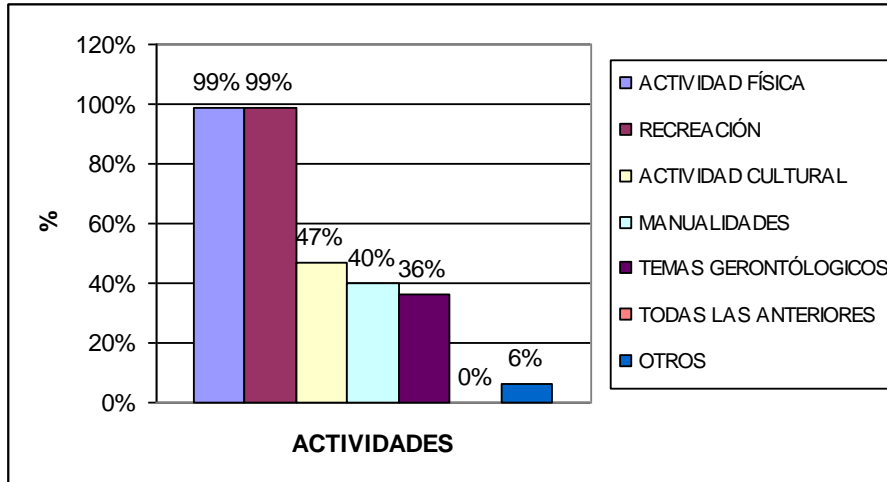
¿Con qué frecuencia asiste al Club al cual pertenece?



Se registro que el 41% de los encuestados asiste al club una vez por semana, el 40% asiste dos veces por semana, el 10% asiste tres veces por semana, el 8% asiste cada 15 días y el 1% casi nunca asiste. Con base en los datos obtenidos la mayoría de los adultos mayores asisten cumplidamente a los clubes, lo cual significa que las actividades que les ofrece el club satisface de una u otra manera las expectativas de los asistentes.

Grafico 28. Tipo de actividades que ofrecen los clubes

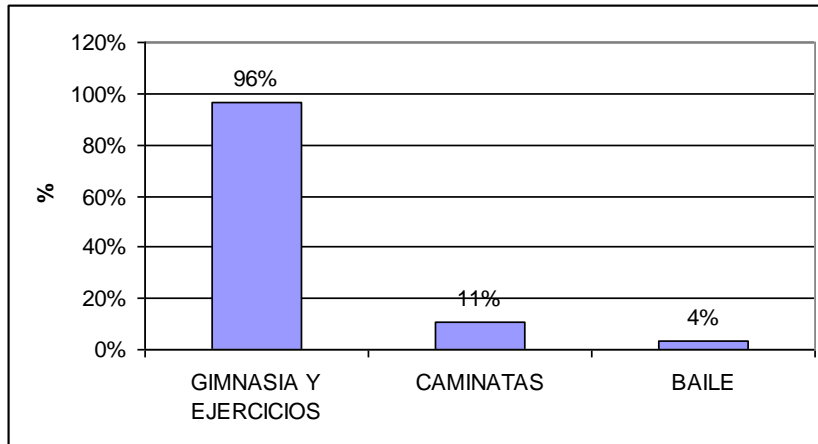
¿Qué tipo de actividades le ofrece el Club al cual asiste?



El 99% de los clubes ofrece actividad física, otro 99% actividades de recreación, el 47% actividades culturales, el 40% manualidades, el 36% temas gerontológicos y el 16% realizan otro tipo de actividades. De acuerdo a lo anterior casi el total de los clubes les ofrecen a los adultos mayores actividad física y recreación siendo estas las actividades de mayor preferencia para ellos.

Grafico 29. Actividad física

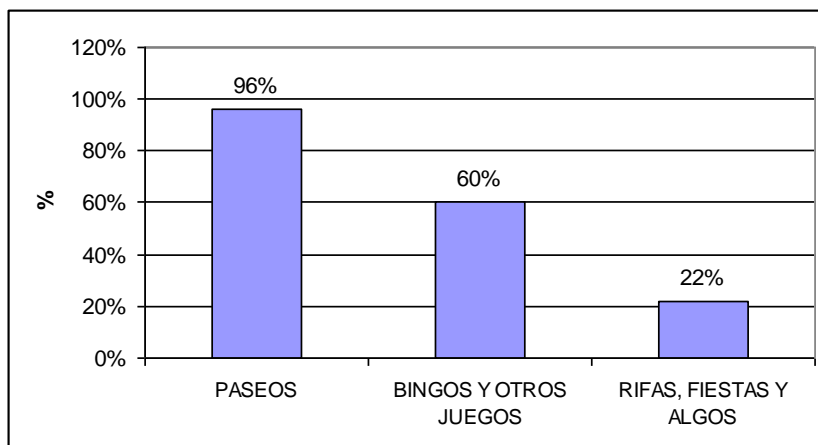
Actividad física consiste:



Los resultados muestran que el 96% de los adultos mayores expresan que la actividad física que le ofrece el club consiste en gimnasia y ejercicios, el 11% realizan caminatas y el 4% bailan. De este modo se puede ver que en la actividad física que ofrecen los clubes predomina la gimnasia y los ejercicios.

Grafico 30. Recreación

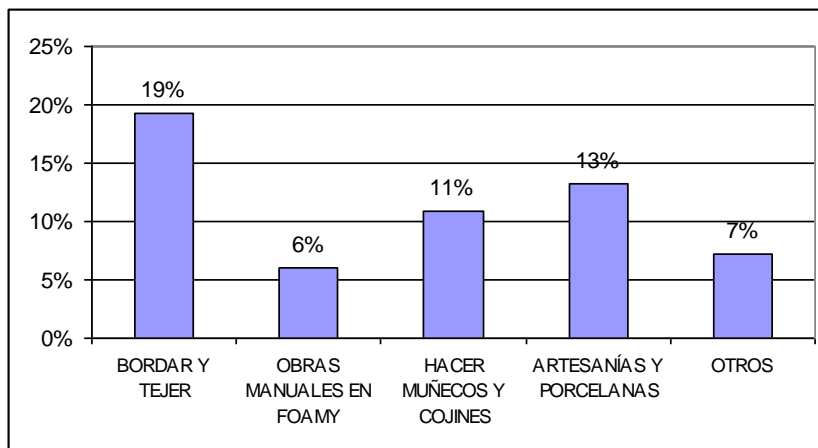
Recreación consiste:



Se observo que el 93% de los adultos mayores manifiestan que la recreación que ofrece el club consiste en paseos, el 60% dicen que les hacen bingos y otros juegos y el 22% hacen rifas, fiestas y algos. Lo que determina que el mayor porcentaje de los clubes realizan paseos ya que es una de las actividades de mayor preferencia por los adultos mayores que pertenecen a los clubes.

Grafico 31. Manualidades

Manualidades consisten:

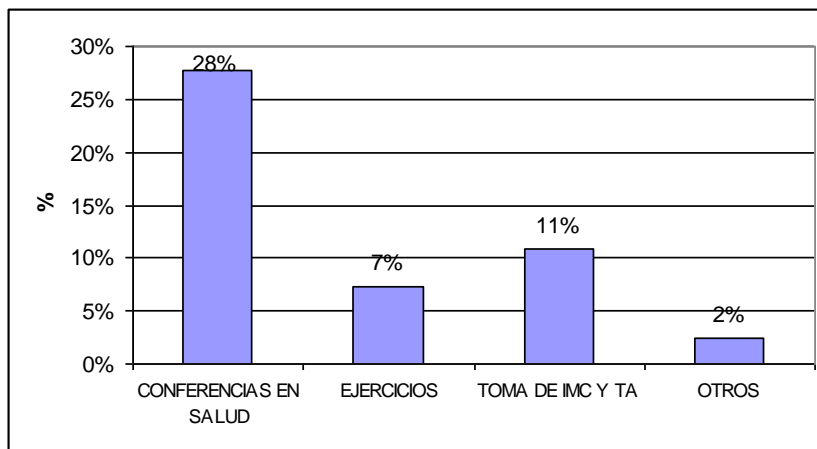


Según el estudio el 19% de los encuestados expresan que las manualidades que realizan en el club consisten en bordar y tejer, el 13% consiste en artesanías, el 11% en hacer muñecos y cojines, el 7% realizan otras manualidades y el 6% hacen obras manuales en fomy. En este sentido gran parte de los encuestados dicen que la mayoría de manualidades que se realizan en el club consisten en bordar y tejer lo cual demuestra que las actividades que ofrecen los clubes se encuentran muy

dirigidas a las mujeres corroborando de esta manera que haya una mayor presencia de mujeres que de hombres en los clubes.

Grafico 32. Temas gerontológicos

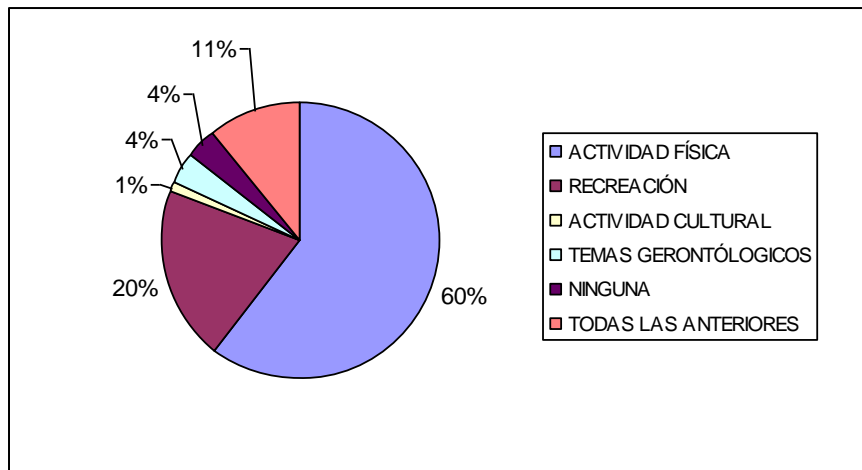
Temas gerontológicos consisten:



El grafico nos permite conocer que el 28% de los adultos mayores contestaron que los temas gerontológicos que les ofrecen en el club consisten en conferencias sobre salud, el 11% dicen que consiste en toma de índice de masa corporal y toma de tensión arterial, el 7% consiste en ejercicios y el 2% realizan otras actividades. De este modo se evidencia que la mayoría de actividades relacionadas con temas gerontológicos que brindan los clubes de adultos mayores consisten en conferencias sobre temas en salud.

Grafico 33. Actividades que contribuyen a mejorar el estado de salud

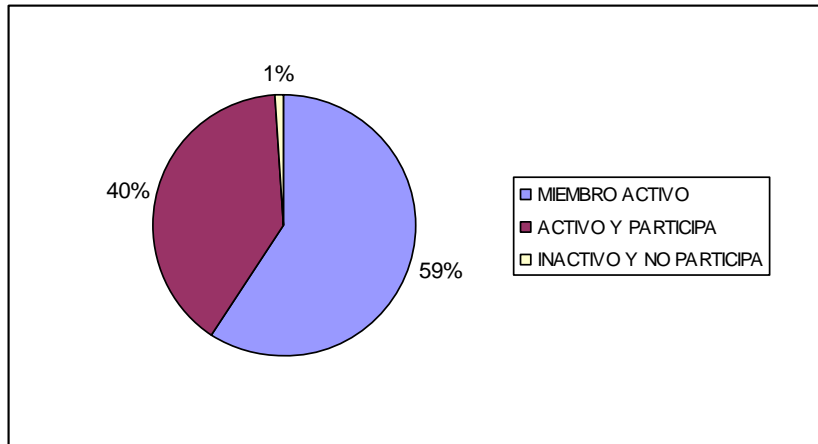
¿De las actividades enunciadas en la pregunta 22, cuál cree usted que contribuye a mejorar su estado de salud?



Los resultados de esta categoría muestran que el 60% de los adultos mayores creen que la actividad física contribuye a mejorar el estado de salud, el 20% creen que es la recreación, el 11% creen que la actividad física, la recreación, las actividades culturales y los temas gerontológicos son los que contribuyen a mejorar la salud; el 4% consideran que ninguna de estas actividades benefician la salud, otro 4% dicen que los temas gerontológicos mejoran su salud y el 1% creen que son las actividades culturales. Estos datos permiten ver que la mayoría de los encuestados creen que su estado de salud mejora al realizar actividad física, demostrando el beneficio que la práctica de esta trae para la salud de las personas.

Grafico 34. Participación en el club

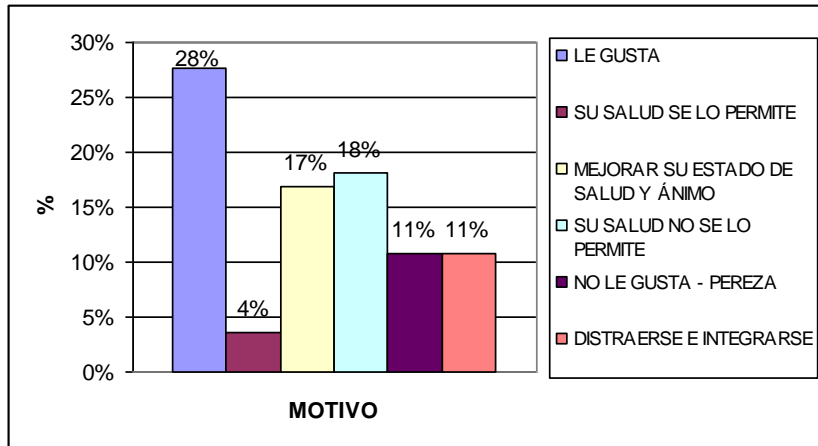
Cuál de los siguientes enunciados describe mejor su participación dentro del Club?



De los adultos mayores encuestados el 59% expresan que participan activamente en el club, el 40% participa ocasionalmente y el 1% no participa en las actividades del club. Se puede observar que el mayor numero de encuestados participan de manera activa en todas las actividades que se realizan dentro del club porque les interesa, les gusta y se sienten bien realizando las actividades que les ofrece el club.

Grafico 35. Motivo por el cual participa

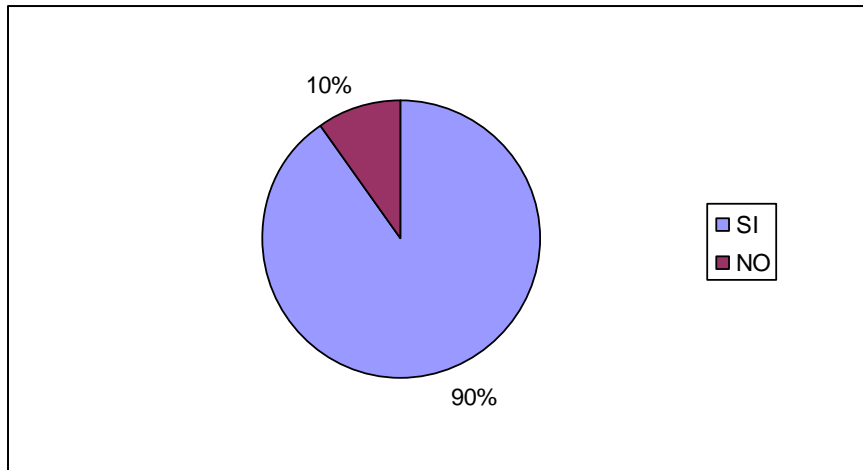
¿Por qué?



Se determino que el 28% del total de la muestra manifiestan que participan en el club porque les gusta, el 18% dice que su salud no se lo permite, el 17% participa para mejorar su estado de salud y estado de animo, el 11% no le gusta participar y le da pereza, otro 11% participa para distraerse e integrarse y el 4% lo hace porque su salud se lo permite. El mayor porcentaje de los encuestados les gusta participar ya que las actividades son de su agrado y a su vez les trae beneficio en cuanto a mejorar el estilo de vida y el estado de salud.

Grafico 36. Participación como forma de mejorar el estilo de vida

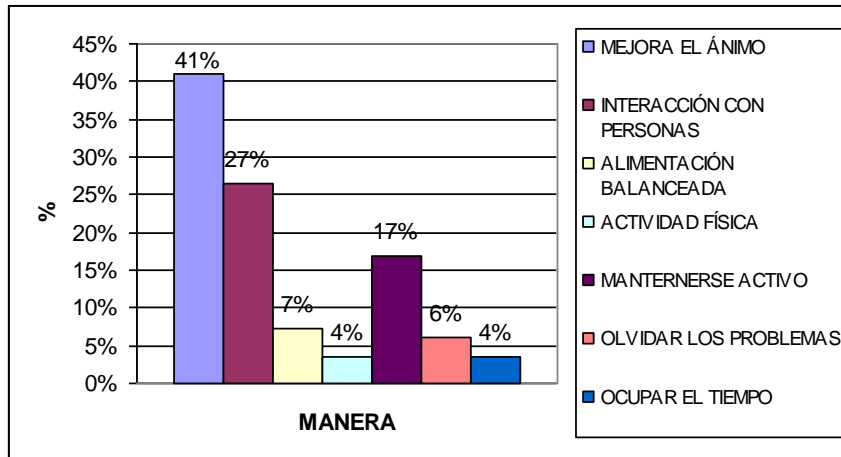
¿Cree usted que su participación en el Club ha contribuido a mejorar de alguna manera su estilo de vida?



Se identifico que el 90% de la población encuestada considera que la participación en el club ha contribuido a mejorar su estilo de vida y el 10% creen que no ha mejorado su estilo de vida. Por lo tanto en esta grafica se puede verificar que el participar en un club de adultos mayores ha contribuido a mejorar el estilo de vida y por ende el estado de salud de la gran mayoría de encuestados.

Grafico 37. Formas en que ha mejorado el estilo de vida

¿De qué manera?

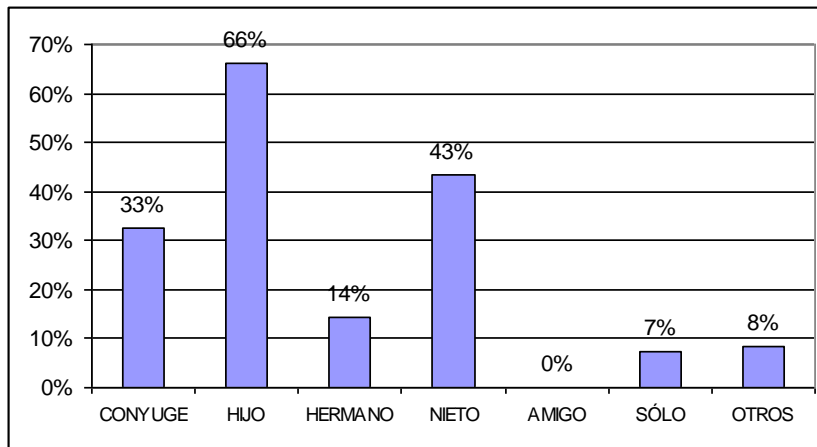


Dentro de la población encuestada, se observó que el 41% de los adultos mayores el estilo de vida cambió porque mejoró el estado de ánimo, el 27% interactúa más con otras personas, el 17% se mantienen activos, el 7% lleva una alimentación balanceada, el 6% olvida los problemas, el 4% realiza actividad física y otro 4% ocupa el tiempo libre. El mejoramiento en el estilo de vida se atribuye a que el mayor número de adultos mayores al participar en los clubes, mejoró el estado de ánimo notablemente.

VARIABLE RELACIONES INTERPERSONALES

Grafico 38. Personas con las que vive

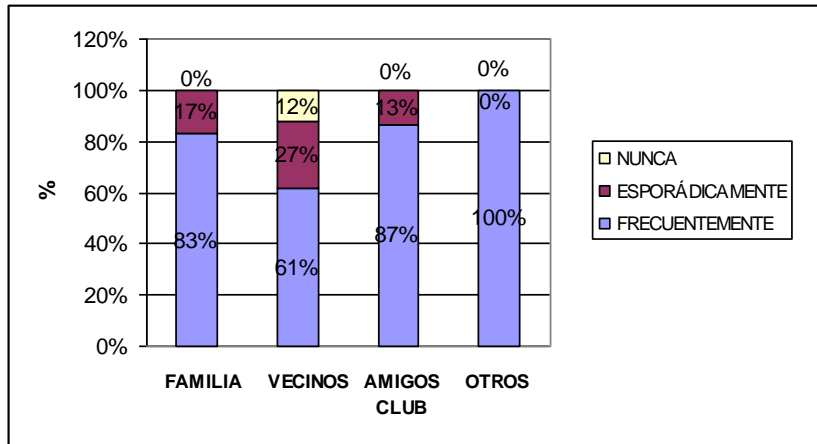
¿Con quién vive?



Aquí se ve que el 66% de los adultos mayores viven con los hijos, el 43% viven con los nietos, el 33% con el cónyuge, el 14% con los hermanos, el 8% vive con otras personas y el 7% viven solos. En este orden de ideas la mayoría de los adultos mayores viven con sus hijos, además el mayor porcentaje de encuestados son viudos dando lugar a que sean los hijos quienes se ocupen del cuidado y alojamiento de sus padres.

Grafico 39. Frecuencia de las relaciones de comunicación

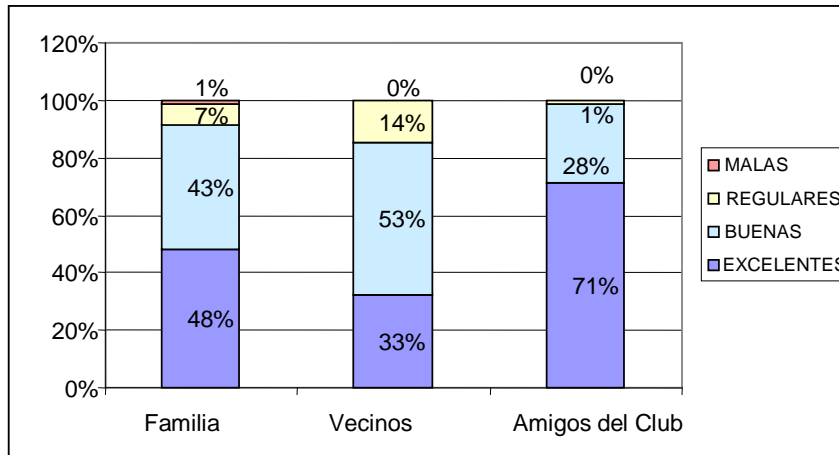
Usted mantiene relaciones de comunicación con:



Las respuestas de los encuestados indican que el 100% mantienen relaciones de comunicación de manera frecuente con otros amigos, el 87% con los amigos del club, el 83% con su familia y el 61% con sus vecinos. De acuerdo a lo anterior la grafica muestra que los adultos mayores se relacionan constantemente con otras personas que generalmente no son miembros de la familia y en este orden de importancia le siguen los amigos del club; significando que los adultos mayores sostienen relaciones de comunicación de manera frecuente resaltando la importancia de los procesos de socialización en la vejez.

Grafico 40. Calidad de las relaciones de comunicación

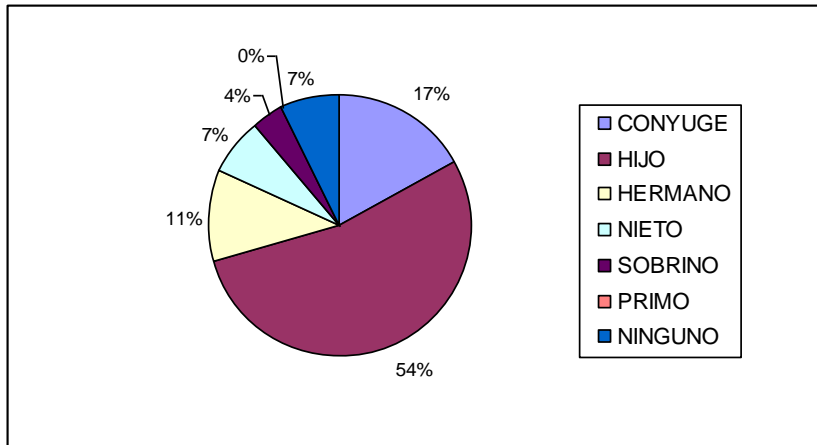
Cómo son las relaciones de comunicación con:



Como se puede apreciar en la grafica el 71% de los adultos mayores califican las relaciones con sus amigos del club como excelentes, el 53% considera que las relaciones con sus vecinos son buenas y el 48% califica las relaciones con su familia como excelentes. Lo cual pone de manifiesto que el mayor número de adultos mayores tiene mejores relaciones de comunicación con los amigos del club en relación a los demás.

Grafico 41. Persona de la familia que lo apoya para que asista al club

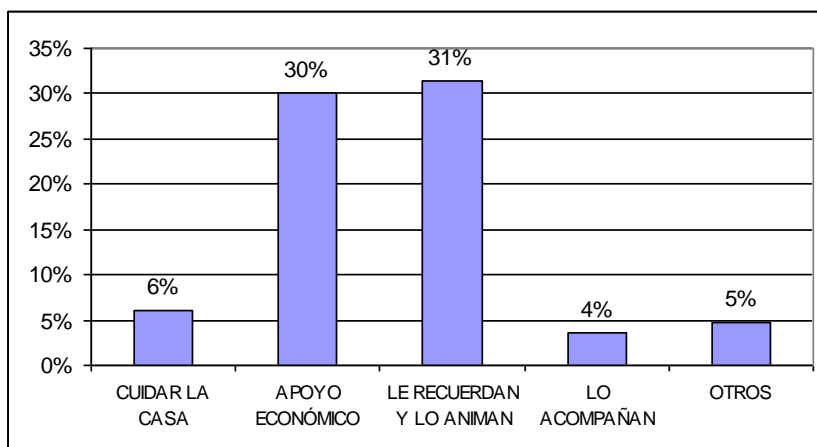
Cuál(es) miembro(s) de la familia lo apoya(n) para que asista al club de adultos mayores?



En la investigación realizada se encontró que el 54% de los encuestados son apoyados para asistir al club por sus hijos, el 17% son apoyados por el cónyuge, el 11% por los hermanos, el 7% por los nietos, otro 7% no recibe apoyo de ninguno y el 4% lo apoyan los sobrinos. Según los datos obtenidos se observa claramente que los hijos a demás de vivir con sus padres son las personas que mas los apoyan para que asistan al club y participe de las actividades que este le ofrece.

Grafico 42. Tipo de apoyo que le brinda la familia para asistir al club

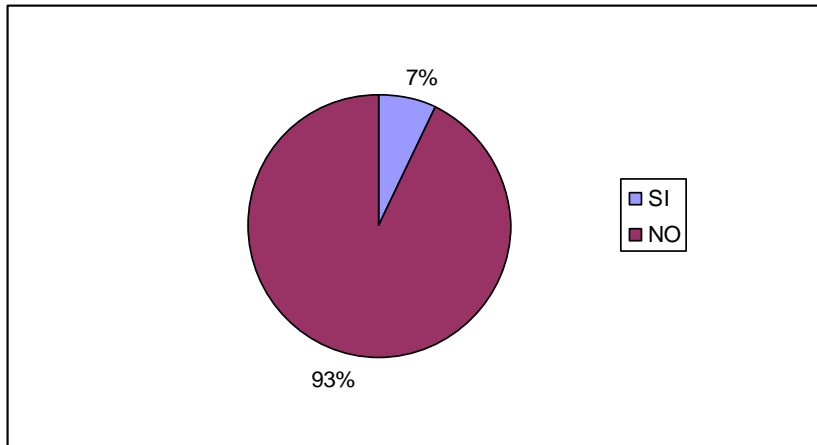
De qué manera?



Se registro que el 31% de los adultos mayores encuestados expresan que la manera en que lo apoya su familia es recordándole y animándolo para que asista al club, el 30% le brindan apoyo económico, al 6% la familia le cuida la casa, al 5% los apoyan de otras formas y al 4% la familia lo acompaña al lugar de reunión. El mayor porcentaje de los encuestados permite ver que la familia permanentemente les recuerda asistir y los animan para que no falten ya que la familia esta consciente de los beneficios que trae la práctica de todas las actividades que se realizan en los clubes de adultos mayores.

Grafico 43. La enfermedad respecto a las relaciones de comunicación

Considera que su enfermedad afecta las relaciones de comunicación con su familia, vecinos y amigos del Club?

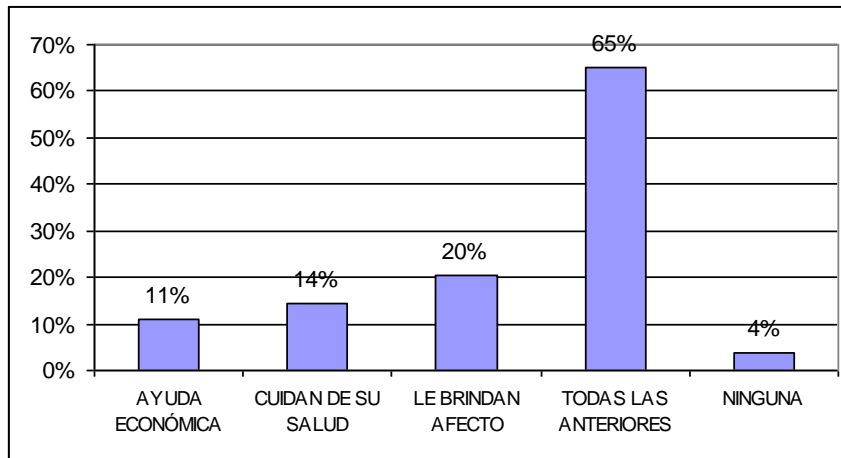


Como se observa en la grafica el 93% de los adultos mayores consideran que la enfermedad que sufren no afecta las relaciones de comunicación con su familia, vecinos y amigos del club, por el contrario el 7% considera que su enfermedad si afecta las relaciones de comunicación. Con base en estos datos la gran mayoría de los adultos mayores creen que la hipertensión y la diabetes no son un obstáculo para mantener relaciones de comunicación frecuentes y normales con su familia, amigos del club, y vecinos.

VARIABLE APOYO SOCIAL

Grafico 44. Tipo de apoyo que se recibe de la familia

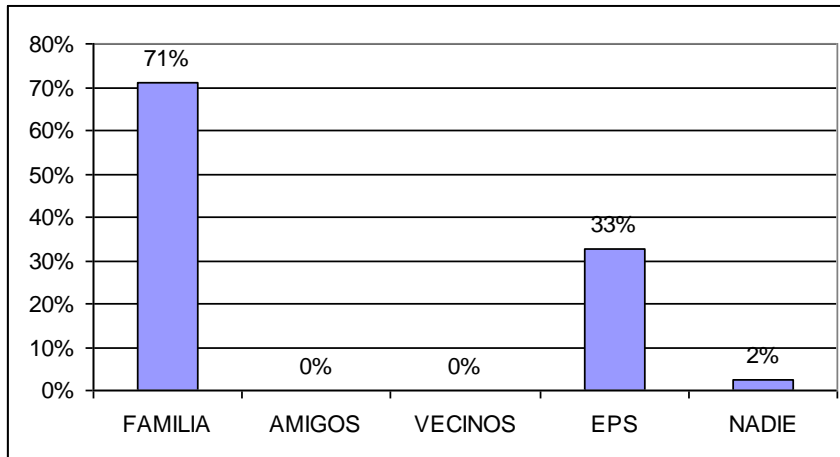
Qué tipo de ayuda recibe de su familia?



Como se aprecia, el 65% de los encuestados reciben de su familia ayuda económica, cuidan de su salud y les brindan afecto; al 20% la familia les brinda afecto, al 14% la familia vela por el cuidado de su salud, el 11% recibe ayuda económica y el 4% no recibe ningún tipo de ayuda de su familia. De acuerdo a lo anterior el mayor porcentaje de los adultos mayores encuestados reciben diversas ayudas por parte de su familia lo que les permite contar con el apoyo de personas cercanas a ellos principalmente de sus hijos.

Grafico 45. Personas a quien acude cuando se siente enfermo

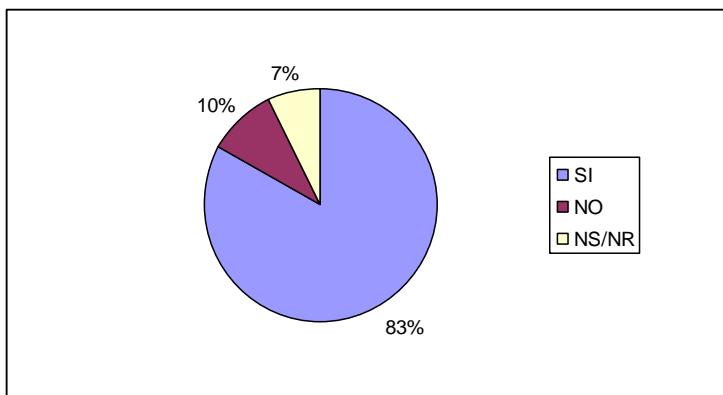
A quién acude o pide apoyo cuando se siente enfermo?



En el estudio que se realizó se encontró que el 71% de los adultos mayores cuando se sienten enfermos piden apoyo a la familia, el 33% acuden a la EPS y el 2% no acude a nadie. Los datos demuestran que la familia es la principal red de apoyo con que los adultos mayores cuentan cuando están enfermos.

Grafico 46. Apoyo del club

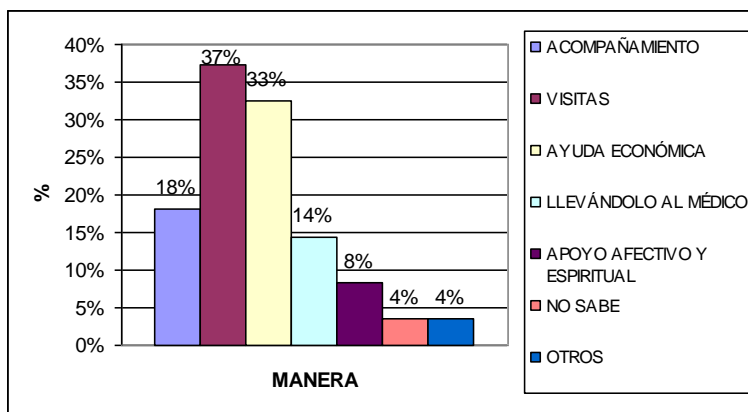
¿Cree que el Club al cual pertenece le brindaría el apoyo suficiente en caso de necesitarlo?



El 83% de los encuestados creen que el club al cual pertenecen les brindaría apoyo en caso de necesitarlo, el 10% creen que no recibirían apoyo por parte del club y el 7% no sabe. Como se puede observar los clubes de los adultos mayores constituyen un grupo de apoyo de gran importancia que le permite al adulto mayor contar con éste en caso de necesitarlo.

Grafico 47. Tipo de apoyo que brindaría el club

¿De qué manera?

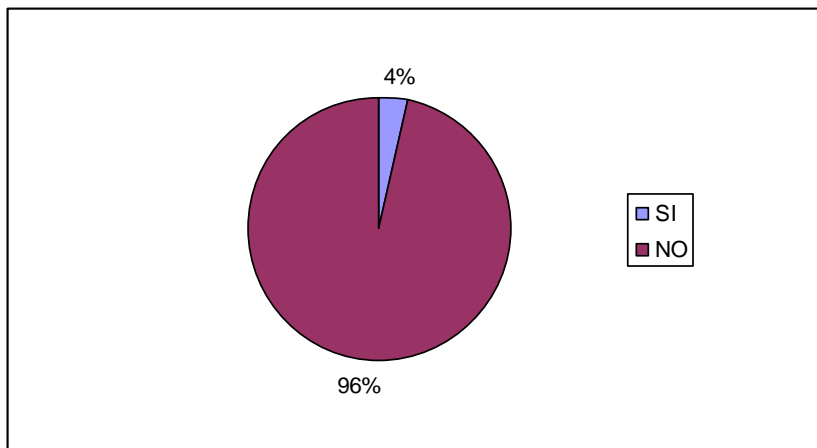


De la grafica anterior se deduce que el 37% del total de la muestra creen que el club los apoyaría haciéndole visitas, al 33% le brindarían ayuda económica, al 18% el club le brindaría acompañamiento, al 14% lo llevarían al medico, al 8% le darían apoyo afectivo y espiritual, el 4% no sabe de que manera podrían ayudarlo y otro 4% creen que recibirían otro tipo de ayudas. En este sentido se puede ver que en los clubes, el apoyo que más se brinda a los adultos mayores se hace a través de visitas,

lo que es de gran importancia a la hora de mantener la red de contactos sociales del adulto mayor.

Grafico 48. Programas presentes en el barrio que permiten mejorar el estado de salud

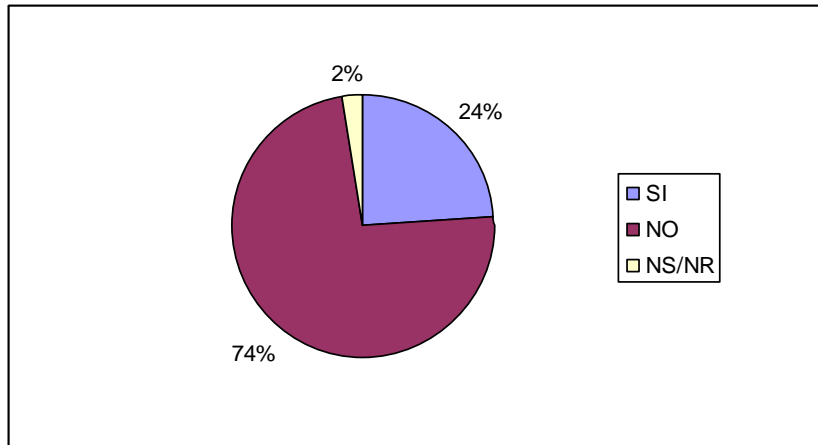
Conoce usted otros programas presentes en su barrio aparte de los que le ofrece el Club, que contribuya a mejorar su estado de salud?



En términos generales, se puede afirmar que el 96% de los adultos mayores no conocen otros programas en su barrio aparte de los que le ofrece el club y el 4% conocen otros programas dirigidos a mejorar el estado de salud. Esto significa que la mayoría de encuestados contestaron que solo se benefician de los programas que les ofrece el club ya que no conocen otros presentes en su barrio que les permita mantener y mejorar el estado de salud.

Grafico 49. Existencia de otros grupos de apoyo

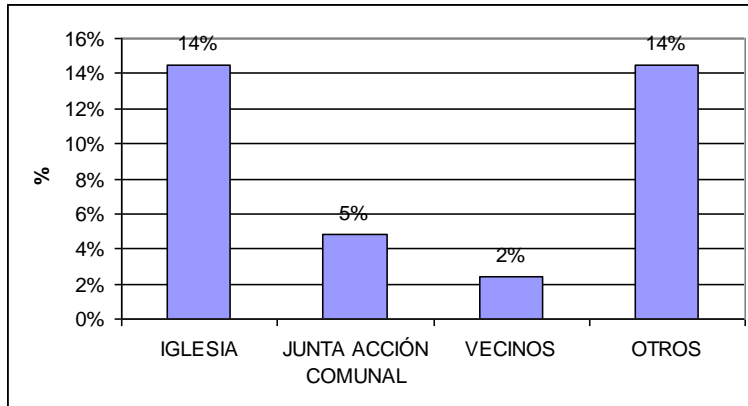
Existen en su comunidad grupos de apoyo con los cuales pueda contar en un momento de crisis en su enfermedad?



Según este grafico se puede determinar que el 74% de los adultos mayores manifiestan que en su comunidad no existe ningún grupo de apoyo aparte del club al cual pertenecen, el 24% si conocen de otros grupos y el 2% no sabe. De este modo, el mayor porcentaje de adultos mayores expresan que el club al cual pertenecen es el único grupo de apoyo con el cual pueden contar en un momento de crisis en su enfermedad, corroborando así la importancia que tienen estos clubes para las personas en la vejez.

Grafico 50. Grupos de apoyo

¿Cuál?



En el estudio realizado el 14% de los encuestados dicen que la iglesia es un grupo de apoyo con el cual pueden contar, otro 14% dicen que en su comunidad existen otros grupos, el 5% cuenta con el apoyo de la junta de acción comunal y el 2% cuenta con el apoyo de los vecinos. De acuerdo a los datos obtenidos se puede observar que el mayor numero de encuestados creen que la iglesia es un importante grupo de apoyo dentro de la comunidad con el cual pueden contar en caso de enfermar.

14.2. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

A partir de la encuesta aplicada a la población objeto de estudio se relacionaron diversas preguntas lo que sirvió para realizar el cruce de variables. Posteriormente se tuvo en cuenta los cruces mas significativos que pudieran corroborar los objetivos planteados para esta investigación.

En este orden de ideas, las investigadoras procedieron a realizar el análisis de cada una de las variables con base en los resultados obtenidos; dicho análisis se llevo a cabo a la luz de la teoría de diferentes autores que sustentan la importancia de esta investigación.

VARIABLE SALUD:

Con base en los datos obtenidos se puede ver que la mayoría de los adultos mayores que pertenecen a los clubes de ancianos consideran que su estado de salud es regular debido a que sufren de hipertensión y/o diabetes; así mismo se observo que el mayor porcentaje de estos son hipertensos y además sufren de gastritis. Encontrándose que la mayor parte de encuestados padecen la enfermedad en un tiempo que oscila entre 1 y 5 años, a su vez reciben tratamiento para dichas enfermedades que consiste principalmente en la toma de medicamentos y en menor medida realizan actividad

física y se alimentan adecuadamente. En este sentido el mayor porcentaje tiene en cuenta las recomendaciones dadas por los profesionales de la salud para el manejo adecuado de su enfermedad ya que desean mejorar su estado de salud.

Uno de los síntomas que se presentan con mayor prevalencia es la fatiga fácil sin embargo la mayoría de los adultos mayores manifiestan que no han tenido que dejar de realizar ninguna actividad en el club o en la vida cotidiana por sufrir estas enfermedades, y un menor número de ellos han dejado de realizar alguna actividad, especialmente la actividad física.

Según lo demuestran estos datos las enfermedades crónicas no transmisibles como son la hipertensión y la diabetes se presenta en diferentes edades con mayor prevalencia en los adultos mayores. De este modo la mayoría de ancianos que asisten a los clubes perciben su estado de salud como regular a causa de la hipertensión y la diabetes teniendo en cuenta que los encuestados padecen la enfermedad hace poco tiempo (entre 1 y 5 años), ya que estas enfermedades ocasionan daños mayores en un periodo de tiempo más prolongado.

De acuerdo con el Ministerio de Salud en la resolución 00412 (1996) corrobora que “la hipertensión arterial es una enfermedad silenciosa y lentamente progresiva que se presenta en todas las edades con énfasis entre los 30 y 50 años, generalmente

asintomática que después de 10 a 20 años ocasiona daños significativos en órganos blancos”.¹⁴¹ Como se puede ver la hipertensión además de presentarse con mayor frecuencia en los ancianos, actualmente se observa que esta enfermedad esta apareciendo en edades tempranas debido al estilo de vida inadecuado que se tiene.

Según Michaels (2001) “La mitad de las personas con diabetes padecen problemas oculares también conocidos como retinopatía, unos 15 años después del inicio de la enfermedad. En algunos casos puede conducir a una ceguera parcial o total en la vejez. Sin embargo, no todos los diabéticos experimentan pérdida de la visión; si la diabetes se presenta después de los 60 años y se controla bien al principio el riesgo de complicaciones graves en la vejez se reduce muchísimo”.¹⁴²

En este orden de ideas, García, Rodríguez y Trunjo (2001), afirman que “La percepción de enfermedad es, así mismo, un aspecto importante entre la población, ya que el sentirse enfermo puede suponer sentirse también incapacitado para realizar las actividades de la vida diaria y sobre todo las actividades que realiza durante el tiempo libre. No podemos olvidar que la salud de las personas ancianas esta ensombrecida, en general, por las actitudes sociales que existen sobre el ser viejo; la

¹⁴¹ Resolución 00412 de 1996. Op Cit. p. 550.

¹⁴² Vital a los 60. Op Cit. p. 172 y 173.

salud podríamos decir que es la segunda gran preocupación de los ancianos después de la económica”.¹⁴³

A si mismo el Ministerio de la Protección Social en su documento plan de implementación de la política de enfermedades crónicas (2004 – 2008), dice que “Las enfermedades crónicas se caracterizan por tener estructuras causales complejas mediadas por múltiples factores de riesgo, periodos de latencia largos, evolución prolongada e incurabilidad. Sin manejo adecuado tienen carácter degenerativo que lleva a discapacidad o alteración funcional con la consecuente pérdida de autonomía del sujeto afectado”.¹⁴⁴

Se entiende por lo anterior que las enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes son causantes de múltiples complicaciones para la salud del adulto mayor si no se tratan de manera adecuada y oportuna. Por consiguiente en esta investigación se evidencia que los ancianos que asisten a los clubes de adultos mayores perciben su estado de salud como regular, sin embargo tienen un adecuado manejo de la hipertensión y la diabetes lo cual les permite mantener su autonomía para realizar las actividades de la vida cotidiana y las que le ofrece el club como se puede observar en las graficas de algunos cruces de variables que se realizaron para esta categoría (Anexo B).

¹⁴³ Enfermería del anciano. Op Cit. p. 48.

¹⁴⁴ Adaptado del Plan de Implementación de la Política de EC. Op Cit. p. 23.

VARIABLE ESTILO DE VIDA:

De acuerdo a los resultados de esta Investigación se demostró que gran parte de los adulto mayor que asisten a los clubes, en su alimentación diaria consumen frecuentemente carnes y cereales, esporádicamente consumen grasas, hortalizas, frutas, lácteos; y los azúcares y alimentos con exceso de sal, los consumen esporádicamente o nunca. De igual forma se encontró que la mayoría de adultos mayores no consumen bebidas alcohólicas y tampoco fuman, así mismo un gran porcentaje de ellos realiza algún tipo de actividad física que consiste principalmente en los ejercicios que les ofrece el club, los cuales se realizan 2 veces por semana. En este sentido un gran número de los encuestados cree que la realización de la actividad física ha contribuido a mejorar su estado de salud puesto que ha aumentado la movilidad y la agilidad en el cuerpo. De este modo se observó en el cruce de variables que las personas que pertenecen al club hace más de 3 años, asisten a él 2 veces por semana y participan en las actividades de recreación que realizan en el club, han mejorado su estilo de vida notablemente.

Por consiguiente se pudo corroborar que el estilo de vida se encuentra estrechamente relacionado con el estado de salud de los adultos mayores, ya que este es un factor determinante en la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles puesto que existen estilos de vida saludables como la práctica de la actividad física, el manejo

del estrés, la alimentación balanceada, evitar el consumo de cigarrillos y bebidas alcohólicas, entre otros, los cuales son factores protectores que contribuyen a mantener y mejorar la salud evitando la aparición de enfermedades como la hipertensión y la diabetes. Por el contrario existen estilos de vida nocivos como el sedentarismo, el estrés, hábitos alimentarios inadecuados, alcoholismo y tabaquismo entre otros que forman parte de los factores de riesgo. El estilo de vida se lleva durante el transcurso de la vida y las consecuencias de este se hacen mas notorias en la vejez.

De acuerdo con Moncayo (1996) “El estilo de vida incluye variedad de actividades, hábitos y practicas individuales que pueden influir positiva o negativamente sobre el proceso salud-enfermedad de una población. Hay estilos de vida nocivos (factores de riesgo) asociados con una mayor frecuencia de enfermedad; también hay estilos de vida saludables (factores protectores) asociados con una mayor cantidad, calidad y protección de salud”.¹⁴⁵

En este orden de ideas según la Organización Mundial de Salud “El estilo de vida y los hábitos personales saludables durante toda la vida ofrecen la mejor esperanza de

¹⁴⁵ El Futuro de la Capital. Estudio prospectivo de salud. Op Cit. p. 83.

una vejez sana. Probablemente los mas importantes son los relacionados con la alimentación, el ejercicio, el uso del alcohol y el tabaco, el trabajo y el sueño”.¹⁴⁶

Por su parte Moncayo, dice que “una serie de estilos de vida nocivos consistentes en adicciones, hábitos y practicas, están asociadas con el aumento observado en la incidencia de enfermedades crónicas”.¹⁴⁷

De esta forma se puede afirmar que la mayoría de encuestados manifiestan que el frecuentar los clubes de adultos mayores ha generado cambios en el estilo de vida, ya que su estado de animo ha mejorado, interactúan con otras personas, son mas activos, llevan una alimentación balanceada, se olvidan de los problemas, realizan actividad física y ocupan el tiempo libre entre otros. Lo cual quiere decir que los clubes juegan un papel importante en la vida de los adultos mayores pues les permite tener espacios de socialización, donde se informan sobre hábitos saludables para mejorar su estilo de vida y por ende su estado de salud.

¹⁴⁶ Aplicaciones de la Epidemiología al Estudio de los Ancianos. Op Cit. p.47.

¹⁴⁷ El Futuro de la Capital. Estudio prospectivo de salud. Op Cit. p. 84.

VARIABLE PARTICIPACIÓN:

La participación es un aspecto de vital importancia para los adultos mayores que asisten a los clubes, lo cual se demuestra en los resultados obtenidos en esta investigación.

Donde se puede ver que gran parte de los encuestados pertenecen al club hace 3 o 4 años, cuyos motivos para ingresar a el fue mantenerse activos, salir de la rutina, ocupar el tiempo libre, aprender cosas nuevas, tener nuevos amigos, integrarse y compartir con otros, manejan el estrés, para que les regalen cosas y porque les recomendaron asistir, de tal forma que frecuentan el club 1 o 2 veces por semana.

Así, las actividades que ofrecen los clubes de adultos mayores son: actividad física, recreación, actividades culturales, manualidades, temas gerontológicos entre otros, donde la actividad física consiste en gimnasia y ejercicios, caminatas y baile; la recreación consiste en paseos, bingos y otros juegos, rifas, fiestas y algos; se realizan manualidades como bordar y tejer, obras manuales en fomy, hacer muñecos y cojines, artesanías y porcelanas; los temas gerontológicos se fundamentan en conferencias sobre salud, ejercicios, toma de índice de masa corporal y tensión arterial. De las actividades enunciadas anteriormente la mayoría de adultos mayores respondieron que la actividad física seguida de la recreación contribuye a mejorar el

estado de salud, por consiguiente los adultos mayores manifiestan que participan activamente en el club porque les gusta las actividades que allí se realizan, considerando que dicha participación mejora el estilo de vida de tal forma que el estado de animo ha cambiado de manera positiva, permitiéndoles tener mejores relaciones con otras personas y mantenerse activos.

Con base en el cruce de variables se pudo ver que los ancianos que asisten 2 veces por semana al club participan activamente en las actividades que este les ofrece.

Los clubes de adultos mayores ofrecen diversos tipos de actividades dentro de las cuales predomina la actividad física y la recreación siendo estas las de mayor interés para ellos, seguidamente se encuentran las actividades culturales, las manualidades y los temas gerontológicos. Dentro de estas actividades que se llevan a cabo en el club los adultos mayores no pueden realizar la actividad física por causa de la enfermedad que padecen; es de anotar que son pocos los ancianos que han tenido que abandonar alguna actividad debido a la hipertensión y a la diabetes, lo que indica que el mayor numero de encuestados no han visto afectada su participación dentro del club al cual pertenecen, puesto que los síntomas que se presentan a causa de dichas enfermedades no son un impedimento para realizar las actividades en el club.

Según Gómez y Curcio (2002), “entre los ancianos colombianos, especialmente en las grandes ciudades, es evidente la poca participación en actividades físicas, recreativas, del ejercicio o deporte, los hombres generalmente son sedentarios y las mujeres solo desarrollan actividades con los oficios domésticos o trabajos artesanales. En todos los ancianos institucionalizados y que viven en la comunidad, rurales y urbanos, las únicas actividades sociales en las que se encuentra un alto nivel de participación, compromiso e importancia subjetiva, son las religiosas; la participación de este tipo de actividades tiene un efecto benéfico sobre el bienestar mental del anciano, manifestado en mayor satisfacción con la vida”.¹⁴⁸

En este orden de ideas Gómez y Curcio (2002) afirman que “se esta consolidando un nuevo modelo social ideal sobre las relaciones entre los mismos ancianos, este proceso de cambio cultural y conductual se esta gestando a partir de la aparición de clubes, grupos de jubilados y programas de recreación y ocio, instituciones específicas que ha creado la sociedad, para que el segmento de gente mayor de la población se organice, se fomente las relaciones sociales y se encuentren actividades lúdicas e instrumentales que ayuden a reconstruir la vida de los ancianos”.¹⁴⁹ Por lo anterior se puede decir que los clubes de adultos mayores cumplen una función importante dentro de la sociedad para la población vieja, ya que les permite participar en diferentes actividades dentro y fuera del club ganando mayor

¹⁴⁸ Valoración Integral de la Salud del Anciano. Op Cit. p. 110.

¹⁴⁹ Ibid. p. 130 y 131.

reconocimiento a nivel social. Por su parte se pone de manifiesto que la mayoría de personas que asisten a los clubes pertenecen al sexo femenino, de las cuales un gran porcentaje son viudas debido a que las mujeres viven más tiempo, ya que su estilo de vida es más sano que el de los hombres. Por tal razón dichas mujeres cuentan con mayor tiempo libre lo que les permite participar activamente en los clubes de adultos mayores sin que exista ningún impedimento para asistir a ellos.

VARIABLE RELACIONES INTERPERSONALES:

En el estudio realizado se encontró que la mayoría de adultos mayores viven con sus hijos, mantienen relaciones de comunicación con su familia, vecinos, amigos del club y otros amigos de manera frecuente, donde se destaca que las relaciones con los amigos del club son excelentes. Por otro lado el miembro de la familia que más apoya al adulto mayor para que asista al club son los hijos dado que estos le brindan apoyo económico, lo animan y le recuerdan asistir. En este sentido gran parte de los adultos mayores consideran que la hipertensión y la diabetes no afecta las relaciones de comunicación con su familia, vecinos y amigos del club.

El rol del anciano dentro de la comunidad cambia según García y Rodríguez (2001) “la consideración social es diferente para la persona trabajadora (que es productiva y

genera una riqueza utilizable para la comunidad), que para la persona que ya ha cesado en el trabajo (donde ya no genera ningún aporte comunitario).

Lo que olvida la sociedad es que al aumentar la expectativa de vida, las capacidades de las personas de edad avanzada son mucho mejores, situación que debería tenerse en cuenta como recurso de aportación de conocimientos ayuda en tareas sociales (voluntariado, asociaciones culturales, grupos de ayuda espiritual, etc.), y participación activa en todas las áreas comunitarias. Las investigaciones han demostrado que las personas de edad avanzada, que cuentan con el apoyo emocional de sus amigos y de su familia, tienen un nivel mas bajo de hormonas de estrés circulando en la sangre y están menos expuestos a morir en un futuro próximo, que las que se sienten solas y aisladas”.¹⁵⁰

Según esta afirmación en concordancia con los datos obtenidos respecto a la variable de relaciones interpersonales se puede decir, que a pesar de que los contactos sociales disminuyen en la vejez, los adultos mayores que padecen una enfermedad como la hipertensión y la diabetes no ven afectada las relaciones de comunicación con su familia y amigos, puesto que el asistir a un club de adultos mayores les brinda la posibilidad de relacionarse, compartir e interactuar constantemente con otras personas; de esta forma se destaca la importancia de las

¹⁵⁰ Enfermería del Anciano Op Cit. p. 87.

relaciones humanas y los procesos de socialización ya que el ser humano por naturaleza necesita estar en contacto con otras personas lo que contribuye a mantener el bienestar social. Por lo tanto los clubes son un espacio donde se crean lazos de amistad, como lo demuestra esta investigación los adultos mayores sostienen mejores relaciones de comunicación con los amigos del club en relación a otras personas sin que la enfermedad crónica llegue a ser un impedimento para ello.

VARIABLE APOYO SOCIAL:

En relación a los resultados que arrojó esta investigación se pudo observar que el mayor porcentaje de los adultos mayores reciben de su familia ayuda económica, cuidan de su salud y les brindan afecto; así mismo cuando se sienten enfermos acuden a su familia. Por su parte los encuestados creen que el club al cual pertenecen les brindaría el apoyo suficiente en caso de necesitarlo por medio de visitas, ayuda económica, acompañamiento entre otros; a demás gran parte de ellos no conocen otros programas en su barrio diferentes a los que le ofrece el club; igualmente un gran numero de adultos mayores expresan que en su comunidad no existen grupos de apoyo con los cuales puedan contar en un momento de crisis de su enfermedad, sin embargo un pequeño porcentaje de adultos mayores manifiestan que si conocen otros grupos de apoyo en su comunidad dentro de los cuales se encuentra la iglesia.

El apoyo social puede definirse según Fernández (1991) “como el conjunto de relaciones sociales de carácter estable con las que cuenta una persona y que le proporcionan soporte físico y psicológico; este concepto conlleva a que la persona dispone de una red social que le brinda apoyo o ayuda emocional, instrumental o financiera, así como percibir que otros le atienden y sentirse más o menos satisfecho de tales relaciones”.¹⁵¹

De acuerdo con Gómez y Curcio (2002) se puede decir que “en cuanto a la pertenencia y participación en organizaciones formales o grupos, actualmente existe una tendencia marcada en nuestro medio, al aumento de grupos y clubes de ancianos, que a través de la oferta de diversos programas como manualidades y ejercicio físico, entre otros, fomentan la participación social y el establecimiento de las relaciones sociales, proporcionan un marco de referencia estable para que el anciano se reconozca como tal, asuma roles definidos, se organice y encuentre actividades, que le ayuden a reconstruir su vida, lo cual ha ido creando un nuevo modelo social sobre las relaciones entre los mismos ancianos”.¹⁵²

De este modo se puede observar que el apoyo social es un aspecto fundamental en la vida de las personas, especialmente en los viejos, donde los clubes de adultos

¹⁵¹ Que es la Psicología de la Vejez? Op Cit. p. 135.

¹⁵² Valoración Integral de la Salud del Anciano. Op Cit. p. 108.

mayores son de gran importancia en el momento en que el adulto mayor se siente enfermo por causa de la hipertensión y/o la diabetes ya que dicho club lo apoyaría a través de visitas realizadas al domicilio, ayuda económica, acompañamiento, apoyo afectivo y espiritual. Lo que corrobora que los clubes de adultos mayores representan grupos de apoyo social significativos, dado que las relaciones con los amigos proveen diversas ayudas al anciano en los periodos de crisis respecto a la enfermedad.

En este orden de ideas Fernández (1991) expone que “el apoyo social es de enorme importancia no solo como fuente de bienestar psicológico y social del individuo si no que tiene importantes repercusiones sobre la salud integral de las personas mayores. Mas concretamente, se ha constatado a través de distintas investigaciones, las contribuciones que el apoyo social tiene sobre la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades”.¹⁵³

De igual manera Gómez y Curcio (2002), afirman que ”la familia del anciano, particularmente hijos y cónyuge, provee asistencia tanto en situaciones de la vida diaria como en momentos de crisis: brinda apoyo de tipo afectivo, social, funcional, económico y material. Esta asistencia toma formas tales como ayuda en las tareas domesticas y otras actividades de la vida diaria, compañía, afecto, transporte o

¹⁵³ Que es la psicología de la Vejez? Op Cit. p. 136.

acompañamiento a diversos lugares, suministro de información, provisión de artículos o servicios necesarios para el diario vivir, al igual que asistencia en casos de enfermedad, medicamentos y asistencia económica”.¹⁵⁴

Por lo anterior como lo demuestra el cruce de variables la familia es la principal fuente de apoyo para la mayoría de los adultos mayores; siendo los hijos los que proporcionan con mayor frecuencia la atención y el cuidado a sus padres. Por consiguiente los adultos mayores mantienen redes de apoyo primarios formados por la familia, los vecinos y los amigos, a estas se les suman las redes de apoyo secundarias que las integran instituciones privadas o gubernamentales, grupos de apoyo, clubes de ancianos donde los adultos mayores tienen la posibilidad de participar y tener una mayor actividad social, lo que contribuye a mejorar la auto percepción, la autoestima y el estado de animo aun sabiendo que padecen una enfermedad, ya que el apoyo social esta directamente relacionado con un mayor bienestar físico, mental y social.

¹⁵⁴ Valoración Integral de la Salud del Anciano. Op Cit. p. 106 y 107.

15. CONCLUSIONES

- ❖ Los adultos mayores, que asisten a los clubes de ancianos consideran que su estado de salud es regular, debido a que las enfermedades crónicas que padecen como la hipertensión y la diabetes requieren un control permanente para el cuidado de la salud. Sin embargo, las personas mayores tienen un manejo adecuado de estas enfermedades lo que les permite llevar una vida normal en el contexto familiar, social y comunitario.

- ❖ Se pudo comprobar que la mayoría de las personas que asisten a los clubes de adultos mayores realizan actividad física, lo que les permite mejorar la agilidad en el cuerpo y ser más activos. Por consiguiente, la práctica de la actividad física sumada a otros hábitos saludables contribuye a que los adultos mayores tengan un mejor estilo de vida.

- ❖ Las actividades que con mayor frecuencia ofrecen los clubes de adultos mayores son la actividad física y la recreación, seguidas de las actividades culturales, manualidades y temas gerontológicos, entre otros. En este sentido, una pequeña parte de los adultos mayores que asisten a los clubes han dejado de realizar la actividad física a causa de algunos síntomas

ocasionados por la hipertensión y la diabetes. Así mismo se observó que estas enfermedades no afectan la participación de la gran mayoría de adultos mayores en los clubes a los cuales pertenecen.

- ❖ Se puede afirmar que las enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes que padecen los adultos mayores no afectan las relaciones de comunicación y por lo tanto no les impide interactuar constantemente con familiares, amigos, vecinos y compañeros del club; permitiendo que las relaciones interpersonales de los adultos mayores se desarrollen con normalidad y de manera satisfactoria.

- ❖ Con relación al apoyo que los clubes de ancianos brindan a las personas mayores se destaca las visitas al lugar de residencia, ayuda económica, acompañamiento moral y espiritual en los momentos de crisis de la enfermedad. Por lo tanto se destaca la importancia que ejercen los clubes en la vida de los adultos mayores, ya que éstos además de brindarles la posibilidad de participar en diferentes actividades para su propio bienestar, constituyen una fuente de apoyo fundamental para los ancianos que pertenecen a estos clubes.

16. RECOMENDACIONES

- ❖ Es necesario que los programas de actividad física que ofrecen los clubes de adultos mayores sean dirigidos por personas capacitadas en esta área, de tal manera que se motiven los ancianos para que incrementen el nivel de actividad física ya que esto favorece el estado de salud de las personas mayores. Puesto que en algunos clubes las personas encargadas de dirigir estas actividades no se encuentran lo suficientemente preparadas para manejar este tipo de programas con la población anciana.

- ❖ Es importante que los clubes de adultos mayores hagan énfasis en educar a los ancianos sobre estilos de vida saludable para mantener y mejorar el estado de salud ya que esto disminuye el riesgo de sufrir enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión y la diabetes y a su vez evita el desarrollo de posibles complicaciones derivadas de estas enfermedades.

- ❖ Se considera pertinente que el programa de Gerontología incluya dentro de sus núcleos temáticos el componente de ejercicios y actividad física, ya que esto le permite al estudiante tener mayores conocimientos en el momento de ejecutar u orientar un programa sobre actividad física.

- ❖ En vista de los resultados obtenidos en esta investigación se sugiere al programa de Gerontología dar continuidad a este estudio mediante el diseño y ejecución de un proyecto de aplicación, dada la importancia que los clubes de ancianos ejercen en la vida de los adultos mayores.

- ❖ Es importante que los clubes de adultos mayores cuenten con planes que contengan recomendaciones médicas ya que la práctica de la actividad física requiere de un control adecuado para las personas que padecen hipertensión y/o diabetes.