

**CALIDAD Y SATISFACION DE VIDA DEL ADULTO MAYOR  
SANTA MARTA 2007**

**KAREN MACHADO VIDES  
FABIOLA RUBIO TRIANA  
DARLIS TIRADO AYOLA**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA  
PROGRAMA DE ENFERMERIA  
SANTA MARTA  
2007**

**CALIDAD Y SATISFACION DE VIDA DEL ADULTO MAYOR  
SANTA MARTA 2007**

**KAREN MACHADO VIDES  
FABIOLA RUBIO TRIANA  
DARLIS TIRADO AYOLA**

**Proyecto para optar el título en Enfermería**

**Asesora**

**Tatiana González Noguera  
Magíster en Enfermería  
Universidad Nacional de Colombia.**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
SANTA MARTA  
2006**

**Nota de aceptación:**

---

---

---

---

**Firma Presidente del Jurado**

---

**Firma Jurado**

---

**Firma Jurado**

**Santa Marta 28 febrero 2008**

## DEDICATORIAS

A Dios mi señor, creador de mi vida dador de mis talentos y virtudes que a lo largo de esta experiencia me proporcionó fuerzas para continuar y sembrar los frutos que poco a poco recogeré.

A mis padres, Juan Machado Jiménez y Nubia Vides Paso quienes han sido no solo el pilar de mis conocimientos y experiencias de vida, han sido además la fuente inspiradora de todos mis logros.

A mi hermana y amiga Jenny, por sus consejos justo en el momento preciso y por siempre estar dispuesta; y a mis hermanitos Gloria y Juan Andrés por la vigorosidad con que disfrutaban la vida en la cotidianidad.

A Jeison Enrique Gutiérrez (mi Jey), hermosura de persona, mi novio, amigo y apoyo incondicional, aquel que conoce mas que nadie mis objetivos para mi carrera como profesional, que con su energía y empatía me contagia de alegría y optimismo para sobre llevar los obstáculos que se presentan en la vida.

A mis familiares que han depositado en mí la esperanza de un futuro mejor.

Karen Machado V

## **DEDICATORIAS**

A Dios ser supremo, dueño de mi vida, mis triunfos y fracasos por su constante amor y compañía, enseñanzas y fortaleza para superar cada obstáculo de mis días. Por darme la humildad necesaria para recibir cada éxito y saber utilizar los dones que me dio. Después de tanto tiempo he comprendido que nada en mi vida ha sido accidental.

A los “chicos” de la tercera edad, en especial a mis abuelos...mi gran tesoro que adquiere valor con los años.

A mis padres Fabiola Triana y Hernán Rubio y mi hermano Kleyner a quienes amo y amare por ser mi fuente de ayuda, apoyo y motivación a ser mejor y alcanzar un nuevo porvenir en esta aventura llamada vida.

Fabiola Rubio T

## **DEDICATORIAS**

A Dios por la sabiduría que me ha dado para enfrentar mis obstáculos y por los dones que me dio.

A mis padres, Alfonso Tirado y Fanny Ayola por todo el apoyo que me han dado y por la fortaleza para seguir adelante.

A mis hermanos, Edgar y Adriana Tirado, por su ayuda incondicional.

A Carlos Andrés “mi príncipe” quien con su amor me brindo todo el apoyo que fue necesario y la comprensión en las situaciones mas importantes de mi vida.

Darlis Tirado A

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Programa de Enfermería de la Universidad del Magdalena liderado por nuestra querida Directora Ediltrudis Ramos De la Cruz quien fue pieza clave en la construcción de bases solidas que permitieran alcanzar logros como la ejecución de este proyecto.

A los responsables del comedor comunitario del barrio San Jorge y Taganga y su increíble grupo de adultos mayores, sin ellos esto no hubiese sido posible.

A nuestra querida Directora de Tesis: Enfermera Magíster. Tatiana González Noguera docente de la Universidad del Magdalena a quien expresamos nuestro respeto, reconocimiento y admiración por su constante afán en la búsqueda de la excelencia.

A nuestra querida asesora metodológica Margarita Montoya docente de la Universidad del Magdalena por su confianza en este proyecto y en nosotras; por su interés en transmitir nuevos conocimientos y herramientas útiles para la investigación.

A los docentes de programa de enfermería por brindarnos sus conocimientos, capacidades, apoyo y amistad en la elaboración de esta investigación,

especialmente a nuestra querida docente Mirith Vásquez Munive quien se preocupó por acompañarnos incondicionalmente desde el inicio hasta el final de este logro. A Graciela Vargas Guerrero, por su solidaridad y apoyo.

A nuestros compañeros y amigos por su apoyo en los momentos difíciles de este camino universitario.

A todas aquellas personas que participaron directa o indirectamente desde el inicio hasta el final de la construcción de este proyecto. Sus aportes fueron necesarios e imprescindibles e hicieron comprensible y asequible las herramientas requeridas para la obtención de este logro.



## CONTENIDO

<b>INTRODUCCION</b>	<b>16</b>
<b>1. MARCO DE REFERENCIA</b>	<b>19</b>
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	25
1.3. MARCO CONCEPTUAL	26
1.4. JUSTIFICACION	29
<b>2. MARCO TEORICO</b>	<b>35</b>
2.1. EL ENVEJECIMIENTO	35
2.2. PSICOLOGIA DEL ADULTO MAYOR	38
2.3. CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR	44
2.4. PRINCIPALES PROBLEMAS QUE AFECTAN A LOS ADULTOS MAYORES	49
2.5. DEPENDENCIA SOCIAL Y FAMILIAR	62
2.6. MORBILIDAD DEL ADULTO MAYOR	65
2.7. COMPONENTE DE SEGURIDAD SOCIAL	69
2.8. COMPONENTE SOCIAL	76
2.9. DATOS ESTADISTICOS DE INTERES SOBRE EL ADULTO MAYOR	81
<b>3. MARCO DE DISEÑO</b>	<b>85</b>
3.1. TIPO DE ESTUDIO	85
3.2. UNIVERSO	85
3.3. POBLACION	85
3.4. MUESTRA	86
3.5. TIPO DE MUESTREO	86
3.6. CRITERIOS DE INLUSION	86
3.7. CRITERIOS DE EXCLUSION	87

<b>3.8. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS</b>	<b>87</b>
<b>3.9. CONSIDERACIONES ETICAS</b>	<b>90</b>
<b>4. MARCO DE ANALISIS</b>	<b>93</b>
4.1. RECOLECCION DE DATOS	93
4.2. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION	94
4.3. ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS	95
4.3.1. Variables socio demográficas	95
4.3.2. Características familiares	105
4.3.3. Relaciones sociales y amistades	113
4.3.4. Salud física general	122
4.3.5. Dependencia social y familiar	128
4.3.6. Escala de apoyo social	130
4.3.7. Satisfacción con la vida	133
<b>5. CONCLUSIONES</b>	<b>141</b>
<b>6. REOMENDACIONES</b>	<b>144</b>
<b>7. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>146</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>151</b>

## LISTA DE GRAFICOS

Grafico 1	Genero del adulto mayor.	95
Grafico 2	Edad del adulto mayor.	96
Grafico 3	Lugar de nacimiento del adulto mayor.	97
Grafico 4	Nivel de Escolaridad del adulto mayor.	98
Grafico 5	Estado civil del adulto mayor.	100
Grafico 6	Ocupación laboral del adulto mayor.	101
Grafico 7	Núcleo familiar del adulto mayor.	102
Grafico 8	Afiliación del adulto mayor al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	103
Grafico 9	Nivel de ingresos del adulto mayor.	104
Grafico 10	Respuesta del adulto mayor a la pregunta ¿tiene hijos?	106
Grafico 11	Situación social de los hijos del adulto mayor.	107
Grafico 12	Situación laboral de los hijos del adulto mayor.	108
Grafico 13	Necesidades del adulto mayor cubiertas por los hijos.	109
Grafico 14	Respuesta del adulto mayor a la pregunta ¿Cuántas veces al mes ve a sus familiares?	110
Grafico 15	Respuesta del adulto mayor a la pregunta ¿Ha recibido en el último mes insultos o gritos hirientes, amenazas o chantajes, golpes o empujones?	112

Grafico 16	Promedio de personas que conoce y frecuenta el adulto mayor.	114
Grafico 17	En la semana con cuantos amigos conversa el adulto mayor.	115
Grafico 18	Sentido de compromiso del adulto mayor con sus amigos	116
Grafico 19	Respuesta del adulto mayor a la pregunta ¿Siente que sus amigos lo respetan y quieren?	117
Grafico 20	Respuesta del adulto mayor a la pregunta ¿Realiza actividades físicas, lúdicas o laborales con sus amigos?	118
Grafico 21	Escala de identidad de rol de amistades (Prosocial-Antisocial) del adulto mayor.	120
Grafico 22	Enfermedad del adulto mayor diagnosticada por algún medico.	122
Grafico 23	Respuesta del adulto mayor a la pregunta ¿Recibe tratamiento o visita al medico?	124
Grafico 24	Respuesta del adulto mayor a la pregunta ¿Le duele o molesta alguna parte de su cuerpo?	125
Grafico 25	Respuesta del adulto mayor a la pregunta ¿Presenta alguno de los siguientes síntomas?	126
Grafico 26	Consumo en el último mes de sustancias toxicas por el adulto mayor.	127

Grafico 27	Respuesta del adulto mayor a la pregunta ¿Se viste y se desviste sin ayuda? ¿Se baña y hace sus necesidades higiénicas solo? ¿Realiza tareas caseras solo? ¿Realiza sin ayuda compras fuera de casa?	129
Grafico 28	Respuesta del adulto mayor a la pregunta ¿Siente que ha desperdiciado su vida o que su vida ha sido un fracaso?	133
Grafico 29	Respuesta del adulto mayor a la pregunta ¿Esta satisfecho con su vida actual?	134
Grafico 30	Respuesta del adulto mayor a la pregunta ¿Siente que no merece vivir como lo hace ahora	135
Grafico 31	Respuesta del adulto mayor a la pregunta ¿Siente que su vida no tiene sentido?	136
Grafico 32	Respuesta del adulto mayor a la pregunta ¿Siente que sus familiares no lo quieren?	137
Grafico 33	Respuesta del adulto mayor a la pregunta ¿Se siente inútil o un estorbo para los demás?	138
Grafico 34	Respuesta del adulto mayor a la pregunta ¿Siente soledad, desesperanza confusión en su vida?	139
Grafico 35	Respuesta del adulto mayor a la pregunta ¿Siente que su cuerpo esta débil, dolorido y enfermo?	140

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO A	Instrumento de recolección de datos <i>“Calidad y satisfacción de vida del adulto mayor del comedor comunitario del barrio San Jorge, Santa Marta 2007”</i> .	152
ANEXO B	Formato de consentimiento informado	157
ANEXO C	Formato de recolección de firmas de aceptación para la participación en el proyecto <i>“Calidad y satisfacción de vida del adulto mayor del comedor comunitario del barrio San Jorge, Santa Marta 2007”</i> .	158

## RESUMEN

Este proyecto tiene por objetivo, describir la calidad y satisfacción de vida del adulto mayor del comedor comunitario del barrio San Jorge. Es de tipo descriptivo cuantitativo de corte transversal; La población esta conformada por 83 adultos mayores, ejecutado entre el periodo de julio - diciembre 2007. En esta investigación se tuvieron en cuenta los aspectos éticos de acuerdo a las recomendaciones éticas nacionales e internacionales, se empleo el formato de consentimiento informado y el instrumento "Calidad y satisfacción de vida del adulto mayor", propuesto por Aranda y colaboradores con el fin de responder la pregunta ¿Cómo es la calidad y satisfacción de vida que tiene el adulto mayor, del comedor comunitario del barrio San Jorge municipio de Santa Marta? Los hallazgos permitieron describir como influyen los diferentes factores determinante en la calidad de vida y que tan satisfecho están con sus vidas este grupo de población en especial.

Palabras clave: adulto mayor, calidad de vida, satisfacción con la vida.

## ABSTRACT

This project has for objective, to describe the quality and satisfaction of the adult's life bigger than the community of the neighborhood San Jorge. It is a quantitative descriptive study of traverse court; the population this conformed by bigger 83 adults, given among the period of July - December 2007. In this investigation they were kept in mind the ethical aspects according to the national and international ethical recommendations, you employment the format of informed consent. Does you apply the instrument "Quality and satisfaction of the biggest adult's life", proposed by Aranda and collaborators with the purpose of responding the question How the quality and satisfaction of life that the biggest adult has is, of the community dining room of the neighborhood San Jorge municipality of Santa Marta? The discoveries allowed describing like they influence the different factors determinant in the quality of life and that so satisfied they are especially with their lives population's group.

Keywords: bigger adult, quality of life, satisfaction with the life.

## INTRODUCCIÓN

La senilidad es una etapa de la vida donde la persona ha llegado al momento donde decrece la fortaleza física, disminuye la actividad académica y desaparece la vida laboral; estas circunstancias imponen un reto de adaptación que pone a prueba la autoestima, la estabilidad familiar, económica y social y conlleva una nueva percepción de la vida, su calidad y satisfacción.

Según la OPS (2000)<sup>1</sup> Hoy en día las condiciones de salud del sector adulto mayor de la población plantean un complicado esquema que no sólo se compone de enfermedad y muerte, sino de discapacidad y limitación de actividades de la vida diaria; tarde o temprano los países no podrán dejar de incluir entre sus asuntos prioritarios de salud pública y economía el tema de las repercusiones del envejecimiento de la población. Igualmente el envejecimiento de la población, requiere de una reorganización de los servicios sociales y de salud orientada hacia el incremento del bienestar, conservar la autosuficiencia, la independencia económica y la promoción de programas de apoyo social para los adultos mayores. La generación de conocimiento sobre calidad de vida, salud, atención médica y destinación de recursos es una gran oportunidad para aportar al mejoramiento de las condiciones de vida del adulto mayor, desde la perspectiva

---

<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud. División de Promoción y Protección de la Salud. Salud de las personas de edad. Envejecimiento y Salud: un cambio de paradigma. En: Revista Panamericana de Salud Pública: Vol.7, No.1 2000.



de la salud pública de esta población que envejece y cuyas necesidades de salud rara vez reciben la atención que deberían.

La calidad de vida en el adulto mayor y con la satisfacción con la vida está en íntima relación con el apoyo de que dispongan y la estabilidad económica que posean, lo cual les permiten en mayor o menor proporción la satisfacción de sus necesidades.

Calidad de vida es un concepto complejo que involucra variables físicas, psicológicas, ambientales, sociales, culturales y económicas. El adulto mayor debe sentirse parte de un grupo familiar, de amistades y del proyecto de país. Debe poder satisfacer sus necesidades, sus inquietudes, y de esto va a depender directamente su satisfacción con la vida. La satisfacción de las necesidades de la especie humana, es lo que condiciona la llamada “Calidad de Vida” y esta es, a su vez, el fundamento concreto de bienestar social. Para indagar sobre tales variables influyentes en la calidad de vida del adulto mayor del comedor de San Jorge se diseñó un estudio descriptivo transversal el cual se analiza en el segundo periodo del año 2007.

Los resultados obtenidos en esta investigación podrán contribuir a nivel local, regional, nacional e internacional en la realización de nuevos proyectos dirigidos a

la población adulta mayor, fortaleciendo y mejorando así el bienestar social partiendo de su calidad y satisfacción con la vida.

## 1. MARCO REFERENCIAL

### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según Gordon (1988)<sup>2</sup> en la estructura social y económica ocurridos durante los últimos 100 años han tenido un efecto fundamental en la salud de la población, modificando sustancialmente el perfil epidemiológico y las condiciones de la salud y enfermedad. Las personas tienen una mayor esperanza de vida, prevalecen las enfermedades degenerativas lo que trae consigo un significativo impacto en su calidad de vida.

Para Martínez y col (1998)<sup>3</sup> La aparición del concepto de calidad de vida como tal y la preocupación por su evaluación sistemática y científica se inicia alrededor de la década de los 60, cuando la atención de salud es influenciada por los cambios sociales y nuevos modelos epidemiológicos de salud enfermedad. En este nuevo escenario se resta importancia a la cantidad (morbilidad, mortalidad), para favorecer la calidad de vida humana: aliviar síntomas, mejorar el nivel de funcionamiento, conseguir mejores relaciones sociales, autonomía, etc., paradigma que cambia el concepto de cuidados de salud y en donde se empieza a valorar el impacto de las enfermedades y sus

---

<sup>2</sup> GORDON JE. Epidemiología vieja y nueva. En: Buck C, Llopis A, Nájera E, Terris M, editores. El desafío de la epidemiología: Problemas y lecturas seleccionadas. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1988: p.140 147

<sup>3</sup> MARTÍNEZ, V.; LOZANO, Calidad de vida de los ancianos. Castilla: Colección Ciencia y Técnica. Editorial Universidad de Castilla-La Mancha. A. 1998.

tratamientos en función del bienestar y satisfacción de los pacientes, su capacidad física, psíquica y social.

Cardona y col (2006)<sup>4</sup>. En los resultados de su estudio muestra que hay 58 hombres por cada 100 mujeres y como la calidad de vida del adulto mayor es multidimensional con componentes objetivos y subjetivos que comprende: salud, autonomía, nivel de satisfacción, ingresos, redes de apoyo, servicios sociales, vivienda adecuada, actividades de esparcimiento, participación social y oportunidad de toma de decisiones; teniendo un peso mayor aquellas variables de tipo subjetivo como autonomía, salud y redes de apoyo social confirmando lo hallado por Herrera y col (1997)<sup>5</sup>, donde la valoración de la calidad de vida de la población anciana esta compuesta por indicadores subjetivos como familia, salud; así mismo Fernández-Zamarron (1997)<sup>6</sup> asocia la multidimensionalidad de la calidad de vida con los factores: salud, habilidades funcionales, relaciones sociales, actividades de ocio, satisfacción y factores socioambientales como apoyo social, condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad del ambiente y aspectos culturales.

---

<sup>4</sup> CARDONA D. Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor, Facultad Nacional de Salud, Universidad de Antioquia. Medellín 2006

<sup>5</sup> HERRERA, R; RICO, A y CASADO, JL. Estudio sobre la valoración de la calidad de vida en la población anciana andaluza. En: Revista Psicogerontología, Vol.13 No. 6, 1997.

<sup>6</sup> FERNÁNDEZ R, ZAMARRÓN M y MACÍAS A. Calidad de Vida en la Vejez en los distintos contextos. Citado por MAYA LE. Componentes de calidad de vida en ancianos institucionalizados y en ancianos asistentes a programas de puertas abiertas. Antioquia, Colombia, Trabajo de Grado, Universidad Autónoma de Madrid, España. 1997.

Según Solano (1997)<sup>7</sup> los ancianos constituyen uno de los grupos de edad en toda sociedad humana por ello se les debe dar el rol que les corresponde en esta. Problemas como la demencia senil no son más del 5 – 6% en la población mayor de 65 años; mucho más abundante son los síntomas de insatisfacción existencial (soledad, angustia, estrés, aburrimiento) consecuencia de la inactividad física y mental y la creencia de falta de sentido de sus vidas.

Para Martínez (1998)<sup>8</sup> Los ancianos frecuentemente presentan una baja calidad de vida, dado por factores económicos, sociales, nivel de salud y nivel de vida.

Así mismo Aranda y col (2002)<sup>9</sup> En su estudio realizado en Perú plantean que el 21% de los ancianos conocen y frecuentan amigos conversando con estos ocho veces durante la semana, influyendo ampliamente en su dimensión social, así mismo encontramos que el 30% no recibe ingresos económicos de ningún tipo, 26% los obtiene de su jubilación, 21% los obtiene de su familia, 7% de programas sociales y 5% de sus ahorros. La mayoría considera que no les

---

<sup>7</sup> SOLANO, B. T. ¿Cuál calidad de Vida? En el mejor de los casos esta superdeteriorada. Documento periodístico. Medellín. Colombia. 1997.

<sup>8</sup> MARTÍNEZ, V.; LOZANO op.cit. p.19.

<sup>9</sup> ARANDA, J. Y HORNA, Arístides. En: Calidad Y Satisfacción De Vida De Adultos Mayores De 60 Años En Lima-Perú - Estudio Piloto Y Análisis Psicométrico.2002.

alcanza y a la vez encontramos que el 80% se encuentran satisfechos con sus vidas.

Espinosa y col. (1995)<sup>10</sup> plantea que las sociedades industrializadas le otorgan un gran valor a la juventud y a la productividad, por lo cual en muchos casos se teme o se rechaza la vejez. Los cambios físicos asociados al proceso del envejecimiento modifican la apariencia de las personas y sus funciones corporales. Esta situación puede afectar los sentimientos de competencia de los ancianos frente a situaciones determinadas, inclusive llegan a considerar que su capacidad corporal no les permite desempeñarse bien o las enfermedades les impiden continuar con las actividades que venían desarrollando. El envejecimiento es en si mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital.

En el estudio realizado en Medellín por Cardona y col (2006)<sup>11</sup>, el 57% de los adultos mayores encuestados afirmaron no tener una participación activa en la toma de decisiones del hogar. Esta situación es el reflejo del “rol sin rol” que ocupan los adultos mayores en sus hogares, al no ser invitados a participar como un integrante más de la familia en las oportunidades en que se deben

---

<sup>10</sup> ESPINOSA, E. Y LIBREROS, M. Modelo básico para el mejoramiento de la calidad de vida del viejo recluso durante su permanencia en la cárcel del distrito judicial de Cali. Santiago de Cali. Tesis de grado, Universidad de San Buenaventura, Valle, Colombia. 1995.

<sup>11</sup> CARDONA Op.cit., p.20

tomar decisiones fundamentales en el hogar, llevándolo a perder ese sentido de control que debe tener el adulto mayor sobre aspectos que están relacionados con su modo de vivir. Situación que además de aislar al adulto mayor de su vínculo familiar, lo lleva a retraerse y a deprimirse, ocasionando en muchas ocasiones sentimientos de pérdida, tristeza, desinterés por las actividades, merma de la energía, pérdida de la confianza y autoestima, sentimiento injustificado de culpabilidad, ideas de muerte y suicidio.

Max-Neff (1986)<sup>12</sup> plantea que la persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, por ello las necesidades humanas deben entenderse como un sistema en que las mismas se interrelacionan e interactúan y se satisfacen en tres contextos: en relación con uno mismo, en relación con el grupo social y en relación con el medio ambiente.

Además Solano (1997)<sup>13</sup> plantea que el índice de calidad de vida en la población anciana de Colombia, como la de otros grupos poblacionales, se desconoce, a pesar de que el objetivo de la política relativa a la atención al envejecimiento y a la vejez de la población colombiana, sea elevar las condiciones de vida de las personas de mayor edad y elevar la calidad de vida

---

<sup>12</sup> MAX-NEFF, M. Desarrollo a Escala Humana. Una opción para el futuro. CEPAAUR. Fundación Dag Hammarskjöld. Santiago de Chile. 1986.

<sup>13</sup> SOLANO, B. Op.cit., p.21

de toda la población para que alcancen una vejez saludable y satisfactoria; aún se prioriza la atención institucional, en instituciones de carácter público y privado, con ingresos ocasionales e insuficientes producto de contratación con el Estado, que funcionan en edificaciones adaptadas y generalmente con un número de usuarios superior a la capacidad real de utilización.

En otras palabras, la calidad de vida se asocia al concepto de desarrollo humano, es un proceso en el cual se amplían las oportunidades de todo individuo, las más esenciales son: disfrutar de una vida prolongada y saludable; adquirir conocimientos; tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida digno; libertad política, económica y social; respetarse a si mismo; disfrutar de la garantía de los derechos humanos; ser creativo y productivo.

Las desigualdades sociales, económicas y políticas tejen una telaraña de desventajas en torno al adulto mayor que lo hace vulnerable frente a otros grupos poblacionales, por eso se plantea el interrogante de interés y relevancia para la investigación, a saber **¿Como es la calidad y satisfacción de vida que tiene el Adulto Mayor, del Comedor Comunitario del Barrio San Jorge, Municipio de Santa Marta?.**



## 1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

### 1.2.1. Objetivo General

- Describir la calidad y satisfacción de vida del adulto mayor del comedor de San Jorge, Comuna Tres. Santa Marta 2007.

### 1.2.2. Objetivos Específicos

- Describir las características familiares del Adulto Mayor.
- Describir las relaciones sociales y las amistades del Adulto Mayor.
- Describir la salud física del Adulto Mayor.
- Describir la dependencia social y familiar del Adulto Mayor.
- Describir el apoyo social del Adulto Mayor.
- Describir la satisfacción con la vida del Adulto Mayor.

### 1.3. MARCO CONCEPTUAL

#### **Adulto mayor:**

Aranda y col (2002)<sup>14</sup> cita en su estudio el concepto de adulto mayor planteado por La Organización Panamericana de la Salud OPS (2000)<sup>15</sup> desde 1994 ajustó la edad y señaló como adulto mayor a la persona de 60 años o más de edad 19, pero aclaró que como los países tienen condiciones socioeconómicas y ambientales tan diferentes, cada país debe ajustar su edad dependiendo de ellas.

#### **Calidad de vida:**

Según los planteamientos de Aranda y col. (2002)<sup>16</sup> La calidad de vida es la interacción entre la satisfacción de vida y las condiciones objetivas de vida. Estas últimas engloban la salud, el cuidado familiar, las actividades laborales o recreativas, las prestaciones estatales y la satisfacción de las necesidades de relación social. Lo que mejor designa la calidad de vida es la calidad de la vivencia que de la vida tienen los sujetos.

---

<sup>14</sup> ARANDA y col Op.cit., p.21

<sup>15</sup> Organización Panamericana de la Salud. Op.cit. p.16

<sup>16</sup> ARANDA y col. Op.cit., p.21

### **Satisfacción por la vida:**

Para Aranda y col (2002)<sup>17</sup> Se distingue de la calidad de vida. Está última es una macrovariable muy difícil de manejar de forma operativa. La satisfacción de vida engloba un juicio general (subjetivo y afectivo) hacia determinadas áreas de relación. En el caso de los adultos mayores, la satisfacción con el desempeño laboral y social pasado, las condiciones de vivienda y cuidado actual, las relaciones familiares, el desempeño personal (grado de dependencia y salud), las relaciones sociales y amistades.

### **Apoyo social:**

Aranda y col (2002)<sup>18</sup> lo define como Las redes de apoyo social con que cuenta el adulto mayor pueden dividirse de acuerdo a su naturaleza: las redes formales corresponden a entidades privadas o gubernamentales, instituidas dentro de las estructuras sociopolíticas del estado; las redes informales corresponden a grupos y asociaciones que funcionan con normas y reglamentos propios establecidos según el propósito y objetivo de su constitución, las redes de apoyo informal pueden ser primarias conformada por familiares y convivientes, y las secundarias conformadas por vecinos, amigos y parientes.

---

<sup>17</sup> Ibid., p.26

<sup>18</sup> Ibid., p.27

### **Dependencia social y Familiar**

Para Aranda y col. (2002)<sup>19</sup> la dependencia -entendida como cualquier restricción o pérdida de la capacidad de los individuos para desempeñar una actividad que se considera normal tanto en la manera de realizarla, como dentro de un intervalo de respuesta esperado en virtud de la edad, el sexo y el contexto cultural en que dicha actividad se efectúa- está siendo hoy utilizado en la planeación y oferta de servicios por cuanto los discapacitados representan solo un segmento reducido de la población con mayor afectación de la calidad de vida, a diferencia de las prevalencias de enfermedades crónicas que afectan casi la totalidad de la población adulta mayor sin afectación importante de la calidad de vida para muchos de ellos.

---

<sup>19</sup> Ibid., p.27

#### 1.4. JUSTIFICACION

López M y col (1999)<sup>20</sup> en su Propuesta de Intervención para el Anciano Deprimido afirman que el número creciente de personas de edad avanzada en la población mundial, como consecuencia del desarrollo socioeconómico en general y del desarrollo de las ciencias en particular, hace que los problemas relacionados con la senilidad se conviertan en un importante rubro de los sistemas de salud. Por lo que conservar el adecuado estado físico y mental de este grupo de edad pasa a ser una necesidad imperiosa para los profesionales de salud.

No existe consenso con respecto al término calidad de vida, pero la mayoría de los autores coinciden en que es más amplio que el de bienestar físico y social. Aunque este trabajo se refiere a pacientes geriátricos, se quiere expresar que se comparte, las concepciones que asocian la calidad de vida de cara hacia el bienestar. En este sentido, la calidad y el desarrollo humano son nociones inseparables.

La calidad de vida implica la necesidad de mejorar aquellas situaciones en las que viven las personas y que incluyen medidas o acciones encaminadas hacia

---

<sup>20</sup> LOPEZ, M y RODRIGUEZ, H. Propuesta de intervención para ancianos deprimidos. Rev Cubana Med Gen Integr, ene.-feb. 1999, vol.15, no.1, p.19-23.

un orden de convivencia y de justicia social, hacia un estado de salud óptimo y hacia una formación mínima que le permita realizarse como seres autónomos. Según Martínez V. (1998)<sup>21</sup> la calidad de vida es una aspiración hacia el bienestar y la felicidad a la que todos debemos tender. Además, felicidad también se puede vincular al estado de ánimo, al buen humor, porque también es bienestar, armonía, simetría e imperturbabilidad y su principal característica es delimitar y seleccionar los placeres.

El término calidad de vida comienza a vincularse con la atención en salud a mediados de los años sesenta del siglo pasado. En este período, la sanidad influenciada fundamentalmente por los cambios sociales resta importancia a la cantidad (mortalidad, morbilidad, etc.) para centrarse y favorecer la calidad de vida humana en actuaciones que buscan, por ejemplo, aliviar los síntomas de deterioro, mejorar el nivel de funcionamiento del organismo, fomentar las relaciones sociales y la autonomía personal. Con este nuevo enfoque, los cuidados de salud toman un nuevo giro y se empieza a valorar el impacto de las enfermedades y sus tratamientos sobre el bienestar y satisfacción de los pacientes, su capacidad física, psíquica y social, tiempo de ocio, etc.

---

<sup>21</sup> MARTÍNEZ, V, LOZANO Op.cit., p.19

Según Solano Berrio (1997)<sup>22</sup> Este concepto ha sido estudiado extensamente, no existen, sin embargo, o son muy pocos; los estudios que abordan dicho concepto en relación con la tercera edad y, desde el ámbito sanitario, apenas se dispone de una serie de indicadores. Serían, por ejemplo: La medida del estado de salud través de la mortalidad y la supervivencia, la salud percibida por el propio sujeto, la valoración de la salud funcional a través de escalas sobre las actividades de la vida diaria, la valoración de la salud mental y el sentimiento y la percepción de los mayores ante su situación.

Otros autores Martínez V, (1998)<sup>23</sup> han diseñado en sus estudios las siguientes dimensiones en la calidad de vida de la persona anciana: actividades de la vida diaria, salud mental y salud física, soporte social y los recursos económicos. Estos indicadores nos ayudan a comprender la realidad social de este colectivo y a diseñar estrategias en función de las necesidades percibidas.

Solano Berrío (1997)<sup>24</sup> en su documento periodístico afirma que en Colombia, el concepto de calidad de vida se confunde con nivel de vida y se reduce a los indicadores, porcentajes y estadísticas de cómo vive la gente y la satisfacción

---

<sup>22</sup> SOLANO, B. T. Op.cit., p.21

<sup>23</sup> MARTÍNEZ, V, LOZANO Op.cit., p.19.

<sup>24</sup> SOLANO, B. T. Op.cit., p.21

de sus necesidades básicas. Se mide en términos físicos: vivienda, servicios públicos, área construida, etc. Se observa a través de los estudios de pobreza con los conceptos de desnutrición, infraconsumo, bajos niveles educativos, inserción inestable en la producción, condiciones sanitarias y habitacionales precarias.

Por ello, plantea considerar la calidad de vida como algo mucho más lejos de los simples y fríos indicadores económicos y propone el uso de los siguientes indicadores: disfrute de la afectividad, respeto de los derechos humanos, felicidad, autorrealización, acceso al trabajo, la salud y la recreación, oportunidad de empleo y seguridad social, posibilidades de acceder a una vivienda digna con todos los servicios públicos, participación en las acciones colectivas, respeto por la democracia, acceso a los nuevos medios electrónicos, disfrute de las manifestaciones artísticas, facilidad de estudiar investigar y actualizarse en los campos en los que a cada uno le interesa y dominar siquiera una lengua extranjera, espacios de participación, capacidad de desarrollar un concepto de ciudadanía y garantía para ser interlocutor y sujeto activo de los procesos de la sociedad.

La calidad de vida de un adulto mayor depende no solo de los indicadores que se mencionaron anteriormente, sino de las experiencias vividas, la nutrición, factores emocionales, entre otras.



En los planteamientos de la OPS (2000)<sup>25</sup> Hoy en día las condiciones de salud de este sector de la población ya plantean un complicado esquema que no sólo se compone de enfermedad y muerte, sino de discapacidad y limitación de actividades de la vida diaria, en el futuro serán aún más requeridos los establecimientos geriátricos y especialistas en la atención de ancianos con enfermedades crónicas, vasculares y degenerativas y menos los obstétricos y los pediátricos. En salud pública, investigar sobre envejecimiento es de especial importancia, por la equidad social intergeneracional que debe existir entre los colectivos y porque conforme este grupo aumente, los problemas de salud-enfermedad irán transformando y haciendo más complejo el perfil epidemiológico. En educación, serán menos las exigencias de guarderías y de profesores de educación básica primaria y más las instituciones de bienestar del anciano, de puertas abiertas o clubes de vida.

Por lo anteriormente mencionado es poco el índice de profesionales de Enfermería, que trabajan por mejorar la calidad de vida del adulto mayor y que se preocupan por explorar las necesidades del mismo ya que generalmente son otros profesionales de la salud quienes se ocupan de este campo; la Gerontología y la Geriatria son campos pocos examinados por el personal de Enfermería se podría decir que son campos vírgenes en los cuales hay mucho

---

<sup>25</sup> OPS. Op.cit. p.16

por que trabajar, el sistema político de Colombia no adecua el concepto real de calidad de vida sobre el adulto mayor.

En la ciudad de Santa Marta existen actualmente veinte comedores que brindan almuerzos al Adulto Mayor, en tales comedores la población asistente es ciento por ciento perteneciente a la tercera edad, característica que permitió utilizar uno de los comedores (San Jorge) como la fuente de población. Estos comedores comunitarios están distribuidos en toda la ciudad en los siguientes barrios: Luís R Calvo, La Lucha, San Jorge, Bolivariana, Santa Fe, Fundadores, Troconis, Once de noviembre, Juan XXIII, Gaira, Bastidas, Timayui, IPC Maria Eugenia, Malvinas, San Pablo, San Martín, 17 de Diciembre, Tayrona, Pastrana y Taganga. Asistiendo a estos un total de 4.000 Adultos Mayores.

Esta investigación servirá para contribuir en el avance de nuevas investigaciones concernientes al adulto mayor, en la formación investigativa personal y en la consecución o inicio de proyectos y/o programas dirigidos al mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor.

## 2. MARCO TEORICO

### 2.1. EL ENVEJECIMIENTO

Para Cardona D. (2006)<sup>26</sup> en su sentido literal, envejecer quiere decir "hacerse viejo", vivir cada vez más. Así, tanto los individuos como las poblaciones envejecen.

#### **Envejecimiento individual**

Aranda y Col (2002)<sup>27</sup> plantean que el envejecimiento individual está relacionado con cambios visibles en los organismos a medida que viven cada vez más. La forma y velocidad de tales cambios depende de diversos factores. Por otra parte, deficiencias atribuidas con frecuencia a factores biológicos y en especial genéticos, se reconocen cada vez más como dependientes en mayor grado de las relaciones entre el comportamiento del individuo y su contexto. Hay, entonces, modos de vivir y de envejecer saludables y formas que conducen al deterioro.

#### **Envejecimiento poblacional**

De igual manera Aranda y Col (2002)<sup>28</sup> el envejecimiento poblacional se relaciona con el aumento de la proporción de personas adultas y viejas, a la

---

<sup>26</sup> CARDONA D. Op.cit. p.20

<sup>27</sup> ARANDA Y COL. Op.cit. p.21

<sup>28</sup> Ibid. p.35

vez que con una relativa disminución de personas más jóvenes. Es decir, la tasa de mortalidad y natalidad disminuyen juntas. Se incrementa así la esperanza de vida al nacer y el porcentaje de personas mayores de 60 años. Es importante resaltar que un mayor envejecimiento demográfico coincide con un índice desarrollo humano más alto, y viceversa. Puede deducirse que el envejecimiento de una población está ligado a mejores condiciones de vida.

Así mismo Durante y Col (1998)<sup>29</sup> en su estudio definen las Características del Adulto Mayor como:

- Enlentificación de los reflejos.
- Arrugas en la cara
- Canas
- Marcha encorvada al andar
- Descenso de la talla
- Pérdidas sensoriales
- Pérdidas musculares
- Pérdida de la capacidad respiratoria
- Pérdida de agua.

---

<sup>29</sup> DURANTE, P. Terapia ocupacional en geriatría: principios y prácticas. Barcelona, Editorial Masson S.A. 1998

Cuando hay escasez de agua el hueso se vuelve duro y frágil. En el adulto mayor, los huesos se rompen en varios fragmentos lo que da lugar a muchísimas patologías e incluso la muerte. En el adulto mayor el calcio aumenta mucho porque el agua se reduce. El adulto mayor tiene también una pérdida importante de inmunidad.

A la vez Durante y Col (1998)<sup>30</sup> plantearon las Características del adulto mayor a nivel psíquico:

- Pérdida cuantitativa de memoria.
- Pérdida cuantitativa de sueño.
- Son mucho más celosos.
- Las mujeres tienen la menopausia y lo pasan muy mal. En el hombre no se nota tanto.

De igual manera Durante y Col (1998)<sup>31</sup> hablaron de las Características sociales y del sueño del adulto mayor:

- Padecer enfermedades sociales.
- Aparece la jubilación.

---

<sup>30</sup> Ibid., p.36

<sup>31</sup> Ibid., p.36

- Preocupación por falta de cónyuge.
- Cambia el estilo de vida.
- Se hace más egoísta e incrédulo.
- Se vuelven maniáticos.
- Descontrolan los horarios.
- Son los que mas ven la TV y oyen la radio.

### **El sueño**

El sueño es una necesidad.

Necesita un periodo previo de sopor o somnolencia. Lo contrario es la vigilia.

## **2.2. PSICOLOGÍA DEL ADULTO MAYOR**

Papalia y Col (1997)<sup>32</sup> plantea que a pesar del modelo social que hay de la vejez como una época inactiva y de desgaste físico e intelectual, los gerontólogos, especialistas que analizan el proceso del envejecimiento, han dado una imagen muy distinta de los adultos mayores. Al concentrarse en el período de vida iniciado alrededor de los 60 años, los gerontólogos hacen aportaciones significativas para precisar las capacidades de los viejos y demostrar que valiosos procesos de desarrollo siguen durante la vejez.

---

<sup>32</sup> PAPALIA, Diane E; WENDKOS, Sally. Desarrollo humano con aportaciones para Iberoamérica. 6ª ed. Santafé de Bogotá: Mc. Graw - Hill, 1997.

Aun cuando las actividades de tiempo libre que llevan a cabo los adultos mayores no se diferencian mucho de las que hacen los jóvenes, bastantes de los cambios físicos, por supuesto, se debe al proceso de envejecimiento.

Los más palpables se refieren a la apariencia -adelgazamiento del cabello y el cabello cano, piel arrugada y flácida y en algunas ocasiones una ligera pérdida de estatura, ya que el tamaño de la espina dorsal que está entre las vértebras decrece- aunque además, se realizan cambios más ligeros en el funcionamiento biológico del organismo. Por ejemplo, disminuye la precisión sensorial como consecuencia del envejecimiento; la vista y el oído pierden agudeza, y el gusto y el olfato la sensibilidad. El tiempo de reacción es más retardado. Hay también cambios de vigor físico. Esto debido a que la exhalación de oxígeno y la capacidad del corazón para bombear es menor, el cuerpo es incapaz de dar los nutrientes tan rápido como antes, por lo que la recuperación de la actividad física es más lenta.

### **El mundo social del adulto mayor:**

En los planteamientos de Aranda y Col (2002)<sup>33</sup> se ha comprobado que es falsa la opinión de que la vejez es resultado inevitable de la edad, también es errónea la opinión de que la vejez forzosamente implica soledad.

---

<sup>33</sup> ARANDA, Op.cit. p.21

Los adultos mayores por lo general se ven a sí mismos como parte activa de la sociedad. Una encuesta representativa muestra que sólo 12% de las personas de 65 años a más ven la soledad como un problema serio. Se han creado dos enfoques esenciales planteados por Havighurst, R. (1973)<sup>34</sup> para explicar el ambiente social de las personas ancianas: la teoría del retiro y la teoría de la actividad.

La teoría del retiro tiene una visión del ingreso a la senectud como un proceso gradual de aislamiento del mundo en lo físico, social y psicológico. Físicamente, los bajos niveles de energía producen menos actividad; desde el punto de vista psicológico, el interés hacia los demás se centra hacia uno mismo. La teoría de la actividad sostiene que los adultos mayores que envejecen con más éxito son los que mantienen los intereses y actividades que los motivaban durante la edad adulta y que se niegan a disminuir la cantidad y el nivel de interacción social. La teoría de la actividad no está exenta de críticas. No todos los adultos mayores necesitan una vida llena de actividades e interacción social para llegar a ser felices; como en todas las etapas de la vida, existen algunas personas que se sienten tan satisfechas de llevar una existencia relativamente pasiva y solitaria como las que tienen una vida llena de actividad y relaciones sociales.

---

<sup>34</sup> HAVIGHURST, R. (1973). Social roles, work leisure, and educations. En C. Eisdorfer y P. Lawton (Eds). The psychology of adult development and aging. Washington, DC: American Psychological Association.



Es imposible decir si la teoría de la actividad o del retiro ofrece una visión precisa de los adultos mayores, tal vez porque hay muchas diferencias individuales entre las formas en que las personas encaran el envejecimiento. No obstante, es muy claro que los adultos mayores no están esperando solamente a que llegue la muerte. Por el contrario, la vejez es una época de crecimiento y desarrollo continuo, tan valiosos como cualquier período de la vida.

A la vez según la OPS (1999)<sup>35</sup> la familia sigue siendo la principal fuente de apoyo emocional, seguridad, cuidado, afecto, ya que constituye un mecanismo natural de atención y es la opción preferida por los ancianos. No debe extrañar entonces, que una alta proporción de ancianos que viven con su familia manifiesten estar satisfechos de su situación familiar

### **Salud mental del adulto mayor**

Según Desjarlais y col (1997)<sup>36</sup>, En el crecimiento de la población adulta mayor trae consigo inevitablemente un aumento de las enfermedades relacionadas con la edad, como las demencias y la depresión, siendo considerada esta última como el principal problema de salud mental que

---

<sup>35</sup> Organización Panamericana de la Salud. El envejecimiento: cómo superar mitos. DC: OPS. Washington: 1-15. 1999

<sup>36</sup> DESJARLAIS, R. et al. Ancianos. En: Salud Mental en el Mundo: Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Washington: OPS/OMS, 1997.

enfrentará el mundo del futuro. Los trastornos mentales y conductuales perturban profundamente la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias, impacto negativo no solo por lo importante sino por lo prolongado del trastorno. Sobre la Salud Mental en el Mundo se considera que los factores que afectan potencialmente la salud mental del adulto mayor están originados en el aumento de la esperanza de vida seguido por una baja en las tasas de fertilidad, los cambios en la economía, la creciente migración del campo a la ciudad, la mayor educación de los hijos; otros factores son positivos y mitigan los posibles resultados en salud mental, como son: la mayor educación de los adultos, el aumento del ingreso percapita en algunos países y las mejoras en la atención en salud.

Para Aranda y col (2002)<sup>37</sup> Es de esperar que el envejecimiento poblacional se acompañe de cambios importantes en la frecuencia y la distribución de los trastornos somáticos y mentales, así como en la interrelación entre estos dos. La demencia tipo Alzheimer es casi exclusiva de los adultos mayores, pero también se observan altas tasas de prevalencia de depresión, ansiedad, trastornos psicóticos, suicidio y uso indebido de sustancias.

---

<sup>37</sup> ARANDA, Op.cit. p.21

Para Torres y col (1997)<sup>38</sup> en su estudio nacional de salud mental plantean que en Colombia por estar en la etapa de transición demográfica plena ya empieza a enfrentarse al problema, como lo demuestran los resultados del Segundo Estudio Nacional de Salud Mental para la población mayor de 60 años, la cual presenta una proporción de prevalencia de 25.2% de depresión frente a un 19.6% para todos los grupos poblacionales.

Así mismo Desjarlais y col (1997)<sup>39</sup> plantean que La salud mental del adulto mayor en Colombia y en el mundo ha sido considerada como enfermedad mental inherente a la edad, por esta razón es casi normal que se hable de la demencia y la depresión como “cosa de viejos” haciendo alusión a los trastornos psiquiátricos que se presentan en otros grupos etáreos, pero no son relevantes en las estadísticas nacionales, a sabiendas que la cuarta parte de las personas mayores de 60 años (uno de cada cuatro) sufre de depresión.

Torres y col (2002)<sup>40</sup> en sus planteamientos afirma que en cuanto al uso y abuso de drogas en la población adulta mayor en Colombia, se encontró que la sustancia psicoactiva que más utilizan es el cigarrillo, con una prevalencia mensual del 29% y de vida del 45%, (de cada 100 adultos mayores 45 han

---

<sup>38</sup> TORRES, Y. Segundo Estudio nacional de salud mental. Bogotá: Ministerio de Salud, 1997.

<sup>39</sup> DESJARLAIS, R Op.cit., p.42

<sup>40</sup> TORRES. Op.cit., p.43

fumado cigarrillo alguna vez en su vida y de ellos 29 en el último mes). Las demás sustancias no son representativas en este grupo etéreo, pues existen otros grupos con prevalencias mucho más altas que las expuestas.

### **2.3. CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR.**

Para Torres y col (2002)<sup>41</sup> El envejecimiento es en si mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital.

Así mismo Max Neef y col (1986)<sup>42</sup> plantea que la persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, por ello las necesidades humanas deben entenderse como un sistema en que las mismas se interrelacionan e interactúan y se satisfacen en tres contextos: en relación con uno mismo, en relación con el grupo social y en relación con el medio ambiente.

Para San Martin y col (1990)<sup>43</sup> la satisfacción de las necesidades de la especie humana, es lo que condiciona la llamada “Calidad de Vida” y esta es, a su vez el fundamento concreto de bienestar social.

---

<sup>41</sup> ESPINOSA, E. Op.cit. p.22.

<sup>42</sup> MAX-NEFF. Op.cit. p.23

<sup>43</sup> SAN MARTÍN, H. y Pastor, U.. Epidemiología de la Vejez. Ed. Interamericana. México. 1990

En los planteamientos de Maya Luz (1997)<sup>44</sup> en su estudio de componentes de la calidad de vida del adulto mayor podemos observar que el índice de calidad de vida en la población del adulto mayor de Colombia, como la de otros grupos poblacionales, se desconoce, a pesar de que el objetivo de la política relativa a la atención al envejecimiento y a la vejez de la población colombiana, sea elevar las condiciones de vida de las personas de mayor edad y elevar la calidad de vida de toda la población para que alcancen una vejez saludable y satisfactoria, aún se prioriza la atención institucional, en instituciones de carácter público y privado, con ingresos ocasionales e insuficientes producto de contratación con el Estado, que funcionan en edificaciones adaptadas y generalmente con un número de usuarios superior a la capacidad real de utilización.

### **Determinantes de la Calidad de Vida en el Adulto Mayor**

Arenas y col (2002)<sup>45</sup> Han estudiado a través de diferentes diseños: transversales, longitudinales y experimentales; y en muy variadas poblaciones. A pesar de los aspectos subjetivos y la gran variabilidad entre poblaciones, hay algunos factores que permanecen constantes. Destacan entre ellos:

---

<sup>44</sup> MAYA Luz Helena. Enfermera Gerontóloga M.S.P. Componentes de la Calidad de Vida en Adultos Mayores. 1997,

<sup>45</sup> ARENAS Luis, Mtro. Guillermo Salinas Escudero, Mtra. Katia Gallegos Carrillo. Medición de la Calidad de Vida en el Adulto Mayor en dos Estados de México 2002

■ Soporte social, es un elemento que favorece la calidad de vida independiente de la fuente de donde provenga. Se ha sugerido que la calidad de vida en general pueden variar de acuerdo a la edad, el sexo, la condición de salud y la residencia. Los factores socioeconómicos y la escolaridad son elementos de importancia, pero no del todo determinantes para la calidad de vida de los adultos mayores. Aspectos relacionados con la salud; cualquier enfermedad en general afecta la calidad de vida, y en mayor medida los problemas de salud mental: desordenes de ansiedad, depresivos y afectivos.

Según Fernández (1997) <sup>46</sup> La calidad de vida es difícil de cuantificar porque involucra dimensiones personales subjetivas e intersubjetivas muy difíciles de definir, desde el enfoque empírico analítico. Se puede, mediante la creación de indicadores, explicar las diferencias en la satisfacción con datos objetivos, pues la satisfacción puede crecer cuanto más bienestar se posea.

Los indicadores son unidades observables de un fenómeno social que establece el valor de un rango que no se puede observar ni cuantificar directamente. Los elementos o factores que podemos cuantificar son: recursos económicos, salud física, incapacidades funcionales, recursos familiares y

---

46 FERNÁNDEZ. Op.cit. p.20

sociales, vivienda, actividad y ocio. En varias publicaciones enfatiza teóricamente, y con aplicación en la práctica, en la especificidad del concepto de calidad de vida en las personas mayores, que aunque mantienen aspectos comunes con otros grupos poblacionales, tienen otros factores importantes como es la autonomía. Rechaza la igualdad de calidad de vida con el estado de salud del individuo y concreta en la multidimensionalidad de factores personales como salud, habilidades funcionales, relaciones sociales, actividades de ocio, satisfacción y factores socioambientales como apoyo social, condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad del ambiente y aspectos culturales.

### **Calidad de Vida en Colombia**

La Constitución Política de Colombia, en su artículo 334 (1991)<sup>47</sup>. reza: “La dirección general de la economía estará a cargo del Estado. Éste intervendrá, por mandato de la Ley, en la explotación de los recursos naturales, en el uso del suelo, en la producción, distribución, utilización y consumo de los bienes, y en los servicios públicos y privados, para racionalizar la economía con el fin de conseguir el mejoramiento de la Calidad de Vida de los habitantes, la distribución equitativa de las oportunidades y los beneficios del desarrollo y la preservación de un ambiente sano. El Estado, de manera especial, intervendrá para dar pleno empleo a los recursos humanos y asegurar que todas las

---

<sup>47</sup> Colombia. Constitución Política de Colombia, 1991. Artículos 1, 46, 334. Bogotá: El Congreso, 1991.

personas, en particular las de menores ingresos, tengan acceso efectivo a los bienes y servicios básicos. En estudios poblacionales realizados en Colombia: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, Encuestas de Pobreza y Calidad de Vida y Encuesta Nacional de Demografía y Salud; el concepto de calidad de vida se equipara con nivel de vida y se explica a través de indicadores, porcentajes y estadísticas de cómo vive la gente y la satisfacción de sus necesidades básicas; se mide en términos físicos de vivienda, servicios públicos, área construida, etc. Esta medición objetiva es adecuada para todos los países pero más para aquellos países desarrollados o en regiones de un nivel de vida elevado, donde la pobreza y la miseria no están tan generalizados como en la población adulta; en estos casos es necesario y adecuado considerar aspectos objetivos y aspectos subjetivos.



## **2.4. PRINCIPALES PROBLEMAS QUE AFECTAN A LOS ADULTOS MAYORES.**

### **Condiciones de salud**

Para Ham (1999)<sup>48</sup> El aspecto del envejecimiento poblacional que traerá el mayor impacto social y económico será el de las condiciones de salud, por las transiciones demográficas y epidemiológicas que harán un desplazamiento de las causas de morbilidad y mortalidad desde las enfermedades transmisibles hacia las crónicas, degenerativas e incapacitantes que incrementarán los costos de atención y los sistemas de salud deberán adaptarse a estas transformaciones.

Para la Organización Mundial de la Salud (1984)<sup>49</sup> El envejecimiento es un signo y también un resultado del desarrollo económico y social. La salud y el bienestar de los adultos mayores 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.

---

<sup>48</sup> HAM-CHANDE, R. Conceptos y significados del envejecimiento en las políticas de población. En: Envejecimiento Demográfico de México: Retos y Perspectivas. México: CONAPO, 1999.

<sup>49</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos. Ginebra: OMS, 1984 (Serie de informes técnicos, 706) 1983.

Así mismo la Organización Mundial de la Salud (2000)<sup>50</sup>. Con el envejecimiento de la población, la muerte se convierte en un fenómeno propio de la vejez y se cambian los tipos de enfermedad predominantes en las comunidades; las afecciones isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares son las principales causas de defunción en personas de edad, seguidas por las neoplasias y las enfermedades respiratorias, principalmente la neumonía

Para Ham (1999)<sup>51</sup>. 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 en particular. Los factores son eslabones de una cadena causal (o indicadores de esos eslabones) que conducen al desenlace, y la fuerza de su asociación con el desenlace permite el diagnóstico. De este modo el aislamiento social es un factor de riesgo de la depresión, el tabaquismo de la enfermedad pulmonar, y la muerte de un cónyuge del suicidio. Las necesidades de salud de los adultos mayores constituyen motivos de preocupación entre la población, por cuanto requieren porcentajes muy altos de atención y cuidado, incrementando los costos y la incertidumbre por la naturaleza crónica de los padecimientos, que en muchas ocasiones termina por agotar las reservas de apoyo contenidas en las redes

---

<sup>50</sup> OPS. Op.cit. p.16

<sup>51</sup> HAM-CHANDE, R Op.cit. p.49

sociales, y la mayor frecuencia con que enferman trayendo la pérdida de funciones y la dependencia física de los demás miembros de la familia.

Lucila Santagostino (1999)<sup>52</sup> considera el estado de salud percibida como el factor más importante de la calidad de vida en la vejez. Las personas consideran el estado de salud como uno de los bienes más preciados e importantes en su vida. La salud mental es percibida como el estado resultante de un adecuado uso del tiempo libre, llevada la idea de ocio a su expresión positiva. Por lo general el adulto mayor dispone de mucho tiempo libre, el cual puede ser ocupado por un ocio creativo, generador de crecimiento y equilibrio personal.

### **Enfermedades que afectan al Adulto Mayor**

Según Aranda y col (2002)<sup>53</sup> La repercusión de las enfermedades geriátricas, sean cuales sean, se nota en el deterioro funcional, mental y social del anciano; destacando la disminución funcional, incapacidad y dependencia en las actividades de la vida diaria, limitando su autonomía. Hay un sinnúmero de enfermedades crónicas o degenerativas que pueden llegar a afectar la salud del adulto mayor. Sin embargo en esta investigación se citaran las más

---

<sup>52</sup> SANTAGOSTINO, L. Epidemiología del envejecimiento en México. En: Envejecimiento Demográfico de México: Retos y Perspectivas. México: CONAPO, 1999.

<sup>53</sup> ARANDA, Op.cit., p.21

frecuentes según la epidemiología de la región. Además refiere que en su estudio un 61.0% de los ancianos encuestados tiene una enfermedad diagnosticada por el médico. Existen más ancianas, en comparación con los ancianos, con enfermedad diagnosticada (64.5 vs 57.1). El que existan más mujeres con diagnóstico de enfermedad no significa, necesariamente, que las ancianas sufran más enfermedades que los ancianos, sino que ellas visitan más a los médicos. Así, del 71.4% de ancianos que recibe tratamiento o visita periódicamente al médico, 76.7% son mujeres y 56.4% son varones. Además, existe mayor número de ancianas que cuentan con seguro médico (43.8% vs 34.5%).

Cardona D. (2006)<sup>54</sup> en el estudio realizado en medellin afirma que las enfermedades, signos o síntomas que mas aquejan a los adultos mayores entrevistados son las relacionadas con el sistema cardiovascular, presentándolas el 50.6% de ellos; dentro de este grupo la patología mas padecida es la hipertensión (38.1%). Dentro de los sistemas o grupos se encontró en segundo lugar las patologías del tejido osteomuscular y conjuntivo y las del sistema endocrino y metabólico (21.1% cada uno de ellos), resultando ser la artritis, la osteoporosis y la columna las que mas se presentaron dentro del grupo del tejido osteomuscular y conjuntivo; y la diabetes, la

---

<sup>54</sup> CARDONA D. Op.cit., p.20

hipercolesterolemia y la tiroides las patologías que mas se presentan dentro del sistema endocrino y metabólico. Así mismo, un 9.9% de los adultos mayores manifestaron padecer enfermedades relacionadas con el sistema digestivo, siendo la gastritis, el colon y las úlceras las patologías que mas se presentan dentro de este sistema. La hipertensión (38.1%), la diabetes (13.2%), la artritis (6.8%), la osteoporosis (5.0%) y la hipercolesterolemia (4.7%), son los padecimientos más comúnmente manifestados por la población adulta mayor entrevistada,

### **Diabetes Mellitus**

Aranda y col (2002)<sup>55</sup> en el estudio realizado en lima cita que la diabetes mellitus afecta alrededor del 20% de los mayores de 65 años de edad y dentro de las causas se consideran a la obesidad, historia familiar y la edad. Se considera que aproximadamente 30% de todos los ancianos presenta un deterioro a la tolerancia a la glucosa porque esta declina conforme avanza la edad. Entre las repercusiones de esta enfermedad se considera que acelera el envejecimiento, dispone a las enfermedades cardiovasculares, a las infecciones, a la TBC, retinopatías, cataratas, neuropatías y aumenta la mortalidad general. Se entiende por Diabetes Mellitus a un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por la presencia de hiperglicemia crónica, con alteración del metabolismo de los carbohidratos, grasas y

---

<sup>55</sup> ARANDA. Op.cit., p.21

proteínas que resultan como consecuencia del defecto en la secreción o en la acción de la insulina.

### **Hipertensión Arterial**

Dentro de las enfermedades cardiovasculares en el estudio de Aranda y col (2002)<sup>56</sup> tenemos un porcentaje de 6.5% de adultos mayores que manifestaron tener una enfermedad cardiovascular, además constituye la causa principal de muerte en los adultos mayores. A ella la disponen el tabaquismo, la diabetes, la inactividad y la obesidad. La hipertensión arterial se define como el nivel de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mm Hg, o como el nivel de presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mm Hg. 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.

### **EPOC (Enfermedad Obstructiva Crónica)**

Para la Sociedad Colombiana de Neumología (1997)<sup>57</sup> La EPOC es una entidad clínica frecuente que se caracteriza por el desarrollo progresivo de limitación (obstrucción) al flujo de aire durante la espiración. La limitación al

---

<sup>56</sup> *Ibíd.*, p.53

<sup>57</sup> SOCIEDAD COLOMBIANA DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX. Recomendaciones para el diagnóstico y manejo del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Rev Colombiana de Neumología 1997;9 (supl):S3-S39.

flujo de aire, que es progresiva y no completamente reversible, se asocia a una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones a partículas o gases nocivos.

## **Cáncer**

El Instituto Nacional de Cancerología (2004)<sup>58</sup> define, el cáncer no es una sola enfermedad: es el nombre de una variedad de, por lo menos, cien enfermedades muy distintas entre si y que produce el crecimiento anormal y desordenado de las células del cuerpo. Esto es causado por alteraciones celulares ocurridas cuando la clave cromosómica genética ha sido alterada por lo que las células reciben mensajes erróneos.

## **Artropatías**

Según Aranda y col (2002)<sup>59</sup> La artritis es una de las dos enfermedades más frecuentes en los ancianos y 80% de las dolencias reumáticas se consideran como manifestaciones normales del proceso fisiológico de envejecimiento. Las consecuencias de esta enfermedad se ve en la mayor susceptibilidad a los accidentes y caídas, las mayores limitaciones para desempeñarse cotidianamente, la menor destreza y sus efectos en la dimensión psicológica por la distorsión que produce en la imagen corporal. Las artropatías son

---

<sup>58</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Instituto Nacional de Cancerología. E.S.E., El Cáncer, aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnostico y tratamiento. 2004

<sup>59</sup> *Ibíd.* P.55

enfermedades articulares hay tres tipos de articulaciones: fibrosas, cartilaginosas y sinoviales. Las articulaciones sinoviales son de libre movimiento. Las superficies articulares están revestidas por cartílago articular. A modo de manguito hay una cápsula fibrosa y unos ligamentos. La cavidad articular está revestida por la membrana sinovial salvo las que están revestidas por cartílago articular.

Los problemas que más afectan el bienestar y la vida de los adultos mayores en nuestro país son de diversa naturaleza. Sin embargo, de acuerdo a las cifras estadísticas disponibles y a la propia percepción de este grupo de personas, es posible establecer un primer nivel de clasificación de estos problemas que, adicionalmente, comprometen las posibilidades de desarrollo humano del país al no cubrirse plenamente sus necesidades:

### **Deficiente cuidado de la salud y malos hábitos alimenticios**

Planteamientos de Juárez (2005)<sup>60</sup> refiere en términos generales, que la sociedad colombiana no tiene un cabal conocimiento acerca de los problemas de salud que adolece la población anciana en el país, ni tampoco una mayor conciencia sobre los riesgos que implica el proceso de envejecimiento sobre el bienestar físico y psíquico de este grupo poblacional. De otro lado, los

---

60 JUAREZ Luis Guillermo. evolución del estado nutricional del adulto mayor. Tercer congreso Internacional de nutriología y obesidad. Monterrey, NL. México, 2005



profesionales de la salud no se especializan de manera preferente en áreas como geriatría y gerontología y en la mayoría de los casos, los equipos médicos que trabajan en los centros hospitalarios del país no cuentan con estos especialistas o si se dispone de ellos, no se encuentran actualizados ni reciben periódicamente algún tipo de capacitación al respecto. En materia de nutrición y alimentación, se ha detectado como problema principal de los adultos mayores el mantener hábitos alimenticios y nutricionales poco saludables, aparte de la insuficiente dieta calórico-proteica que afecta en mayor medida a los que viven en situación de pobreza.

**Bajo nivel educativo y desconocimiento sobre el envejecimiento y la vejez:**

Juárez (2005)<sup>61</sup> afirma que las personas que ahora tienen 60 y más años de edad, pertenecen a una generación donde el analfabetismo y la baja escolaridad fueron una característica permanente durante varias décadas. Aún hoy, una importante proporción de este grupo poblacional continúa sin saber leer y escribir, lo cual no solamente les impide alcanzar objetivos preventivos en distintos ámbitos y aspectos de su vida, como por ejemplo en salud y en el cuidado de su propia seguridad, sino que también les resta oportunidades para elevar su bienestar y calidad de vida.

---

61 *Ibíd.*, p.57

En el estudio de Cardona y col (2006)<sup>62</sup> En lo que respecta al nivel educativo de los adultos mayores se encontró que una alta proporción de estos solo han alcanzado estudios de primaria (63.9%), el 19.2% con secundaria y el 13,8% sin ninguna escolaridad, convirtiéndose en ocasiones tal situación en posible factor de discriminación en la sociedad, por lo tecnificada de la misma.

Asimismo, la sociedad no valora debidamente las habilidades y experiencias ganadas por los adultos mayores a lo largo de su vida en diferentes aspectos y peor aún, las nuevas generaciones no reciben este nuevo bagaje y no se beneficia la comunidad con un proceso de transmisión y acumulación de conocimiento.

### **Ingresos y pensiones reducidas.**

Según Aranda y col. (2002)<sup>63</sup> Aunque la insuficiencia de los ingresos es una situación que afecta a una proporción importante de los hogares y personas del país, es conocido que tanto el nivel de ingresos de las personas de 60 y más años que trabajan, como el valor de las pensiones en el caso de pensionistas y jubilados, son los más bajos en la escala de remuneraciones, situación que nos les permite llevar una vejez digna y con independencia. En los resultados de este estudio 29.5% de los adultos mayores no recibe ingresos, 26.2% lo

---

62 CARDONA D. Op.cit. p.20

63 ARANDA, Op.cit. p.21

obtiene de su jubilación, al 21.3% se lo proporciona su familia, 6.6% lo obtiene de programas sociales y 4.9% de sus ahorros de trabajo.

Algo similar sucede en el estudio de Cardona y Col (2006)<sup>64</sup> en el cual los adultos mayores encuestados presentaron como principal fuente de ingresos los aportes familiares representando el 41.1% para cada fuente de ingresos, se destaca además como una baja proporción de adultos tienen su sustento económico derivado en el sueldo (5.3%), situación explicable en el hecho que la jubilación se adquiere a partir de los 62 años para los hombres y los 58 para las mujeres.

### **Desaprovechamiento y mal uso del tiempo libre**

Aranda y col. (2002)<sup>65</sup> manifiesta que en nuestro país no existe una cultura del tiempo libre, es decir, se carece de una conciencia y sensibilidad de lo beneficioso que puede ser para las personas, especialmente las ancianas, el aprovechamiento de su tiempo libre en actividades culturales, deportivas, turísticas y de esparcimiento. A pesar de la gran cantidad de tiempo libre que tienen los adultos mayores, este tiempo no es aprovechado, situación que con políticas adecuadas debe corregirse. Dentro de los resultados arrojados sobre la frecuencia en la realización de actividades, el 39.3% afirma que nunca,

---

<sup>64</sup> CARDONA. D. Op.cit. p.20

<sup>65</sup> *Ibíd.* P.59

27.9% al menos una vez al mes, 13.1% al menos una vez a la semana, 16.4% casi a diario.

Un problema colateral es que en el país no existen espacios adecuados para que los adultos mayores puedan hacer uso de su tiempo libre y que, además, lo hagan a costos realmente reducidos. A la falta de infraestructura e instalaciones deportivas, recreativas y culturales apropiadas para las necesidades y requerimientos de este grupo poblacional, debe añadirse la falta de profesionales y, en general, recursos humanos especializados en servicios de recreación y esparcimiento para la población mayor.

### **Bajos niveles de participación y escasas facilidades para la integración social**

Igualmente Aranda y col. (2002)<sup>66</sup> plantean que uno de los prejuicios más visibles de la sociedad es la consideración de los adultos mayores como sujetos pasivos y sin capacidad para participar activamente en la marcha de su comunidad. Además, en nuestro país son pocos los canales institucionalizados para la participación del adulto mayor, hombres o mujeres, que puedan servir de mecanismo importante para estimular sus capacidades.

---

<sup>66</sup>Ibíd. P.60

Adicionalmente, se presenta una casi total inexistencia de organizaciones de nivel local y comunitario, que estén integradas por ser adultos mayores, con lo cual disminuyen las posibilidades de participar no sólo en la gestión del desarrollo de su comunidad sino, inclusive, en programas y actividades en su propio beneficio.

## 2.5. DEPENDENCIA SOCIAL Y FAMILIAR

En los planteamientos de Montenegro y col (2001)<sup>67</sup> La dependencia-entendida como cualquier restricción o pérdida de la capacidad de los individuos para desempeñar una actividad que se considera normal tanto en la manera de realizarla, como dentro de un intervalo de respuesta esperado en virtud de la edad, el sexo y el contexto cultural en que dicha actividad se efectúa- está siendo hoy utilizado en la planeación y oferta de servicios por cuanto los discapacitados representan solo un segmento reducido de la población con mayor afectación de la calidad de vida, a diferencia de las prevalencias de enfermedades crónicas que afectan casi la totalidad de la población adulta mayor sin afectación importante de la calidad de vida para muchos de ellos. La dependencia se mide en términos de la funcionalidad: física, cognitiva, psicológica y social, así como también de las funciones sensoriales: visión y audición.

Uno de los parámetros que mide el estado de salud en la última etapa evolutiva del hombre es la funcionalidad. La *funcionalidad física* es la que más valora la persona mayor y las que quiere mantener mientras viva, de la *funcionalidad psíquica* desea un instante de lucidez más que de vida y, de la funcionalidad

---

<sup>67</sup> MONTENEGRO, A y Laguna, A. Reflexiones sobre el envejecimiento y la calidad de vida. [Artículo de Internet]. <http://departamento.enfe.ua.es/internet/cultura/numero2/teoria2.htm>. Consultado: 07 de octubre de 2001.

social precisa suficiencia económica y relaciones sociofamiliares y en su defecto políticas adecuadas de pensiones, actividades culturales y ambientales que le faciliten su adaptación al ambiente y le garanticen un bienestar mínimo "necesidades básicas garantizadas" (alimentación, vivienda, vestido, salud, cultura y ocio). El apoyo social interesa en relación a la salud y longevidad, las personas necesitan amar y sentirse amadas.

Ruiperez y col (1997)<sup>68</sup> manifiesta que la viudez y la soledad (hecho que puede explicarse por determinados motivos), constituyen un problema social, económico y psicológico de gran magnitud, pues produce efectos negativos sobre el bienestar del adulto mayor, quien se ve vinculado a la pobreza, soledad y aislamiento.

De acuerdo con los planteamientos de Gomez y col (1995)<sup>69</sup> quien afirma que para fortalecer la capacidad funcional del adulto mayor entendido como la facultad presente en una persona, para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad está íntimamente ligada al concepto de

---

<sup>68</sup> RUIPEREZ C.; llorente, D. Guía para auxiliares y cuidadores de ancianos. Fundamentos y procedimientos. Edit. Mac graw Hill. Madrid. 1997

<sup>69</sup> GÓMEZ, JF; Curcio, CL; Gómez, DE. Evaluación de la Salud de los Ancianos. Manizales: 1995.

autonomía – entendida como el grado en que hombres y mujeres pueden funcionar como deseen hacerlo, es decir, tomar las propias decisiones, asumir las propias responsabilidades y reorientar las propias acciones - es el mejor indicador del estado de salud de las personas, porque para ello es necesario tener un funcionamiento adecuado tanto físico como mental y social.

La utilidad de conocer la capacidad funcional de un adulto mayor, es la valoración de los elementos con que cuenta para enfrentar las situaciones difíciles de su vida (enfermedad, discapacidad, minusvalía) y determinar cuánta vulnerabilidad física, mental, social y funcional tiene y así poder formular criterios acerca de cómo emplear correctamente las aptitudes y habilidades existentes, estimar el nivel en que se realizan las tareas cotidianas y la necesidad de atención a corto y largo plazo. Estas condiciones difíciles que tienden a generar la pérdida de la autonomía en los adultos mayores, son los factores de riesgo ya analizados, pero que su detección lleva a emprender acciones en salud mental de tipo preventivo, encaminadas a retardar las consecuencias de la evolución natural de las enfermedades, especialmente las mentales.



## 2.6. MORBILIDAD DEL ADULTO MAYOR

Según Wong y col (2001)<sup>70</sup> A medida que las naciones envejecen y se producen cambios en las condiciones de vida y de trabajo, es inevitable que aparezca un cambio en los patrones de las enfermedades, estos cambios afectan con mayor dureza a los países en vía de desarrollo. Incluso aunque estos países sigan luchando contra las enfermedades infecciosas, la desnutrición y las complicaciones del parto, se enfrentan al rápido aumento de las enfermedades no contagiosas; esta doble carga de enfermedad agota hasta el límite los ya escasos recursos. De esta forma, el proceso de transición epidemiológica, aunado al hecho de que la población en edad avanzada es sobreviviente del régimen epidemiológico anterior, puede manifestarse como una carga de síntomas, limitaciones físicas e incapacidad.

Para la OMS (2002)<sup>71</sup> la vejez es un período que exige esfuerzos adaptativos especiales sobre la base de los cambios que se experimentan tanto dentro como alrededor del viejo. En el orden físico, la apariencia, el rostro, la tersura de la piel, el color y cantidad de los cabellos, la vista, el oído, la fuerza muscular, la agilidad, la resistencia a la fatiga y la vitalidad disminuyen en esta etapa. Intelectualmente es víctima de trastornos de tipo amnésico y de poder

---

<sup>70</sup> WONG R., Lastra MA. Envejecimiento y salud en México: Un enfoque integrado. En: Estudios Demográficos y Urbanos. Vol. 16, No. 3, 2001.

<sup>71</sup> Organización Mundial de la Salud. Departamento de Promoción de la Salud. Salud y Envejecimiento. Un documento para el debate. Segunda Asamblea Mundial. España, 2002.

de concentración: aumenta el olvido, disminuye la capacidad para almacenar nueva información, la memoria remota permanece pero la memoria reciente se altera, hay disminución y alteración de la agudeza visual, auditiva y verbal, se presenta dificultad para resolver problemas abstractos, lógicos y se disminuye la flexibilidad cognitiva.

Afectivamente es frecuente el sentimiento de abandono y soledad reforzado por la pérdida de familiares y amigos, el temor obsesivo de presenciar la muerte del cónyuge y la conciencia de estar viviendo el final de su propia existencia

Zepeda (2001)<sup>72</sup> afirma que entre los cambios biológicos se encuentran el daño molecular acumulado asociado a continuas alteraciones del ADN, ARN, las proteínas y los lípidos causando envejecimiento y lesión celular; cambios del sistema nervioso central –SNC- que se expresan en la disminución del peso y volumen cerebral, pérdida de neuronas, disminución en la arborización de las dendritas y del tejido conectivo, degeneración de las neurofibrillas, acumulación de placas seniles; cambios fisiológicos que se observan en la reducción del flujo sanguíneo cerebral, oxígeno y metabolismo de la glucosa.

---

<sup>72</sup>ZEPEDA, E. Tercera Edad: Por una mejor calidad de vida. [Artículo de Internet]. <http://www.elnuevodiario.com/>. Febrero 01 de 2001.

Sin embargo en los planteamientos de González (1997)<sup>73</sup> Los cambios psicológicos son muy heterogéneos y variables, pero se sabe que en la vejez hay cambios en el funcionamiento cognoscitivo dependiendo de la edad: estable o incrementada la inteligencia cristalizada y disminuida la inteligencia fluida; estable la atención breve y disminuida la atención compleja; en el lenguaje permanece estable la comunicación, comprensión, conocimientos de sintaxis y palabras y se disminuye el lenguaje fluido y la nominación, por la dificultad en el acceso al léxico, el discurso es variable, impreciso y repetitivo; estable la memoria inmediata, disminuye la sensorial y reciente y es variable la memoria terciaria pero permanece intacta los aspectos importantes de la historia personal; la habilidad visuoespacial es variable para copia dibujos y se disminuye la orientación topográfica; se disminuye la capacidad de raciocinio para resolver problemas lógicos y es variable para el razonamiento práctico.

En los planteamientos de Spar y col (1997)<sup>74</sup> Los cambios fisiológicos que acompañan el envejecimiento provocan deficiencias funcionales de diversos órganos del cuerpo. A este curso normal de acontecimientos se agregan cambios patológicos que llevan a la enfermedad. Ahora bien: diferenciar entre los dos puede ser difícil o imposible. Es evidente que las familias y las redes de

---

<sup>73</sup> GONZÁLEZ, DL. Psiquiatría Geriátrica. En: Toro G, RJ; Yepes R, LE. Fundamentos de medicina. Psiquiatría. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas, 1997.

<sup>74</sup> SPAR, JE y Rue, A. Citados por González, DL. Psiquiatría Geriátrica. En: Toro G, RJ; Yepes R, LE. Fundamentos de Medicina. Psiquiatría. Medellín, Corporación para investigaciones biológicas, 1997

apoyo social son las que mayormente proporcionan la atención a los adultos mayores débiles y logran que los enfermos se conserven en la comunidad. Ningún país puede facilitar servicios oficiales de salud y sociales adecuados que puedan sustituir al sistema extraoficial de asistencia aunque fuese deseable hacerlo así.

Según el Diagnóstico de la Situación de Salud de Antioquia (2000)<sup>75</sup>, durante el año 1998, la población de 60 y más años registró como las cinco principales causas de morbilidad por consulta: la enfermedad hipertensiva (29.0%), otras enfermedades del aparato respiratorio (7.1%), otras enfermedades del aparato digestivo (4.5%), signos síntomas y estados morbosos mal definidos (4.3%), diabetes mellitus (4.1%)<sup>46</sup>; y por egresos hospitalarios fueron en el mismo año: otras enfermedades del aparato respiratorio (11,3%), otras formas de enfermedades del corazón y de la circulación pulmonar (8,6%), neumonías (7,0%), otras enfermedades del aparato digestivo (5,7%) y diabetes mellitus (5,7%)<sup>46</sup>. La enfermedad hipertensiva se constituye como la primera causa de morbilidad por consulta a partir de los 40 años y como novena causa de egreso hospitalario a partir de los 60 años. La enfermedad isquémica del corazón figura como sexta causa de egreso a partir de los 50 años. Las enfermedades

---

<sup>75</sup> DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Diagnóstico de la situación de salud en Antioquia. En: Revista epidemiológica de Antioquia, vol. 25, No. 1-3, Medellín, Colombia, Enero-Septiembre, 2000

de tipo cerebrovascular aparecen como causa importante de morbilidad a partir de los 65 años, con tendencia al incremento en edades superiores.

## **2.7. COMPONENTE DE SEGURIDAD SOCIAL**

Según la Cartilla de Seguridad Social (1999)<sup>76</sup> La razón de ser primordial de la seguridad social consiste en dar a los individuos y a las familias la tranquilidad de saber que el nivel y la calidad de su vida no sufrirán, dentro de lo posible, un menoscabo significativo a raíz de ninguna contingencia social o económica.

Sin embargo, a pesar de las bondades del sistema, las altas tasas de desempleo existentes en el país, han llevado a una caída en las tasas de crecimiento económico y aun crecimiento del sector informal, situación que impacta negativamente en los sistemas de seguridad social.

Igualmente el Ministerio de Protección Social (1999)<sup>77</sup> en su cartilla de seguridad social habla otro aspecto negativo dentro de la seguridad social en lo concerniente al adulto mayor, es la exclusión y la inequidad social, los cuales son los aspectos más sensibles de la ciudad contemporánea. Por esto, la lucha contra la exclusión y a favor de la equidad, en momentos de crisis, constituyen imperativos actuales. Se considera entonces, como idea central, que la

---

<sup>76</sup> MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Cartilla de seguridad social y pensiones. Bogotá: LEGIS, 1999

<sup>77</sup> *Ibíd.*, p.69

seguridad social y los sistemas de pensiones son, también un derecho esencial de las personas. Las políticas, en esta área, deben combinar eficiencia económica con eficacia social; alcanzar niveles competitivos en la productividad, asegurar protección a los trabajadores ante estados de necesidad y garantizar que el esfuerzo del trabajador sea recompensado adecuadamente.

Según los resultados del estudio de Cardona y col (2006)<sup>78</sup> Distribuida la población adulta mayor por sexo se encontró en el 2001 que la afiliación al sistema de seguridad social es principalmente como beneficiarias o dependientes un 38,2%, no afiliadas se encontraban el 30,9%, en el régimen contributivo están el 23,6% y en el régimen subsidiado el 7,3%.

Para Aranda y col (2002)<sup>79</sup> solamente 39.3% de los ancianos tienen seguro médico o de salud. Hay más ancianos, en comparación con las ancianas, que carecen de seguro médico o de salud (58.6% vs 34.4%). Por el contrario, existen más ancianas que afirman contar con un seguro médico o de salud (43.8% vs 34.5%).

---

<sup>78</sup> CARDONA D. Op.cit. p.20

<sup>79</sup> ARANDA y col, Op.cit., p.21

Dentro de la seguridad social, las pensiones son un mecanismo para mejorar la calidad de vida en la vejez, haciéndose necesario un adecuado sistema de previsión social que incorpore además de un ingreso, una cobertura sanitaria plena (universal) y servicios sociales que demanda la gente de edad. Un aumento de la longevidad determina los niveles de prevención para tener una calidad de vida digna, respetable, apacible y tranquila. El aspecto pensional contribuye a mejorar la calidad de vida en cuanto al aseguramiento de ingresos monetarios que disminuyen la dependencia del adulto mayor de sus familiares o de la sociedad.

La ley 100 de Colombia (1993)<sup>80</sup> Con la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Colombia en 1993, se buscó regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención. Esta ley promulga que todos los habitantes en Colombia deberán estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, previo al pago de la cotización reglamentaria, o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales. La Ley 100 de 1993 unificó el sistema público, privado y de seguridad social, impuso un modelo de competencia regulada para mejorar la eficiencia y la equidad de los servicios

---

<sup>80</sup> Colombia. Congreso. Ley 100 de 1993, Diciembre 23, por medio de la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá : El Congreso, 1993

de salud, fomentó la operación de muchos proveedores de servicios (IPS) y aseguradores (EPS) y estableció las tarifas del servicio y los servicios mínimos que debe incluir cada uno, bajo los principios fundamentales: universalidad, obligatoriedad, integralidad, solidaridad, libre escogencia, descentralización, eficiencia y calidad. Introdujo, adicionalmente, el régimen subsidiado para la atención de la población sin capacidad de pago, el cual se financia con: un punto de solidaridad, aportes del Estado, aportes del 5-10% de las Cajas Compensación, aporte del situado fiscal, 15 puntos del 25% de las transferencias municipales y las rentas cedidas por el Departamento Nacional de Planeación. Los resultados muestran un aumento sustancial en la cobertura, particularmente en el régimen subsidiado: el 25 % más pobre de la población cuenta con una cobertura del 92% en salud.

Así mismo la ley 100 de Colombia (1993)<sup>81</sup> como en salud, el Sistema General de Pensiones tiene por objeto garantizar a la población el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte, mediante el reconocimiento de las pensiones y prestaciones consagradas en la ley, así es como propende por la ampliación progresiva de cobertura a los segmentos de población no cubiertos con un sistema de pensiones.

---

<sup>81</sup> Ibid. P .71



Dicho sistema de pensiones se compone de dos regímenes solidarios excluyentes pero que coexisten, a saber:

Régimen solidario de prima media con prestación definida, el cual es el mismo sistema tradicional del ISS, reformado. Este es conocido como de prestación definida, en la medida que el afiliado conoce de antemano el nivel de pensión que puede obtener dado un nivel de cotización y un tiempo para mantenerla. Así mismo, este régimen esta basado en la solidaridad intergeneracional, esto es, las pensiones no se pagan con el ahorro de cada persona, sino con las contribuciones que hacen los nuevos cotizantes jóvenes.

De igual forma la ley 100 de Colombia (1993)<sup>82</sup> Régimen de ahorro individual con solidaridad, o fondos privados de pensiones (AFP). Donde el afiliado conoce cuanto debe cotizar y durante cuanto tiempo, pero el nivel pensional que puede lograr depende de la tasa de rentabilidad que logre el manejo fiduciario de sus ahorros, durante el tiempo que dure la constitución de su ahorro individual.

Actualmente y según la Ley 797 del 29 de enero (2003)<sup>83</sup> sobre la reforma pensional, las edades para la pensión de vejez son de 60 años para los

---

<sup>82</sup> Ibid. P .72

<sup>83</sup> CONGRESO COLOMBIA.. Ley 797 de 2003, por medio de la cual se reforman algunas disposiciones del Sistema General de Pensiones. Bogotá : El Congreso, 2003

hombres y 55 años para las mujeres, debiendo cotizar las personas un mínimo de 1.000 semanas para acceder a ella; a partir del 01 de enero del 2009 la edad se incrementará a 58 años si es mujer y 62 años si es hombre y las semanas de cotización aumentarán a 1.200. En el régimen de prima media (RPM) en el 2005 el tope de semanas será de 1.050 y a partir del 2006 aumenta 25 semanas cada año hasta llegar a 1.300 ; el porcentaje de pensión de vejez oscilará entre el 55% y 80%, siendo más bajo para las personas de salarios más altos. En el régimen de ahorro individual (RAIS) se obtiene este derecho a los 62 años los hombres y 57 las mujeres y se hayan cotizado al menos 1.150 semanas; a partir del 2009 se incrementarán 25 semanas por año hasta las 1.325 semanas en el año 2015. En el régimen de transición estarán aquellas personas que a abril de 1994 tenían 35 años mujeres y 40 años hombres ó habían cotizado por lo menos 15 años.

Así mismo, los afiliados que a los 62 años de edad, si son hombres, y 57 si son mujeres, no hayan alcanzado a generar la pensión mínima de que trata el artículo 35 de la ley 100 de 1993, y hubiesen cotizado por lo menos mil ciento cincuenta (1.150) semanas tendrán derecho a que el Fondo de Garantía Estatal de Pensión Mínima del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, en desarrollo del principio de solidaridad, les complete la parte que haga falta para obtener dicha pensión.

En relación a lo anterior, la ley de seguridad social, ha traído consigo algunos “problemas”, especialmente en lo relacionado con la privatización del sector salud, el incremento en los costos de la salud, la desprotección de algunos grupos poblacionales y la selección adversa que se hace por parte de algunas administradoras. Situación que afecta de forma muy directa a la población adulta mayor, pues este grupo población suele sufrir en carne propia muchas de estas situaciones surgidas con dicha Ley.

Según Maya LE (1997)<sup>84</sup>, el 83.6% de las personas mayores de 60 años del Barrio París, Bello Antioquia no tenían pensión por haber trabajado en el sector informal de la economía; acorde a ello la Encuesta Nacional CAP encontró que el régimen de pensiones protege al 12% de los adultos mayores de Colombia, en una relación de tres hombres por una mujer<sup>36</sup> y el 68.34% de las personas mayores del Departamento de Antioquia pertenecen al régimen subsidiado de salud.

---

<sup>84</sup> MAYA L. Op.cit. p.45

## 2.8. COMPONENTE SOCIAL

En los planteamientos de Montes (1999)<sup>85</sup> Cuando se envejece se asocia este estado con un deterioro económico, físico y mental que genera una pérdida de autonomía, donde los parientes, familiares y amigos se consideran como fuente de apoyo directo. Según el estudio de Aranda y col (2002)<sup>86</sup> la dependencia social por incapacidad se refiere al cuidado necesitado por el anciano para realizar ciertas actividades. Los dos primeros ítems traducen la imposibilidad de asistirse en el aseo personal y son dos comportamientos básicos, por lo que, cuando son limitados, indican una incapacidad física y, por consecuencia, la necesidad de cuidado constante. Las dos últimas afirmaciones traducen la imposibilidad de desenvolverse socialmente (habilidades instrumentales) tanto en la casa como fuera de ella, requiriendo el cuidado de un tercero o, para peor, restringiendo estas actividades. En los resultados del estudio se presento que las actividades de desenvolvimiento social o instrumental son las menos realizadas. Así, 26.2% no pueden realizar - sin ayuda- compras fuera de casa. A esta cifra se suman 11.5% que raras veces las realizan. Y, por otro lado, 16.4% no puede realizar tareas caseras sin ayuda. En sentido contrario, 42.6% y 63.9% pueden realizar estas actividades casi siempre.

---

<sup>85</sup> MONTES DE O, V. Relaciones familiares y redes sociales. En: Envejecimiento Demográfico de México: Retos y Perspectivas. México: CONAPO, 1999.

<sup>86</sup> ARANDA y col. Op.cit. p.21

El apoyo social, entendido como todas aquellas formas de ayuda (material, emocional y de información) que ofrece la sociedad y que los individuos requieren en las diferentes etapas de su vida, se clasifica en familiar o de tipo informal, ofrecido por los miembros de la familia, vecinos, amigos o compañeros, residan o no con el adulto mayor, y el apoyo institucional o de tipo formal, donde organismos públicos y privados asisten a la población, entre ellos se cuentan las instituciones de atención en salud, fondos de pensiones, grupos religiosos y humanitarios.

En los resultados obtenidos por Aranda y col (2002)<sup>87</sup> el respeto y consideración son los refuerzos sociales recibidos con más frecuencia por los ancianos (62.3% refieren recibirlos siempre). Por otro lado, el apoyo material (dinero, medicamentos, alimentos y otros) solamente es recibido por el 42.6%, y el apoyo emocional directo (besos, abrazos o frases cariñosas) por el 45.9%. En sentido contrario, 18% de ancianos afirman no recibir ningún tipo de apoyo material, 14.8% ningún tipo de apoyo emocional directo y 11.5% ningún tipo de apoyo emocional indirecto (escucharlos cuando tienen problemas, preocupación o necesidad).

Las consecuencias sociales del envejecimiento han sido estudiadas por la gerontología social en múltiples formas, a saber:

---

<sup>87</sup>Ibíd. P.76

- Imagen de la vejez: fluctúa desde el autoconcepto o autoimagen hasta la imagen que otros puedan tener de él. La incorporación que una sociedad haga de un adulto mayor refleja el grado de desarrollo, no solo desde el punto de vista humanitario, sino también económico, social y mental.
- Incorporación social: existe un envejecimiento normal determinado por la creatividad, actividad, integración y autonomía, pero también se haya el envejecimiento patológico dado por la depresión, pasividad, aislamiento y dependencia.
- Derechos humanos de la vejez: en la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de Viena, Austria, en 1982, un grupo de personas viejas hizo este pronunciamiento con respecto a los derechos de todas las personas y por supuesto en la vejez: a una existencia física, a una existencia económica, a una existencia social, a una existencia cultural y a una existencia autodeterminada. Tradicionalmente, el discurso político sobre el envejecimiento se ha construido sobre la base de la solidaridad y la defensa de los derechos humanos, mientras que el discurso sobre la modernidad se traza sobre los valores derivados de la competencia, la acumulación de capital, el consumo, el poder y el prestigio. En este contexto, los esfuerzos destinados a satisfacer las necesidades de atención médica o social de los adultos mayores, no rebasan los límites de la

caridad, el altruismo y la beneficencia pública, loable pero insuficiente.

- Factores de riesgo social: pérdidas de familiares, esfuerzos para evitar envejecer, consumo irracional de cosméticos e intervenciones quirúrgicas, aislamiento, ausencia de confidentes, inactividad, inadaptación a la jubilación, insatisfacción con actividades cotidianas, pérdida de papeles sociales, institucionalización, condiciones materiales de vida, edad superior a los 75 años.
- Durante la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento y Salud realizada en España (2002)<sup>88</sup> se determinó que existen cinco desafíos que la comunidad presente y futura deberá enfrentar: rápido envejecimiento de la población, discapacidad y la doble carga de la enfermedad, modificación de un paradigma desfasado, feminización del envejecimiento y las desigualdades respecto a o otros grupos poblacionales.
- El rápido envejecimiento de la población en los países en vías de desarrollo va acompañado de espectaculares cambios: la urbanización, la migración de los jóvenes a las ciudades en busca de trabajo, el menor tamaño de las familias y un mayor número de mujeres que se vinculan al sector de trabajo formal significa que

---

<sup>88</sup> OMS. Op.cit. p.65

haya un menor número de personas disponibles para cuidar de los mayores. La exclusión y el empobrecimiento de las personas mayores suele ser fruto de las desigualdades estructurales de los países tanto en vías de desarrollo como desarrollados. Las desigualdades sufridas en los primeros años de la vida en el acceso a la educación, el empleo y la atención sanitaria y las que se basan en el género y la raza están relacionadas de manera crítica con la situación y el bienestar de la vejez.

- Aunque las mujeres cuentan con la ventaja de vivir más años, es más probable que sufran violencia doméstica y discriminación a la hora de acceder a la educación, los ingresos, la alimentación, a un trabajo gratificante, la atención sanitaria, la herencia, las medidas de seguridad social y el poder político. En consecuencia, aunque los países desarrollados se enriquecieron antes de envejecer, los países en vías de desarrollo están envejeciendo antes de que se produzca un aumento considerable de la riqueza.



## 2.9. DATOS ESTADISTICOS DE INTERES SOBRE EL ADULTO MAYOR

**Según la Organización Panamericana de la Salud en un boletín de salud (1999)**<sup>89</sup> refiere que en la mayoría de países del mundo la población femenina es superior a la masculina debido a la mayor supervivencia de las mujeres, quienes tienen una esperanza de vida 5 a 8 años más que el varón.

**Según los resultados arrojados en el estudio de Aranda y col (2002)**<sup>90</sup>

- 53% son mujeres y 48% son varones.
- Se encontraron adultos mayores con edades de 60-64 años y 80-84 en un 18%, con edad promedio de 73 años.
- 66% provienen de provincias, más varones que mujeres.
- 3% no tienen instrucción escolar, 30% tienen estudios primarios completos, 30% tienen estudios secundarios completos, 10% tienen estudios superiores completos. Las ancianas tienen menos nivel educativo.
- 23% son solteros, 36% casados, 8% convivientes, 3% divorciados y 30% viudos. Existen más viudas que viudos (la relación es de 4 a 1).

---

<sup>89</sup> OPS Op.cit., p.41

<sup>90</sup> ARANDA y col. Op.cit. p.21

- 33% son amas de casa, 20% han sido obreros, 5% no han tenido ocupación, 18% han sido empleados públicos, 12% comerciantes y 13% profesional independiente.
- 33% viven en asilos o albergues geriátricos. La mayoría está internado en albergue público. La mayoría de internos son ancianos varones.
- 30% reciben prestaciones por concepto de jubilación, 30% no recibe ingresos económicos de ningún tipo, 26% los obtiene de su jubilación, 21% los obtiene de su familia, 7% de programas sociales y 5% de sus ahorros. La mayoría considera que no les alcanza.
- 39% tienen seguro médico o de salud.
- Del 71.4% de ancianos que recibe tratamiento o visita periódicamente al médico, 76.7% son mujeres y 56.4% son varones.
- 78.8% de los adultos mayores encuestados afirman que les duele o le molesta alguna parte de su cuerpo.
- El 20% de los adultos mayores consumen fármacos sin ser recetados el 10.6% tabaco y el 4.3% licor
- El consumo de sustancias psicoactivas está asociado directamente al resentimiento. Es decir, mientras más resentidos se encuentren los ancianos, más probabilidades tienen de consumir sustancias psicoactivas.
- Por otro lado, el consumo de sustancias psicoactivas se asocia inversamente a la satisfacción por la vida.

- De los síntomas patológicos presentados en la encuesta los mas frecuentes fueron las alteraciones en el sueño (52.1%), la falta de apetito (29.2%), el dolor de garganta y la constante tos con flema (26.1%).
- 66% tienen hijos.
- 45% de los encuestados tienen al menos un hijo soltero, 82.5% algún hijo casado.
- 97.5% de adultos mayores que tienen hijos trabajan, un 5% de hijos estudian y un 35% que al menos tienen un hijo desempleado.
- Los hijos cubren, con mayor frecuencia, las necesidades alimenticias (52.5%) y recreativas (52.2%) de sus ancianos padres. A ellas, le siguen las necesidades de habitación (40%) y pensión económica (27.5%).
- En el último mes, 11% han sido insultados por sus familiares, 5% han recibido amenazas y 3% han recibido golpes o empujones.
- Conocen y frecuentan 21 personas como promedio, conversando durante la semana con 8 amigos.
- 64% se sienten muy comprometido con sus amigos.
- 84% se sienten apreciado y queridos por sus amigos.
- Los encuestados se definen como "seguros", "felices" y "cálidos", siendo esta tendencia, mayor en las mujeres que en los varones. En cuanto al rol antisocial, los ancianos se identifican -con mayor frecuencia- como

"pasivos" (48.8%), "interesados en sí mismos" (46.3%), "solitarios" (39%) y "tensos" (36.6%).

■ 80% están satisfechos con sus vidas. El 85.3% de los adultos mayores niegan sentir que han desperdiciado su vida o que ha sido un fracaso, el 83.4% esta satisfecho con su vida actual, el 88.3% niegan no merecer vivir como lo hacen ahora, 89.8% sienten que su vida si tiene sentido, 86% niegan sentir que sus familiares no lo quieren, 82.4% se sienten útiles para los demás, 79.1% niegan experimentar sentimientos de soledad, desesperanza y confusión, 68.4 % niegan sentirse débiles, doloridos o enfermos.

### **3. MARCO DE DISEÑO**

#### **3.1. TIPO DE ESTUDIO:**

Esta investigación es de carácter descriptivo, cuantitativo transversal. Este tipo de estudios sirven para analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes. Permiten detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la medición de uno o más de sus atributos que componen la calidad de vida y la satisfacción de vida con la misma.

#### **3.2. UNIVERSO:**

Es un concepto teórico que designa al conjunto hipotético de todos los objetos de estudio que cumplen la definición del objeto estudiado. En este estudio serán los adultos mayores de 60 años de la comuna 3.

#### **3.3. POBLACIÓN:**

Es el agregado total de casos que cumplen con una serie predeterminada de criterios. La población siempre abarca el cúmulo total de elementos que interesan al investigador. Para esta investigación la población será los Adultos mayores de 60 años del Comedor Comunitario del Barrio San Jorge. El total de adultos mayores asistentes al Comedor Comunitario de San Jorge es de 90.

### **3.4. MUESTRA:**

Es la parte de la población que se seleccionara, de la cual realmente se obtiene la información para el desarrollo del estudio y sobre la cual se efectuaran la medición y la observación de las variables objeto de estudio. La muestra en este estudio será completada hasta alcanzar el número total de población. Adultos mayores de 60 años del Comedor Comunitario del Barrio San Jorge. Total de la muestra: 83

### **3.5. TIPO DE MUESTREO:**

El muestreo intencional, se basa en la idea de que el investigador puede usar sus conocimientos acerca de la población para elegir los casos que incluirá en la muestra. Se seleccionará a los adultos mayores que al momento del la recolección de datos necesarias se encuentren presentes hasta completar el limite del tamaño de la muestra, por lo tanto este tipo de muestreo es de carácter intencional.

### **3.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Son las características que debe tener la población de referencia, y dependen de lo que se pretende investigar.

- Adulto mayor de 60 años.
- Que asista al comedor comunitario del barrio San Jorge.

- Que se encuentre conciente y orientado en sus tres esferas.
- Que asistan con regularidad al comedor.

### **3.7. CRITERIOS DE EXCLUSION:**

No son los opuestos a los de inclusión, sino aquellas características que deben estar ausentes en la población referencia.

- Negarse a participar en la realización de la encuesta.
- Trastorno psiquiátrico conocido.

### **3.8. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION**

Se utilizo para la recolección de la información la encuesta “Calidad y Satisfacción de Vida del Adulto Mayor”, tomada de un estudio similar realizado en Lima (Perú) por Aranda y col (2002)<sup>91</sup>; el instrumento fue adaptado a las características socio demográficas de Colombia y la región, tiene un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0.7986 y esta constituido por cinco dimensiones que determinan calidad de vida: características familiares, relaciones sociales y amistades, salud física general, dependencia social y familiar, escala de apoyo social y una dimensión para satisfacción con la vida; tales dimensiones cuentan con cuarenta y cuatro variables en total.

---

<sup>91</sup> ARANDA y col, Op.cit., p.21

**Variables sociodemográficas:** sexo, lugar de nacimiento, edad, máximo nivel educativo alcanzado, estado civil actual, ocupación laboral, núcleo familiar, afiliación al SGSSS, nivel de ingresos.

**Características familiares:** número de hijos, estado civil de los hijos, situación laboral de los hijos, necesidades del anciano cubiertas por los hijos, visitas familiares, maltrato familiar al anciano.

**Relaciones sociales y amistades:** número de personas que conoce y frecuenta, número de amigos con quienes conversa por semana, compromiso con los amigos, sensación de aprecio por los amigos, actividades físicas, escala de identidad de rol de amistad. En este tipo de relaciones, se considerará dos aspectos de la misma: las objetivas y las subjetivas. En los aspectos objetivos, se diferenciarán cuatro características: 1) amplitud, 2) densidad, 3) vigencia y 4) comunidad. En los aspectos subjetivos se diferenciarán tres características: 1) compromiso, 2) afecto e 3) identidad amical. Así, dentro de las características objetivas, la amplitud se refiere al número de personas conocidas y frecuentadas, la densidad al número de amigos conocidos que se conocen entre sí, la vigencia se refiere al mantenimiento de esas relaciones en el presente y, finalmente, la comunidad describe la frecuencia e incidencia de la realización de actividades lúdicas y laborales en conjunto. Por otro lado, dentro de las características subjetivas, el



compromiso se refiere a la importancia de llegar a ser un buen amigo, el afecto al aprecio que se siente de los demás, y la identidad amical se refiere a la imagen y rol que cree tener frente a sus amigos. Se diferencian dos tipos de identidad amical: prosocial y antisocial.

**Salud física general:** enfermedad diagnosticada por el médico, tratamiento recibido, dolor subjetivo, presencia de signos y síntomas patológico, consumo de sustancias psicoactivas.

**Escala de dependencia social y familiar:** cuatro ítems, ¿Se viste y se desviste sin ayuda? ¿Se baña y hace sus necesidades higiénicas solo? ¿Realiza tareas caseras solo? ¿Realiza sin ayuda compras fuera de casa?

**Escala de apoyo social:** seis ítems, ¿Recibe caricias, besos, abrazos o palabras cariñosas? ¿Le escuchan cuando usted tiene algún problema, preocupación o necesidad? ¿Recibe respeto y consideración? ¿Le dan o facilitan información, noticias, consejos u orientación que a usted le interesa? ¿Recibe apoyo económico, medicamentos, ropa, alimentos u otros? ¿Recibe atención o compañía agradable que la hace sentir bien?

**Escala de Satisfacción con la vida:** ocho ítems, ¿Siente que ha desperdiciado su vida o que su vida ha sido un fracaso? ¿Esta insatisfecho con su vida actual? ¿Siente que no merece vivir como lo hace ahora? ¿Siente que su vida no tiene sentido? ¿Siente que sus familiares no lo quieren? ¿Se siente inútil o un estorbo para los demás? ¿Siente soledad, desesperanza o confusión en su vida? ¿Siente que su cuerpo esta débil, dolorido y enfermo?

### **3.9. CONSIDERACIONES ETICAS.**

En esta investigación en el área de salud con seres humanos se hace indispensable que sea respetada la autonomía y dignidad de los individuos investigados, prestando atención especial a la protección de los sujetos y poblaciones vulnerables como lo establece Fly (1985)<sup>92</sup> y Garzón (2005)<sup>93</sup>. La resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud y la Ley 84 de 1989, manifiestan que este tipo de investigación solo necesita consentimiento informado no escrito, debido a que no presenta ningún riesgo para seres humanos.

---

<sup>92</sup> FRY, Sara. La ética en la Práctica de la Enfermería, Ed. Consejo Internacional de Enfermería, Individual us agrégate good ethical tension in nursing practice, en Journal Nursing stud Vol 22, N° 4 Ginebra, Suiza, 1985, p 303-310.

<sup>93</sup> GARZÓN Alarcón Nelly. Teorías de enfermería y ética profesional Revista Selecciones de Bioética, No. 8, octubre de 2005. Pontificia Universidad Javeriana. Instituto de Bioética CENALBE, Bogotá, Colombia. p. 31

Se preste especial atención a los principios y valores éticos en este estudio, así como la obtención del consentimiento informado que es un factor fundamental de transformación, tanto de las relaciones sanitarias como de la forma de comprender la actividad terapéutica. (Anexo B)

Dentro de los principios de la Bioética, citados en revista de ANEC (2003)<sup>94</sup> que se tuvieron en cuenta fueron: autonomía, justicia, beneficencia - no maleficencia.

### **Autonomía.**

El respeto por las personas es el primer principio y éste exige que cada individuo sea tratado como un ser único y como un ser igual a todos los demás individuos. Se requiere una justificación ética especial para interferir en los propósitos, la privacidad o los comportamientos individuales de cada persona.

### **Justicia**

El principio de justicia estipula la igualdad de trato entre los iguales, y la diferencia de trato entre los desiguales, conforme a sus necesidades. En lo que compete a enfermería, es la satisfacción de necesidades básicas de la

---

<sup>94</sup> ANEC. Publicación oficial de la asociación nacional de enfermeras de Colombia. Edición número 60 - sección científicas. Bogotá, Colombia. 2003. p 16 e-mail: [anecnal@andinet.com](mailto:anecnal@andinet.com). Citado por GONZALEZ T. Calidad de Vida del Cuidador del Paciente Mental Santa Marta 2006.

persona, en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico que se traduce en ofrecer una adecuada calidad de atención.

### **Beneficencia**

Se define a la virtud de hacer el bien. Es proteger y defender los derechos de los pacientes, prevenir que suceda algún daño, suprimir las condiciones que puedan producir perjuicio a otros, ayudar a las personas con discapacidades.

### **No maleficencia, o no hacer daño**

Hace referencia al compromiso y responsabilidad moral que asumen los profesionales de la salud como la obligación de extremar siempre los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos.

#### **4. MARCO DE ANALISIS**

Esta investigación es de carácter descriptivo transversal y con un muestreo intencional, donde se incluirá un instrumento de recolección de datos que evaluara las siguientes dimensiones relacionadas con los objetivos del estudio: variables demográficas, situación social actual, características familiares, relaciones sociales y amistades, satisfacción con la vida, salud orgánica general, dependencia social y familiar y escala de apoyo social, de manera que los resultados dará respuesta a la pregunta problema de la investigación.

Este estudio se llevo a cabo en el periodo comprendido entre julio y septiembre de 2007, con una población de 83 adultos mayores asistentes al comedor comunitario del barrio San Jorge de Santa Marta.

##### **4.1. RECOLECCION DE DATOS**

Primeramente se realizo una prueba piloto con 30 ancianos pertenecientes al comedor de Taganga de la ciudad de Santa Marta, quienes tenían características similares a la muestra principal del estudio, esto ayudo a replantear ciertos puntos del instrumento para el mejoramiento del mismo.

Para la recolección de los datos se aplico el instrumento a los adultos mayores que se encontraban presentes en el Comedor de San Jorge. Las encuestas se

realizaron durante dos días en horas de la toma del alimento del adulto mayor hasta completar la muestra. Antes del diligenciamiento de la misma, a cada anciano se le expuso los objetivos del proyecto y la justificación del mismo, se dio a conocer el formato de consentimiento informado y la posterior recolección de firmas de quienes aceptaban la participación en la investigación.

#### **4.2. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

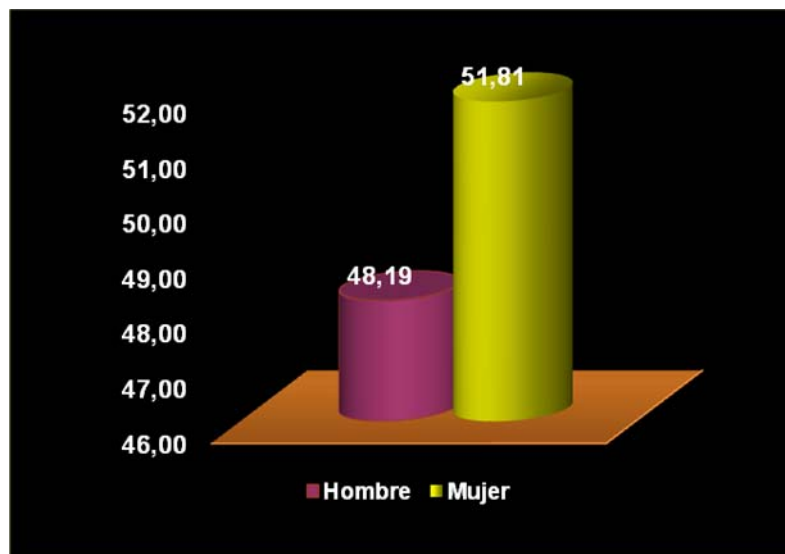
Para el análisis de los datos con sus correspondientes códigos se utilizó el programa estadístico SPSS donde se analizó a través de gráficos de barras los datos arrojados por la encuesta de recolección Calidad y Satisfacción de Vida del Adulto Mayor, en los que cada valor con variable se le asigna una barra con altura equivalente a su frecuencia absoluta o porcentual. Además para el mejoramiento de los gráficos se empleó el programa Microsoft Excel 2007. Dentro de los datos estadísticos en el análisis de cada variable se incluye media, mediana, moda y desviación estándar.

### 4.3. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

#### 4.3.1. VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Se analizan estadísticamente los datos sociodemográficos según Aranda y col (2002)<sup>95</sup> sexo, lugar de nacimiento, edad, máximo nivel educativo alcanzado, estado civil actual, ocupación laboral, núcleo familiar, afiliación al SGSSS, nivel de ingresos.

**Grafico 1.** Genero del adulto mayor

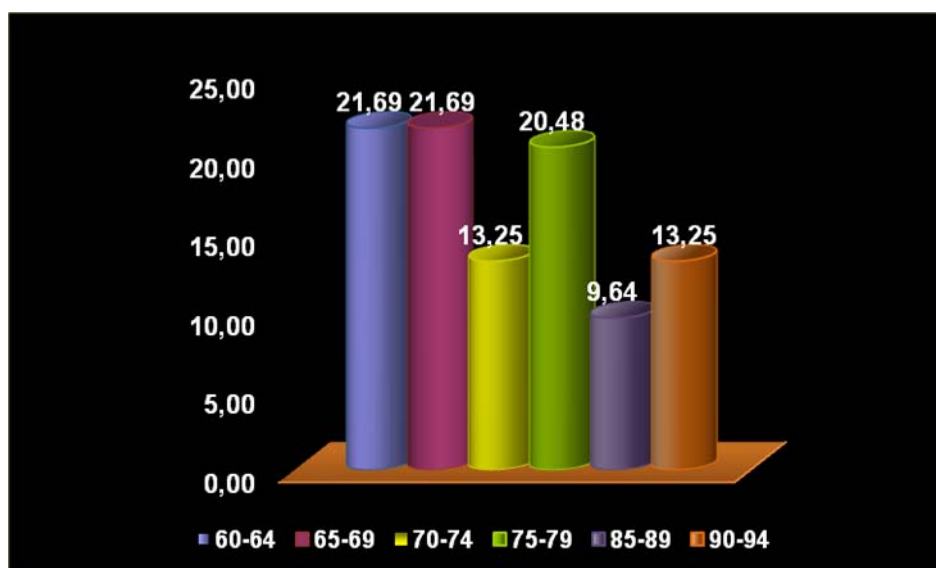


Fuente: Datos de la Investigación

<sup>95</sup> ARANDA y COL. ob.cit., p.88

Se observa que del 100% de los ancianos encuestados, Las mujeres representan el 51.8% y los varones el 48.19%. Esto coincide con los planteamientos de la OPS (1999)<sup>96</sup> que refiere que en la mayoría de países del mundo la población femenina es superior a la masculina debido a la mayor supervivencia de las mujeres, quienes tienen una esperanza de vida 5 a 8 años más que el varón. Igualmente a los resultados arrojados en el estudio de Cardona y Col (2006)<sup>97</sup> en la ciudad de Medellín donde hay 58 hombres por cada 100 mujeres respecto al adulto mayor.

**Grafico 2.** Edad del adulto mayor



Fuente: Datos de la Investigacion

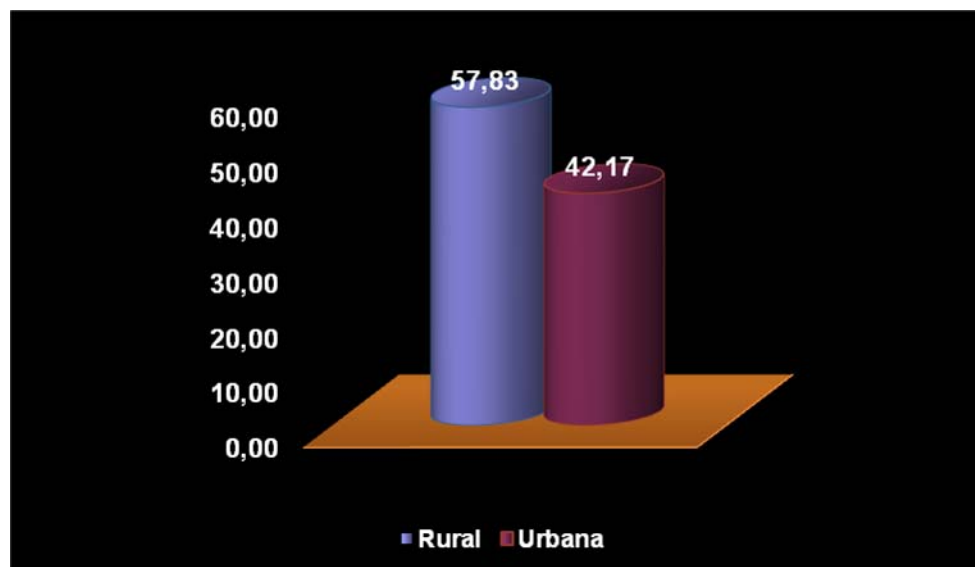
<sup>96</sup>OPS. Op.cit. p. 81

<sup>97</sup>CARDONA. Op.cit, p.21



Un 21.69% de la población de adultos mayores que asiste al comedor comunal de San Jorge se encuentra en un rango de edades de 60-64 y 65-69 años, un 13% entre 70-74 años, 20% entre 75-79 años, 9% entre 85-89 y un 13% entre 90-94 años. Muy parecido ocurre en el estudio de Aranda y col. (2002)<sup>98</sup> se encontraron adultos mayores con edades de 60-64 años y 80-84 en un 18% demostrándose así la amplia presencia de individuos con edades en el inicio de la adultez mayor (60-69), de igual manera no son grandes porcentajes de diferencia a la vez se resalta el bajo número de adultos mayores con edades mayores a 85.

**Grafico 3.** Lugar de nacimiento del adulto mayor

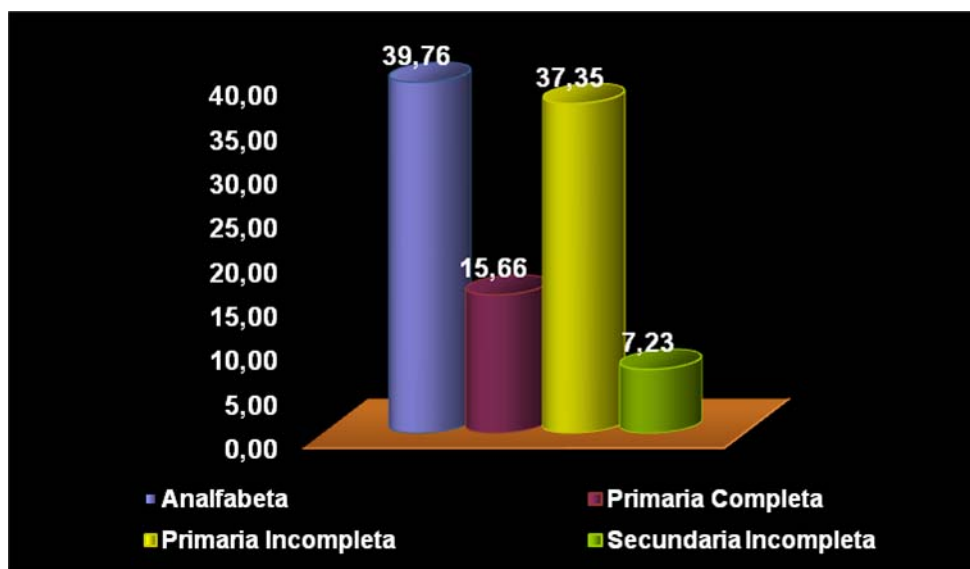


Fuente: Datos de la Investigación

<sup>98</sup> ARANDA, op.cit. p.81

Se observa que los adultos mayores proceden del área rural en un 57% y en un 42% del área urbana, se puede denotar que la mayoría del adulto mayor perteneciente al comedor ha vivido y trabajado por largo tiempo en el campo y se encuentra esto de la mano con el nivel de escolaridad de estos. Mientras que en el estudio de Aranda y col (2002)<sup>99</sup> se encontró 65.6% de adultos mayores de procedencia provincial y de estos mas hombres que mujeres (75.9% vs 56.3%).

**Grafico 4.** Nivel de escolaridad del adulto mayor



Fuente: Datos de la Investigacion

El 39% de los adultos mayores que asisten al comedor del Barrio de San Jorge son analfabetas, en un 15% tienen la primaria completa y en 37% la primaria

<sup>99</sup> Ibíd. p.96

incompleta y el 7% la secundaria incompleta, aunque la mayoría de estos han recibido estudios de primaria ya sea completa o incompleta, hay un porcentaje significativo de analfabetas que no han asistido a ninguna institución educativa y los conocimientos que poseen son empíricos, esto se encuentra relacionado a que la mayoría de los ancianos proceden del área rural y son de escasos recursos. Algo similar ocurrió en el estudio de Cardona y Col (2006)<sup>100</sup> en lo que respecta al nivel educativo de los adultos mayores se encontró que una alta proporción de estos solo han alcanzado estudios de primaria (63.9%), el 19.2% con secundaria y el 13,8% sin ninguna escolaridad, convirtiéndose en ocasiones tal situación en posible factor de discriminación en la sociedad, por lo tecnificada de la misma. Sin embargo los ancianos que han logrado asistir a una institución educativa, en conjunto (primaria y secundaria completa e incompleta) superan notablemente en porcentajes a aquellos que no lo han hecho, a la vez se resalta que con el pasar de los años debe irse disminuyendo el porcentaje de personas analfabetas.

---

<sup>100</sup> CARDONA. Op.cit, p.58

**Grafico 5.** Estado civil del adulto mayor



Fuente: Datos de la Investigacion

Un 31% de los adultos mayores tienen pareja, un 25% no tienen pareja, un 36% se encuentran viudos y el 7% se encuentran divorciados, mostrando así que gran parte de los adultos mayores no conviven con su pareja, coincidiendo con los resultados del estudio de Aranda y col (2002)<sup>101</sup> en el cual la mayoría de los adultos mayores (44.3%) tiene una unión estable (casados y convivientes), seguido de un 29.5% de viudez, 23% de soltería y 3.3% de divorciados.

---

101 ARANDA, op.cit. p.81

Sorprende el elevado número de adultos mayores viudos y sin pareja. Según RUIPEREZ y col (1997)<sup>102</sup> la viudez y la soledad (hecho que puede explicarse por determinados motivos), constituyen un problema social, económico y psicológico de gran magnitud, pues produce efectos negativos sobre el bienestar del adulto mayor, quien se ve vinculado a la pobreza, soledad y aislamiento.

**Grafico 6.** Ocupación laboral del adulto mayor



Fuente: Datos de la Investigación

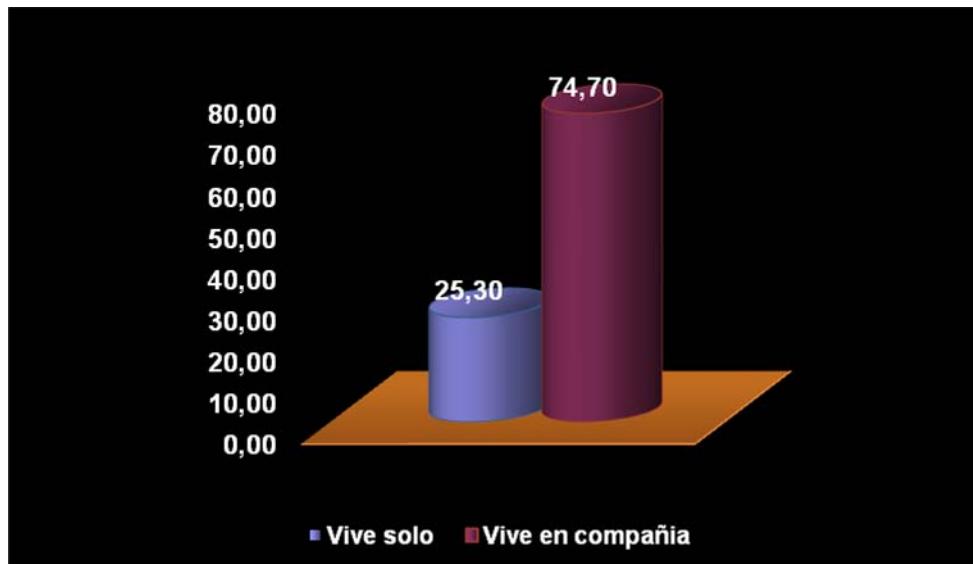
Gran porcentaje de los adultos mayores (59.04%) laboran o buscan diferentes actividades que le generen ingresos, a la vez estas no generan lo necesario

---

<sup>102</sup> RUIPEREZ, Op.cit., p.63

para el sostenimiento personal o del hogar en el caso de algunos. Razón por la cual el sostenimiento y el nivel de ingresos del adulto mayor esta dado por los hijos o un familiar cercano. Contrario a los resultados de Aranda y col (2002)<sup>103</sup> donde 29.5% de ellos no recibe ingresos, 26.2% lo obtiene de su jubilación, al 21.3% se lo proporciona su familia, 6.6% lo obtiene de programas sociales y 4.9% de sus ahorros de trabajo.

**Grafico 7.** Núcleo familiar del adulto mayor



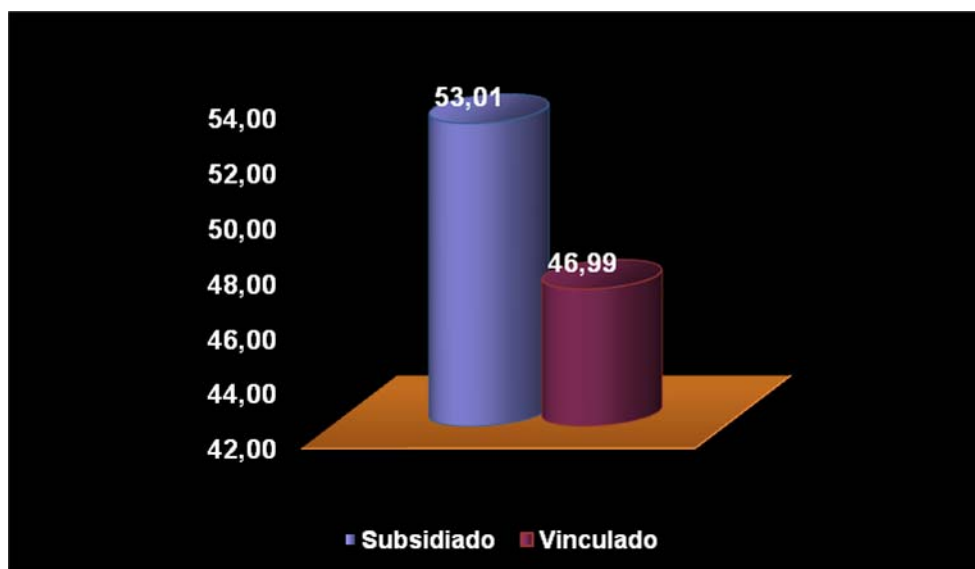
Fuente: Datos de la Investigacion

Un 25% del los adultos mayores que se encuentran en el Comedor Comunitario del barrio San Jorge viven solos y un 74% viven en compañía, confrontando esto con los resultados antes mencionados a cerca del estado

<sup>103</sup> ARANDA y col Op.cit., p.59

civil del adulto mayor se determina que la compañía de estos esta dada mas que todo por un familiar cercano o lejano que por la presencia de la pareja.

**Grafico 8.** Afiliación del adulto mayor al Sistema General de Seguridad Social en Salud.



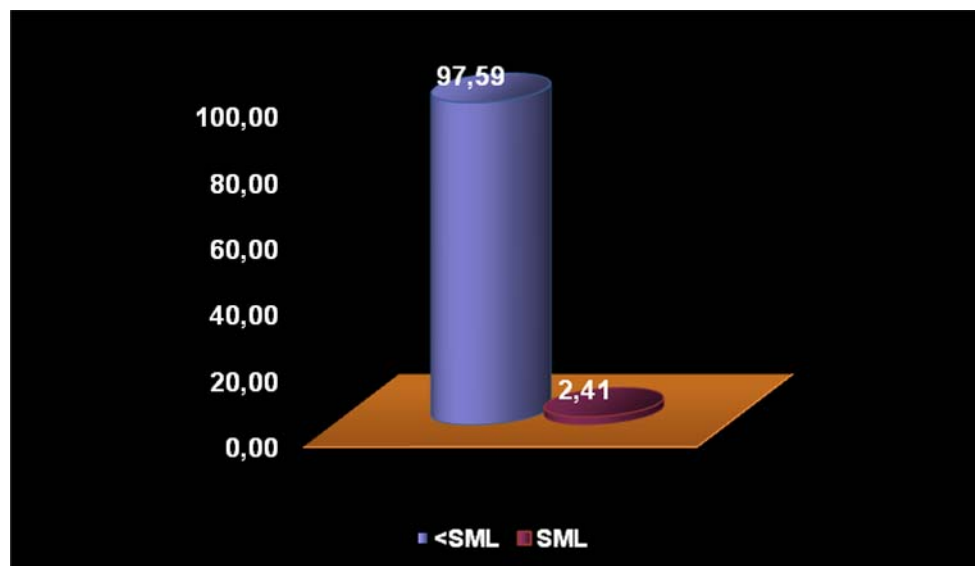
Fuente: Datos de la Investigación

Un 53% se encuentra en el régimen subsidiado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el 46% en el régimen vinculado, esto esta claramente relacionado con los bajos niveles de ingreso. A la vez se resalta la inexistencia de adultos mayores sin seguridad medica contrario a lo arrojado en el estudio de Cardona y col (2003)<sup>104</sup> donde distribuida la población adulta mayor por sexo se encontró en el 2001 que la afiliación al sistema de

<sup>104</sup> CARDONA y col Op.cit., p.70

seguridad social es principalmente como beneficiarias o dependientes un 38,2%, no afiliadas se encontraban el 30,9%, en el régimen contributivo están el 23,6% y en el régimen subsidiado el 7,3%. A diferencia de el estudio de Aranda y col (2002)<sup>105</sup> donde solamente 39.3% de los ancianos tienen seguro médico o de salud. Hay más ancianos, en comparación con las ancianas, que carecen de seguro médico o de salud (58.6% vs 34.4%). Por el contrario, existen más ancianas que afirman contar con un seguro médico o de salud (43.8% vs 34.5%).

**Grafico 9.** Nivel de ingresos del adulto mayor



Fuente: Datos de la Investigación

<sup>105</sup> ARANDA y col Op.cit., p.70



Un 97% de los adultos mayores reciben como sueldo menos del salario mínimo legal y un 2% reciben el salario mínimo legal, sin embargo estos aportes no solo son producto de su trabajo, ya que ellos reciben aportes de sus hijos o familiares. Coincidiendo con el estudio de Cardona y Col (2006)<sup>106</sup> en el cual los adultos mayores encuestados presentaron como principal fuente de ingresos los aportes familiares representando el 41.1% para cada fuente de ingresos, se destaca además como una baja proporción de adultos tienen su sustento económico derivado en el sueldo (5.3%), situación explicable en el hecho que la jubilación se adquiere a partir de los 62 años para los hombres y los 58 para las mujeres.

#### **4.3.2. CARACTERISTICAS FAMILIARES**

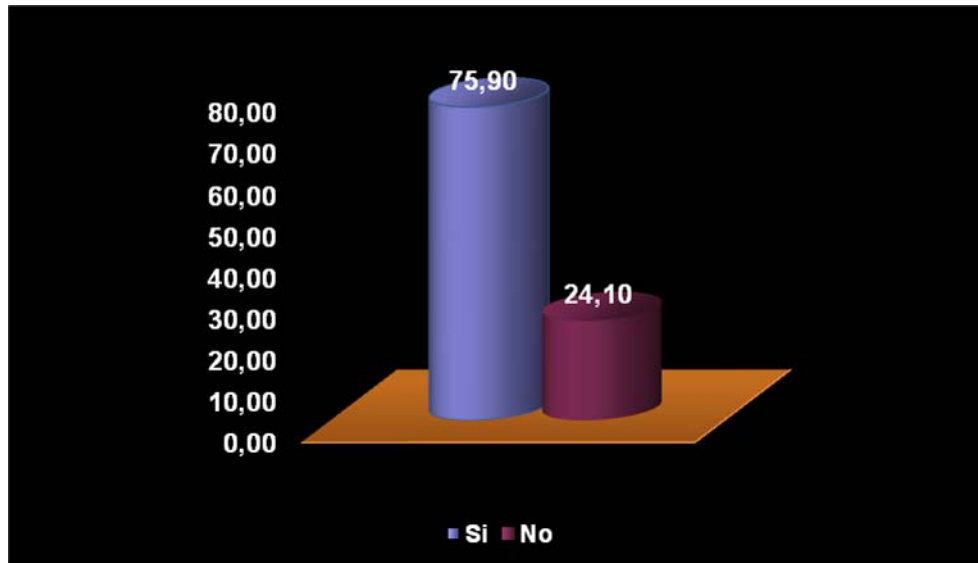
Se analizan estadísticamente según Aranda y col (2002)<sup>107</sup> los datos: número de hijos, estado civil de los hijos, situación laboral de los hijos, necesidades del anciano cubiertas por los hijos, visitas familiares, maltrato familiar al anciano.

---

<sup>106</sup> CARDONA. Op.cit., p.59

<sup>107</sup> ARANDA Op.cit., p.87

**Grafico 10.** Respuesta del adulto mayor a la pregunta, ¿tiene hijos?



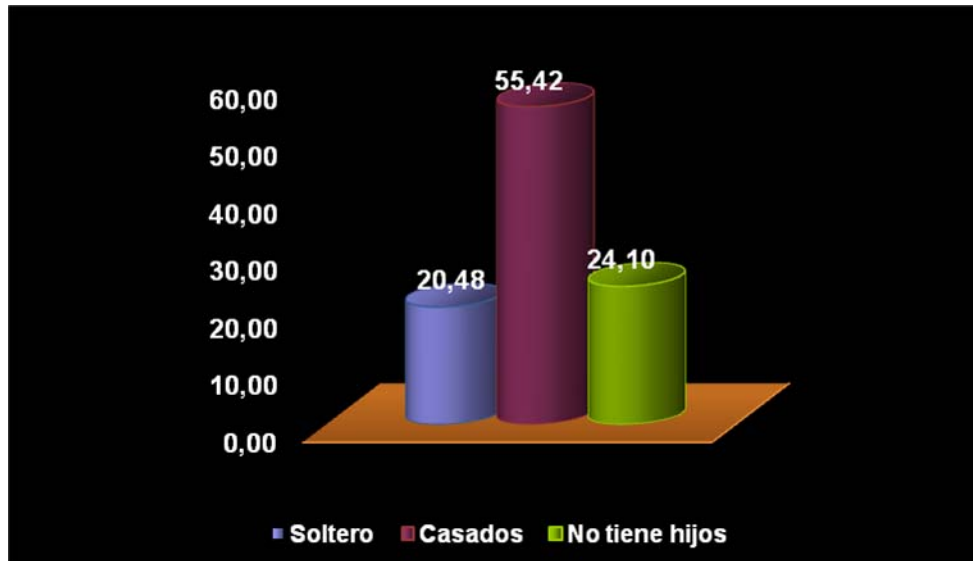
Fuente: Datos de la Investigacion

Un 75% de los adultos mayores tienen hijos y un 24% no tienen hijos, coincidiendo con el estudio de Aranda y col (2002)<sup>108</sup> en el que se encuentra que el 65.6% de los adultos mayores afirmó tener hijos, frente al 29.5% que dijo no tenerlos.

---

108 ARANDA Op.cit., p.83

**Grafico 11.** Situación social de los hijos del adulto mayor.



Fuente: Datos de la Investigación

Un 20% de los hijos del adulto mayor son solteros, un 55% son casados y el 24% de los adultos mayores no tienen hijos, contando con mayor apoyo familiar aquellos que si tienen. Algo similar ocurre en el estudio de Aranda y col (2002)<sup>109</sup> respecto a la situación social de los hijos el 45% de los encuestados tienen al menos un hijo soltero, 82.5% algún hijo casado.

---

109 *Ibíd.* p.106

**Grafico 12.** Situación laboral de los hijos del adulto mayor



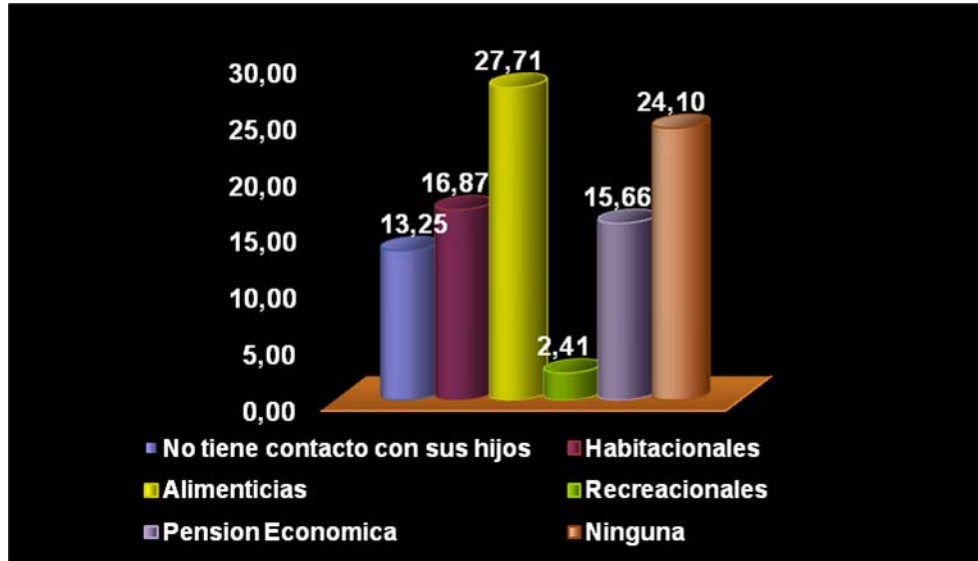
Fuente: Datos de la Investigación

Un 37% de los hijos del adulto mayor trabajan, un 2% estudian, un 36% se encuentra desempleado y un 24% no tiene hijos, evidenciándose la diferencia mínima entre los hijos que trabajan y lo que se encuentran desempleados. Sin embargo en el estudio de Aranda y col (2002)<sup>110</sup> estos porcentajes no poseen esa diferencia mínima ya que se encuentra un 97.5% de adultos mayores que tienen hijos trabajando, un 5% de hijos que estudian y un 35% que al menos tienen un hijo desempleado.

---

110 Ibíd. p.107

**Grafico 13.** Necesidades del adulto mayor cubiertas por los hijos

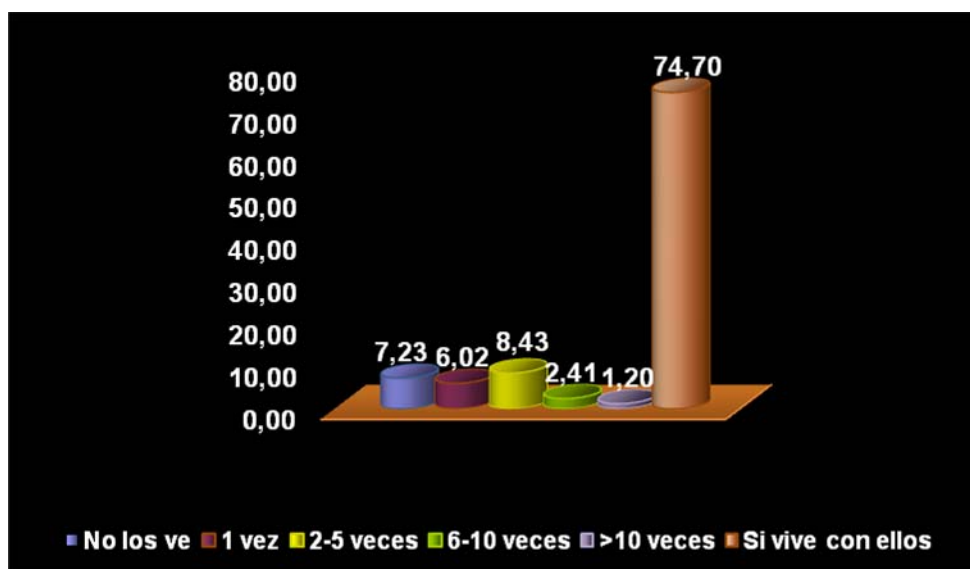


Fuente: Datos de la Investigacion

Un 13% no tienen contacto con sus hijos, un 16% los hijos le cubren al adulto mayor las necesidades habitacionales, un 27% las necesidades alimenticias, un 2% las necesidades recreacionales, un 15% la pensión económica y un 24% de los hijos del adulto mayor no cubre ninguna necesidad. Lo preocupante de estos porcentajes es que los hijos del adulto mayor a pesar de que la parte económica, alimenticia y habitacional, son cubiertas en gran parte, no están interactuando con sus hijos, ya sea por que no tienen contacto con ellos o no les están supliendo las necesidades recreacionales que este tiene y por tal razón el adulto mayor tiende a sentirse solo y aburrido.

Respecto a lo anterior se encuentran diferencias significativas con los resultados arrojados en el estudio de Aranda y col (2002)<sup>111</sup> los hijos cubren, con mayor frecuencia, las necesidades alimenticias (52.5%) y recreativas (52.2%) de sus ancianos padres. A ellas, le siguen las necesidades de habitación (40%) y pensión económica (27.5%).

**Grafico 14.** Respuesta del adulto mayor a la pregunta ¿Cuántas veces al mes ve a sus familiares?



Fuente: Datos de la Investigación

Gran porcentaje de los adultos mayores (74,70%) vive con sus familiares a la vez el 7,23% no los ve, muy similar esta situación a la dada según los resultados de Aranda y col (2002), donde el 62.3% de los ancianos refieren

<sup>111</sup> ARANDA Op.cit., p.82

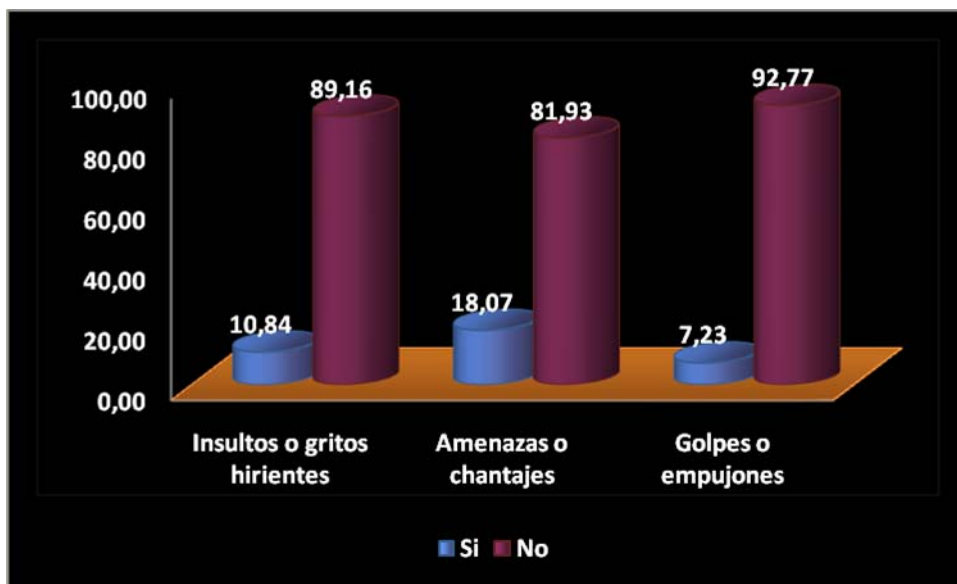
vivir con sus familiares y 32.8% en un albergue o asilo geriátrico. De estos últimos, la mayoría está internado en un albergue público (29.5% vs 3.3%). Existe una proporción mayor de ancianos, comparada con las ancianas, internados en un albergue (55.2% vs 12.5%). En sentido contrario, existe más adultos mayores mujeres que hombres viviendo con sus familiares (81.3% vs 41.4%).

(OPS, 1999)<sup>112</sup> Tal parece que la familia sigue siendo la principal fuente de apoyo emocional, seguridad, cuidado, afecto, ya que constituye un mecanismo natural de atención y es la opción preferida por los ancianos. No debe extrañar entonces, que una alta proporción de ancianos que viven con su familia manifiesten estar satisfechos de su situación familiar.

---

<sup>112</sup> OPS Op.cit., p.41

**Grafico 15.** Respuesta del adulto mayor a la pregunta ¿Ha recibido en el último mes insultos o gritos hirientes, amenazas o chantajes, golpes o empujones?



Fuente: Datos de la Investigación

El 10.84% de los adultos mayores informan haber recibido insultos o gritos hirientes, el 18.07% amenazas o chantajes y el 7.23% golpes o empujones situación muy parecida a la arrojada en el estudio de Aranda y col (2002)<sup>113</sup> por ejemplo, 10.5% de los ancianos informa haber recibido insultos y gritos hirientes de sus familiares, 4.8% ha recibido amenazas, y 3.2% ha recibido golpes o empujones.

<sup>113</sup> ARANDA y col Op.cit., p.83



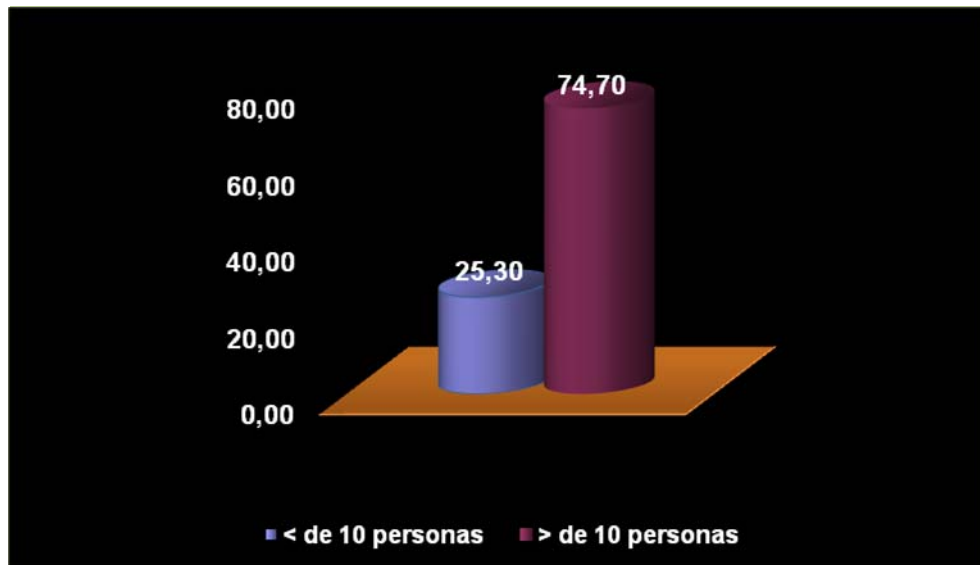
#### 4.3.3. RELACIONES SOCIALES Y AMISTADES

Según el estudio de Aranda y col (2002)<sup>114</sup> es de gran importancia las relaciones con amigos en la vida de los adultos mayores. En este tipo de relaciones, se considerará dos aspectos de la misma: las objetivas y las subjetivas. En los aspectos objetivos, se diferenciarán cuatro características: 1) amplitud, 2) densidad, 3) vigencia y 4) comunidad. En los aspectos subjetivos se diferenciarán tres características: 1) compromiso, 2) afecto e 3) identidad amical. Así, dentro de las características objetivas, la amplitud se refiere al número de personas conocidas y frecuentadas, la densidad al número de amigos conocidos que se conocen entre sí, la vigencia se refiere al mantenimiento de esas relaciones en el presente y, finalmente, la comunidad describe la frecuencia e incidencia de la realización de actividades lúdicas y laborales en conjunto. Por otro lado, dentro de las características subjetivas, el compromiso se refiere a la importancia de llegar a ser un buen amigo, el afecto al aprecio que se siente de los demás, y la identidad amical se refiere a la imagen y rol que cree tener frente a sus amigos. Se diferencian dos tipos de identidad amical: prosocial y antisocial.

---

<sup>114</sup> ARANDA y col Op.cit., p.88

**Grafico 16.** Promedio de personas que conoce y frecuenta el adulto mayor



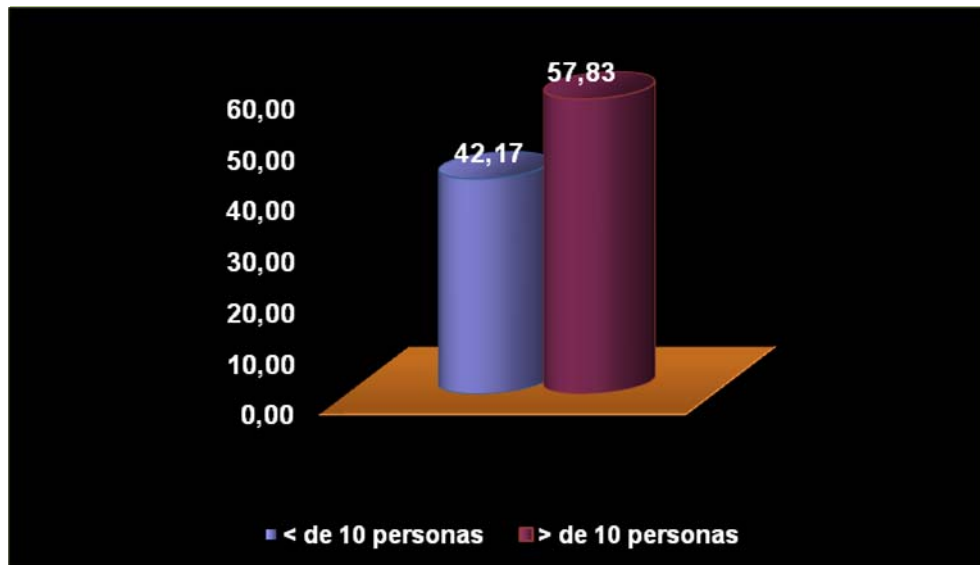
Fuente: Datos de la Investigacion

En cuanto a la amplitud, los adultos mayores con un 74.70% afirman conocer y frecuentar un promedio de mas de 10 personas concordante con los planteamientos de Aranda y col (2002)<sup>115</sup> el 21% de los entrevistados afirman conocer y frecuentar amigos.

---

<sup>115</sup> Ibid., p.21

**Grafico 17.** En la semana con cuantos amigos conversa el adulto mayor

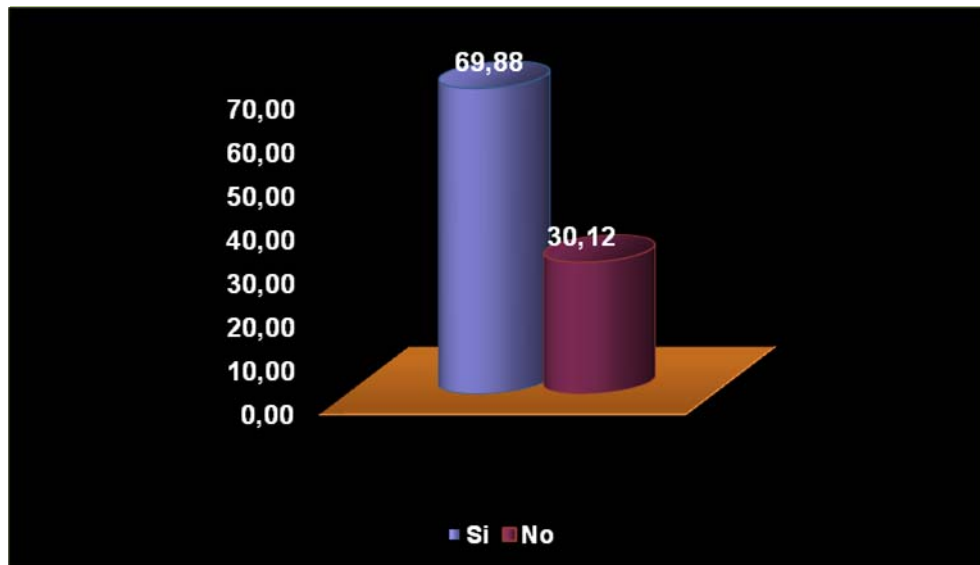


Fuente: Datos de la Investigacion

Aquí se puede ver claramente como disminuye en relación con el grafico anterior el número de personas con las que el adulto mayor conversa, de la misma manera como Aranda y col (2002)<sup>116</sup> plantea que el adulto mayor conversa durante la semana con un promedio de ocho personas. Esto habla claramente de la densidad de las amistades del adulto mayor.

<sup>116</sup> ARANDA y col Op.cit., p.83

**Grafico 18.** Sentido de compromiso del adulto mayor con sus amigos.



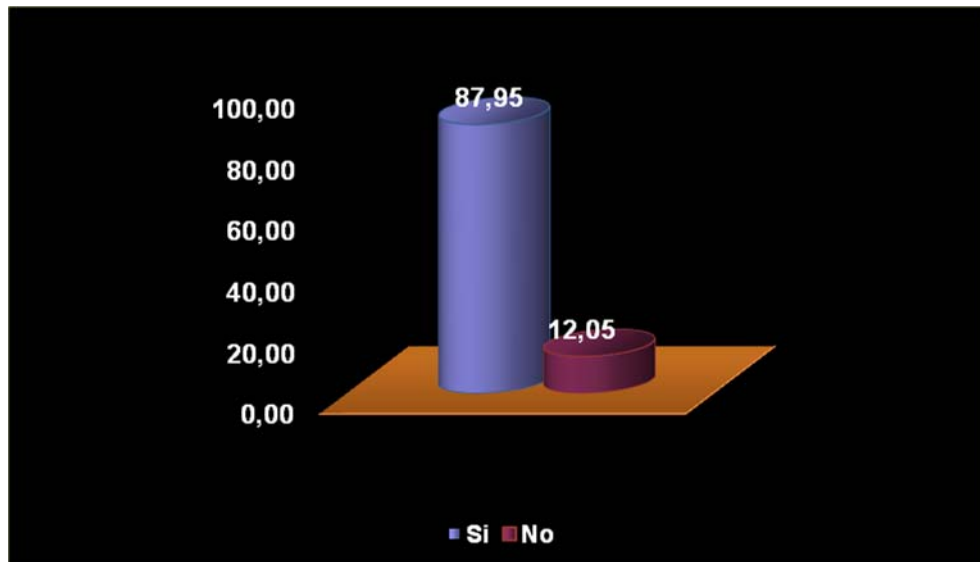
Fuente: Datos de la Investigacion

El adulto mayor se siente comprometido con sus amigos en un 69.88% cifra no muy alejada de la arrojada en el estudio de Aranda y col (2002)<sup>117</sup> donde refiere un porcentaje de 64% para el compromiso del adulto mayor con sus amigos. Esta variable habla de la solidez de las relaciones con amistades, relacionando esto con el grafico anterior se infiera buena densidad y solidez en las amistades del adulto mayor

---

<sup>117</sup> *Ibíd.* p.115

**Grafico 19.** Respuesta del adulto mayor a la pregunta ¿Siente que sus amigos lo aprecian y quieren?



Fuente: Datos de la Investigacion

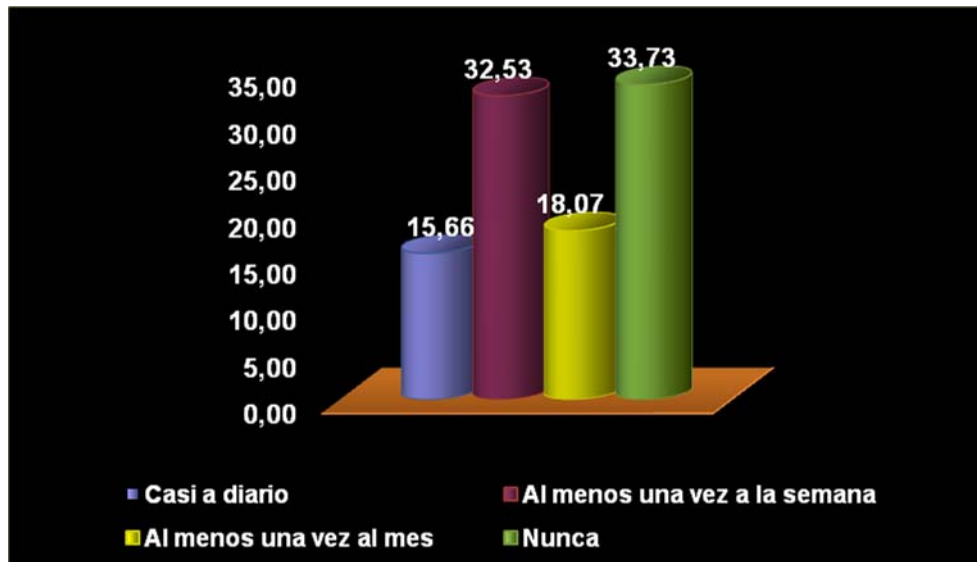
El 87.95% de los adultos mayores se sienten apreciados y queridos por sus amistades resultado parecido al de Aranda y col (2002)<sup>118</sup> donde el 84% se siente apreciado y querido por sus amigos. Se comprueba lo planteado por Aranda y col (2002)<sup>119</sup> sobre el pensamiento erróneo de que la vejez forzosamente implica soledad. Los adultos mayores por lo general se ven a si mismo como parte activa de la sociedad.

---

<sup>118</sup> Ibíd. p.116

<sup>119</sup> ARANDA y col Op.cit., p.40

**Grafico 20.** Respuesta del adulto mayor a la pregunta ¿Realiza actividades físicas, ludicas o laborales con sus amigos?



Fuente: Datos de la Investigación

Se puede apreciar que de las opciones de respuestas la más frecuente es nunca (33.73%), sin embargo si se totaliza las demás opciones de respuestas el resultado sería (66.27%) de adultos mayores que si realizan algún tipo de actividad lúdica, laboral o física con sus amigos. Gran parte de estas actividades se deben o son dirigidas por el comedor al que se encuentran inscritos y a la participación de diferentes programas de las universidades de la localidad, quienes realizan actividades con todos los grupos vitales este grupo

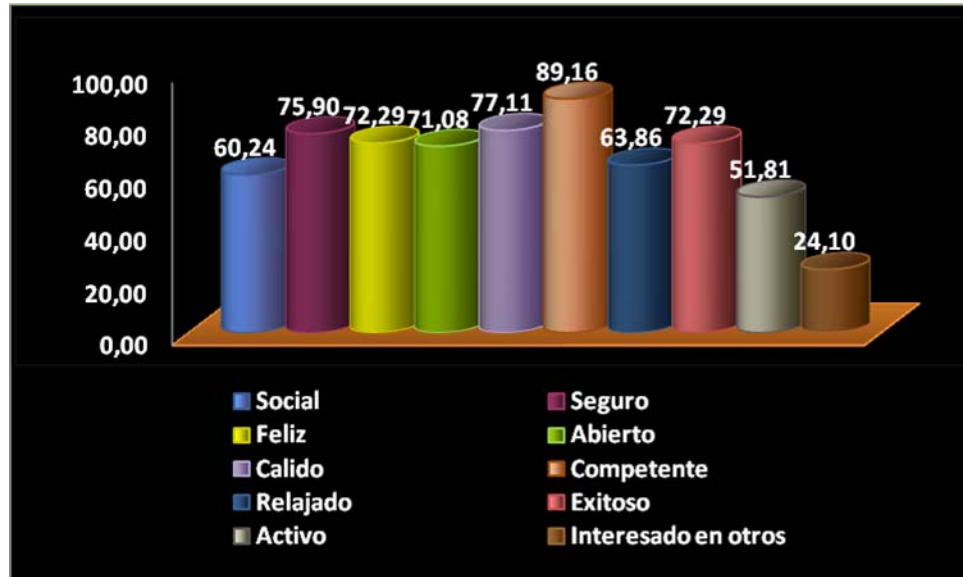
vital. En el estudio de Aranda y col (2002)<sup>120</sup> ocurrió algo similar, al preguntarles con qué frecuencia realizan actividades lúdicas o laborales con sus amigos, 39.3% afirma que nunca, 27.9% al menos una vez al mes, 13.1% al menos una vez a la semana, 16.4% casi a diario. Cuando Havighurst, R. (1973)<sup>121</sup> habla de la teoría del retiro y de la actividad para explicar el ambiente social del adulto mayor dice que no todos los adultos mayores necesitan una vida llena de actividades e interacción social para llegar a ser felices; como en todas las etapas de la vida, existen algunas personas que se sienten tan satisfechas de llevar una existencia relativamente pasiva y solitaria como las que tienen una vida llena de actividad y relaciones sociales. Lo realmente importante es la naturaleza de tales actividades.

---

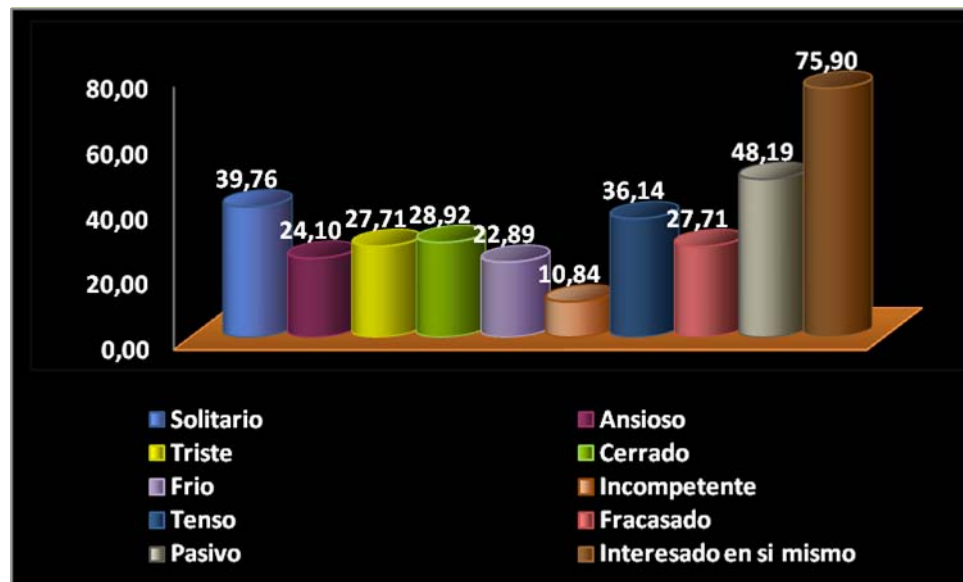
<sup>120</sup> ARANDA y col Op.cit., p.60

<sup>121</sup> HAVIGHURST, R Op.cit., p.40

**Grafico 21.** Escala de identidad de rol de amistades (Prosocial - Antisocial) del adulto mayor.



a.



b.

Fuente: Datos de la Investigacion



Para analizar la escala de identidad de rol de amistades comparamos conjuntamente los resultados que indican una identidad prosocial (Grafico 21a) y una antisocial (Grafico 21b). Se determina la tendencia clara de la identidad del rol de amistades prosocial más frecuente que la antisocial. En esta el adulto mayor tiende a ser competente (89.16), cálido (77.11), y seguro (75.90%), de igual manera se aprecia en la grafica de identidad antisocial (21b) que los ancianos se identifican con mayor frecuencia como pasivos (48.19%), interesados en sí mismos (75.90), solitarios (39.76%) y tensos (36.14%). Resultados casi que idénticos a los arrojados en el estudio de Aranda y col (2002)<sup>122</sup> donde refiere que los encuestados se definen como "seguros", "felices" y "cálidos", siendo esta tendencia, mayor en las mujeres que en los varones. En cuanto al rol antisocial, los ancianos se identifican -con mayor frecuencia- como "pasivos" (48.8%), "interesados en sí mismos" (46.3%), "solitarios" (39%) y "tensos" (36.6%).

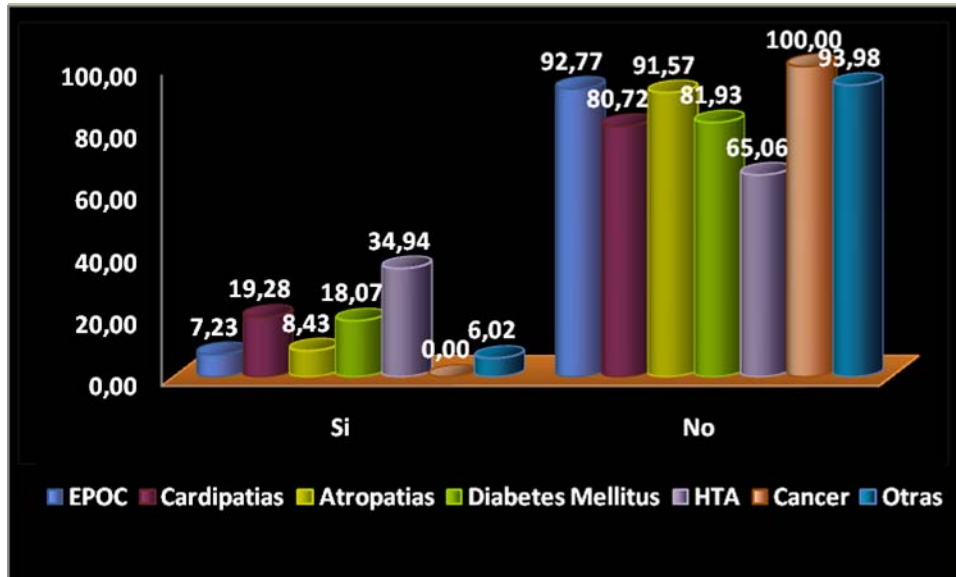
---

<sup>122</sup> ARANDA y col Op.cit., p.83

#### 4.3.4. SALUD FISICA GENERAL

Para Aranda y col (2002)<sup>123</sup> la repercusión de las enfermedades geriátricas, sean cuales sean, se nota en el deterioro funcional, mental y social del anciano; destacando la disminución funcional, incapacidad y dependencia en las actividades de la vida diaria, limitando su autonomía. Aquí los datos estadísticos a analizar son enfermedad diagnosticada por el médico, tratamiento recibido, dolor subjetivo, presencia de signos y síntomas patológico y consumo de sustancias psicoactivas por parte del adulto mayor.

**Grafico 22.** Enfermedad del adulto mayor diagnosticada por algún medico.



Fuente: Datos de la Investigacion

<sup>123</sup> ARANDA y col Op.cit., p.51

En la grafica se aprecia el porcentaje de frecuencia de cada patología, en el procesamiento de los datos ocurrió que ningún anciano dejo de manifestar sentir una patología, algunos expresaban tener diagnosticado por un medico dos o mas patologías, entre las mas frecuentes estaban HTA (34.94%), Diabetes Mellitus (18.07%) y cardiopatías (19.28%). Situacion parecida afirma Aranda y col (2002)<sup>124</sup> donde el 61.0% de los ancianos encuestados tiene una enfermedad diagnosticada por el médico. A la vez Aranda y col (2002)<sup>125</sup> dice 6.5% de adultos mayores que manifestaron tener una enfermedad cardiovascular, además constituye la causa principal de muerte en los adultos mayores. A ella la disponen el tabaquismo, la diabetes, la inactividad y la obesidad. Este resultado es similar con el obtenido por Cardona y col (2003)<sup>126</sup> donde afirma que las enfermedades, signos o síntomas que mas aquejan a los adultos mayores entrevistados son las relacionadas con el sistema cardiovascular, presentándolas el 50.6% de ellos; dentro de este grupo la patología mas padecida es la hipertensión (38.1%).

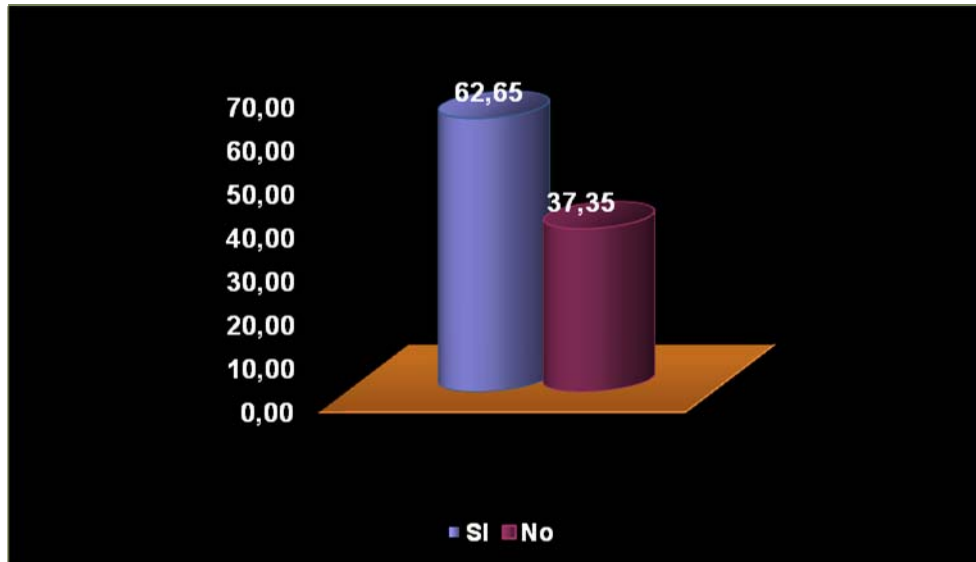
---

<sup>124</sup> ARANDA y col Op.cit., p.52

<sup>125</sup> *Ibíd.* p.123

<sup>126</sup> CARDONA y col Op.cit., p.52

**Grafico 23.** Respuesta del adulto mayor a la pregunta ¿Recibe tratamiento o visita al medico?



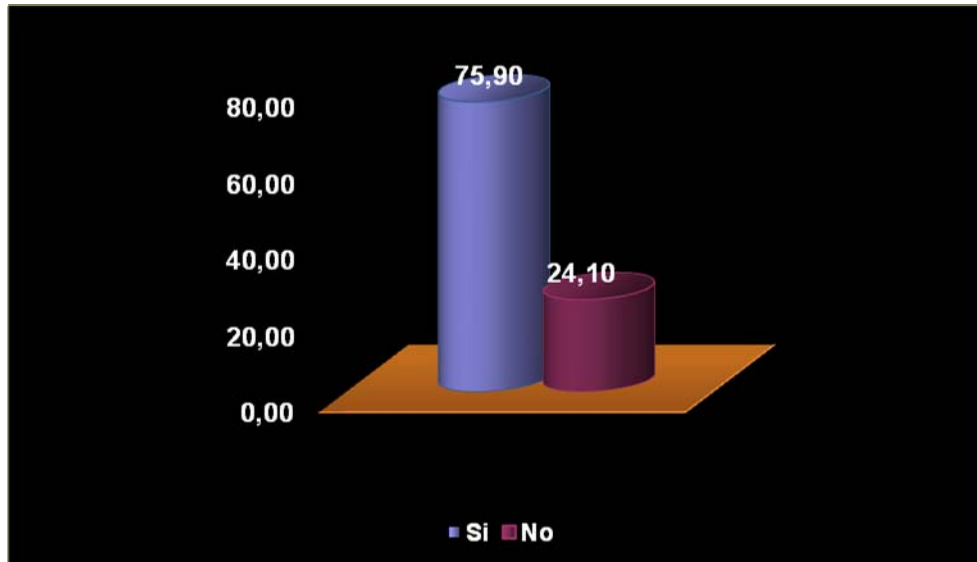
Fuente: Datos de la Investigacion

El 62.65% de los adultos mayores recibe tratamiento o visita al medico condición similar a los resultados arrojados por el estudio de Aranda y col (2002)<sup>127</sup> donde el 71.4% de adultos mayores recibe tratamiento o visita periódicamente al médico.

---

<sup>127</sup> ARANDA y col Op.cit., p.82

**Grafico 24.** Respuesta del adulto mayor a la pregunta ¿Le duele o molesta alguna parte de su cuerpo?



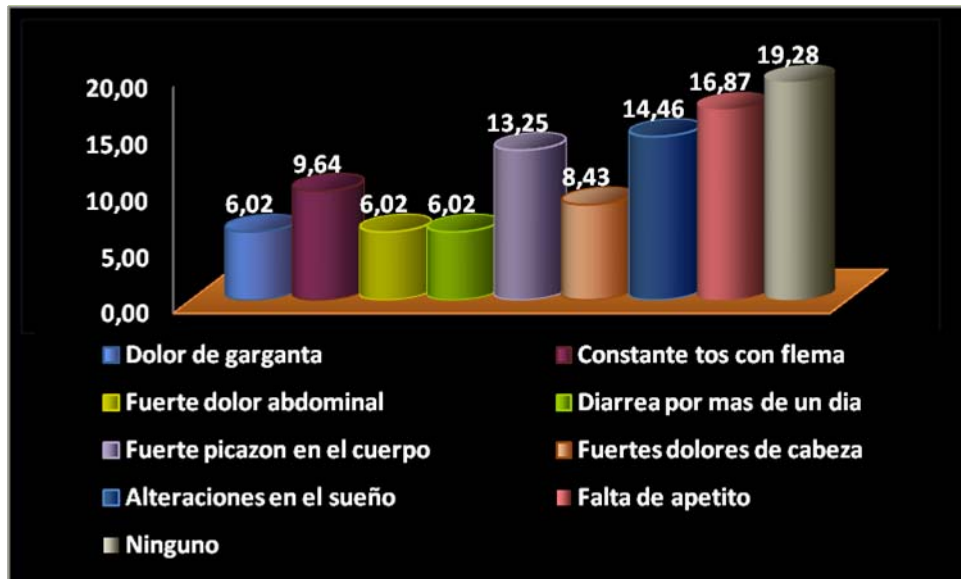
Fuente: Datos de la Investigacion

El 75.90% de los adultos mayores les duele o le molesta alguna parte del cuerpo, bastante similar a lo expuesto por Aranda y col (2002)<sup>128</sup> donde el 78.8% de los adultos mayores encuestados afirman lo mismo.

---

<sup>128</sup> Ibíd. p.124

**Grafico 25.** Respuesta del adulto mayor a la pregunta ¿Presenta alguno de los siguientes síntomas?

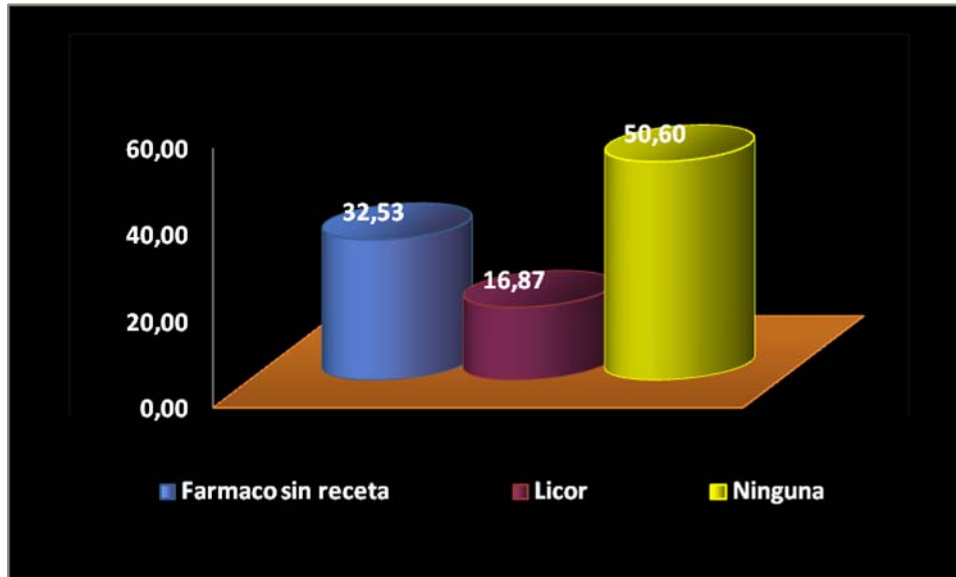


Fuente: Datos de la Investigación

El 16.87% de los adultos mayores manifiestan falta de apetito, el 14.46% alteraciones en el sueño, el 13.25% fuerte picazón en el cuerpo y el 9.64% constante tos con flema. Se identifica un resultado similar en el estudio de Aranda y col (2002)<sup>129</sup> donde de los síntomas mencionados, los más frecuentes son las alteraciones en el sueño (52.1%), la falta de apetito (29.2%), el dolor de garganta y la constante tos con flema (26.1%), a la vez las cifras de este estudio no son tan altas como las que ellos manejan.

<sup>129</sup> ARANDA y col Op.cit., p.83

**Grafico 26.** Consumo en el último mes de sustancias psicoactivas por el adulto mayor.



Fuente: Datos de la Investigacion

Cerca de la mitad (50.60%) de los adultos mayores no consume ningún tipo de sustancia psicoactiva, a la vez el 32.53% consume fármacos si ser recetados por un medico y el 16.87% licor. Sin embargo el consumo de fármacos sin ser recetados esta relacionado con medicamentos como AINES utilizados específicamente para dolores de cabeza, y el consumo de licor es ocasional en circunstancias de celebración. Algo parecido sucede en el estudio de Aranda y col (2002)<sup>130</sup> donde el 20% de los adultos mayores consumen fármacos sin ser recetados el 10.6% tabaco y el 4.3% licor. No obstante aquí el consumo de

<sup>130</sup> ARANDA y col Op.cit., p.82

estas sustancias se debe a factores predisponentes como el resentimiento por la sociedad y es inversamente proporcional a su satisfacción con la vida.

#### **4.3.5. DEPENDENCIA SOCIAL Y FAMILIAR**

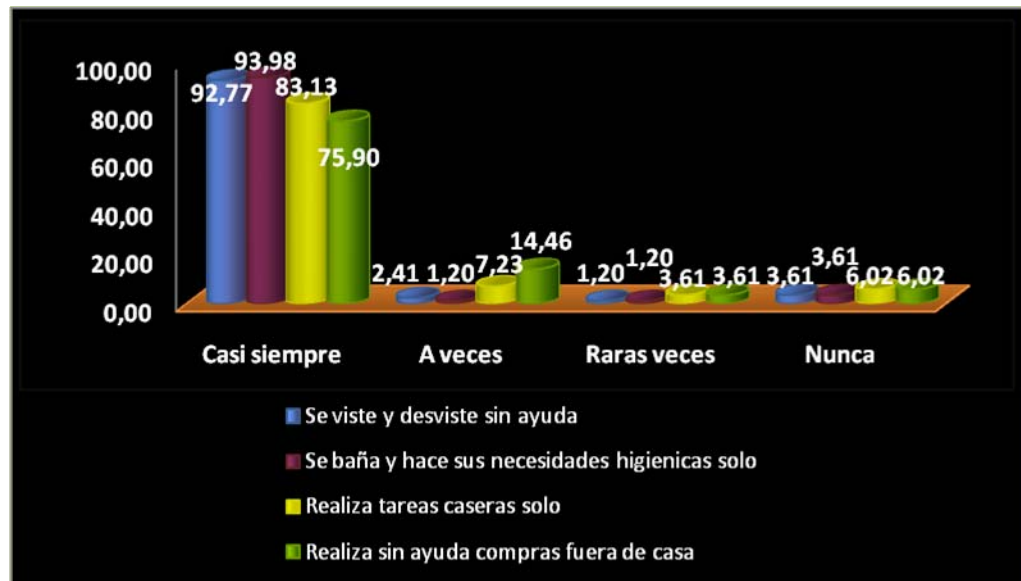
Según el estudio de Aranda y col (2002)<sup>131</sup> la dependencia social se refiere al cuidado necesitado por el anciano para realizar ciertas actividades. Los dos primeros ítems traducen la imposibilidad de asistirse en el aseo personal y son dos comportamientos básicos, por lo que, cuando son limitados, indican una incapacidad física y, por consecuencia, la necesidad de cuidado constante. Las dos últimas afirmaciones traducen la imposibilidad de desenvolverse socialmente (habilidades instrumentales) tanto en la casa como fuera de ella, requiriendo el cuidado de un tercero o, para peor, restringiendo estas actividades.

---

<sup>131</sup> ARANDA y col Op.cit., p.76



**Grafico 27.** Respuesta del adulto mayor a las preguntas ¿Se viste y se desviste sin ayuda? ¿Se baña y hace sus necesidades higiénicas solo? ¿Realiza tareas caseras solo? ¿Realiza sin ayuda compras fuera de casa?



Fuente: Datos de la Investigacion

Se puede determinar que en aquellas actividades pertenecientes al cuidado y aseo general del adulto mayor este tiene un alto porcentaje de independencia (92.77% y 93.98%), de igual forma en aquellas relacionadas con su desenvolvimiento social sin embargo es bajo relacionándolo con el de actividades específicas en el hogar (83.13% y 75.90%), de igual manera ocurre

en los resultados presentados por Aranda y col (2002)<sup>132</sup> donde se observa que las actividades de desenvolvimiento social o instrumental son las menos realizadas. Así, 26.2% no pueden realizar -sin ayuda- compras fuera de casa. A esta cifra se suman 11.5% que raras veces las realizan. Y, por otro lado, 16.4% no puede realizar tareas caseras sin ayuda. En sentido contrario, 42.6% y 63.9% pueden realizar estas actividades casi siempre.

#### **4.3.6. APOYO SOCIAL**

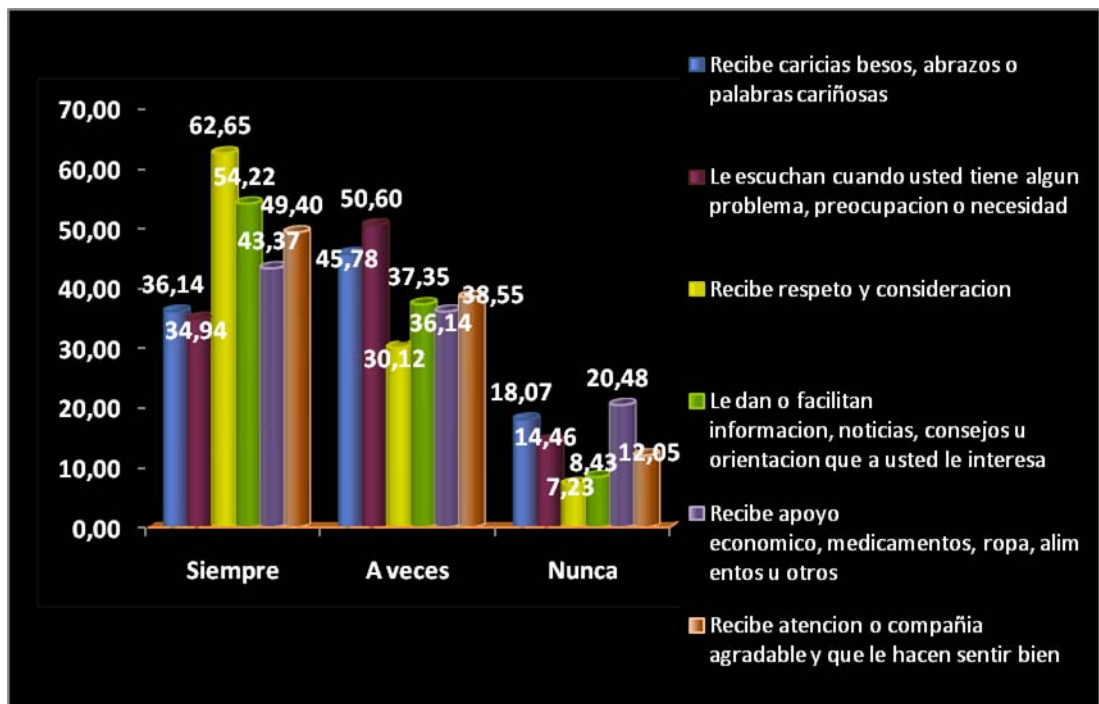
En el instrumento de recolección de datos propuesto por Aranda y col (2002)<sup>133</sup> El apoyo y refuerzo social actual es una escala referida a las atenciones provenientes de cualquier persona (familiares o no) recibidas por los ancianos.

---

<sup>132</sup> *Ibíd.* P.129

<sup>133</sup> ARANDA y col *Op.cit.*, p.76

**Grafico 28.** Respuesta del adulto mayor a las preguntas ¿Recibe caricias, besos, abrazos o palabras cariñosas? ¿Le escuchan cuando usted tiene algún problema, preocupación o necesidad? ¿Recibe respeto y consideración? ¿Le dan o facilitan información, noticias, consejos u orientación que a usted le interesa? ¿Recibe apoyo económico, medicamentos, ropa, alimentos u otros? ¿Recibe atención o compañía agradable que la hace sentir bien?



Fuente: Datos de la Investigacion

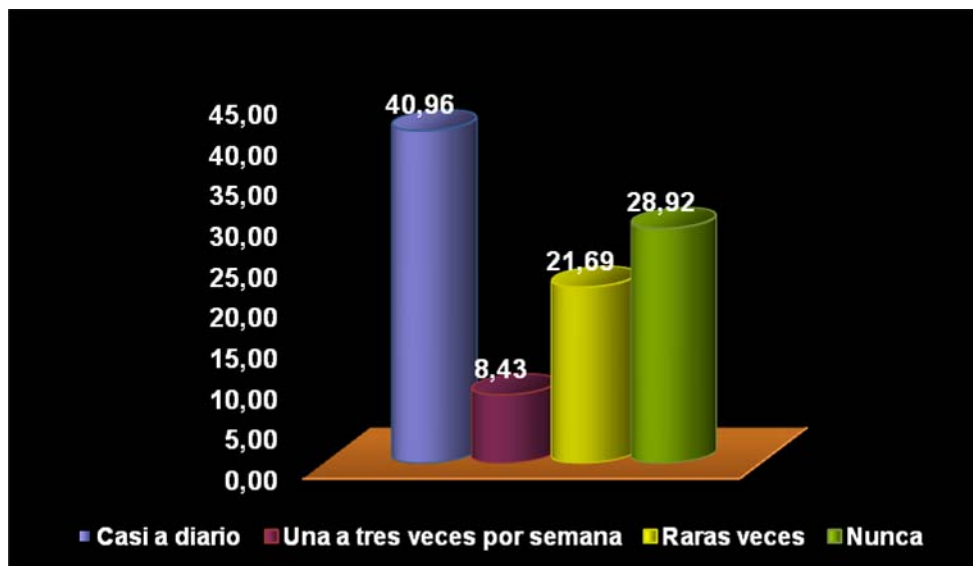
Dentro de los refuerzos sociales recibidos por el anciano el respeto y la consideración es el que se presenta con mayor frecuencia (62.65%), seguido de la facilitación de información (54.22%) y de la presencia de compañía agradable (49.40%), a la vez el apoyo económico es el que en menor frecuencia reciben con un porcentaje de 20.48% en la respuesta nunca. Asimismo Aranda y col (2002)<sup>134</sup> expone que el respeto y consideración son los refuerzos sociales recibidos con más frecuencia por los ancianos (62.3% refieren recibirlos siempre). Por otro lado, el apoyo material (dinero, medicamentos, alimentos y otros) solamente es recibido por el 42.6%, y el apoyo emocional directo (besos, abrazos o frases cariñosas) por el 45.9%. En sentido contrario, 18% de ancianos afirman no recibir ningún tipo de apoyo material, 14.8% ningún tipo de apoyo emocional directo y 11.5% ningún tipo de apoyo emocional indirecto (escucharlos cuando tienen problemas, preocupación o necesidad).

---

<sup>134</sup> ARANDA y col Op.cit., p.77

#### 4.3.7. SATISFACCION CON LA VIDA

**Grafico 29.** Respuesta del adulto mayor a la pregunta ¿Siente que ha desperdiciado su vida o que su vida ha sido un fracaso?



Fuente: Datos de la Investigacion

Solo el 28.92% de los adultos mayores niegan sentir que han desperdiciado su vida o que ha sido un fracaso, porcentaje bastante alejado de los arrojados en el estudio de Aranda y col (2002)<sup>135</sup> donde el 85.3% de los adultos mayores niegan sentir que han desperdiciado su vida o que ha sido un fracaso.

<sup>135</sup> ARANDA y col Op.cit., p.84

**Grafico 30.** Respuesta del adulto mayor a la pregunta ¿Esta insatisfecho con su vida actual?



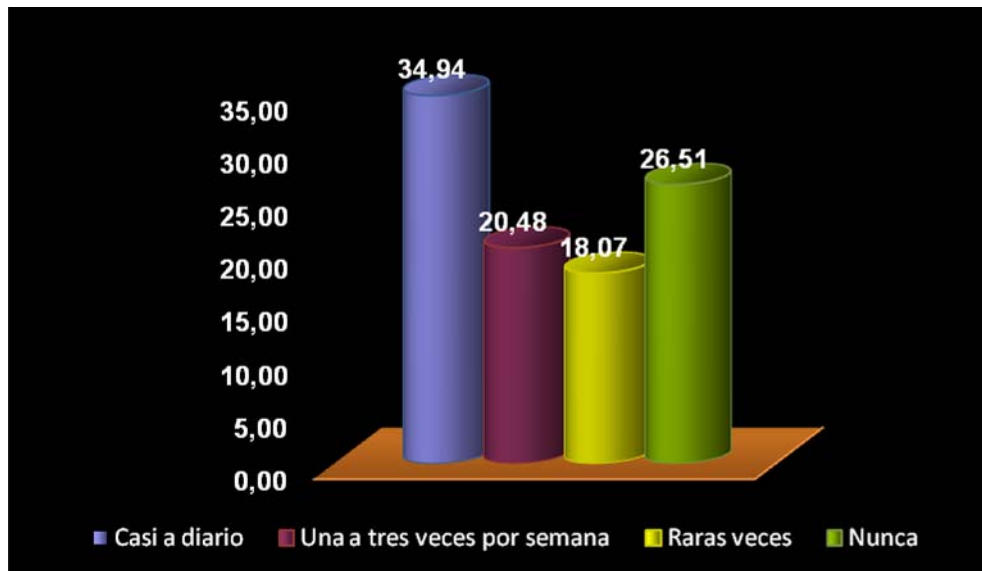
Fuente: Datos de la Investigacion

El 28.92% de los adultos mayores están satisfechos con su vida, los demás experimentan por ocasiones sentimientos de insatisfacción, algunos casi a diario (34.94%), resultados diferentes plantea Aranda y col (2002)<sup>136</sup> donde el 83.4% esta satisfecho con su vida actual.

---

<sup>136</sup> Ibíd. P.133

**Grafico 31.** Respuesta del adulto mayor a la pregunta ¿Siente que no merece vivir como lo hace ahora?



Fuente: Datos de la Investigación

El 26.51% de los adultos mayores niegan no merecer vivir como lo hacen ahora, mientras que el 34.94% experimentan este tipo de sentimientos casi a diario. Este resultado difiere de lo planteado por Aranda y col (2002)<sup>137</sup> donde el 88.3% niegan no merecer vivir como lo hacen ahora.

---

<sup>137</sup> Ibíd. P.134

**Grafico 32.** Respuesta del adulto mayor a la pregunta ¿Siente que su vida no tiene sentido?



Fuente: Datos de la Investigación

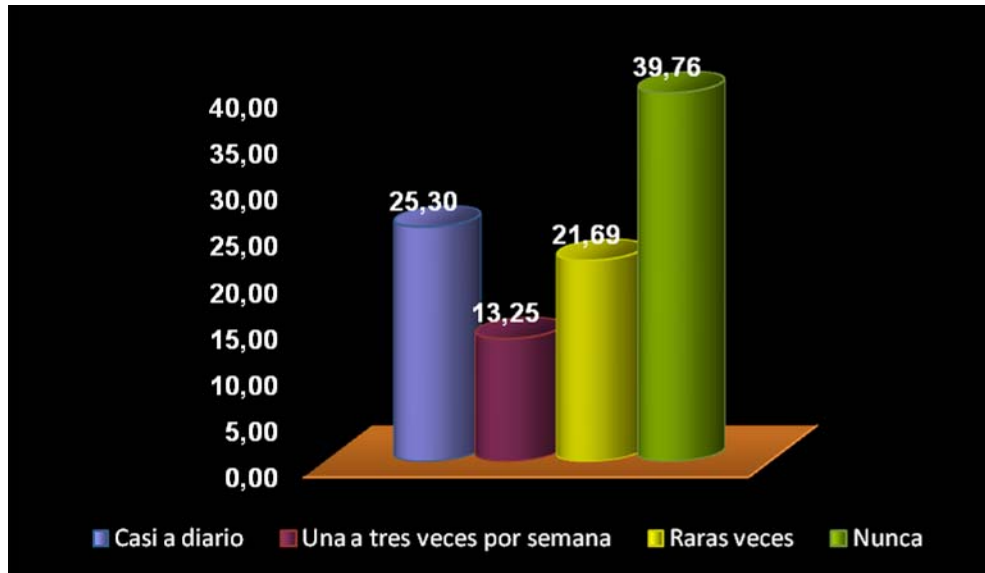
Solo el 37.35% de los adultos mayores niegan sentir que sus vidas no tienen sentido, algunos (31.33%) experimentan este tipo de sentimientos casi a diario, mientras que el 89.8% de los adultos mayores encuestados por Aranda y col (2002)<sup>138</sup> sienten que sus vida si tienen sentido

---

<sup>138</sup> Ibíd. P.135



**Grafico 33.** Respuesta del adulto mayor a la pregunta ¿Siente que sus familiares no lo quieren?



Fuente: Datos de la Investigación

El 39.76% de los adultos mayores sienten que sus familiares los quieren, otros (25.30%) sienten que no los quieren; mientras que de los adultos mayores encuestados por Aranda y col (2002)<sup>139</sup> el 86% niegan sentir que sus familiares no los quieren.

---

<sup>139</sup> Ibíd. P.136

**Grafico 34.** Respuesta del adulto mayor a la pregunta ¿Se siente inútil o un estorbo para los demas?



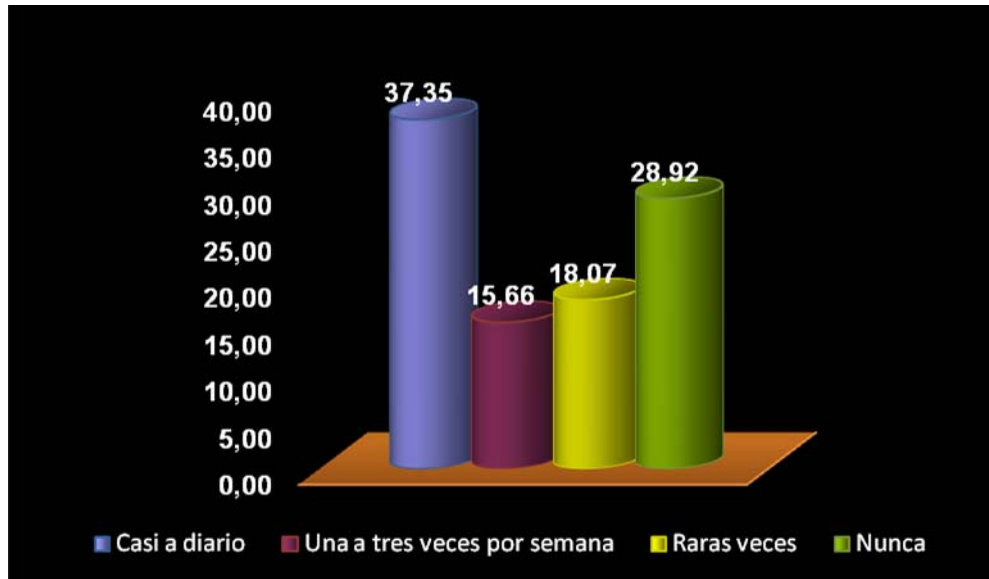
Fuente: Datos de la Investigacion

El 45.78% de los adultos mayores no se sienten inútiles o como un estorbo para los demás, otros (22.89%) raras veces se sienten así y algunos (21.69%) se sienten inútiles casi a diario, estos resultados difieren de los planteados por Aranda y col (2002)<sup>140</sup> donde el 82.4% se sienten útiles para los demás.

---

<sup>140</sup> Ibíd. P.137

**Grafico 35.** Respuesta del adulto mayor a la pregunta ¿Siente soledad, desesperanza o confusión en su vida?



Fuente: Datos de la Investigación

Solo el 28.92% de los adultos mayores niegan experimentar sentimientos de soledad, desesperanza y confusión, algunos (37.35%) lo sienten casi a diario, mientras que de los resultados arrojados por el estudio de Aranda y col (2002)<sup>141</sup> el 79.1% niegan experimentar sentimientos de soledad, desesperanza y confusión

---

<sup>141</sup> Ibíd. P.138

**Grafico 36.** Respuesta del adulto mayor a la pregunta ¿Siente que su cuerpo esta debil, dolorido y enfermo?



Fuente: Datos de la Investigacion

De los adultos mayores encuestados solo el 25.30% niegan sentirse débiles, doloridos o enfermos, mientras que el 42.17% se sienten así casi a diario, al diferente ocurre en el estudio de Aranda y col (2002)<sup>142</sup> donde el 68.4 % niegan sentirse débiles, doloridos o enfermos.

---

<sup>142</sup> Ibíd. P.139

## CONCLUSIONES

Dentro de las características familiares del adulto mayor en esta investigación se encontró que ellos viven y pasan principalmente su tiempo con familiares, además un alto porcentaje de ellos afirmaron que en las oportunidades en las que su estado de salud requiere de atención, la familia es quien le presta el apoyo y los debidos cuidados. Es por ello que se considera la familia como ese entorno al que pertenece el adulto mayor y del que no debe abstraerse; resultando ser el ambiente donde ellos pueden en mejor forma recibir el afecto y la comprensión necesaria para adaptarse a los cambios del envejecimiento.

Respecto a las relaciones sociales y las amistades el Adulto Mayor tiene una buena densidad y amplitud en relación con sus amistades, tienden a identificarse con el rol prosocial sin embargo, como antisociales se identifican con mayor frecuencia como pasivos, interesados en si mismos y solitarios.

Los adultos mayores presentan alteraciones en la salud física, evidenciándose en la presencia de enfermedades como Hipertensión, Diabetes Mellitus y Cardiopatías, igualmente presentando alteraciones del sueño, falta de apetito, tos con flema y picazón; cabe resaltar que los porcentajes de síntomas patológicos son bajos.

El adulto mayor en el comedor de San Jorge es independiente en lo que respecta a las necesidades básicas y se encuentra en la capacidad de realizar sus actividades cotidianas solo, sin embargo un porcentaje bajo de este necesita ayuda en las actividades que concierne al aseo personal y aquellas al desenvolvimiento social, cabe resaltar que esta dependencia puede ser resultado de la afectación de las enfermedades que este posea.

En cuanto al apoyo social el adulto mayor recibe con buenos porcentajes los refuerzos sociales como el respeto y consideración, le facilitan información y noticias, sin embargo es poco el apoyo económico que recibe de sus familiares y convivientes.

Los adultos mayores del comedor de San Jorge en altos porcentajes no se encuentran satisfechos con el rol que hasta ahora han tenido y en el que se han desenvuelto en la vida actual, experimentan constantemente sentimientos de fracaso, insatisfacción con su vida actual, de no querer vivir como la hacen actualmente; además sensaciones de soledad, desesperanza y confusión, se sienten débiles doloridos y enfermos.

En la vida del adulto mayor coexisten una serie de factores que favorecen su bienestar, resultando además fundamentales en su entorno social, entre ellos se puede mencionar el apoyo social (familia, amigos, grupos a los que pertenece), las

oportunidades para la educación y el aprendizaje durante toda la vida, la protección frente a la violencia y el abuso, la autonomía y la productividad en la vejez.

Por su parte la soledad, el aislamiento social, el analfabetismo y la falta de educación, el abuso de los mayores y la exposición a situaciones de conflicto son aspectos que van en detrimento de ese bienestar, aumentando enormemente los riesgos de deterioro de la calidad y satisfacción de vida del adulto mayor.

## RECOMENDACIONES

### **Al Ente gubernamental**

Promover políticas públicas en pro del adulto mayor en donde se tenga en cuenta la condición de vulnerabilidad de esta población, a la vez se apoyen programas ocupacionales y de inserción al mercado laboral; de atención, rehabilitación, prevención de las enfermedades y promoción de la salud; de fortalecimiento de las redes de apoyo social, acceso y oportunidad al SGSSS; de incremento de la afiliación a los fondos pensionales.

Fortalecer los servicios de salud orientados a promover la salud y a prestar prevención, atención, asistencia y rehabilitación a las necesidades de las personas mayores y mejorar su integración con otros niveles de atención para asegurar la necesaria continuidad en la atención, para la utilización óptima de los recursos y la constitución de la red de instituciones de salud que si requiere el grupo de los adultos mayores.

Promover en los medios de comunicación programas dedicados al rescate, valoración y participación de los adultos mayores de la ciudad, donde se demuestre el potencial humano de este grupo poblacional con su cúmulo de experiencias y conocimientos que pueden poder al servicio de la comunidad.



### **A la Universidad del Magdalena**

Contribuir al cambio de paradigma cultural donde la vejez se ha relacionado con la enfermedad, la dependencia y la falta de productividad, por uno donde se considere al adulto mayor una persona autónoma, productiva, trabajadora y beneficiaria del desarrollo. El envejecimiento existe, no es una enfermedad ni tiene que ser limitante, se debe redimensionar su papel social con menores tensiones que permita vivir de acuerdo con las menores posibilidades vitales.

Realizar investigaciones poblacionales tendientes a conocer las reales necesidades de los adultos mayores de la ciudad, sus actividades, espacios y percepciones, con el fin de poder guiar de mejor manera las decisiones de la administración pública para este grupo poblacional. Esto llenaría el vacío existente en el conocimiento de las condiciones de vida de los hombres y mujeres envejecientes de la ciudad y abriría la posibilidad de constituirse como un grupo de estudio que de luces a los retos, desafíos y consecuencias del proceso de envejecimiento de la ciudad y del país.

### **A los profesionales del sector salud**

Dirigir acciones encaminadas al cuidado del adulto mayor como grupo vital, contribuir en la adaptación de su nuevo rol desde el manejo de la promoción de su salud y prevención de la enfermedad.

## BIBLIOGRAFIA

ANEC. Publicación oficial de la asociación nacional de enfermeras de Colombia. Edición número 60 - sección científicas. Bogotá, Colombia. 2003. p16 e-mail: [anecnal@andinet.com](mailto:anecnal@andinet.com)

ARANDA, J. Y HORNA, Arístides. En: Calidad Y Satisfacción De Vida De Adultos Mayores De 60 Años En Lima-Perú - Estudio Piloto Y Análisis Psicométrico. (2002).

ARENAS LUIS, Mtro. Guillermo Salinas Escudero, Mtra. Katia Gallegos Carrillo. Medición de la Calidad de Vida en el Adulto Mayor en dos Estados de México (2002)

CARDONA D. Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor, Medellín 2006. Facultad Nacional de Salud, Universidad de Antioquia

MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL COLOMBIA. Cartilla de Seguridad Social y Pensiones. Bogotá: LEGIS, 1999

COLOMBIA. CONGRESO. LEY 100 DE 1993, Diciembre 23, por medio de la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá : El Congreso, 1993

COLOMBIA. CONGRESO. LEY 797 DE 2003, por medio de la cual se reforman algunas disposiciones del Sistema General de Pensiones. Bogotá : El Congreso, 2003

COLOMBIA. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991. Artículos 1, 46, 334. Bogotá: El Congreso, 1991.

DESJARLAIS, R. et al. Ancianos. En: Salud Mental en el Mundo: Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Washington: OPS/OMS, 1997.

DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Diagnóstico de la Situación de Salud de Antioquia. Revista Epidemiológica de Antioquia. Vol. 25, No.1-3, (2000).

DURANTE, P. Terapia ocupacional en geriatría: principios y prácticas. Barcelona, Editorial Masson S.A. (1998)

ESPINOSA, E. Y LIBREROS, M. Modelo básico para el mejoramiento de la calidad de vida del viejo recluso durante su permanencia en la cárcel del distrito judicial de Cali. Santiago de Cali. Tesis de grado, Universidad de San Buenaventura, Valle, Colombia. (1995).

FERNÁNDEZ R, ZAMARRÓN M y Macías A. Calidad de Vida en la Vejez en los distintos contextos. Citado por Maya LE. Componentes de calidad de vida en ancianos institucionalizados y en ancianos asistentes a programas de puertas abiertas. Antioquia, Colombia, 1997. Trabajo de Grado, Universidad Autónoma de Madrid, España.

FRY, SARA. La ética en la Práctica de la Enfermería, Ed. Consejo Internacional de Enfermería, Individual us agrégate good ethical tension in nursing practice, en Journal Nursing stud Vol 22, N° 4 Ginebra, Suiza, 1985, p 303-310.

GARZÓN ALARCÓN NELLY. Teorías de enfermería y ética profesional Revista Selecciones de Bioética, No. 8, octubre de 2005. Pontificia Universidad Javeriana. Instituto de Bioética CENALBE, Bogotá, Colombia. p. 31

GÓMEZ, JF; Curcio, CL; Gómez, DE. Evaluación de la Salud de los Ancianos. Manizales: 1995.

GONZÁLEZ, DL. Psiquiatría Geriátrica. En: Toro G, RJ; Yepes R, LE. Fundamentos de medicina. Psiquiatría. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas, 1997.

GORDON JE. Epidemiología vieja y nueva. En: Buck C, Llopis A, Nájera E, Terris M, editores. El desafío de la epidemiología: Problemas y lecturas seleccionadas. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1988: p.140 147

HAM-CHANDE, R. Conceptos y significados del envejecimiento en las políticas de población. En: Envejecimiento Demográfico de México: Retos y Perspectivas. México: CONAPO, 1999.

HAVIGHURST, R. (1973). Social roles, work leisure, and educations. En C. Eisdorfer y P. Lawton (Eds.), The psychology of adult development and aging. Washington, DC: American Psychological Association.

HERRERA, R; RICO, A y Casado, JL. Estudio sobre la valoración de la calidad de vida en la población anciana andaluza. En: Revista Psicogerontología, Vol.13 No. 6, (1997).

JUAREZ LUIS GUILLERMO. evolución del estado nutricional del adulto mayor. Tercer congreso Internacional de nutriología y obesidad. Monterrey, NL. Mexico, 2005

LOPEZ, M y RODRIGUEZ, H. Propuesta de intervención para ancianos deprimidos. Rev Cubana Med Gen Integr, ene.-feb. 1999, vol.15, no.1, p.19-23.

MARTÍNEZ, V.; LOZANO, Calidad de vida de los ancianos. Castilla: Colección Ciencia y Técnica. Editorial Universidad de Castilla-La Mancha. A. (1998).

MAX-NEFF, M. Desarrollo a Escala Humana. Una opción para el futuro. CEPUR. Fundación Dag Hammarskjöld. Santiago de Chile. (1986).

MAYA Luz Helena. Enfermera Gerontóloga M.S.P. Componentes de la Calidad de Vida en Adultos Mayores. 1997.

MONTENEGRO, A y Laguna, A. Reflexiones sobre el envejecimiento y la calidad de vida. Artículo de Internet. Disponible en URL: <http://departamento.enfe.ua.es/internet/cultura/numero2/teoria2.htm>. Consultado: 07 de octubre de 2001

MONTES DE O, V. Relaciones familiares y redes sociales. En: Envejecimiento Demográfico de México: Retos y Perspectivas. México: CONAPO, 1999.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Departamento de Promoción de la Salud. Salud y Envejecimiento. Un documento para el debate. Segunda Asamblea Mundial. España, 2002.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos. Ginebra: OMS, 1984 (Serie de informes técnicos, 706)(1983).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. División de Promoción y Protección de la Salud. Salud de las personas de edad. Envejecimiento y Salud: un cambio de paradigma. En: Revista Panamericana de Salud Pública: Vol.7, No.1 (2000).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1999). El envejecimiento: cómo superar mitos. DC: OPS. Washington: 1-15.

PAPALIA, Diane E; WENDKOS, Sally. Desarrollo humano con aportaciones para Iberoamérica. 6ª ed. Santafé de Bogotá: Mc. Graw - Hill, 1997.

RUIPEREZ C.; Ilorente, D. Guía para auxiliares y cuidadores de ancianos. Fundamentos y procedimientos. Edit. Mac graw Hill. Madrid. (1997)

SAN MARTÍN, H. y Pastor, U.. Epidemiología de la Vejez. Ed. Interamericana. México. (1990)

SANTAGOSTINO, L. Epidemiología del envejecimiento en México. En: Envejecimiento Demográfico de México: Retos y Perspectivas. México: CONAPO, 1999.

SOLANO, B. T. ¿Cuál calidad de Vida? En el mejor de los casos esta superdeteriorada. Documento periodístico. Medellín. Colombia. (1997).

SPAR, JE y Rue, A. Citados por González, DL. Psiquiatría Geriátrica. En: Toro G, RJ; Yepes R, LE. Fundamentos de Medicina. Psiquiatría. Medellín, Corporación para investigaciones biológicas, 1997

TORRES, Y. Segundo Estudio nacional de salud mental. Bogotá: Ministerio de Salud, 1997.

WONG R., Lastra MA. Envejecimiento y salud en México: Un enfoque integrado. En: Estudios Demográficos y Urbanos. Vol. 16, No. 3, (2001).

ZEPEDA, E. Tercera Edad: Por una mejor calidad de vida. [Artículo de Internet]. <http://www.elnuevodiario.com/> Febrero 01 de 2001.

# ANEXOS

## ANEXO A

### CALIDAD Y SATISFACCION DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL COMEDOR COMUNITARIO DEL BARRIO SAN JORGE SANTA MARTA 2007 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

#### VARIABLES DEMOGRAFICAS

- 1. Sexo:** 1) Hombre\_\_\_\_\_ 2) Mujer\_\_\_\_\_
- 2. Edad:** 1) 60 a 64\_\_\_\_\_ 2) 65 a 69\_\_\_\_\_ 3) 70 a 74\_\_\_\_\_ 4) 75 a 79\_\_\_\_\_  
5) 80 a 84\_\_\_\_\_ 6) 85 a 89\_\_\_\_\_ 7) 90 a 94\_\_\_\_\_ 8) 95 a 99\_\_\_\_\_ 9)  
>100\_\_\_\_\_
- 3. Lugar de Nacimiento:** 1) Rural\_\_\_\_\_ 2) Urbana\_\_\_\_\_
- 4. Nivel de Escolaridad:** 1. ( ) Analfabeta 2. ( ) Primaria Completa 3. ( ) Primaria Incompleta  
4. ( ) Secundaria Completa 5. ( ) Secundaria Incompleta  
6. ( ) Superior Completa 7. ( ) Superior Incompleta
- 5. Estado Civil:** 1. Con Pareja\_\_\_\_\_ 2. Sin Pareja\_\_\_\_\_ 3. Viudo\_\_\_\_\_ 4. Divorciado\_\_\_\_\_
- 6. Ocupación laboral pasada:** 1. Trabajador\_\_\_\_\_ 2. Desempleado\_\_\_\_\_ 3. Pensionado\_\_\_\_\_
- 7. Núcleo Familiar:** 1. Vive solo\_\_\_\_\_ 2. Vive en compañía\_\_\_\_\_
- 8. Afiliación al SGSSS:** 1. Contributivo\_\_\_\_\_ 2. Subsidiado\_\_\_\_\_ 3. Vinculado\_\_\_\_\_
- 9. Nivel de Ingresos:(Salario Mínimo Legal)** 1. <SML\_\_\_\_\_ 2. SML\_\_\_\_\_ 3.>SML\_\_\_\_\_

#### I. CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

- 10. Tiene Hijos:** 1.SI\_\_\_\_\_ 2. No tiene Hijos\_\_\_\_\_ (*Si no tiene pasar al numeral 5*)
- 11. Situación Social de los Hijos:** (*especificar en número de hijos*)  
1. Solteros\_\_\_\_\_ 2. Casados\_\_\_\_\_
- 12. Situación Laboral de los Hijos:** (*especificar en número de hijos*)  
1. Trabajan\_\_\_\_\_ 2. Estudian\_\_\_\_\_ 3. Desempleados\_\_\_\_\_ 4. Trabajan y estudian  
5. No tiene hijos
- 13. Necesidades Cubiertas por los Hijos:**  
1. No tiene contacto con ellos\_\_\_\_\_ 2. Habitacionales\_\_\_\_\_ 3. Alimenticias\_\_\_\_\_  
4. Recreacionales\_\_\_\_\_ 5. Pensión económica\_\_\_\_\_ 6. Ninguna
- 14. Si no vive con su familia, cuantas veces al mes ve a sus familiares:**  
1. No los ve\_\_\_\_\_ 2. 1 vez\_\_\_\_\_ 3. 2 a 5 veces\_\_\_\_\_ 4. 6 a10 veces\_\_\_\_\_  
5. +10 veces\_\_\_\_\_ 6. Si vive con ellos\_\_\_\_\_





**CALIDAD Y SATISFACCION DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL COMEDOR  
COMUNITARIO DEL BARRIO SAN JORGE SANTA MARTA 2007  
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.**

**15. En el último mes ha recibido de algún familiar:**

- a. Insultos o gritos hirientes 1.No\_\_\_2. 1\_\_\_3. 2 a 5 \_\_\_4. 6 a10 \_\_\_5.+10 \_\_\_  
b. Amenazas o chantajes 1.No\_\_\_2. 1\_\_\_3. 2 a 5 \_\_\_4. 6 a10 \_\_\_5.+10 \_\_\_  
c. Golpes o empujones 1.No\_\_\_2. 1\_\_\_3. 2 a 5 \_\_\_4. 6 a10 \_\_\_5.+10 \_\_\_

**II. RELACIONES SOCIALES Y AMISTADES**

**16. Actualmente ¿cuántas personas, en promedio, conoce y frecuenta?**

1. <10 personas\_\_\_\_\_ 2. >10 personas\_\_\_\_\_

**17. En la semana ¿Con cuántos amigos conversa?**

1. <10 personas\_\_\_\_\_ 2. >10 personas\_\_\_\_\_

**18. ¿Se siente muy comprometido con sus amigos? (es importante llegar a ser un buen amigo):**

1. SI\_\_\_\_\_ 2. NO\_\_\_\_\_

**19. Siente que sus amigos lo aprecian y quieren:**

1. SI\_\_\_\_\_ 2. NO\_\_\_\_\_

**20. ¿Realiza actividades físicas, lúdicas o laborales con sus amigos (jardinería, mandados, paseos, juegos de azar, etc.)?**

1. Casi a diario\_\_\_ 2. Al menos una vez a la semana\_\_\_  
3. Al menos una vez al mes\_\_\_ 4. Nunca\_\_\_\_\_

**21. Escala de identidad de rol de amistades**

*(Leerle las alternativas por pares y pedirle con cuál de las dos se siente identificado. Marque con una X en las que se identifica)*

Como amigo, el anciano se siente:

- |    |                            |                               |
|----|----------------------------|-------------------------------|
| a. | 1. ( ) Social              | 2. ( ) Solitario              |
| b. | 1. ( ) Seguro              | 2. ( ) Ansioso                |
| c. | 1. ( ) Feliz               | 2. ( ) Triste                 |
| d. | 1. ( ) Abierto             | 2. ( ) Cerrado                |
| e. | 1. ( ) Cálido              | 2. ( ) Frío                   |
| f. | 1. ( ) Competente          | 2. ( ) Incompetente           |
| g. | 1. ( ) Relajado            | 2. ( ) Tenso                  |
| h. | 1. ( ) Exitoso             | 2. ( ) Fracasado              |
| i. | 1. ( ) Activo              | 2. ( ) Pasivo                 |
| j. | 1. ( ) Interesado en otros | 2. ( ) Interesado en sí mismo |



**CALIDAD Y SATISFACCION DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL COMEDOR  
COMUNITARIO DEL BARRIO SAN JORGE SANTA MARTA 2007  
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.**

**III. SALUD FISICA GENERAL**

**22. ¿Tiene alguna enfermedad diagnóstica por un médico?**

EPOC: 1. SI \_\_\_\_\_ 2. NO \_\_\_\_\_      Cardiopatías: 1. SI \_\_\_\_\_ 2. NO \_\_\_\_\_  
Artropatías: 1. SI \_\_\_\_\_ 2. NO \_\_\_\_\_      Diabetes Mellitus: 1. SI \_\_\_\_\_ 2. NO \_\_\_\_\_  
HTA: 1. SI \_\_\_\_\_ 2. NO \_\_\_\_\_      Cáncer: 1. SI \_\_\_\_\_ 2. NO \_\_\_\_\_  
Ninguna: 1. SI \_\_\_\_\_ 2. NO \_\_\_\_\_      Otras: 1. SI \_\_\_\_\_ 2. NO \_\_\_\_\_

**23. ¿Recibe tratamiento y/o visita al médico? 1. SI \_\_\_\_\_ 2. NO \_\_\_\_\_**

**24. ¿Le duele o molesta alguna parte de su cuerpo? 1. SI \_\_\_\_\_ 2. NO \_\_\_\_\_**

**25. ¿Presenta algunos de los siguientes síntomas?**

1. Dolor de garganta ( )
2. Constante tos con flema ( )
3. Fuerte dolor abdominal ( )
4. Diarrea por más de un día ( )
5. Fuerte picazón en el cuerpo ( )
6. Fuertes dolores en la cabeza ( )
7. Alteraciones en el sueño ( )
8. Falta de apetito ( )
9. Ninguno ( )

**26. ¿Ha consumido en el último mes: (puede marcarse más de una opción)**

1. Fármacos sin receta \_\_\_\_\_
2. Licor \_\_\_\_\_
3. Tabaco \_\_\_\_\_
4. Otras drogas \_\_\_\_\_
5. Ninguno \_\_\_\_\_

**IV. DEPENDENCIA SOCIAL Y FAMILIAR**

	Preguntas	1.Casi siempre	2. A veces	3. Raras veces	4. Nunca
27	¿Se viste y desviste sin ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	¿Se baña y hace sus necesidades higiénicas solo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	¿Realiza tareas caseras solo? (barrer, cargar cosas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	¿Realiza sin ayuda las compras fuera de casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**CALIDAD Y SATISFACCION DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL COMEDOR  
COMUNITARIO DEL BARRIO SAN JORGE SANTA MARTA 2007  
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.**

**V. ESCALA DE APOYO SOCIAL**

<b>31</b>	<b>Preguntas</b>	<b>1.Siempre</b>	<b>2.A veces</b>	<b>3.Nunca</b>
<b>32</b>	¿Recibe caricias, besos, abrazos o palabras cariñosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>33</b>	¿Le escuchan cuando usted tiene algún problema, preocupación o necesidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>34</b>	¿Recibe respeto y consideración?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>35</b>	¿Le dan o facilitan información, noticias, consejos u orientación que a usted le interesa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>36</b>	¿Recibe apoyo económico, medicamentos, ropa, alimentos u otros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>37</b>	¿Recibe atención o compañía agradable y que le hace sentir bien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**CALIDAD Y SATISFACCION DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL COMEDOR  
COMUNITARIO DEL BARRIO SAN JORGE SANTA MARTA 2007  
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.**

**VI. SATISFACCIÓN CON LA VIDA:**

	Preguntas	1.Casi a diario	2.1 a 3 veces por semana	3.Raras veces	4.Nunca
38.	<b>Siente que ha desperdiciado su vida o que su vida ha sido un fracaso</b> ( <i>siente que no aprovecho las oportunidades que le brindó la vida / se arrepiente de no haber aprovechado su juventud</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.	<b>Está insatisfecho con su vida actual</b> ( <i>hubiese preferido tener otro tipo de vida</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	<b>Siente que no merece vivir como lo hace ahora</b> ( <i>cree que la vida le pudo dar mejores cosas que las que tiene ahora</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.	<b>Siente que su vida no tiene sentido</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.	<b>Siente que sus familiares no lo quieren</b> ( <i>se siente despreciado por su familia</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.	<b>Se siente inútil y/o un estorbo para los demás</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44.	<b>Siente soledad, desesperanza o confusión en su vida</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45.	<b>Siente que su cuerpo está débil, dolorido y enfermo</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **ANEXO B. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Proyecto:** “Calidad y satisfacción de vida del adulto mayor del comedor comunitario del barrio San Jorge de Santa Marta 2007”

Yo \_\_\_\_\_ declaro que soy mayor de edad, vivo en la ciudad de Santa Marta, y asisto al comedor comunitario del barrio San Jorge, el cual ha sido seleccionado para realizar el proyecto de investigación con el adulto mayor y se me ha pedido que participe en la investigación que se lleva a cabo a lo cual acepto.

El propósito de esta investigación es conducir una encuesta en la cual identifique la calidad de vida del adulto mayor.

Yo acepto ser encuestada/o. El beneficio que recibiré es información acerca de la calidad de vida de los adultos mayores a fin de que la información sirva para implementar programas de prevención y promoción de un estilo de vida saludable.

Entiendo que tengo la libertad de hacer preguntas y negarme a participar en el estudio sin sanción alguna y que esta decisión se mantendrá en la confidencialidad.

