

Aspectos subjetivos del envejecimiento: redes de apoyo social y autonomía de la población adulta mayor de Medellín

Doris Cardona Arango*
Alejandro Estrada Restrepo**
Héctor Byron Agudelo García***

RESUMEN

Con el ánimo de identificar y analizar la autonomía y las redes de apoyo social con que cuenta la población adulta mayor de la ciudad de Medellín, en el año 2002 se realizó una encuesta telefónica a 637 adultos mayores, seleccionados a través de un muestreo aleatorio sistemático, utilizando como marco muestral los 6498 adultos mayores con servicio telefónico en sus viviendas y cuyo número estaba consignado en la Encuesta de Calidad de Vida de Medellín realizada en 2001. La familia, con un 90%, es la red informal que más apoyo les brinda y constituye factor de vital importancia para la satisfacción y el bienestar del adulto mayor, y las redes formales como organizaciones sociales se dan en un 28%. También se determinó la importancia relativa que tiene para ellos el sentirse capacitados para realizar sus actividades cotidianas, que les proporcionan un mayor grado de independencia lo cual, a su vez, mejora su autoestima; en este sentido se encontró cómo el 96% está capacitado para realizar las actividades básicas cotidianas (ABC) físicas, el 90% las ABC sociales y el 80% las ABC instrumentales.

Palabras clave:

Ancianos, apoyo social, envejecimiento de la población, autonomía, vejez

Introducción

Los avances tecnológicos, las investigaciones científicas, las políticas públicas en salud y la transición demográfica facilitan, hoy en día, un rápido incremento de la población en edades avanzadas; la disminución de la fecundidad y de las tasas de mortalidad, en todos los países del mundo, tienden a transformar la pirámide poblacional, ampliando su cúspide y estrechando la base, haciendo que, de manera paulatina, naciones desarrolladas o en vía de desarrollo, se enfrenten a esta realidad y asuman las consecuencias que de ella se deriven.

De mantener la población la tendencia al envejecimiento, en los próximos años se tendrá una inversión en la pirámide poblacional, en la cual la población en edad avanzada planteará exigencias mayores en seguridad social, mayor demanda de recursos destinados a las pensiones, jubilación, aporte de ingresos, distribución de tareas dentro de las familias, y un aumento en los servicios de salud distintos a los de la población joven e infantil: asistencia médica, psicológica y socioeconómica debido al incremento en la frecuencia y número de enfermedades crónicas¹.

Recibido: 22 de mayo de 2003
Aceptado: 21 de agosto de 2003

* Administradora de Empresas. Magíster en Salud Pública con énfasis en Salud Mental. Empleada Administrativo de la Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. E-mail: doriscar@guajiros.udea.edu.co. Colombia

** Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud. Magíster en Epidemiología. Profesor de la Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad de Antioquia. E-mail: bagudelo@guajiros.udea.edu.co. Colombia

*** Licenciado en Educación, Especialista en Sistemas de Información, Magíster en Salud Pública. Profesor de la Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia. E-mail: bagudelo@guajiros.udea.edu.co. Colombia

Cardona Arango D., Estrada Restrepo A., Agudelo García H B. Aspectos subjetivos del envejecimiento: redes de apoyo social y autonomía de la población adulta mayor de Medellín. Invest. Educ. Enferm. 2003; 21 (2): 80 - 91

La persona que envejece debe enfrentar condiciones cambiantes, tanto de su propio organismo como del medio social en que vive. El envejecimiento genera problemas comunes y retos similares para todos². En civilizaciones antiguas, y en especial en la oriental, la ancianidad representa un periodo importante de la vida del hombre, pero en el siglo XX la noción de juventud y productividad se tornó en un ideal que marginalizó la vejez. Bajo esta mirada, la "tercera edad" es una categoría difusa, ya que por su condición biológica y temporal es la antítesis de los ideales modernos; es objeto de un tratamiento social y cultural ambiguo donde los valores asociados a ella expresan una representación social particular tanto de la acción como de la existencia individual y social³.

Hoy, con el surgimiento de la familia nuclear, se crea una serie de mitos alrededor de la vejez que la asocian con enfermedad, inutilidad, impotencia sexual, aislamiento, pobreza, debilidad, depresión⁴. Este punto de vista "moderno" funciona como una profecía que se autopromueve. Se considera al anciano de esta forma y ellos adoptan esa visión de sí mismos convirtiéndose en estereotipo legitimado por la sociedad⁵.

Norberto Bobbio hace un análisis descarnado de lo que significa ser adulto mayor en una sociedad como la nuestra: "...la vejez es el descenso hacia ningún lugar, es largo, continuo e irreversible, bajas escalón por escalón, pero una vez apoyas el pie en la grada más baja, sabes que a la de arriba ya no volverás, no sabes cuántos escalones quedan, pero cada vez son menos (...) porque la medicina no hace vivir más a los viejos, solo les impide morir"⁶.

Subjective aspects of aging Medellín's social support net and senior citizens' autonomy

Doris Cardona Arango*
Alejandro Estrada Restrepo**
Héctor Byron Agudelo García***

SUMMARY

Aiming to identify and to analyse the availability and autonomy of the social support nets serving the Medellín senior citizens' population, in 2002, a 637 elders survey was carried through a randomized selection process between the 6498 old-age telephone subscribers inscribed in the 2002 Quality-of-life Survey.

Family is the best informal net provider of support for 90% of the senior citizens. It is a vital factor providing well-being and satisfaction to them. Formal nets like social organizations are cited by 28% of them.

The senior citizens perception about their skills and abilities to perform daily routines, was assessed in its relative importance in order to enhance personal autonomy and self-esteem. Accordingly it was found that 96% of them were able to perform the basic daily physical activities, 90% the basic social activities and 80% the instrumental activities.

Key words:

Seniors, Social Support, Aging poblacion, Autonomy, Old age.

Para Ricardo Moragas⁷ la vejez supone ciertas limitaciones para el sujeto pero también posee unos potenciales únicos y distintivos: serenidad de juicio, experiencia, madurez vital, perspectiva de la historia personal y social. Así, los adultos mayores exhibirán la personalidad que el medio les permita, en algunos casos con elementos de desarrollo personal, aunque este desarrollo vaya en dirección contraria a los valores predominantes en la sociedad actual.

Una tesis básica es, entonces, que en la sociedad contemporánea, junto con el proceso de envejecimiento, se producen cambios sociales cuyas consecuencias influyen negativamente en las condiciones de vida de los que envejecen; entre estos cambios se señalan cuatro que propician el deterioro de la calidad de vida a medida que se envejece: respuesta social al deterioro biológico propio del envejecimiento pérdida de la ocupación, disminución del ingreso y deterioro de la identidad social⁸.

Envejecer se asocia con deterioro económico, físico y mental que genera una pérdida de autonomía, donde los parientes, familiares y amigos se consideran como fuente de apoyo directo. 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 (red primaria), vecinos, amigos o parientes (red secundaria), residen o no con el anciano; 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, humanitarios⁹ y asociaciones que funcionan con normas y reglamentos propios, establecidos según el propósito y objetivo de su constitución¹⁰.

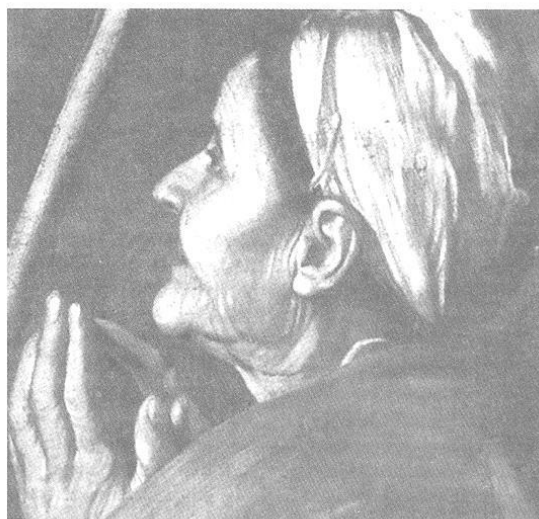
La familia, como sistema social, cumple con dos funciones básicas a saber: la primera es asegurar la supervivencia, el bienestar físico, la suficiencia de alimento y vestido, y la seguridad a los miembros de ella; y la segunda, proporcionar los vínculos afectivos de los mismos miembros. En la población adulta mayor, la familia juega un papel importante, no sólo en el proceso regenerador de las enfermedades sino en el de su rehabilitación y acompañamiento.

El apoyo familiar y social, las oportunidades para la educación y el aprendizaje durante toda la vida, y las políticas de protección frente a la violencia y el abuso son factores fundamentales del entorno social que mejoran la salud, la independencia y la productividad en la vejez. Son factores negativos: la soledad, el aislamiento social, el analfabetismo y la falta de educación, el abuso de los mayores, la explotación financiera y la exposición a situaciones de conflicto que aumentan enormemente los riesgos de enfermedad mental, discapacidad y muerte prematura en las personas mayores.

El aislamiento social en la vejez está relacionado con un declive de las capacidades físicas y mentales; la comunicación con los miembros de la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros y los grupos comunitarios son fundamentales para proteger la salud tanto física como mental; las personas mayores tienen una probabilidad más alta de perder a sus seres queridos y amigos y por esta razón, son más vulnerables a la soledad y al aislamiento social¹¹.

La educación en los primeros años de la vida, junto con las oportunidades de aprendizaje durante toda la vida, pueden proporcionar a las personas mayores las aptitudes cognitivas y la confianza necesaria para adaptarse y seguir siendo independientes.

La familia, como sistema social, cumple con dos funciones básicas a saber: la primera es asegurar la supervivencia, el bienestar físico, la suficiencia de alimento y vestido, y la seguridad a los miembros de ella; y la segunda, proporcionar los vínculos afectivos de los mismos miembros. En la población adulta mayor, la familia juega un papel importante, no sólo en el proceso regenerador de las enfermedades sino en el de su rehabilitación y acompañamiento.



CARAVAGGIO.
(detalle) La Virgen de los Peregrinos, 1600 - 1606

Al igual que los jóvenes, los ciudadanos mayores necesitan de formación en las nuevas técnicas agrícolas, la comunicación electrónica y otras recientes tecnologías. El autoaprendizaje, el aumento de la práctica y las adaptaciones físicas (como el uso de ordenadores con pantalla más grande) pueden compensar las pérdidas de agudeza visual, audición y memoria a corto plazo, y así se constituyen las nuevas tecnologías en factores protectores o positivos¹².

La ancianidad por sí sola no confiere estatus social. Las sociedades industrializadas hablan de rol sin rol, es decir, el anciano ocupa una posición social pero sin obligaciones laborales que le representen un estatus económico y una vida digna. Se le libera de un trabajo obligatorio pero pierde poder social, económico y laboral¹³. En esta etapa de la vida, el desempeño de roles establecidos como los de marido, padre, trabajador, se cambian por los de abuelo, viudo, jubilado, etc., y la familia como apoyo informal, o las instituciones como apoyo formal, se convierten en el único sustento y satisfactor de las necesidades básicas, físicas, psíquicas y sociales del anciano¹⁴.

La ancianidad por sí sola no confiere estatus social. Las sociedades industrializadas hablan de rol sin rol, es decir, el anciano ocupa una posición social pero sin obligaciones laborales que le representen un estatus económico y una vida digna. Se le libera de un trabajo obligatorio pero pierde poder social, económico y laboral¹³.

Materiales y métodos

En la ciudad de Medellín y por estos mismos autores, se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo, longitudinal y transversal, el cual abordó algunos componentes de la calidad de vida de la población adulta mayor de la ciudad. Entre los componentes transversales se analizaron los aspectos sociales de la población adulta mayor (de 65 años o más) de la ciudad, a través de una encuesta telefónica a 637 adultos mayores seleccionados por muestreo sistemático aleatorio de los 6498 registrados en la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) con número telefónico, realizada por el municipio de Medellín en 2001¹⁵.

La encuesta abordó aspectos subjetivos de percepción y satisfacción con el apoyo brindado por la familia y los amigos, participación en grupos de apoyo, y capacidad funcional para realizar actividades básicas cotidianas (ABC) de índole físico, social e instrumental.

Resultados

Redes de apoyo social de la población adulta mayor

De las 637 encuestas realizadas, el 82.6% (526) fueron contestadas directamente por el adulto mayor y el 17.4% (111) por otras personas que lo hicieron en su lugar, generalmente una hija. Para ello se cuidó que el encuestado escuchara tanto la pregunta como la respuesta dada.

Con respecto a las personas con las que vive el adulto mayor de la ciudad de Medellín, de los encuestados, el 92% (586) manifestó que vivía con su familia, comprendiendo en ésta a: cónyuges o compañeros, hijos, yernos o nueras, nietos, hermanos, sobrinos y a todos aquellos con los que tenga un vínculo sanguíneo en primer o segundo grado; el 5.8% (37) manifestaron vivir solos o solas y el 2.0% (13) vive con amigos o personas con los que no tiene ningún vínculo afectivo.

El sentimiento del adulto mayor frente a las relaciones con las personas con las que vive es considerado como bueno en un 82.9% (527) y regular en un 9.1% (58) de las veces; el sentirse bien o regular está determinado por la percepción que tiene frente a la dinámica familiar al considerar que en su hogar y en su contexto más cercano las relaciones son estables sin mayores dificultades en un 83% (529); ocasionalmente son conflictivas en un 9.3% (59) pero no es el estado normal de las relaciones; y conflictivas se presentan en un 3.8% (24) de los hogares de los adultos mayores.

Un alto grado de satisfacción con el apoyo y la ayuda recibida de los familiares cuando tiene problemas se da en un 89.9% (473), el restante 10.1% (53) no se encuentra satisfecho con el apoyo que la familia le brinda. Esta percepción subjetiva sobre la ayuda de la familia, sólo fue respondida por el adulto mayor; el análisis se hizo, pues, con los 526 que contestaron la encuesta.

Las decisiones importantes y trascendentales que se deben tomar en el hogar donde habita, se hacen contando siempre con su participación, opinión y respeto en un 42.9% (273); ocasionalmente solicitan su opinión o requieren de su participación en un 22.3% (142) de las veces; esporádicamente o sólo a veces permiten o requieren de su presencia en un 19.2% (122) y nunca lo hacen en un 9.3% (59). Esta situación es el reflejo del “rol sin rol” que juegan los adultos mayores en sus hogares, al no ser invitados a participar como integrantes de la familia en un 57% de las oportunidades en que se deben tomar decisiones fundamentales. Figura 1.

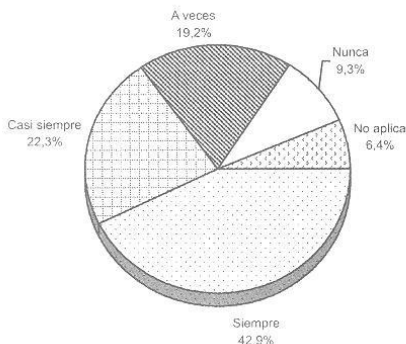


Figura 1
Percepción del adulto mayor sobre las oportunidades en que se toman las decisiones en familia. Medellín, 2002

Los adultos mayores encuestados telefónicamente manifestaron que en las oportunidades en que su estado de salud lo requiere, la familia es quien le presta el apoyo y los debidos cuidados en un 84.1% (536); también lo hacen los servicios de salud en un 1,6% (10), los vecinos, los amigos y otras personas, en menor proporción. Lo más significativo de esta información es que el 8% (51) de los adultos mayores encuestados contestaron que cuando se enferman nadie los cuida, ellos mismos deben afrontar la delicada situación; además se encontró que el 3.6% (23) de los entrevistados no se enferman y por ello no requieren la atención de ninguna persona o ninguna institución.

Los adultos mayores encuestados telefónicamente manifestaron que en las oportunidades en que su estado de salud lo requiere, la familia es quien le presta el apoyo y los debidos cuidados en un 84.1% (536); también lo hacen los servicios de salud en un 1,6% (10), los vecinos, los amigos y otras personas, en menor proporción.

Consultados sobre los aspectos que más preocupación, tensión, estrés, depresión o ansiedad les generan, un 35.5% (226) manifestó que los relacionados con la economía: la situación económica familiar muy precaria, las necesidades básicas insatisfechas y la imposibilidad de proporcionar un ingreso a la economía familiar eran los aspectos más preocupantes. Los asuntos familiares: relaciones deterioradas, conflictos internos y violencia estaban en segundo lugar en sus preocupaciones con un 22.3% (142); los relacionados con la salud: dolencias, trastornos, enfermedades físicas o mentales y padecimientos de latencia prolongada, en un 19% (121). Estos tres aspectos en su orden: económicos, familiares y de salud ocupan el 77% de las preocupaciones de los adultos mayores encuestados.

Los adultos mayores de la ciudad de Medellín pasan la mayor parte del tiempo con sus familias; un 73.6% (469) de los encuestados consideró que por su condición de miembro de la familia, estar viejo o padecer alguna dolencia debía permanecer en compañía de los suyos, en contraste con el 16.2% (103) que manifestaron permanecer solos la mayor cantidad de tiempo aunque el 11.46% (73) de ellos vive con sus familias.

La prueba de chi-cuadrado en el análisis bivariado muestra que existe asociación estadísticamente significativa entre: con quién pasa la mayor parte del tiempo y las personas con las que vive el adulto mayor ($X^2=178,67, p=0.0000$); esta situación puede significar que aunque el adulto mayor tenga familia y viva con ella, no quiere decir que permanezca en su compañía todo el tiempo. Su percepción es que permanece solo mucho tiempo, lo cual podría considerarse, en algunos casos, como abandono por

parte de sus seres más queridos y generarle una sensación de vacío, desesperanza o depresión. Este sentimiento de soledad es llevado a su máxima expresión en la depresión; en Colombia, la cuarta parte de las personas mayores de 60 años (uno de cada cuatro) sufre de depresión¹⁶, considerada por la Organización Mundial de la Salud como el principal problema de salud mental que enfrentará el mundo del futuro.

Cuando un adulto mayor se siente en estado depresivo, el ánimo decae y siente la soledad y el vacío dejado por los que partieron antes que él, entonces busca apoyo moral en los más allegados. Es así como el 34,6%, encuentra ayuda a través de su familia; en la oración encuentran consuelo el 25,6%, en los amigos y vecinos el 8,8% y en la música, el 7,9%. Llama la atención como el 8,7% no se sienten deprimidos, el 1,0% acuden a los servicios profesionales de psicólogos y psiquiatras, y utilizan drogas lícitas como el alcohol y las anfetaminas, o drogas ilícitas para salir del estado depresivo el 1,0%. Utilizan otra forma de apoyo moral para salir del estado depresivo el 12,4%.

Al analizar su participación en las organizaciones sociales se encontró que el 71,7% de los encuestados no participa en ningún grupo. No lo hacen por voluntad propia, puesto que en muchas de estas organizaciones no se requiere sino la presencia del interesado, como es el caso de los grupos de oración de cada parroquia y los grupos de la tercera edad o clubes de vida, de los cuales existen más de 500 en la ciudad. Sería oportuno contar con un programa donde se les brinde la oportunidad de participar en actividades sociales, incorporaría a más de las dos terceras partes de adultos mayores de la ciudad que permanecen apáticos a las actividades sociales diseñadas y planeadas por los entes oficiales para brindarles bienestar, recreación y apoyo.

El 14% manifestaron pertenecer a grupos de oración y el 13% a grupos de la tercera edad; los demás encuestados dijeron pertenecer a programas preventivos de las instituciones de salud, el 2,0%, a grupos políticos, el 1,3%, a la acción comunal, el 0,7%, a otros grupos no especificados, y a varios de ellos, el 5,0%.

Autonomía e independencia de la población adulta mayor

La capacidad funcional del adulto mayor o la valoración de los elementos con que cuenta para enfrentar las situaciones difíciles de su vida (enfermedad, discapacidad, minusvalía) determina cuánta vulnerabilidad física, mental, social y funcional tiene, y permite formular criterios acerca de cómo emplear correctamente las aptitudes y habilidades existentes, y estimar el nivel en que se realizan las tareas cotidianas y la necesidad de atención a corto y largo plazo.

Para determinar su grado de autonomía se indagó sobre la percepción que tienen de su capacidad funcional para realizar las actividades básicas cotidianas (ABC) o necesarias que les posibilita llevar una vida independiente, autónoma y autodeterminada. El 71,6% (456) se consideró independiente y el 6,4% (41) dependiente; pero al indagarle sólo a los 526 adultos mayores que respondieron por sí mismos, el 77,4% (407) se consideró independiente y dependiente sólo el 2,7% (14). Diferente consideración sobre su grado de autonomía tienen las 111 personas que respondieron por ellos, al considerar que sólo el 44,1% (49) son independientes y el 24,3% (27), dependientes. Figura 2.

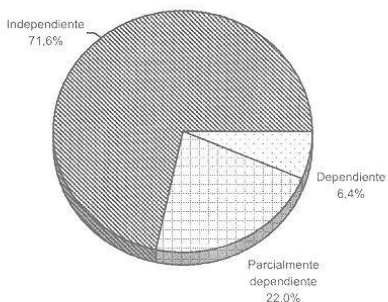


Figura 2
Percepción del adulto mayor sobre su grado de autonomía para realizar las actividades básicas cotidianas (ABC), Medellín, 2002

El 96% de los encuestados realiza las actividades básicas cotidianas de carácter físico, como tomar los alimentos, utilizar correctamente los servicios sanitarios, manejar la incontinencia, traslados pequeños en el hogar, higiene personal, autocuidado y seleccionar y ponerse los vestidos. El 22,5% (25) de las personas que los cuidan consideraron que bañarse solos es la actividad para la que están más incapacitados. Tabla 1.

El 80% de los encuestados está en capacidad de realizar las actividades de más complejidad como las instrumentales, que resultan de la interacción de factores físicos y psicológicos como: salir a la calle, usar el transporte, tomar sus medicamentos, hacer su propia comida, realizar trabajo liviano y pesado en casa, cortarse las uñas y usar el teléfono, manejar dinero, abrir y cerrar ventanas, encender y apagar la radio y la televisión les cuesta más.

Actividades como salir solo a la calle con un 71,6% (456), tomar un medio de transporte para desplazarse, como bus, metro o taxi, con un 61,5% (392) y hacer sus propias compras, con un 72,1% (459) son las más difíciles. Tabla 1.

El 90% están capacitados para realizar actividades como encender la televisión, la radio, leer una revista o un periódico y poder entender lo que allí se dice; son actividades que implican contacto social e interrelación y que resultan de la interacción de factores físicos, psicológicos, sociales y ambientales, por estar determinadas por aptitudes, intereses y expectativas individuales para las cuales cada quien tiene patrones diferentes. Las personas acompañantes consideran que realizan estas actividades, pero no están en condiciones mentales de entenderlas, así se muestra con el 28,8% (32) que cree que no están en capacidad de recordar los compromisos y acontecimientos familiares y el 22,5% (25) que considera que el adulto mayor no se entera de los acontecimientos del vecindario. Tabla 1.

Respecto a las ayudas ortopédicas o mecánicas que requieren para sus actividades básicas, cotidianas o esporádicas, se encontró que el 68% de los

El 90% están capacitados para realizar actividades como encender la televisión, la radio, leer una revista o un periódico y poder entender lo que allí se dice; son actividades que implican contacto social e interrelación y que resultan de la interacción de factores físicos, psicológicos, sociales y ambientales, por estar determinadas por aptitudes, intereses y expectativas individuales para las cuales cada quien tiene patrones diferentes.

ABC Físicas	Funcionalidad	Quién responde la encuesta					
		Adulto mayor		Otra persona		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
Usted es capaz, solo(a), de bañarse	Si es capaz	524	99,6	86	77,5	610	95,8
	No es capaz	2	0,4	25	22,5	27	4,2
Usted es capaz, solo(a), de tomar sus alimentos	Si es capaz	523	99,4	101	91,0	624	98,0
	No es capaz	3	0,6	10	9,0	13	2,0
Usted es capaz, solo(a), de cepillarse los dientes	Si es capaz	523	99,4	97	87,4	620	97,3
	No es capaz	3	0,6	14	12,6	17	2,7
Usted es capaz, solo(a), de vestirse	Si es capaz	522	99,2	91	82,0	613	96,2
	No es capaz	4	0,8	20	18,0	24	3,8
Usted es capaz, solo(a), de peinarse	Si es capaz	523	99,4	93	83,8	616	96,7
	No es capaz	3	0,6	18	16,2	21	3,3
Usted es capaz, solo(a), de realizar sus necesidades fisiológicas	Si es capaz	524	99,6	95	85,6	619	97,2
	No es capaz	2	0,4	16	14,4	18	2,8
ABC Instrumentales							
Usted es capaz, solo(a), de salir a la calle	Si es capaz	407	77,4	49	44,1	456	71,6
	No es capaz	119	22,6	62	55,9	181	28,4
Usted es capaz, solo(a), de tomar el bus/metro	Si es capaz	355	67,5	37	33,3	392	61,5
	No es capaz	171	32,5	74	66,7	245	38,5
Usted es capaz, solo(a), de subir y bajar escalas	Si es capaz	451	85,7	71	64,0	522	81,9
	No es capaz	75	14,3	40	36,0	115	18,1
Usted es capaz, solo(a), de hacer sus compras	Si es capaz	415	78,9	44	39,6	459	72,1
	No es capaz	111	21,1	67	60,4	178	27,9
Usted es capaz, solo(a), de preparar los alimentos	Si es capaz	470	89,4	67	60,4	537	84,3
	No es capaz	56	10,6	44	39,6	100	15,7
Usted es capaz, solo(a), de administrar o manejar sus propios medicamentos	Si es capaz	500	95,1	59	53,2	559	87,8
	No es capaz	26	4,9	52	46,8	78	12,2
Usted es capaz, solo(a), de andar por el vecindario y encontrar el camino de regreso a casa	Si es capaz	438	83,3	61	55,0	499	78,3
	No es capaz	88	16,7	50	45,0	138	21,7
Usted es capaz, solo(a), de quedarse en la casa sin problemas	Si es capaz	510	97,0	80	72,1	590	92,6
	No es capaz	16	3,0	31	27,9	47	7,4
ABC Sociales							
Usted es capaz, solo(a), de manejar su propio dinero	Si es capaz	505	96,0	77	69,4	582	91,4
	No es capaz	21	4,0	34	30,6	55	8,6
Usted es capaz, solo(a), de mantenerse al tanto de los acontecimientos y de lo que pasa en el vecindario	Si es capaz	506	96,2	86	77,5	592	92,9
	No es capaz	20	3,8	25	22,5	45	7,1
Usted es capaz, solo(a), de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un artículo de periódico	Si es capaz	508	96,6	91	82,0	599	94,0
	No es capaz	18	3,4	20	18,0	38	6,0
Usted es capaz, solo(a), de recordar compromisos y acontecimientos familiares	Si es capaz	451	85,7	79	71,2	530	83,2
	No es capaz	75	14,3	32	28,8	107	16,8

Tabla 1
Funcionalidad para realizar las actividades básicas cotidianas (ABC) de los adultos mayores. Medellín, 2002

encuestados, es decir 2/3 partes de ellos, usan anteojos, y el 10%, o sea 1 de cada 10, utilizan la ayuda del bastón. Otras ayudas ortopédicas que utilizan son el caminador, la silla de ruedas y las muletas, todas ellas para facilitarles el desplazamiento y brindarles algún grado de independencia en las actividades básicas cotidianas. El 1% utiliza audífonos, el 2%, alguna otra ayuda ortopédica y el 26% no utilizan ayuda alguna. Figura 3.

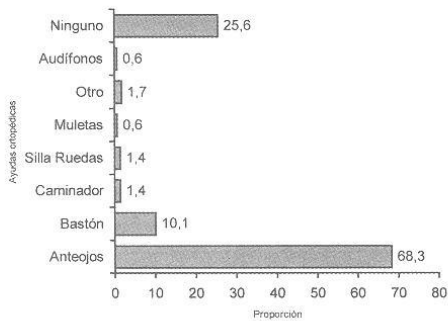


Figura 3
Ayudas ortopédicas que utiliza el adulto mayor. Medellín, 2002

Discusión

Las personas que en estos días llegan a la edad de jubilarse quieren envejecer con éxito. Este fenómeno es nuevo con relación a las generaciones anteriores. Cada vez más sujetos están, a sus 65 años, en muy buen estado de salud y desean mantenerlo, lo cual es comprensible porque su esperanza de vida promedio a tal edad supera los 20 años en algunas regiones del mundo¹⁷. En Medellín, la esperanza de vida a los 65 años es de 14.3 años, siendo para los hombres de 13.7 y para las mujeres de 14.9 años.

Es por ello que se les debe brindar todos los elementos necesarios para que se puedan desenvolver con autonomía, desmitificando la creencia de que son personas eminentemente dependientes, que no pueden desarrollar muchas de sus tareas del diario vivir por sí mismas, percepción que ha sido derrumbada por muchos expertos en el área y por organismos de salud mundialmente. Así Moragas¹⁸ enuncia cómo los adultos mayores exhibirán la personalidad que el medio les permita, siendo negativos cuando no se les acoge y positivos cuando encuentran un ambiente propicio.

Al ser entrevistados en aspectos relacionados con la autonomía, las respuestas resultaron disímiles, específicamente al separar las suministradas por ellos mismos y las ofrecidas por las 111 personas acompañantes, donde un alto porcentaje de los primeros afirmaron ser muy independientes mientras los segundos no lo consideraron así. Resulta así mas alta la percepción de dependencia que tienen del adulto mayor las personas que los rodean que la suya propia. Esto puede significar que la inutilidad y la dependencia, que se

Al ser entrevistados en aspectos relacionados con la autonomía, las respuestas resultaron disímiles, específicamente al separar las suministradas por ellos mismos y las ofrecidas por las 111 personas acompañantes, donde un alto porcentaje de los primeros afirmaron ser muy independientes mientras los segundos no lo consideraron así.



REMBRANDT.
(detalle) *La mujer de Rembrandt*.
Tabla, 60 x 48 cm. 1631.
Rijksmuseum, Amsterdam

En la vida del adulto mayor coexisten una serie de factores que favorecen su bienestar y que resultan además fundamentales en su entorno social. Entre ellos se pueden mencionar el apoyo social (familia, amigos, grupos sociales 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.

consideran cosas de viejos, sean más del acompañante joven que del mismo estado limitante o discapacitante del adulto mayor. Prevalece así el papel sobreprotector hacia esta población, que la lleva, en ocasiones, incluso a niveles de inactividad que resultan dañinos.

En la vida del adulto mayor coexisten una serie de factores que favorecen su bienestar y que resultan además fundamentales en su entorno social. Entre ellos se pueden mencionar el apoyo social (familia, amigos, grupos sociales 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 sus riesgos de discapacidad y muerte prematura¹⁹.

Por tanto, se hace necesario para ellos el mantenimiento de una red de contactos sociales, un vínculo emocional importante que implica mantenerse activo en la comunidad. La evidencia sugiere que este apoyo emocional puede tener como resultado la disminución de las hormonas que causan el estrés; cuando hay altos niveles de esas hormonas en la sangre el sistema inmunitario se ve afectado en forma negativa. Además, ellos necesitan tener voz activa en el proceso de toma de decisiones y el derecho a participar en todas las decisiones que los afectan.

En Medellín, como ya dijimos, el 57% de los adultos mayores encuestados afirmaron no tener una participación activa en la toma de decisiones del hogar. Esta cifra es el reflejo del "rol sin rol" que ocupan los adultos mayores en sus hogares, lo que los lleva a perder ese sentido de control que deben tener sobre aspectos relacionados con su modo de vivir²⁰, situación que, además de aislarlos de su vínculo familiar, los lleva a retraerse y a deprimirse, causando, 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 suicidio²¹.

Pasando a otro tema, se ha observado que la mortalidad es menor en los adultos mayores casados que entre las personas solteras, divorciadas o viudas, lo cual da a entender la importancia que tiene, no sólo la familia, sino la interacción de cada día. Los efectos positivos del afecto social y el estar rodeado de la familia y amigos han demostrado ser reductores del riesgo de mortalidad²².

Por todo lo anterior y al analizar las respuestas ofrecidas por ellos se observó cómo viven y pasan principalmente su tiempo con familiares; además un alto porcentaje afirmó que en las oportunidades en las que su estado de salud requiere de atención y cuidado, 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 pertenecen y del que no deben abstraerse, resultando ser el ambiente donde pueden, en forma óptima, recibir el afecto y la comprensión necesaria para adaptarse a los cambios del envejecimiento.

La ancianidad es una etapa de la vida donde los mecanismos de defensa y equilibrio de la personalidad se hallan amenazados por numerosas tensiones, la familia puede proporcionar, como en otras etapas de la vida, un medio favorable para mantener la identidad personal y evitar los peligros del medio ambiente, afirmando la autoestima²³.

Al igual que la familia, los grupos de amigos y la participación en actividades lúdicas o en grupos, hacen que mejore significativamente el bienestar en el envejecimiento, aumentando los niveles de autoestima y de autonomía.

Es de considerar, sin embargo, que estos aspectos por sí solos no brindan un envejecimiento exitoso; coexisten factores que ayudan a ello.

Muchos ancianos se perciben a sí mismos como individuos con un potencial de experiencias para ofrecer y disfrutan de una sensación de bienestar. Consideran que envejecer no implica una declinación progresiva o, por lo menos, incontrolable. Esta satisfacción con la vida, no obstante, debe estar apoyada en la seguridad económica y social, una nutrición adecuada, un buen estado de salud y buenas relaciones familiares; fallando cualquiera de ellos, la percepción de bienestar se modifica tanto transitoria como permanentemente. Por su parte, los factores socioeconómicos gravitan poderosamente en la sensación de bienestar general de los ancianos. Los bajos ingresos por beneficios jubilatorios, o su ausencia, así como la deficiente o ninguna cobertura de seguridad social, generan distintos grados de insatisfacción por la vida.²⁴

Recomendaciones

- Capacitar más que discapacitar. Los procesos discapacitantes aumentan sus necesidades y los llevan al aislamiento y la dependencia; los procesos capacitantes restablecen la función y extienden su participación a todos los aspectos de la sociedad. Por esta razón, el sector educativo debe ofrecer programas de aprendizaje y alfabetización durante toda la vida, los servicios sociales, ayudas auditivas o instrucciones en el lenguaje de signos que les permitan a aquellos con dificultades auditivas continuar comunicándose con los demás; el sector sanitario puede proporcionar programas de rehabilitación e intervenciones rentables como cirugía de cataratas y vacunas

contra la gripe; los gobiernos y los organismos internacionales pueden ofrecer planes de crédito y las empresas pueden modificar el entorno laboral para que continúen percibiendo ingresos y participando en las actividades de desarrollo.

- 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 poner al servicio de la comunidad.
- Contribuir al cambio del paradigma cultural donde la vejez se ha relacionado con la enfermedad, la dependencia y la falta de productividad, por uno que considere al adulto mayor una persona autónoma, productiva, trabajadora y beneficiaria del desarrollo. El envejecimiento existe pero no es una enfermedad ni tiene que ser limitante. Se debe redimensionar su papel social con menores tensiones que les permita vivir de acuerdo con las mejores posibilidades vitales.
- Preparar a la población joven y adulta de hoy, que serán los viejos del mañana, para que adopten actitudes positivas ante la vida y ante el proceso natural al que se enfrentarán; en igual forma el sistema educativo puede apoyar iniciativas en este sentido puesto que desde allí se puede incidir en la modificación o adopción de nuevos estilos de vida. **B**

REFERENCIAS

BIBLIOGRAFICAS

1. Villanueva E L A. Sobre el envejecimiento: una perspectiva integral. *Revista Hosp M Gea Glz* 2000; 3 (3): pp107-114
2. Barros C. Aspectos sociales del envejecimiento. La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa. Washington: OPS; 1994, p.57-66 (Publicación Científica, 546).
3. Suárez MR. Antropología del envejecimiento: ¿Es el envejecimiento normal una patología en el mundo moderno?. *Revista Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria* 2000; 14(3).
4. Colombia Defensoría del Pueblo. La Nueva Constitución y la Vejez. 1996. En Medellín. Secretaría de Bienestar Social. Diagnóstico Social de Medellín 2000. Medellín; Alcaldía de Medellín; 2002. pp.35-41
5. Tavares de AJ. Derechos de los ancianos y fortalecimiento de su poder. La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa. Washington: OPS, 1994 p.415-420 (Publicación Científica, 546).
6. Bobbio N. De Senectute. *Revista Universidad de Antioquia, Medellín*; 1997 (247): 4-18
7. Moragas R. Gerontología social: Envejecimiento y calidad de vida. Barcelona: Herder; 1991
8. Barros C. Aspectos sociales del envejecimiento. La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa. Washington: OPS; 1994, p.57-66 (Publicación Científica, 546).
9. Montes de O.V. Relaciones familiares y redes sociales. *Envejecimiento Demográfico de México: Retos y Perspectivas*. México: CONAPO, 1999. p.291-319.
10. Gómez JF, Curcio CL, Gómez DE. Evaluación de la Salud de los Ancianos. Manizales:Talleres litográficos de Información y Publicaciones; 1995. p. 380
11. Montes de O.V. Relaciones familiares y redes sociales. *Envejecimiento Demográfico de México: Retos y Perspectivas*. México: CONAPO/Cámara de Diputados, Senado de la República, México.1999. p.291-319.
12. Buitrago C y Sepúlveda J. Autopercepción de las condiciones de vida de los viejos en zonas de alto y bajo riesgo en la ciudad de Armenia [Trabajo de grado]. Armenia: Universidad del Quindío; 1977.
13. González DL. *Psiquiatría Geriátrica: Fundamentos de medicina. Psiquiatría*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 1997. p.311-332.
14. Montes de O.V. Relaciones familiares y redes sociales. *Envejecimiento Demográfico de México: Retos y Perspectivas*. México: CONAPO, 1999. p.291-319.
15. Medellín. Departamento Administrativo de Planeación. Subdirección de Metroinformación. Encuesta Calidad de Vida 1997 y 2001. Medellín: Alcaldía; 2002.
16. Torres Y. Segundo Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Bogotá: Ministerio de Salud; 1997.
17. Pierre V. Envejecer exitosamente: concebir el proceso de envejecimiento con una perspectiva más positiva. *Revista Salud Pública de México* 1996; 38.
18. Moragas R. *Gerontología social: Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder; 1991.
19. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Promoción de la Salud. *Salud y Envejecimiento. Un documento para el debate*. Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. 2002. Abr8-12; Madrid,España:OMS;2002
20. Barros C. Aspectos sociales del envejecimiento. La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa. Washington: OPS; 1994, p.57-66 (Publicación Científica, 546).
21. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. *Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS; 2001. 177p.
22. Darnton-Hill I. El envejecimiento con salud y la calidad de vida. En: Foro mundial de la salud. *Revista Internacional de Desarrollo Sanitario*. OMS:Ginebra; 1995. 16(4):381-391
23. Moragas R. *Gerontología social: Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder; 1991.
24. Natalicio JC. Calidad de vida en la tercera edad. *Revista de Psiquiatría Dinámica y Psicología Clínica* 2000; 3(9).