

**CARACTERIZACION DE LA SALUD EN CORRELACION CON LA EDAD,  
GÉNERO Y EL ESTADO DE ACTIVIDAD DEL ADULTO MAYOR DEL  
GRUPO EDAD DORADA EN EL MUNICIPIO DE LA FLORIDA  
DEPARTAMENTO DE NARIÑO**

**NIDIA LORENA SALAS BENAVIDES**

**UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA – CALI  
FACULTAD DE EDUCACIÓN  
PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA  
SANTIAGO DE CALI  
2012**

**CARACTERIZACION DE LA SALUD EN CORRELACION CON LA EDAD,  
GÉNERO Y EL ESTADO DE ACTIVIDAD DEL ADULTO MAYOR DEL  
GRUPO EDAD DORADA EN EL MUNICIPIO DE LA FLORIDA  
DEPARTAMENTO DE NARIÑO**

**NIDIA LORENA SALAS BENAVIDES**

**Trabajo de Grado para optar el título de Gerontóloga**

**Director  
RICARDO BASTIDAS**

**UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA – CALI  
FACULTAD DE EDUCACIÓN  
PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA  
SANTIAGO DE CALI  
2012**

NOTA DE ACEPTACIÓN

---

---

---

---

Director del Trabajo

---

Jurado

---

Jurado

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por darme la fortaleza de triunfar; a mis profesores a quienes recordaré toda una vida, especialmente al Dr. Ricardo Bastidas por haberme brindado su apoyo incondicional; a la Universidad de San Buenaventura de Cali, por abrir sus puertas del conocimiento; a mis compañeros por su acogida especial que tuvieron para conmigo, primordialmente Adriana Penagos y Zoraida Zamorano.

A Julbrinner Salas, por su acompañamiento en cada dificultad, al Grupo Edad Dorada por ser ellos el paradigma de mi carrera de Gerontología, a Leila Guerrero por su acompañamiento en el trabajo de campo.

A todos mis amigos que en la distancia fueron mi apoyo moral.

## **DEDICATORIA**

A mis padres Hildebrand y Rosario, a mis hermanos Jull, Karina y Yudy; a mis sobrinos Mauricio y Miguel Alejandro, por su apoyo incondicional, que tanto amo y respeto.

## CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÒN .....	11
1. JUSTIFICACIÒN .....	13
2. FORMULACIÒN DEL PROBLEMA .....	14
2.1 PROBLEMA DE INVESTIGACION .....	14
2.2 PREGUNTA DE INVESTIGACION .....	14
3. OBJETIVOS .....	15
3.1 OBJETIVO GENERAL .....	15
3.2 OBJETIVO ESPECÌFICOS.....	15
4. ANTECEDENTES .....	16
5. MARCO TEÒRICO.....	19
5.1 ADULTO MAYOR.....	19
5.2 ENCUESTA SALUD, BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO - SABE .....	22
5.3 SALUD EN EL ADULTO MAYOR .....	22
5.3.1 La Artritis .....	23
5.3.2 La Hipertensiòn .....	24
5.3.3 El Bajo peso. ....	24
5.3.4 La obesidad.....	25
5.3.5 Diabetes .....	26
5.3.6 Enfermedad Pulmonar.....	27
5.3.7 Enfermedad Coronaria. ....	28
5.3.8 Càncer.....	29
5.4 EDAD Y SALUD DEL ADULTO MAYOR.....	29
5.5 GENERO (MUJER Y/O HOMBRE) Y SALUD DEL ADULTO MAYOR .....	31
5.6 GRUPO EDAD DORADA.....	32
6. METODOLOGÌA.....	34
6.1 TIPO DE ESTUDIO .....	34

6.2 POBLACION DE ESTUDIO.....	34
6.3 APLICACIÓN DE LA ENCUESTA SABE .....	34
6.3.1 Categorías de Estudio.....	35
6.4 ANALISIS ESTADISTICO .....	35
7. RESULTADOS.....	36
7.1 ANALISIS DE RESULTADOS.....	36
7.1.1 Composición y caracterización general de la población de adultos mayores “edad dorada” .....	36
7.1.2 Género y Edad del Grupo “Edad Dorada” .....	36
7.1.3 Nivel Educación y Estado Marital del Grupo “Edad Dorada” .....	36
7.1.4 Trabajo y Salud del Grupo “Edad Dorada” .....	37
7.1.5 Estado de Salud Mental y Salud Crónica del Grupo “Edad Dorada” .....	38
7.1.6 Estado de Incapacidad y Atención Domiciliaria del Grupo “Edad Dorada”...	38
7.1.7 Deterioro Cognitivo del Grupo “Edad Dorada” .....	39
7.2 CORRELACION DE CATEGORIA DE ESTUDIO .....	39
7.2.1 Asociación entre el Género del adulto mayor y la Salud Crónica y Mental. .	39
7.2.2 El buen estado de salud.....	42
7.2.3 Salud y Trabajo.....	44
7.2.4 Salud Mental y Trabajo.....	46
7.2.5 Salud Crónica y Trabajo.....	48
7.2.6 Salud y Edad.....	49
7.2.7 Salud Mental y Edad.....	52
7.2.8 Salud Crónica y Edad.....	54
8. CONCLUSIONES.....	59
9. RECOMENDACIONES .....	61
BIBLIOGRAFIA .....	62
BRODY, J. El envejecimiento de la población. El País, artículo. 17 de diciembre. 1984. ....	62
A N E X O S .....	65

## LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Cuadro de Contingencia Salud Mental y Género .....	40
Tabla 2. Prueba Chi - Cuadrado.....	40
Tabla 3. Cuadro de Contingencia Salud Crónica y Género.....	40
Tabla 4. Cuadro de Contingencia Salud y Género.....	43
Tabla 5. Cuadro de contingencia SALUD y TRABAJO .....	45
Tabla 6. Pruebas de Chi-Cuadrado.....	45
Tabla 7. Cuadro de Contingencia Salud Mental y Trabajo.....	46
Tabla 8. Pruebas de Chi-Cuadrado.....	47
Tabla 9. Cuadro de Contingencia Salud Crónica y Trabajo.....	48
Tabla 10. Pruebas de Chi-Cuadrado.....	49
Tabla 11. Cuadro de Contingencia Salud y Edad.....	50
Tabla 12. Pruebas de Chi-Cuadrado.....	50
Tabla 13. Cuadro de Contingencia Salud Mental y Edad.....	52
Tabla 14. Pruebas de Chi-Cuadrado.....	53
Tabla 15. Cuadro de contingencia Salud Crónica y Edad.....	55
Tabla 16. Pruebas de Chi-Cuadrado.....	55

## LISTA DE FIGURA

	pág.
Figura 1. Division Política del Municipio de La Florida (N) .....	16
Figura 2. Piramide Poblacional del Municipio de La Florida año 2012. ....	17
Figura 3. Distribución de Género y Edad de la población de estudio .....	36
Figura 4. Nivel Educación y Estado Marital en la población de Estudio .....	37
Figura 5. Trabajo y Salud de la población de estudio .....	37
Figura 6. Estado de Salud Mental y Salud Crónica de la población de estudio...	38
Figura 7. Estado de Incapacidad y Atención Domiciliaria de la población de estudio .....	39
Figura 8. Deterioro Cognitivo de la población de estudio .....	39

## LISTA DE ANEXOS

	pág.
ANEXO 1.....	66
ANEXO 2.....	68
ANEXO 3.....	69
ANEXO 4.....	70
ANEXO 5.....	72

## INTRODUCCIÓN

La vejez es una etapa que nace con cada persona y a medida que corre el tiempo se desarrollará hasta donde la divina providencia se lo permita; manejando buenos hábitos alimenticios, controlando el estrés, llevando una vida activa, no sedentaria, conservando buenas relaciones humanas, control acertado de las emociones, es decir, llevar una calidad de vida, la cual esta definida como la percepción del individuo frente a la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores. OMS, 1994.

Este concepto es multidimensional y complejo en el cual se incluye aspectos personales, principalmente la salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como los servicios sociales y las redes de apoyo las cuáles son formales cuando están asociadas a instituciones e informales constituidas por los vecinos, amigos y la familia.

En 1977, se hizo énfasis en la necesidad de realizar la Asamblea Mundial sobre las personas mayores, la cual tuvo lugar en Viena- Australia en 1982, en ella se concibió y aprobó el “Plan de acción Internacional sobre Envejecimiento”, documento que recomienda tomar medida en los temas de empleo, seguridad económica, vivienda, educación, bienestar social, salud y nutrición. En 1991 se aprobaron desde las Naciones Unidas, los principios a favor de las personas de edad y se establece normas universales para esta población en cinco ámbitos principales: independencia, participación, atención, realización personal y dignidad.

En 1979, el Ministerio de Salud, la sección de Geriatría, diseña el Plan Nacional de Atención Integral a la Tercera Edad en Colombia; sin embargo durante 1986 a 1990 fue dirigido a la población mayor de 55 años, asegurando la independencia, la participación de las personas mayores en la sociedad, a la vez, se considera al anciano como ser humano y por tanto merecedor de dignidad y respeto.

En la Constitución Política de 1991 se establece que el estado, la sociedad y la familia se encarga de la protección y asistencia de las personas mayores. En 1995 se expidió el documento Conpes 2793 sobre envejecimiento y vejez, aquí se plantea los lineamientos relativos a la atención, sobre envejecimiento y vejez de la población colombiana.

En 1992, en el décimo aniversario de la asamblea mundial sobre el envejecimiento se aprobó “la proclamación sobre el envejecimiento” y orientación para la aplicación del plan de acción y se proclama 1999 como el año internacional de las personas de Edad.

A partir del conocimiento de la política de Envejecimiento, en abril de 2005, en el municipio de La Florida, departamento de Nariño, el grupo de personas de la tercera edad identificadas con el nombre Edad Dorada, empiezan un proceso de educación, prevención, actividades lúdicas, recreativas y culturales; así, para el año 2011, sobre este grupo, nace la inquietud de conocer la calidad de vida de sus miembros, mediante la encuesta SABE, pretendiendo resolver la pregunta de investigación ¿la salud de los Adultos Mayores tiene correlación con la edad, género y el estado de actividad?

Según el manejo de la muestra y la aplicación de la prueba estadística Correlación de Pearson sobre las variables de estudio Salud (Buena – Regular – Pobre), Salud Mental (Depresión – No Depresión) y Salud Crónica, actuando como variables dependientes y como variables independientes el Trabajo (Activo – No Activo), Sexo (Mujer - Hombre) y la Edad, los resultados demuestran que no existe relación de dependencia entre la Salud, Salud Crónica y Mental de los Adultos y el Género al que pertenecen; así, entonces la morbilidad la experimentan en igual medida mujeres y hombres.

El buen estado de salud de los adultos mayores depende del grado de actividad que desarrollen; el estado de Salud Mental Depresivo representa un alto porcentaje de adultos mayores que realizan un trabajo (Activos); los Adultos ACTIVOS presentan enfermedades crónicas como la Artritis, Hipertensión e Hipertensión – Enfermedad Pulmonar, frente a Adultos INACTIVOS, con patologías crónicas como Bajo Peso e Hipertensión, Obesidad, Bajo Peso – Hipertensión, enfermedad pulmonar, así como Hipertensión y enfermedades coronarias.

La enfermedad crónica con mayor porcentaje de prevalencia es la hipertensión, la cual aparece en adultos entre 65 y 75 años. La artritis constituye la segunda enfermedad que caracteriza a los ancianos de esta población, haciendo aparición en los adultos entre 60 y 64 años de edad.

La calidad de Salud de los Adultos Mayores decrece en la medida que la edad de los ancianos aumenta (75 años). Los Adultos más jóvenes, entre 60 a 75 años ostentan Salud Mental Depresiva, frente a los Adultos mayores de 75 años de edad no son Depresivos (100%).

## 1. JUSTIFICACIÓN

Siendo el “ADULTO MAYOR”, anciano que, el día de ayer fue niño, adolescente y joven, es decir sufrió la metamorfosis humana al servicio de la comunidad Floriana, se convierte hoy en la preocupación suma de la familia, comunidad, gobierno y de los estudiosos de la gerontología y como tal, se justifica este trabajo dirigido al grupo “Edad Dorada” del municipio de La Florida, como la etapa a la cual no todos llegan, etapa que según Erickson y Hall 1987, es el periodo más productivo y creativo que las etapas previas. La mayoría de personas adultas tienen mucha potencialidad para desarrollarse como persona, sin embargo, la sociedad tiende a desestimarla, por el solo hecho de haber llegado a cierta edad cronológica, mirar un rostro lleno de estrías, cabellos blancos, manos arrugadas y torpes, al igual que la medida de sus pasos, tampoco quieren escuchar las quejas de dolor de una u otra articulación debido al paso de los años y al trabajo en beneficio de sus hijos y de la comunidad.

Esta investigación coyunturalmente pretende lograr de la ciudadanía, la reevaluación sobre el envejecimiento, desestimar ese enfoque precario de la vejez, fase en la que se suspende la actividad productiva, creativa, la participación social, la integración familiar, la vida afectiva y sexual, las facultades físicas, los sueños, esperanzas y realizaciones.

Con este trabajo se busca que la sociedad Floriana y el departamento de Nariño, deben rectificar las concepciones tradicionales, obsoletas y disfuncionales del envejecimiento y empezar a construir una nueva cultura, para que las personas mayores disfruten de espacios de integración, participación social, económica, cultural y familiar, con el fin de lograr ampliar su lapso de vida, el desarrollo y preservación de sus facultades biológicas, psíquicas y sociales, para el beneficio municipal y departamental.

La estimación de su condición de salud frente al género, edad y actividad, favorecerán y fortalecerán la toma de decisiones frente a políticas encaminadas a superar las condiciones de morbilidad y eventualmente la mortalidad de los adultos mayores de esta comunidad del municipio de La Florida en el departamento de Nariño.

## **2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **2.1 PROBLEMA DE INVESTIGACION**

Se quiere estudiar la posible asociación entre el hecho de que la Salud de los Adultos Mayores depende del Trabajo (Estado de Actividad o Inactividad), el Sexo (Mujeres y Hombres) y la Edad de los Adultos Mayores.

### **2.2 PREGUNTA DE INVESTIGACION**

¿Cómo La Salud de los Adultos Mayores, depende o se asocia con el Trabajo, Sexo y Edad del Anciano?

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Caracterizar la Salud del Adulto Mayor en Correlación con la Edad, Género y el Estado de Actividad de los miembros del Grupo Edad Dorada en el municipio de La Florida, departamento de Nariño.

#### **3.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS**

- Establecer la correlación entre Edad y la Salud Mental y Crónica del adulto Mayor del Grupo “Edad Dorada” del municipio de La Florida departamento de Nariño.
- Definir la relación de dependencia entre Género y la Salud Mental y Crónica del adulto mayor.
- Relacionar el estado de salud de los Adultos, con el grado de actividad (trabajo) de la población a evaluar.
- Articular las diferentes teorías sobre salud, bienestar y envejecimiento en el Adulto Mayor a la población de estudio.

#### 4. ANTECEDENTES

Esta investigación se aplica en el Municipio de La Florida, población ubicada en la subregión Central Andina del departamento de Nariño, en el macizo montañoso del volcán Galeras, en donde la cordillera entra a formar en Colombia el Nudo de los Pastos al noroccidente del Departamento. El municipio está localizado en las siguientes coordenadas geográficas: 1° 18' de latitud norte y a 17° 24' de longitud oeste; 10°18' de latitud norte y 77° 24' de longitud oeste de Greenwich; población de 10.410 habitantes, considerando que la población rural (70%) es mayor a la urbana (30%), primando la población femenina que corresponde a 5218 mujeres y 5192 hombres. Según el Sisben municipal del 2011, la población de adultos mayores, es decir, a partir de 60 años en adelante, son 1572 personas; 424 en la zona urbana y 1150 en la zona rural entre hombres y mujeres.

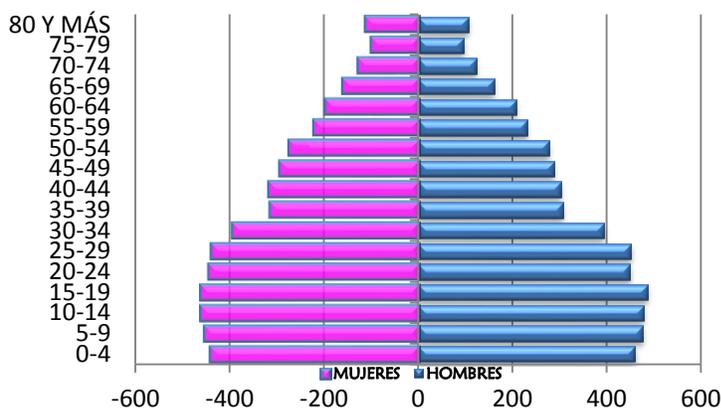
Figura 1. División Política del Municipio de La Florida (N)



Es importante señalar que en este municipio la población adulta de 60 a 80 y más años es de 508 mujeres y 488 hombres, cifras representativas y de gran preocupación para los gobiernos de turno. El grupo "Edad Dorada", perteneciente a la cabecera municipal de este municipio, está conformado por treinta personas adultas, dieciocho mujeres y doce hombres, entre las edades de sesenta y más de ochenta años, con quienes se ha trabajado por espacio de siete años en prevención y promoción de la salud por medio de la información, sensibilización y la comunicación, educación, recreación, ocio productivo y/o manejo del tiempo libre y cultura; actualmente, es el grupo que representa al municipio en los distintos encuentros del adulto mayor a nivel regional, departamental y nacional; actividad que intenta disminuir las pocas o muchas dolencias atribuidas según ellos a la edad; hay necesidad de analizar los problemas del envejecimiento, para prepararse en los costos, planes y programas y poder hacerle frente a sus

manifestaciones de corto, mediano y largo plazo; en este sentido, este es el primer trabajo, preocupado por resaltar la salud, el bienestar y el proceso de ancianidad de este grupo, haciendo hincapié que la ancianidad no es una carga para la familia, la sociedad, tampoco para el gobierno; por el contrario el envejecimiento es un logro histórico, es un enorme potencial y no un problema.

Figura 2. Piramide Poblacional del Municipio de La Florida año 2012.



La pirámide poblacional nos muestra que la composición porcentual de la población por grupos de edad con mayor representación está comprendido entre 0 a 34 años de edad correspondientes al 59.7% de la población total, lo que significa que la mitad de la población es joven. El otro 40.2% restante es población de 35 años y más.

La figura muestra un descenso del número de habitantes a medida que las edades aumentan, lo que significa que la mayor parte de la población muere a edades avanzadas, ósea la edad una variable inversa al tamaño de la población.

La salud en el adulto mayor del grupo “EDAD DORADA” del municipio de La Florida, depende del estilo de vida y el contexto que le rodea, pero es la misma persona la responsable de construir su envejecimiento saludable. Es necesario consuetar sobre el desarrollo humano, entendido como un continuo deveir, como “ser haciendose” en forma permanente; esto implica que cada persona debe adaptarse a nuevas situaciones en la vida, para así alcanzar un envejecimiento saludable, convirtiéndose en un gran reto del ser humano; además hay adultos mayores que presentan enfermedades crónicas como: artritis, hipertensión, enfermedad pulmonar, obesidad, bajo peso, y enfermedad coronaria; estas han tenido un largo proceso debido a su estilo de vida, de igual forma a partir de los 60 a los 75 años, sufren de depresión por los altos y bajos de la vida, ejemplo: la muerte del esposo, amigos, distanciamiento social, perdida progresiva de

funciones, marginación y exclusión del aciano y especialmente el alejarse de las actividades cotidianas.

## 5. MARCO TEÓRICO

### 5.1 ADULTO MAYOR

Según la organización Panamericana de la Salud, se considera Adulto Mayor a aquella persona que tiene 60 años de edad o más, en cuyo rango se las considera de la tercera edad o ancianos. El término adulto mayor, se lo utiliza a partir de 1996 por resolución número 50/141 de la Asamblea General de la organización de las Naciones Unidas. En esta etapa, los cambios propios de la vejez se produce de un proceso biológico natural e irreversible, sin embargo existen otros factores externos como las enfermedades agudas o crónicas, aspectos nutricionales, pobreza y marginación entre otros que definen estos cambios.

El Adulto mayor considera esta etapa como la última de su vida, cuyos proyectos ya están terminados y, si es posible disfrutar de su trabajo con tranquilidad (jubilados y no jubilados), cuyo nivel de ingresos decrece considerablemente, a esto se suma los problemas de salud asociados a la edad; razón por la cual son considerados molestias al interior de las familias y un problema social debido al abandono; en tales circunstancias, la esperanza para ellos son los asilos que se especializan en el cuidado de estas personas; En la actualidad los gobiernos municipales se han preocupado por instituir políticas y centros especializados en su atención que brindan beneficios en el orden social, cultural, salud y demás actividades a fin de mantenerlos activos y participes dentro de la sociedad.

Actualme existen nuevas concepciones sobre la medida diferenciadora en las etapas de la vida, así, una tendencia estriva en extender esta fase a los 65 años, aún mas hasta los 70 años; sinembargo, prima el enfoque sobre la caracterizacion del envejecimiento; etapa donde se suspende la actividad productiva, creatividad, participación social, integración familiar, la vida afectiva y sexual, las facultades físicas, los sueños, esperanzas y realizaciones.

Shneider y Rowe 1996, define el envejecimiento como “el deterioro progresivo de un organismo vivo tras alcanzar su madurez de forma y función universal, progresivo, intrínseco y degenerativo”. En una segunda afirmación dice: “es el deterioro lineal en las funciones con aumento exponencial en la probabilidad de muerte: “en el ser humano la probabilidad de muerte se dobla cada siete años” y una tercera definición reza, “es el fracaso para mantener y recuperar determinadas funciones, es un fracaso en la adaptabilidad ante nuevas circunstancias y una pérdida de homeostasis”.

El envejecimiento ocurre si se vive lo suficiente, el envejecimiento es individual, ocurre a diferentes tiempos, de modos diferentes, a ritmos y velocidades diferentes. Cada persona le dará importancia a su envejecimiento y a su edad, sin

olvidar que no solo existe la edad cronológica, sino también la biológica o psicológica, pero el envejecimiento más importante es el biológico; el envejecimiento fisiológico o el social tienen mucha repercusión en la vida de ciertas personas; tal es el caso del adulto mayor en Colombia, cuyas investigaciones realizadas por la Universidad Javeriana en el año 2006, suministran aportes para una política de vejez y envejecimiento; de igual forma la Fundación Saldarriaga Concha en el 2006, por solicitud del ministerio de la protección social, hacen una revisión de los documentos, memorias de las mesas de trabajo en esta materia y realizan un diagnóstico, que permite el Marco Nacional y las diferencias regionales sobre la situación de las personas mayores en Colombia y plantean los aspectos estructurales de la política, como son: el envejecimiento biológico en relación con el envejecimiento demográfico, los derechos humanos, el envejecimiento activo y la protección social e integral, como compromiso del Estado.

El rápido envejecimiento de los adultos en los países en desarrollo, se debe a los cambios estructurales en los patrones de trabajo, la composición familiar, los procesos de urbanización, el desplazamiento y las enfermedades de la vejez. En los países desarrollados, las muchas guerras llevan a enfermedades infecciosas que deterioran la calidad de vida, siendo una doble carga que afecta la condición económica y financiera de los países. Los derechos humanos es una realidad compartida entre diferentes actores sociales, iniciando por el Estado, la sociedad civil y la familia.

El artículo 46 de la Constitución Política colombiana de 1991 dice: “el Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en el caso de indigencia”.

La ley 1251 del 17 de noviembre del 2008, tiene como objeto “proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, orientar las políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del estado, la sociedad civil y la familia, y regular el funcionamiento de las instituciones que presenten servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez, de conformidad con el artículo 46 de la Constitución Nacional, la Declaración de los Derechos de 1948, Plan de Viena 1982, Deberes del Hombre 1948, La Asamblea Mundial de Madrid y los diversos tratados y convenios internacionales suscritos por Colombia”; la presente ley tiene como finalidad lograr que los Adultos Mayores sean partícipes en el desarrollo de la sociedad, teniendo en cuenta sus experiencias de vida, mediante la promoción, el respeto, restablecimiento, asistencia y ejercicio de sus derechos.

Según El Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, realizado en 2002, hay necesidad de un cambio de actitudes, de políticas y prácticas en todos los niveles y en todos los sectores, para concretar las posibilidades que brinda el envejecimiento en el siglo XXI. Muchas personas de edad, envejecen con

seguridad y dignidad y también potencian su propia capacidad para participar en el marco de sus familias y comunidades. El objetivo del Plan de Acción Internacional consiste en garantizar que en todas partes la población pueda envejecer con seguridad y dignidad y que las personas de edad puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos. Sin dejar de reconocer que los cimientos de una ancianidad sana y enriquecedora se ponen en una etapa temprana de la vida, el objeto del Plan es ofrecer un instrumento práctico para ayudar a los encargados de la formulación de políticas a considerar las prioridades básicas asociadas con el envejecimiento de los individuos y de las poblaciones. Se reconocen las características comunes del envejecimiento y los problemas que presenta y se formulan recomendaciones concretas adaptables a las muy diversas circunstancias de cada país. En el Plan se toman en cuenta las muchas etapas diferentes del desarrollo y las transiciones que están teniendo lugar en diversas regiones, así como la interdependencia de todos los países en la presente época de globalización.

El envejecimiento es un proceso de desarrollo complejo, singular, colectivo y heterogéneo, en el marco de los diferentes contextos culturales, los cuales deben posibilitar la autonomía de las personas a través de las etapas de la vida partiendo de unos buenos estilos de vida.

Cuando se habla de sexualidad en el adulto mayor, es evocar afecto, comunicación y juventud. La función sexual se la define como un proceso de integración emocional, corporal intelectual y social es allí donde la sexualidad es una conducta de cada individuo referente al sexo. La geriatría define la sexualidad como una “expresión psicológica de emociones y compromisos, que requiere la mayor cantidad y calidad de comunicación entre compañeros, en una relación de confianza, de amor, de compartir placer con o sin coito”.

Las personas no pueden ser fraccionadas en periodos de existencia, nacen y llegan al final de su vida como seres sexuales. La sexualidad humana es un fenómeno sociocultural y depende de las relaciones interpersonales dentro del contexto. El disfrute de una relación amorosa no cambia con el paso de los años; el placer sexual es una experiencia deseable y válida para los adultos mayores por generar bienestar.

En la edad avanzada hay enfermedades frecuentes que pueden afectar la sexualidad como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, depresión, demencia, alcoholismo, cáncer, enfermedades de los huesos y las articulaciones; de igual forma algunos medicamentos que los pacientes reciben de por vida para curar sus enfermedades.

La sexualidad en la vejez es con más experiencia, sosegada y juiciosa, en esta edad se le da paso a la razón, existe mayor entendimiento en las parejas, mayor ternura y sabiduría.

## **5.2 ENCUESTA SALUD, BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO - SABE**

La encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento), es una encuesta empleada por muchos centros especializados que buscan averiguar la salud, el bienestar de los adultos mayores en las ciudades capitales de América Latina y el Caribe. En la sierra ecuatoriana a partir de los últimos meses del año 2010, esta en curso una investigación cualitativa del adulto Mayor Indígena, a través de la cual, se pretende proveer una mejor comprensión de su problemática y vulnerabilidad física, emocional y social. La encuesta SABE, la utilizò también Mexico y quieren aplicarla en todas sus regiones por cuanto ayudaría a los gobiernos a detectar los problemas de salud concretos de los ancianos, con el fin de mejorar la calidad de vida y ampliar la cobertura sanitaria y social, al igual que beneficiar las políticas preventivas de los mismos.

El objetivo de la encuesta es tener información rigurosa para evaluar las condiciones de salud y los determinantes socioeconómicos de las personas mayores de mas de 60 años. La encuesta contiene autoevaluación de las enfermedades crónicas y agudas, características demográficas y del hogar, discapacidad, deficiencias físicas, depresión, estado cognitivo, acceso y uso de los servicios de salud, transferencias familiares e institucionales, trabajo y jubilación.

A fin de caracterizar la salud del adulto mayor en correlación con la edad, género y el estado de actividad de los miembros del grupo Edad Dorada en el municipio de la Florida del departamento de Nariño, se adoptó como modelo la encuesta SABE, por cuanto es un instrumento completo y preciso para obtener información y lograr a través de ella un buen análisis de la población de estudio en este municipio.

## **5.3 SALUD EN EL ADULTO MAYOR**

En la carta de Ottawa de 1986 “la salud se percibe no como un objetivo sino como una fuente de riqueza de la vida cotidiana que es el resultado del auto cuidado, el cuidado a los demás, la capacidad de tomar decisiones y controlar la propia vida y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos los miembros la posibilidad de gozar de una buena salud”.

Según la OMS (1948), salud es “el estado de perfecto bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad, una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social; y una dimensión importantes de calidad de vida”.

Salud en el anciano se puede definir por la funcionalidad, la independencia y la autonomía. Todos los adultos mayores tienen derecho a caminar en un envejecimiento saludable. Avanzar en la edad no significa acabar con ciertas actividades a las cuales están acostumbrados a realizar desde su juventud. Para estudiar la salud del adulto mayor, es necesario, reconocer que las personas

mayores tienen derecho a una vida normal; es importante cuidarse y recordar que se debe consumir alimentos sanos y variados; entre ellos, frutas, verduras y leche, disminuir el consumo de sal, dulces y bebidas azucaradas.

Para Wagner (1993), la percepción de la salud en la vejez, depende en gran medida del nivel de bienestar psicológico y del nivel económico si la persona continúa implicada en roles y actividades recompensantes.

Mangiano (1993) y Rakowski (1993), dicen que las percepciones negativas de la salud, llevan a un aumento de problemas de morbilidad en los adultos negros y blancos, siendo el deterioro de los primeros más rápido.

Entre las enfermedades más comunes que se presentan en la edad adulta están la artritis, la hipertensión y los problemas cardiovasculares y pulmonares.

**5.3.1 La Artritis.** Es un trastorno inflamatorio de las articulaciones, caracterizado por dolor y edema; se ha definido como enfermedad sistémica causada por el sistema inmunitario que ataca las células del propio organismo; el mismo sistema inmunitario se convierte en agresor que aborda las partes del cuerpo en vez de protegerlas.

La artritis es una enfermedad en la que se inflama las articulaciones produciendo dolor y deformidad que dificulta el movimiento, es enfermedad crónica con poca frecuencia de curación espontánea, aunque si ayuda un tratamiento adecuado para controlarla.

La artritis aparece como consecuencia de la acumulación de ácidos, especialmente el ácido úrico en las articulaciones y los músculos. Esencialmente, es una dolencia provocada por la mala alimentación; gran parte de los alimentos que se consume produce diversos ácidos cuando se procesan y se digieren, estos productos son necesarios para el organismo, y este los utiliza para su metabolismo. El cuerpo solo necesita ciertas cantidades de ácidos, la parte restante será eliminada mediante el sudor y la orina.

El ácido úrico es nocivo y a la vez es el elemento básico del origen de la artritis; también contribuye a ella la vida sedentaria y la falta de ejercicio físico, porque al sudar el cuerpo elimina ácidos y junto con una buena alimentación, caminatas y deportes previenen o contribuyen a su curación.

El nombre artritis reumatoidea proviene del término fiebre reumática; una enfermedad que incluye dolor de las articulaciones y que se deriva del griego rheumatós (flujo). El sufijo oide (parecido) completa la idea que la enfermedad es parecida a la fiebre reumática. La primera descripción reconocida de la enfermedad fue hecha en 1800 por Augustin Jacob Landré-Beauvais (1772-1840) de París.

**5.3.2 La Hipertensión.** Es una enfermedad en la cual la presión de la sangre permanece alta la mayor parte del tiempo, durante el día y la noche, en el descanso y en la actividad, mientras se come o se duerme, mientras se trabaja o se juega; la hipertensión es un factor de riesgo de contraer otras enfermedades; produce daño al corazón, los riñones, el cerebro y los vasos sanguíneos; de igual manera, la hipertensión es un trastorno muy frecuente, a menudo asintomático, caracterizado por la elevación mantenida de la tensión arterial por encima de 140/90 mmHg; esta enfermedad afecta a personas de todas las edades, de uno u otro sexo y de todos los grupos étnicos.

La hipertensión esencial es la más común, carece de causa identificable, pero si se la puede padecer con el aumento de peso, es decir, está correlacionada con la obesidad.

Wilkie y Eisdorfer 1971, sugieren que la presión sanguínea muy alta es perjudicial para el funcionamiento cognitivo; al tomar la tensión, se presentan dos cifras, una de ellas registra la presión sistólica (aquella que se produce en las arterias cuando late el corazón) y la otra la presión diastólica (aquella que se registra cuando el corazón descansa entre latidos). La hipertensión viene de familia, si su abuela, su abuelo, padre, madre, hermano, hermana, hijo e hija la padecen, es altamente probable que usted también la contraiga, sin embargo, puede ser usted el único en la familia, con un primo lejano que sean hipertensos.

**5.3.3 El Bajo peso.** Este trastorno se debe al deterioro de la calidad de vida, muchos tienen desnutrición concomitante a la pérdida de peso; se pierde masa magra, proteínas viscerales y alteraciones en las funciones fisiológicas.

La masa magra disminuye a una velocidad de 0,3 kg por año después de los 30 años y al mismo tiempo aumenta la masa grasa, que dura hasta los 70 años, por lo tanto el peso disminuye a partir de los 70 años de 0,1 – 0,2 kg/año.

La pérdida de peso ocurre en periodos cortos, relacionados con enfermedades agudas, en forma indolente relacionada a cuadros crónicos ejemplo el cáncer, el cual es la causa más frecuente de pérdida de peso involuntaria que representaría el 30% de los casos; la depresión, es otro factor que azota al anciano en la pérdida de peso; el duelo y el alcoholismo; los pacientes con demencia tienen trastornos nutricionales por lo tanto lleva a la pérdida de peso; los fármacos, los trastornos gastrointestinales son la causa gástrica mas no maligna de pérdida de peso involuntaria; los trastornos dentales y los pacientes con insuficiencia cardiaca tiene pérdida de peso.

En los ancianos puede existir anorexia nerviosa, que se presenta con mayor proporción en mujeres y tienen las mismas características, con las más jóvenes y se asocia a trastornos depresivos; la falta de vitamina C, B12, tiamina y cinc lleva a la pérdida de peso.

En ancianos, el peso debe evaluarse con periodicidad, puesto que muchas veces no remarca la pérdida, se le atribuye a la edad.

La Doctora Toshimi Sairenchi (2008), especialista de la Universidad de Tokyo, dice que los adultos mayores con bajo peso necesitan mejorar la calidad de la nutrición. Un estudio realizado en el Japón, manifiesta que los individuos mayores de 60 años con un índice de masa corporal inferior al normal, tiene un 32% de riesgos de sufrir diabetes que aquellos que tiene un peso adecuado a sus características físicas.

**5.3.4 La obesidad.** Es el aumento anormal en la proporción de células grasas en el tejido subcutáneo del organismo.

La obesidad puede tener un origen endógeno y/o exógeno. La obesidad endógena es producida por difusión desde los sistemas endocrino o vía metabólica. La obesidad exógena, ocurre debido a una indigesta calórica superior a la necesaria para cubrir necesidades metabólicas del organismo.

Según Hipócrates, las personas obesas fallecen y esa mortalidad se asocia a enfermedades agudas y sofocaciones, y a menudo mueren repentinamente, lo que no sucede casi nunca con las personas delgadas.

Según Cornelio Celso (1998), el sobrepeso se debe a los malos hábitos alimenticios y nutricionales, esta afección, lleva a muchas complicaciones especialmente a la vejez y a la muerte prematura. De igual forma, en el ámbito social y psicológico; llevando a que estas personas sean objeto de burla, contribuyendo a problemas emocionales que en casos mas frecuentes no se pueden o no se desea expresar.

La obesidad es una enfermedad crónica, originada por muchas causas y se presentan cuando el índice de masa corporal en el adulto, es mayor de 25 unidades. En la obesidad no hay distinción de color, edad, nivel socio económico, sexo o situación geográfica. Antiguamente, se consideraba a la persona con sobrepeso que gozaba de una buena salud, sin embargo, en la actualidad se conoce que la obesidad tiene múltiples orígenes y consecuencias para la salud.

La obesidad es una amenaza para la vida, de proporciones epidémicas que afectan al mundo entero. Esta enfermedad es el resultado de una cantidad de calorías en mayor proporción de las que el cuerpo necesita; en el peso del cuerpo, intervienen factores genéticos y ambientales. Los factores psicológicos son una causa importante de la obesidad, son considerados como una fuerte reacción a los perjuicios y discriminación que conduce a una inseguridad y malestar en las situaciones sociales.

La obesidad trae muchos problemas en los pacientes y se tipifican en los siguientes síntomas :

- Opresión torácico y estenocardia
- Taquicardia de esfuerzo
- Hipertensión arterial
- Insuficiencia cardíaca
- Infarto de Miocardio
- Úlceras varicosas
- Angina de pecho

**5.3.5 Diabetes.** Es un trastorno metabólico, debido a la carencia de insulina o, a la insuficiencia de esta, que se traduce en una elevada concentración de azúcar en la sangre. La insulina es una hormona necesaria para el metabolismo del azúcar y las féculas.

Existe dos tipos de diabetes: diabetes tipo I llamada diabetes insulino-dependiente, es decir el organismo no produce insulina. En esta tipo de diabetes, la persona debe inyectarse insulina diariamente para suplir la demanda que el organismo es incapaz de producir.

La Diabetes tipo II, llamada no insulina – dependiente, el organismo produce insulina pero en cantidades no suficientes. Las personas con este tipo de diabetes pueden controlar su enfermedad con medicinas, dietas, adquiriendo hábitos saludables, practicando actividad física, control de peso, cuidados de la piel y de los pies, control del estrés; la diabetes de tipo II es el más común en el adulto mayor.

En la diabetes, los principales síntomas son:

- Incremento de la sed
- Necesidad de orinar frecuentemente, incluso en la noche
- Aumento del apetito
- Pérdida de peso
- Fatiga y debilidad
- Infecciones
- Sequedad o picazón en la piel
- Visión borrosa
- Heridas que tarda en curarse
- Adormecimiento de los pies

Entre las causas de la diabetes de tipo II se encuentran:

- Herencia, uno de los padres, abuelos, hermanos, primos presenta la enfermedad y en consecuencia se brinda la posibilidad de desarrollar este padecimiento.
- La Obesidad, el 80% de las personas con diabetes tipo II están excedidas de peso.

Entre otros factores determinantes en la prevalencia de la enfermedad se encuentran:

- La edad. Entre más edad tenga una persona, disminuye la cantidad de células beta, productoras de insulina.
- Los virus. Algunos virus destruyen las células beta en personas susceptibles.
- Sistema inmunológico alterado. Existen muchos factores que contribuyen para que el sistema inmune destruya las células beta.
- Traumatismo. Lesiones producidas por accidente u otras causas, dañan el páncreas, órgano donde se produce la insulina.
- Las drogas. Medicamentos recetados en diferentes problemas de salud, puede originar la diabetes.
- Estrés. Durante el periodo de estrés se genera ciertas hormonas que impiden el efecto de la insulina.
- Embarazo: Las hormonas que se producen en el embarazo, pueden llegar a impedir el efecto de la insulina.

**5.3.6 Enfermedad Pulmonar.** La enfermedad pulmonar conocida con la sigla EPOC, es la obstrucción persistente de las vías respiratorias y se presenta como dos trastornos; el primero el Enfisema y el segundo, la Bronquitis Crónica.

El enfisema pulmonar es un ensanchamiento de los alveolos (los sacos pequeños de aire de los pulmones) y la destrucción de sus paredes.

La bronquitis crónica, se manifiesta en forma de tos crónica persistente, produciendo esputo, debido a que las glándulas bronquiales se dilatan, provocando una secreción excesiva de mucosidad, igualmente existe inflamación en las pequeñas vías aéreas. Cuando hay enfisema las paredes alveolares están destruidas y los bronquios pierden su apoyo estructural que colapsan al respirar; en el enfisema la reducción del flujo del aire es permanente. Las dos enfermedades pueden presentarse a la vez, o una de ellas provoca la otra.

Los afectados por la enfermedad pulmonar obstructiva crónica están en riesgo de desarrollar cáncer de pulmón y de enfermedades cardíacas. La EPOC es la más común en todo el mundo, millones de personas padecen esta enfermedad, siendo la segunda causa de incapacidad laboral, después de las enfermedades cardíacas. Los primeros pacientes afectados por esta enfermedad son los

fumadores y aquellos que trabajan en ambientes contaminados como los mineros; están en grandes riesgos, las personas que trabajan con cereales, trabajadores en metalurgia y trabajadores expuestos al polvo. Esta enfermedad es más frecuente en los hombres que en las mujeres y la mortalidad es mayor en pacientes de raza blanca.

El monóxido de carbón y el óxido de sulfuro que proceden de la combustión natural o accidental de hidrocarburos e hidrocarburos de los automóviles o el ozono, producen irritación de las vías respiratorias y dificultan el paso del oxígeno por el cuerpo. La bronquitis crónica es más frecuente en las zonas industriales y en las grandes ciudades. La enfermedad se manifiesta por los cambios en la respiración, incremento del esputo, aumento del trabajo respiratorio, disminución de actividad y disminución de autoestima.

Entre las medidas de mitigación se debe tener en cuenta los siguientes aspectos: ejercicios respiratorios, evitar corrientes de aire, enseñar a toser, actividad y descanso, consumo abundante de líquidos, evitar los ambientes contaminados, abandonar el cigarrillo, trabajar en un ambiente ventilado, aplicación de la vacuna contra la influenza, evitar el polvo y aislamiento de los animales.

**5.3.7 Enfermedad Coronaria.** La enfermedad coronaria ocupa un lugar central en la salud de los ancianos que sobrepasan los 65 años; son la principal causa de enfermedad y muerte, además de los egresos familiares en gastos hospitalarios.

Con el envejecimiento se produce una serie de cambios en el funcionamiento del corazón y las arterias, estas se vuelven gruesas y rápidas produciendo presión arterial con los años.

Son múltiples las enfermedades del aparato circulatorio y del corazón que aparecen en la edad avanzada, entre las cuales se puede señalar la hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y arteriopatía periférica; cada una se caracteriza de forma diferente e incide en diferente grado en la salud y capacidad de los adultos mayores. El principal factor de riesgo cardiovascular es la hipertensión arterial.

La cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardíaca son el origen de pérdida de autonomía, ingresos hospitalarios y la muerte de los ancianos.

La arteriopatía periférica limita al enfermo con la deambulación del paciente como también una amputación de un miembro. La enfermedad de las arterias coronarias, llamada arteriosclerosis es una degeneración progresiva de la parte interna de las arterias; las arterias coronarias son vasos sanguíneos que irrigan el corazón dando paso a la sangre que suministra oxígeno para que funcione a lo largo de la vida. Cuando hay degeneración, se desarrollan placas fibrosas calcificadas y llenas de grasa en el interior de las arterias que van creciendo con el avance del tiempo, reduciendo así el paso de la sangre y esta reducción hace que

la sangre circule en mayor volumen, formando coágulos llamados trombos, obstaculizando el paso de la sangre. Si la oclusión es total, no llega el oxígeno a la sangre y esta al corazón regada por la arteria ocluida, entonces esa parte del corazón se muere y se define entonces, como una persona que sufrió un infarto de miocardio. Si la oclusión no es totalmente, disminuye parcialmente la cantidad de oxígeno que llega al corazón, la persona experimenta un dolor del pecho, llamado angina de pecho.

**5.3.8 Cáncer.** Enfermedad causada por el crecimiento anormal de las células, afecta a las personas de cualquier edad, pero es más crónica en los ancianos, que los afecta cualquier parte del organismo.

El cáncer, también se considera enfermedad metabólica de las células y es en la alimentación donde se presentan sustancias cancerígenas o cancerosas. Existen muchos factores que incrementan el riesgo de tener cáncer, por ejemplo heredabilidad que se puede adquirir el cáncer de mama, cáncer uterino en la mujer y el cáncer de próstata en el hombre.

El fumador desarrolla cáncer de pulmón, al igual que masticar tabaco, fumar pipa, redundan en cáncer de boca y labios, la exposición al sol a lo largo de la vida, se tiene riesgo de cáncer de piel, el ingerir dietas altas en grasa, es posible adquirir cáncer de los intestinos.

El cáncer, sí se detecta a tiempo es fácil su tratamiento. Es importante conocer por parte de los responsables del cuidado de los adultos mayores y hacer conocer a los mismos, los síntomas a tener en cuenta en la diagnosis previa del cáncer:

- Cambios en los hábitos para orinar y defecar.
- Llaga que no cicatriza
- Sangrado inusual
- Engrosamiento en las mamas o cualquier parte del cuerpo
- Cambios en verrugas o lunares
- Tosser continuamente o padecer de ronquera
- Cambios en el peso, especialmente pérdida de el.

Es tan importante que los adultos mayores que experimentan estos síntomas, deben ir al médico para su diagnóstico y tratamiento lo antes posible.

## **5.4 EDAD Y SALUD DEL ADULTO MAYOR**

La tarea de definir el tiempo exacto de ancianidad no es fácil, por ejemplo en el Reino Unido, la población anciana se ubica por arriba de los 80 años; para la Organización Mundial de la Salud, los ancianos son los mayores de 65 años y por su parte, en opinión de la Organización Panamericana de La Salud, los considera

adultos mayores a partir de los 60 años; sin embargo en Colombia, durante la administración del presidente Cesar Gaviria Trujillo, el concepto de anciano recoge la población mayor de 55 años, siendo un grave problema social y laboral en la actualidad.

Hombres y mujeres se enfrentan de manera diferente a un envejecimiento, cada uno hace su historia cultural, social, económica y política; no es lo mismo ser mujer mayor que hombre mayor; es decir que hacerse mayor no significa lo mismo para unos que para otras; por muchas razones diferentes, una de ellas es la sobremortalidad masculina, quedando sola la mujer por muchos años y se enfrentan a problemas totalmente suyos; las mujeres han cuidado a su marido, hijos, hijas, nietos, nietas, y no tienen quien las cuide cuando son mayores; sin embargo, los varones, esperan el cuidado de su pareja en la última etapa de su vida. La muerte de la mujer está asociada a la vejez y para los hombres no; la edad madura implica ya una exposición al riesgo de morir. La amistad es una de dimensión de los sentimientos de la vida de las personas mayores; la soledad no permite unas relaciones de fraternidad y de amistad, atendiendo el concepto de soledad en las mujeres mayores.

El esfuerzo de los gobiernos será entonces, el fomentar el envejecimiento sano y activo de hombres y mujeres. Tener más años, es tener también buena calidad de vida, independencia y mantenerse activo. Al envejecer saludablemente habría menos presión de los sistemas sanitarios y los adultos mayores no se pensionarían por enfermedad, sería un hecho que contribuiría con el crecimiento económico del Estado.

A medida que la persona se hace mayor la salud se va deteriorando, y al asistir al médico, muchos dirán “temo que sea cuestión de la edad”, es posible que los médicos se cansen de los ancianos, desconociendo que ellos son el punto clave para enfocar investigación pertinente mediante la gerontología.

Las últimas investigaciones permiten conocer que para tener un buen estado de salud, las personas mayores deben descansar y dormir lo suficiente.

El siglo XX, ha sido un periodo en el cual, un mayor número de personas han sobrevivido a una edad avanzada de la vejez, desafortunadamente para muchos, los años ganados no se acompañan de buena salud.

La mayoría, por no decir, todos los profesionales dedicados a la temática de los Adultos Mayores, se han preocupado por la salud del ser humano; sin embargo, específicamente la psicología, se preocupa por el conocimiento científico y técnico a nivel del comportamiento con la finalidad de mantener y recuperar la salud, entendida como un escenario dinámico a nivel orgánico (físico), comportamental, (psicológico) e interrelacional (social).

La gerontología por su parte está preocupada por dos aspectos de la vida humana; en primer lugar, el proceso de envejecimiento y en segundo lugar la etapa de la vejez.

Según la definición médica Geriátrica, el llamado “paciente geriátrico”, incluye la presencia de múltiples enfermedades crónicas que llevan a la incapacidad, al consumo de variados medicamentos y riesgo social; claro está, que aquí, se cumple una contextualización y orientación médica de enfermedad, pero de ninguna manera se define al anciano en su verdadera dimensión.

El concepto de salud, también hace relación a conductas que se manifiestan desde el comienzo de la existencia, sin embargo, se puede afirmar que existen actividades propias de un estilo de vida, pero no propias de una etapa de la vida.

En una investigación que realizó Tomàs en 1982, se manifiesta que los sujetos de bajo nivel de estrés obtuvieron elevados puntajes en una escala que evaluó la habilidad para encontrar satisfacción en la vida, de lo cual se puede concluir que existe una relación entre la vida anterior y la conciencia de estrés en la vejez. Las personas de alto estrés, creen que las condiciones de vida desfavorables son incombustibles, esto expresaron con tanta significación y con mucha frecuencia, pero la psicología se ha preocupado por desarraigar los estereotipos y prejuicios que asocian las etapas del envejecimiento y la vejez con el hecho de estar enfermo; es importante recordar que las actitudes frente a la vida, al envejecimiento y frente a la salud, se fundamentan en aspectos cognoscitivos, ya sean acertados o erróneos, estos orientan los sentimientos y el comportamiento de tal manera que una persona en cualquier edad y especialmente en el vejez, se parece más a sí misma de épocas anteriores de su vida, que a cualquier persona de su misma edad.

## **5.5 GENERO (MUJER Y/O HOMBRE) Y SALUD DEL ADULTO MAYOR**

Uno, de los principales problemas del mundo es la salud, obstaculizada por el desarrollo de las sociedades, en el acceso y la atención a las políticas de salud; existiendo una mayor influencia en las diferencias y desigualdades de “el género”, debilitando así, significativamente los problemas de inequidad en este ámbito; evidenciando los problemas de salud entre hombres y mujeres.

Lo planteado por Artilles (2006) cuando expresó que “la incorporación de la categoría género en el campo de la salud para la determinación de acciones, el análisis de los procesos e instrumentación, en la prevención y curación de las personas, aún se encuentran limitadas al discurso y poco instrumentada en la práctica”, pues precisamente la relación de esta categoría con los procesos de salud – enfermedad, resulta una variable independiente e integradora que transversaliza todos los ámbitos de la vida humana, lo anterior guarda estrecha relación con los objetivos del milenio para el Desarrollo Humano y lo concertado

en la Conferencia de Beijing; expresando como el género mediatiza todas las esferas de la vida humana patentizando las desigualdades en este sentido, como altos costos para las mujeres en lo referente a la salud reproductiva, las enfermedades crónicas, la planificación familiar, la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, justificando la atención a la mujer como una de las prioridades de trabajo y promoviendo la equidad de género.

En la comunidad estudiada por los profesionales de la salud en el Consejo Popular San Juan y el Cristo, provincia Granma, se destaca que las mujeres tienen mayores problemas de salud mental y obesidad, son más sedentarias con la edad y exhiben mayores problemas de nutrición (índice de masa corporal es mayor entre las mujeres). La calidad de vida deteriorada de la mujer de edad avanzada se observa en enfermedades como la osteoporosis asociada a los hábitos alimenticios y nutricionales, que generan discapacidad física y fracturas frecuentes. El mayor consumo de tabaco y alcohol entre hombres, que también muestran índices superiores de accidentalidad. Se evidenciaron también notables deferencias en los estilos de vida que asumen hombres y mujeres, asociados a la distribución de tareas en el hogar, con incidencia negativa en las enfermedades que padecen.

Who (1999), manifiesta que, el riesgo de muerte prematura entre la gente de 15 a 59 años de edad es más alto para los hombres no pobres que para las mujeres, esto ha llevado a que algunos mencionen que son los hombres, no las mujeres, quienes tienen una salud más vulnerable; sin embargo, el modelo de riesgo más alto de mortalidad no se refleja entre los pobres, donde el panorama está más mezclado entre los países, ejemplo de ellos son la India, Sudáfrica, los hombres pobres de este grupo de edad parece encontrarse en mayor peligro de morir prematuramente que las mujeres pobres; Egipto, Nicaragua, el Níger, casi no hay diferencias de género entre los pobres, mientras que en otros como China, Polonia, la República Checa y Sri Lanka, las mujeres pobres están peor que los hombres pobres.

## **5.6 GRUPO EDAD DORADA**

El grupo “Edad Dorada”, tiene domicilio en la cabecera municipal de La Florida, en el departamento de Nariño, está conformado por treinta personas adultas, dieciocho mujeres y doce hombres, entre las edades de sesenta y más de ochenta años, con quienes se ha trabajado por espacio de siete años en prevención y promoción de la salud, educación, recreación, ocio productivo y cultura; en la actualidad, es el grupo que representa al municipio en los distintos encuentros del adulto mayor a nivel regional, departamental y nacional. Este grupo Edad Dorada, prestó atención a la convocatoria realizada por la Institución Prestadora de Salud del municipio de La Florida en el mes de abril del 2005, auspiciada por el médico Luis Alberto Díaz P, representante legal de esta institución en esa época.

Cada uno de los integrantes de este Grupo, es un proyecto de vida; un modelo ideal sobre lo que el individuo espera o quiere ser y hacer, que toma forma concreta en la disposición real y sus posibilidades internas y externas de lograrlo, definiendo su relación hacia el mundo y hacia sí mismo, su razón de ser como individuo en un contexto y en esta sociedad que los vio nacer, crecer, envejecer y eventualmente lo verá morir, después de dejar un legado de valores morales, estéticos, sociales; metas, planes, estilos y mecanismos de acción a su familia y a la comunidad Floriana.

Edad Dorada, es un grupo heterogéneo, en referencia al ámbito económico, físico, emocional, intelectual, social y espiritual; aspectos que han permitido su organización ejemplar en solidaridad, compromiso, respeto, tolerancia, cumplimiento y desarrollo de trabajos que permite explorar y explotar sus habilidades y destrezas, aprovechadas para mejorar su calidad de vida, integrando al grupo familiar y a la comunidad en general.

Las personas que forman el grupo de estudio, aún son jefes de hogar, desarrollando actividades como la agricultura, el cuidado de animales domésticos, el tejido del sombrero de la paja toquilla, lo cual permite el sustento diario de la familia; además para mejorar el estado nutricional reciben subsidio alimenticio y económico por parte del PPSAM.

## **6. METODOLOGÍA**

### **6.1 TIPO DE ESTUDIO**

La presente Investigación es Observacional o No experimental: No se aplican Tratamientos; el fenómeno de interés ocurre libremente en la Naturaleza. (Experimento Postfacto o Falso Experimento, se planea o diseña el Muestreo (Toma de la muestra)).

Específicamente se trata de una investigación Cuantitativa en la cual nos permite procedimiento reflexivo, sistemático, controlado y crítico, permite aportar nuevos hechos o datos, relaciones o leyes en todos los campos del conocimiento humano (ANDER, 1971). Observacional Transversal o Transeccional en la cual se estudian las categorías de interés de una determinada población, en un Momento o Periodo Puntual.

### **6.2 POBLACION DE ESTUDIO**

La presente investigación se realiza en el municipio de La Florida, población ubicada al suroccidente y con una distancia de 28 km de la ciudad de Pasto capital del departamento de Nariño, con una población total de 10.410 personas, corresponde a la zona urbana de 3125 habitantes. La población de estudio es de 30 Adultos Mayores de 60 años en adelante que pertenecen al Grupo Edad Dorada.

### **6.3 APLICACIÓN DE LA ENCUESTA SABE**

Para la investigación se adoptó La Encuesta SABE, por tener instrumentos muy importantes que permitió el estado de salud de las personas mayores incluye datos como: Edad, Educación, Estado Marital, Fuerza de Trabajo, Condiciones de Salud Autorreportadas, Salud Mental, para esta variable se utilizó el instrumento de escala de depresión geriátrica de yesavage (15 ítems) y para el deterioro Cognitivo se utilizó el cuestionario de Mini Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo (5 ítems); Condiciones crónicas de Salud; para la variable de Incapacidad se utilizó dos instrumentos, Actividades de la Vida Diaria se utilizó el instrumento Índice de Barthelr”(10 ítems) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria el instrumento de la Escala de Lawton y Brody (8 ítems) y arreglos domiciliarios, con el fin de caracterizar La Salud del Adulto Mayor en correlación con la Edad, Género y el Estado de Actividad.

La aplicación de esta encuesta se realiza en el mes de noviembre del año 2011, en diferentes horarios a los adultos mayores del Grupo Edad Dorada, esto se hizo a domicilio por cuanto se sentían más cómodos y se les brindó un tiempo apropiado para sus respectivas respuestas.

### **6.3.1 Categorías de Estudio**

En la presente investigación se evaluó las categorías Independientes; Trabajo (Activo - No Activo), Edad y Sexo (Mujeres y Hombres).

Las Categorías Dependientes de trabajo fueron: Salud (Buena – Regular – Pobre), Salud Crónica y Salud Mental (Depresivo – No Depresivo).

La información que define las categorías fue recolectada a través del modelo de Encuesta SABE, aplicada a la población de estudio.

### **6.4 ANALISIS ESTADISTICO**

La información recolectada se procesa en el programa SPSS (Statistical Package Science and Social), a través de las pruebas estadísticas de análisis descriptivo y Correlación de Pearson para variables cualitativas dependientes e independientes de la siguiente forma:

- Salud (Buena – Regular – Pobre), Salud Mental (Depresión – No Depresión) y Salud Crónica. Categorías cualitativas. (Categoría DEPENDIENTE)
- Trabajo (Activo – No Activo), Sexo (Mujer - Hombre) y Edad. Categoría cualitativa. (Categoría INDEPENDIENTE)

## 7. RESULTADOS

### 7.1 ANALISIS DE RESULTADOS

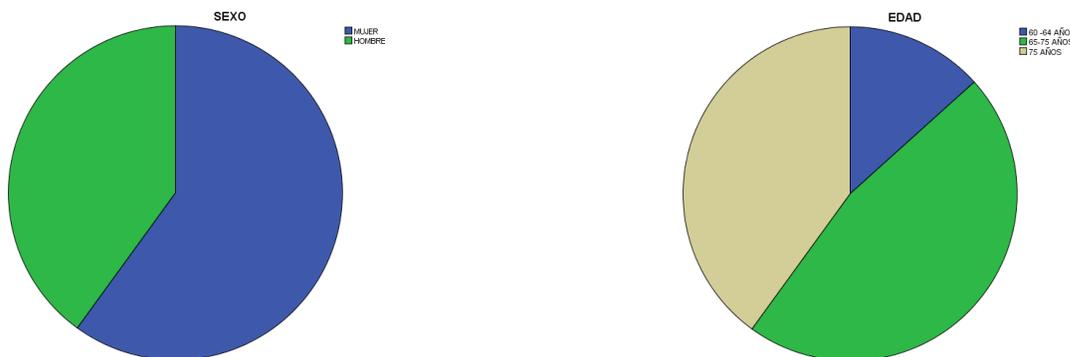
#### 7.1.1 Composición y caracterización general de la población de adultos mayores “edad dorada”

Esta parte del estudio caracteriza a los miembros del grupo Edad Dorada en referencia a la distribución de sus integrantes en el Género al cual pertenecen, Edad, Estado Marital, Nivel de Educación, Estado de Salud Mental y Crónica, Estado de Incapacidad, Estado Cognitivo y Atención Domiciliaria mediante la estadística inferencial.

#### 7.1.2 Género y Edad del Grupo “Edad Dorada”.

El grupo de evaluación, está conformado por 18 mujeres y 12 hombres, así la población está formada por 60% de mujeres y 40% de hombres, repartidos en mayor porcentaje entre 65 y 75 años (46,7%); la edad cronológica que menos predomina en la muestra es entre 60 y 64 años (13.7%). Figura 3.

Figura 3. Distribución de Género y Edad de la población de estudio



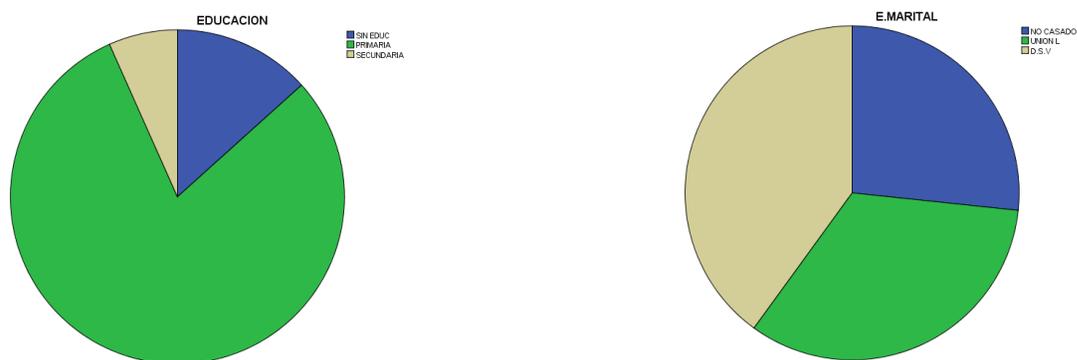
Fuente: Esta investigación

#### 7.1.3 Nivel Educación y Estado Marital del Grupo “Edad Dorada”.

Entre hombres y mujeres del estudio, el nivel de escolaridad Primaria que prevalece en los adultos mayores es de (80%); la Educación Media Vocacional (Secundaria) ocupa la tercera proporción de encuestados (0,067). Figura 4.

El estado civil que predomina en la muestra con el 40%, es DSV (divorciado, separado y/o viudo), seguido de la unión Libre (33,3%) y finalmente el tipificado como No Casado (26,7%). Figura 4.

Figura 4. Nivel Educación y Estado Marital en la población de Estudio



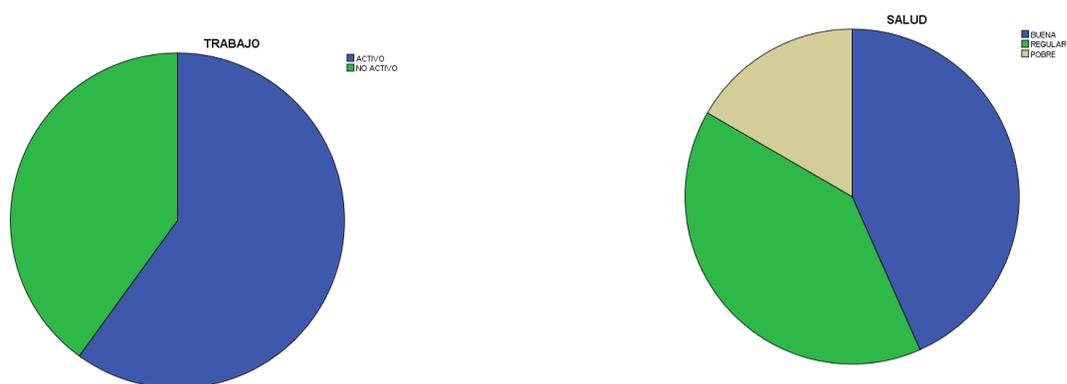
Fuente: Esta investigación

#### 7.1.4 Trabajo y Salud del Grupo “Edad Dorada”.

Los adultos mayores del grupo en estudio realizan algún tipo de actividad en un alto porcentaje (60%); el estado de ocio es del (40%), que se presenta por razones prioritariamente de morbilidad y dependencia total de sus familiares. Figura 5.

En proporciones muy cercanas, la población de estudio, ostenta un estado de salud definido como “buena” y “regular” (0,43 y 0,40 respectivamente); el estado de salubridad “Pobre” aparece en un porcentaje de 16,7% (proporción 0.167), en virtud de las condiciones generales de privación al acceso de las mínimas expresiones de calidad de vida. Figura 5.

Figura 5. Trabajo y Salud de la población de estudio



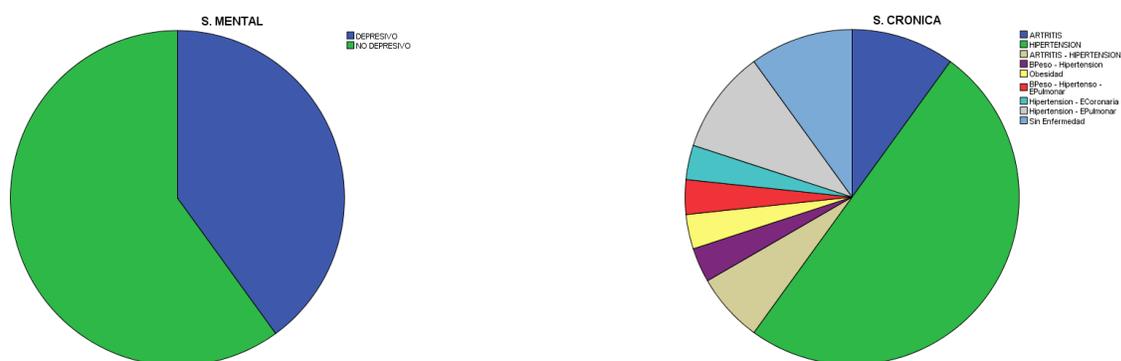
Fuente: Esta investigación

### 7.1.5 Estado de Salud Mental y Salud Crónica del Grupo “Edad Dorada”.

La salud mental de los Adultos Mayores del Grupo Edad Dorada, revelan un estado Depresivo en menor porcentaje correspondiente al 40% (proporción 0,40) en relación al estado No Depresivo es del (60%) dominante en la muestra. Figura 6.

La salud crónica de los adultos, está caracterizada por el predominio de la Hipertensión igual al (50%), seguido de la Artritis con el (10%) y la combinación de éstos dos últimos padecimientos corresponde al (6,7%). El estado mórbil de menor impacto en la población son los denominados Bajo Peso e Hipertensión que representa el (3,3%), Obesidad el (3,3%) y la combinación de Bajo Peso – Hipertensión – Enfermedades Pulmonares el (3,3%); finalmente, en la población de adultos, la ausencia de enfermedad aparece en proporción igual a 0,1 equivalente al (10%). Figura 6.

Figura 6. Estado de Salud Mental y Salud Crónica de la población de estudio



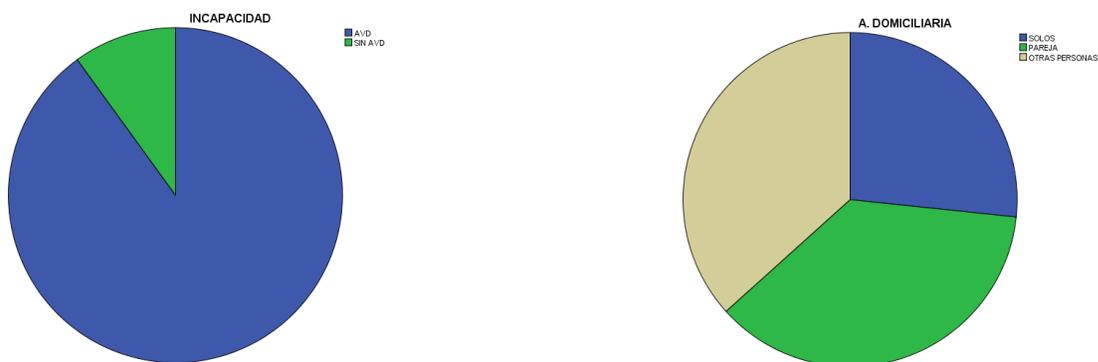
Fuente: Esta investigación

### 7.1.6 Estado de Incapacidad y Atención Domiciliaria del Grupo “Edad Dorada”.

La incapacidad de los Adultos es alta entre los miembros del grupo de estudio, se tipifica en los estados de AVD (actividades de la vida diaria) en mayor proporción 0,90 correspondiente al (90%), y en menor proporción aparece Sin AVD, el 10% Figura 7.

La atención de los adultos mayores en todas sus actividades de cotidianidad son atendidas en igual porcentaje por su pareja representa el (36,7%) y personas diferentes a esta última es del (36,7%); finalmente estas actividades las realizan Solos el (26,7%), situación preocupante dadas las condiciones de morbilidad y edad de los ancianos. Figura 7.

Figura 7. Estado de Incapacidad y Atención Domiciliaria de la población de estudio

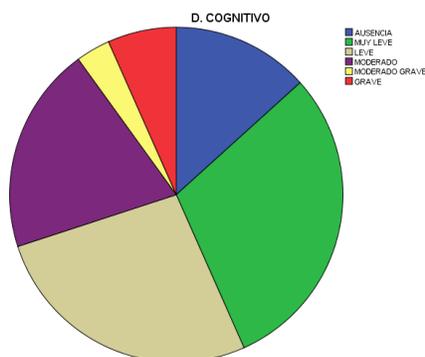


Fuente: Esta investigación

### 7.1.7 Deterioro Cognitivo del Grupo “Edad Dorada”.

El estado cognitivo tipificado como “Muy Leve”, representa el mayor porcentaje del (30%), seguido de “Leve” el (26,7%) y “Moderado” del (20%). El estado “Moderado – Grave” define el menor porcentaje el (3,3%) del parámetro evaluado. Figura 8.

Figura 8. Deterioro Cognitivo de la población de estudio



Fuente: Esta investigación

## 7.2 CORRELACION DE CATEGORIA DE ESTUDIO

### 7.2.1 Asociación entre el Género del adulto mayor y la Salud Crónica y Mental.

La aplicación de la prueba Chi-cuadrado de Pearson a la Salud mental y crónica como categorías dependientes y el género de los adultos mayores como categoría Independiente, demuestra en el primer caso que No existe una relación

de dependencia significativa (Test exacto de Fisher:  $p = 0,709$ ) entre la Salud Mental y el Sexo del Adulto Mayor (Se acepta la hipótesis nula -  $H_0$ ).

Hay un 44,4% de Mujeres DEPRESIVAS, frente al 33,3% de Hombres DEPRESIVOS. La SALUD MENTAL, depende en un 0,009% del GÉNERO del Adulto Mayor. Tabla 1 y 2.

Tabla 1. Cuadro de Contingencia Salud Mental y Género

			SEXO		Total
			MUJER	HOMBRE	
S. MENTAL	DEPRESIVO	Recuento	8	4	12
		% de SEXO	44.4%	33.3%	40.0%
	NO DEPRESIVO	Recuento	10	8	18
		% de SEXO	55.6%	66.7%	60.0%
	Total	Recuento	18	12	30
		% de SEXO	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 2. Prueba Chi - Cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.370(b)	1	.543		
Corrección por continuidad(a)	.052	1	.819		
Razón de verosimilitud	.374	1	.541		
Estadístico exacto de Fisher				.709	.412
Asociación lineal por lineal	.358	1	.550		
N de casos válidos	30				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 1 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4.80.

La Salud Crónica de los adultos mayores “Edad Dorada”, señaló la No existencia de una relación de dependencia significativa (Test exacto de Fisher:  $p = 0,709$ ) entre la Salud Crónica y el Sexo del Adulto Mayor. Tabla 3.

Tabla 3. Cuadro de Contingencia Salud Crónica y Género.

			SEXO		Total
			MUJER	HOMBRE	
SALUD CRONICA	Artritis	Recuento	3	0	3
		% de SEXO	16.7%	.0%	10.0%
	Hipertensión	Recuento	9	6	15
		% de SEXO	50.0%	50.0%	50.0%
	Artritis – Hipertensión	Recuento	1	1	2
		% de SEXO	5.6%	8.3%	6.7%
	B. Peso – Hipertensión	Recuento	1	0	1
		% de SEXO	5.6%	.0%	3.3%
	Obesidad	Recuento	1	0	1
		% de SEXO			

	% de SEXO	5.6%	.0%	3.3%
B. Peso - Hipertenso – E. Pulmonar	Recuento	1	0	1
	% de SEXO	5.6%	.0%	3.3%
Hipertensión – E. Coronaria	Recuento	1	0	1
	% de SEXO	5.6%	.0%	3.3%
Hipertensión – E. Pulmonar	Recuento	1	2	3
	% de SEXO	5.6%	16.7%	10.0%
Sin Enfermedad	Recuento	0	3	3
	% de SEXO	.0%	25.0%	10.0%
<b>Total</b>	Recuento	18	12	30
	% de SEXO	100.0%	100.0%	100.0%

A partir de los 65 años, edad considerada de envejecimiento, a la vez se asocia con el momento de la jubilación, algunos ya no trabaja y otros no abandonan el mercado laboral, puesto que no ingresaron en él, ejemplo: las amas de casa y agricultores, hay que analizar la heterogeneidad entre las personas mayores, ya sea por la edad, el sexo, estado civil y el nivel educativo. Las personas mayores son tan diversas, como son los jóvenes; si se respeta esta realidad plural se superará el estereotipo como la tercera edad y la etiqueta que son inactivos y dependientes.

En un estudio realizado por el Instituto de la mujer en el año de 2002, se logró comprobar que existen aspectos que el envejecimiento tanto para hombres y mujeres son diferentes, debido a la identidad de género, fundamentadas en las edades tempranas, no se altera de manera notable en la vejez.

Según Lourdes Pérez Ortiz, la situación de las mujeres de edad, envejecer es motivo de preocupación, puesto que tienden a vivir más que los hombres, tienen problemas de salud propios de la edad avanzada, con menos recursos y menos derechos en la sociedad.

Hombres y mujeres se enfrentan de forma diferente al envejecimiento, cada uno hace su historia cultural, social, económica y política; no es lo mismo ser mujer mayor que hombre mayor, es decir, que hacerse mayor no significa lo mismo para unos que para otros; por muchas razones diferentes, una de ellas la sobremortalidad masculina, quedando sola la mujer por muchos años; se enfrentan a problemas totalmente suyos; ellas han cuidado al marido, hijos e hijas, nietos, nietas, y no tiene quien los cuide cuando son mayores; los hombres en cambio esperan el cuidado de su pareja en la última etapa de su vida.

La muerte de la mujer está asociada a la vejez, mientras que para los hombres no lo es; la edad madura implica ya una exposición al riesgo, de morir. La relación familiar es importante en la vejez, pero las relaciones conyugales se consideran vitales, el matrimonio para el hombre es más beneficioso que para las mujeres

mayores; para ellos estar casados significa una esperanza de vida más alta, más satisfacción vital y mejor estado de salud; las buenas relaciones familiares y del propio hogar es responsabilidad de la mujer (Bengtson, Rosenthal y Burton 1990).

Estudios realizados indican, que las mujeres casadas tienen más contactos con sus hijos, más no las viudas, tampoco las mujeres que viven solas, ni las que juzgan más negativa su salud y necesitan ayuda para las actividades diarias; son tan importante las relaciones familiares y de especial interés con los hermanos, no son relaciones escogidas, son más duraderas, además son hermanos que comparten la misma cultura familiar y suele pertenecer a la misma generación (Morgan y Kunkle, 1996).

La amistad, es otra de las dimensiones de los sentimientos en la vida de las personas mayores; la soledad no permite unas relaciones de amistad, volviendo al concepto de soledad en las personas mayores.

En opinión de José Botella Trelis 1998, el objetivo primordial es la atención sanitaria a las personas mayores, mantenerlas en buen estado funcional, ya que la independencia funcional es fundamental de la calidad de vida y cuando llega esa independencia hay que buscar mecanismos para restarle su repercusión y lograr una muerte digna, que no se la considere un fracaso de la medicina, sino el fin o culminación de la vida.

La psicología evolutiva había dejado de lado el estudio de los cambios evolutivos más allá de la adolescencia. El enfoque del ciclo vital de Feliciano Villar, citado por Pizano 2005, pretende integrar estos periodos de la vida en el estudio evolutivo del ser humano, con una visión más amplia del desarrollo, como proceso en el que cabe diferentes metas evolutivas, además del crecimiento de la cultura y el concepto de adaptación juegan un papel fundamental y a partir de aquí se abre una nueva perspectiva de estudio psicológico vinculando al envejecimiento.

### **7.2.2 El buen estado de salud.**

El estado de salud de los adultos mayores de esta población concluye que No hay una relación de dependencia significativa (Test exacto de Fisher:  $p = 0,709$ ) entre la Salud y el Sexo del Adulto Mayor. Tabla 4.

Tabla 4. Cuadro de Contingencia Salud y Género.

			SEXO		Total
			MUJER	HOMBRE	
SALUD	BUENA	Recuento	7	6	13
		% de SEXO	38.9%	50.0%	43.3%
	REGULAR	Recuento	8	4	12
		% de SEXO	44.4%	33.3%	40.0%
	POBRE	Recuento	3	2	5
		% de SEXO	16.7%	16.7%	16.7%
Total		Recuento	18	12	30
		% de SEXO	100.0%	100.0%	100.0%

El esfuerzo de los gobiernos será el de fomentar el envejecimiento sano y activo de los ciudadanos; tener más años es tener buena calidad de vida, tener independencia y mantenerse activo. Al envejecer saludablemente habría menos presión de los sistemas sanitarios y tampoco se pensionaría por enfermedad, esto ayudaría al crecimiento económico.

A medida que las personas se hacen mayores, la salud también se va deteriorando, y al asistir al médico, muchos les dicen “temo que sea cuestión de la edad”, es posible que los médicos se cansen de los ancianos, pero ellos son el punto clave para hacer investigación mediante la gerontología. Para lograr un buen estado de salud, las investigaciones permiten dar a conocer las siguientes reglas:

- Hacer más ejercicio (bajo la supervisión de un profesional cualificado)
- Dejar de fumar
- Mantener actividad social y mental
- Beber más agua
- Salir al aire libre lo más posible
- Comer más frutas y verduras
- Si se bebe alcohol, que sea vino en poca cantidad
- Que el hogar sea un sitio seguro
- Visitar a nuestro médico cuando no nos encontramos bien
- Ser positivo; además la gente mayor debe descansar y dormir lo suficiente.

El siglo XX, ha sido de un mayor número de personas que han sobrevivido a una edad avanzada de la vejez, desafortunadamente para muchos, los años ganados no disfrutaban de buena salud; la mayoría o mejor todas las ciencias se han preocupado por la salud del ser humano, pero hablemos en especial, la psicología que se preocupa por el conocimiento científico y técnico a nivel de comportamiento, con la finalidad de mantener y recuperar la salud, entendida esta

como una situación dinámica a nivel orgánico (físico), comportamental (psicológico), e interrelacional (social).

La gerontología preocupada por dos aspectos de la vida humana:

- a) El proceso de envejecimiento
- b) La etapa de la vejez.

El concepto de salud, también hace relación a comportamientos que se manifiesta desde el comienzo de la existencia, pero si se puede afirmar que existen enfermedades propias de un estilo de vida, pero no propias de una etapa de la vida.

En una investigación que realizó Thomas (1982) afirma que los sujetos de bajo nivel de estrés obtuvieron elevados puntajes en una escala que evaluaba la habilidad para encontrar satisfacción en la vida, de lo cual se puede concluir que existe una relación entre la vida anterior y la conciencia de estrés en la vejez. Las personas de alto estrés, tienen la creencia, que las condiciones de vida desfavorables, son incombinables, esto expresaron con tanta significación y con mucha frecuencia, pero la psicología se ha preocupado por desarraigar los estereotipos y prejuicios que asocian las etapas del envejecimiento y la vejez con el hecho de estar enfermo; es importante recordar que las actitudes frente a la vida, frente al envejecimiento y frente a la salud, se fundamentan en aspectos cognoscitivos, ya sean acertados o erróneos, estos orientan los sentimientos y el comportamiento de tal manera que una persona en cualquier edad y especialmente en la vejez, se parece a sí misma en épocas anteriores de su vida que a cualquier persona de su misma edad.

### **7.2.3 Salud y Trabajo.**

La aplicación de la prueba Chi-cuadrado de Pearson a la Salud Mental y Crónica como variables dependientes y el Trabajo de los adultos como variable Independiente, demostró existe una relación de dependencia significativa (Test exacto de Fisher:  $p = 0,00$ ) entre la Salud Mental y el Trabajo del Adulto Mayor (Se Rechaza la hipótesis nula -  $H_0$ ).

Hay un 72,2% de Adultos ACTIVOS con Buena Salud, frente al 0,0% de Adultos INACTIVOS, con Buena Salud. Los adultos con Pobre Salud, representan el 41.7% de los INACTIVOS.

El Estado de Salud de los Adultos Mayores, depende en un 39,1% del Estado de Actividad o Inactividad de ellos. Tablas 5 y 6

Tabla 5. Cuadro de contingencia SALUD y TRABAJO

			TRABAJO		Total
			ACTIVO	NO ACTIVO	
SALUD	BUENA	Recuento	13	0	13
		% dentro de TRABAJO	<b>72,2%</b>	<b>0,0%</b>	43,3%
	REGULAR	Recuento	5	7	12
		% dentro de TRABAJO	27,8%	58,3%	40,0%
	POBRE	Recuento	0	5	5
		% dentro de TRABAJO	<b>0,0%</b>	<b>41,7%</b>	16,7%
	Total	Recuento	18	12	30
		% dentro de TRABAJO	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 6. Pruebas de Chi-Cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	<b>17,847<sup>a</sup></b>	<b>2</b>	<b>,000</b>
Razón de verosimilitudes	24,080	2	,000
Asociación lineal por lineal	17,069	1	,000
N de casos válidos	30		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,00.

Es bien sabido que la mayor parte del tiempo, una persona se la pasa trabajando, pero al comparar a un joven quien busca que el trabajo sea interesante, con un adulto quien recibe el trabajo como un medio de ganar un salario.

Hay sociedades aferradas a la ética del trabajo, a tal punto que piensa que, el no tener actividad productiva, comete un grave pecado, es cual es preciso evitar a cualquier precio.

Existe una investigación sobre la diferencia entre la actitud de los trabajadores jóvenes con los demás de edad, realizado por Aldag y Brief (1977), estudiaron a 439 asalariados, representantes de cuatro oficios diferentes: porteros, obreros del sector industrial, funcionarios de prisiones y agentes de la policía, obtuvieron una correlación positiva entre la edad y la motivación, el interés por el trabajo, la satisfacción general y el compromiso con su patrón; según esta investigación, los trabajadores de edad quieren más a su trabajo que a los jóvenes, se interesan más y se sienten motivados por él y asumen toda actividad con ética. Los mismos investigadores en (1975) encontraron a los trabajadores viejos más satisfechos que los jóvenes. Hay poblaciones mal informadas que pretenden que los ancianos se ausenten del trabajo por causa de enfermedad, durante un periodo más largo que los jóvenes.

Bartley (1977), estudio las fichas de asistencia de 50 empleados jubilados a los 65 años y 50 empleados más jóvenes, con quienes se hizo la comparación y concluye diciendo, que, el ausentismo de los viejos eran muy inferior al de los jóvenes, de igual manera muestra que la predisposición a los accidentes y a las heridas, cortes, contusiones, esquirolas, etc., es menor en los viejos que en los

jóvenes, según lo revelan los análisis clínicos. Existen muchos paradigmas que menos precia al trabajador anciano y dice la productividad del trabajador anciano es menor.

También es cierto, que con los trabajadores de cierta edad se tiene problemas en el desempeño de las tareas, debido a que estas superan las capacidades individuales como: la percepción sensorial, destrezas sicomotoras, memoria, aprendizaje y fuerza muscular.

Las capacidades del individuo, que con el paso del tiempo se deterioran son: la visión, el oído y la motricidad. En la investigación sobre el adulto mayor Edad Dorada, del municipio de La Florida Nariño 2011 - 2012, se observa un 72,2%, gozan de buena salud, son productivas en beneficio propio y de la comunidad, ayudan a la economía familiar. El trabajo que más desarrollan es la agricultura en general en los hombres y las mujeres tejen el sombrero de paja toquilla,. Demostrando así la actividad del adulto mayor sin importar la salud.

#### 7.2.44 Salud Mental y Trabajo.

La prueba de Pearson aplicada a la salud mental y el trabajo de esta comunidad, señaló la existencia una relación de dependencia significativa (Test exacto de Pearson:  $p < 0,001$ ) entre la Salud Mental (Depresivo, No Depresivo) de los Adultos y el Trabajo.

Hay un 66,7% de Adultos **ACTIVOS** con Salud Mental Depresiva, frente al 0,0% de Adultos **INACTIVOS**, con Buena Salud Mental No Depresiva.

El Estado de Salud Mental de los Adultos Mayores, depende en un 43,3% del Estado de Actividad o Inactividad de ellos. Tablas 7 y 8.

Tabla 7. Cuadro de Contingencia Salud Mental y Trabajo.

			TRABAJO		Total
			ACTIVO	NO ACTIVO	
<b>S. MENTAL</b>	DEPRESIVO	Recuento	12	0	12
		% dentro de TRABAJO	66,7%	0,0%	40,0%
<b>S. MENTAL</b>	NO DEPRESIVO	Recuento	6	12	18
		% dentro de TRABAJO	33,3%	100,0%	60,0%
Total		Recuento	18	12	30
		% dentro de TRABAJO	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 8. Pruebas de Chi-Cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,333 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	10,700	1	,001		
Razón de verosimilitudes	17,466	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	12,889	1	,000		
N de casos válidos	30				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,80.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Es muy sabido, que el trabajo es un medio de subsistencia y a la vez permite el bienestar social. Los individuos se preocupan por la búsqueda de trabajo que permita desarrollar sus capacidades para sentirse útiles a la sociedad, pero las condiciones psicosociales pueden generar alteraciones en la salud mental produciendo baja productividad en el trabajo.

El Doctor Marcelo Trucco, médico del hospital del trabajador, en su artículo “El estrés y la salud mental en el trabajo”, dice que las características personales de los trabajadores son un factor determinante para generar un trastorno mental y agrega “a la relación entre aquellos factores propios del trabajo y la salud se debe agregar aquella que se produce entre el trabajo y la vida personal, familiar y social del trabajador, así como aquella entre el ambiente y las vulnerabilidades psicológicas y genéticas de cada individuo.”

En personas mentalmente sanas, las emociones no la alteran, acepta fácilmente una decepción y puede adaptarse a nuevas situaciones, de igual forma conoce sus limitaciones, luchan para superarlas sin enojarse ante el fracaso.

Para Beatriz Galdámez dice “una persona normal que en un momento determinado se siente insatisfecha con su rol en el medio laboral, puede pensar positivamente y tomar determinaciones para mejorar su condición, lo que no sucede con una persona con antecedentes de depresión, alteraciones de la personalidad u otro tipo de enfermedad mental.”

En el caso de las enfermedades mentales, las cuales tienen como base el estrés, el diagnóstico es complejo y decir que el trabajo es el causante del trastorno es difícil. Patricia Barcelò dice “el estrés ocupacional no tiene una causa determinada es multicausal”.

## 7.2.5 Salud Crónica y Trabajo.

La prueba de Pearson para Salud Crónica y Trabajo revela una relación de dependencia significativa (Test exacto de Pearson:  $p = 0,003$ ) entre la Salud Crónica de los Adultos y el Trabajo.

El 16,7%, 77,8%, y 5,6% de los Adultos **ACTIVOS** presentan Salud Crónica de Artritis, Hipertensión e Hipertensión – Enfermedad Pulmonar, frente al 0,0%, 8,3% y 16,7% de Adultos **INACTIVOS**, con estas enfermedades crónicas.

El 16.7% de los Adultos **INACTIVOS**, están relacionados con las enfermedades crónicas Artritis – Hipertensión; el 8,3% de estos Adultos No activos están relacionados con las enfermedades crónicas Bajo Peso e Hipertensión, Obesidad, Bajo Peso – Hipertensión y enfermedad pulmonar, así como Hipertensión y enfermedades coronarias, frente al 0,0% de Adultos Activos con estas patologías.

El Estado de Salud Crónica de los Adultos Mayores, depende en un 29,1% del Estado de Actividad o Inactividad de ellos. Tablas 9 y 10.

Tabla 9. Cuadro de Contingencia Salud Crónica y Trabajo.

			TRABAJO		Total
			ACTIVO	NO ACTIVO	
<b>S. CRONICA</b>	ARTRITIS	Recuento	3	0	3
		% dentro de TRABAJO	16,7%	0,0%	10,0%
	HIPERTENSION	Recuento	14	1	15
		% dentro de TRABAJO	77,8%	8,3%	50,0%
	ARTRITIS - HIPERTENSION	Recuento	0	2	2
		% dentro de TRABAJO	0,0%	16,7%	6,7%
	B. Peso - Hipertensión	Recuento	0	1	1
		% dentro de TRABAJO	0,0%	8,3%	3,3%
	Obesidad	Recuento	0	1	1
		% dentro de TRABAJO	0,0%	8,3%	3,3%
	BPeso - Hipertenso – Epulmonar	Recuento	0	1	1
		% dentro de TRABAJO	0,0%	8,3%	3,3%
	Hipertension - ECoronaria	Recuento	0	1	1
		% dentro de TRABAJO	0,0%	8,3%	3,3%
	Hipertension - EPulmonar	Recuento	1	2	3
		% dentro de TRABAJO	5,6%	16,7%	10,0%
Sin Enfermedad	Recuento	0	3	3	
	% dentro de TRABAJO	0,0%	25,0%	10,0%	
Total	Recuento	18	12	30	
	% dentro de TRABAJO	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 10. Pruebas de Chi-Cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,333 <sup>a</sup>	8	,003
Razón de verosimilitudes	29,214	8	,000
Asociación lineal por lineal	14,308	1	,000
N de casos válidos	30		

a. 16 casillas (88,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,40.

Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) es un problema muy alto a nivel mundial. Estas enfermedades se deben a los cambios que han experimentado la mayoría de los países, quedando como resultado las enfermedades infecciosas. Hay muchos factores de riesgo en la evolución de estas enfermedades, entre ellos están: los estilos de vida, hábitos y costumbres de la modernización como el sedentarismo, dietas inadecuadas, estrés, tabaquismo, consumo de alcohol y drogas.

El comportamiento como el estilo de vida son determinantes en la salud de una persona. Las investigaciones realizadas en México sostienen que, no existen enfermedades propias de los ancianos, pero las más frecuentes en esta etapa son las degenerativas, infecciosas, auto inmunitarias y atrogénicas y traumáticas.

Existen factores bien identificados que determinan la salud en la vejez: el sexo y la pobreza; en cuanto al sexo, la mujer lleva el peor estado de salud que el hombre. Referente a la pobreza, las personas que durante toda su vida fueron pobres y continúan siéndolo, enfrentan en la ancianidad un estado de salud deteriorado, debido a las carencias que han enfrentado a lo largo de su vida. Un estudio Chileno reveló que el 47.5% de los ancianos padecen una enfermedad crónica, siendo el 51.9% las mujeres y un 41.3% los varones; de igual forma en Extremadura (España), hizo un trabajo con 960 ancianos, encontraron que el número promedio fue de 2.5 que sufrían de enfermedades crónicas, sobresaliendo la hipertensión arterial y la artrosis; en ese mismo país hecho un con 217 ancianos, encontraron una media de 1.8 que las enfermedades crónicas van aumentando con la edad, las principales son: hipertensión arterial 40%, osteoarticulares 24%, cardiopatías 18.4%, cataratas- glaucoma 16.5% y diabetes mellitus 14.3% y en general afirman que a partir de los 65 años el 70% de la población tienen una enfermedad crónica y un 30% tienen dos o más enfermedades crónicas

### 7.2.6 Salud y Edad.

Cuando se aplico la prueba de Correlación de Pearson a la Salud como Variable Dependiente de la Edad de los adultos mayores se estimó una relación de

dependencia significativa (Test exacto de Pearson:  $p = 0,003$ ) entre la Edad de los Adultos y la Salud de los Mayores.

Hay un 100% de Adultos entre 60 a 64 años con Buena Salud, frente al 57,1% de Adultos con edad de 65 a 75 años con Buena Salud y mayores de 75 años con buena Salud (8,3%). Los adultos con Pobre Salud, tienen edad por encima de los 75 años (41.7%).

El Estado de Salud de los Adultos Mayores, depende en un 33,2% de la Edad de la población de estudio. Tablas 11 y 12.

Tabla 11. Cuadro de Contingencia Salud y Edad.

		EDAD			Total	
		60 -64 AÑOS	65-75 AÑOS	75 AÑOS		
SALUD	BUENA	Recuento	4	8	1	13
		% dentro de EDAD	100,0%	57,1%	8,3%	43,3%
	REGULAR	Recuento	0	6	6	12
		% dentro de EDAD	0,0%	42,9%	50,0%	40,0%
	POBRE	Recuento	0	0	5	5
		% dentro de EDAD	0,0%	0,0%	41,7%	16,7%
Total	Recuento	4	14	12	30	
	% dentro de EDAD	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 12. Pruebas de Chi-Cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,401 <sup>a</sup>	4	,003
Razón de verosimilitudes	20,487	4	,000
Asociación lineal por lineal	13,535	1	,000
N de casos válidos	30		

a. 6 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,67.

El lograr que la gente viva mucha más de los 60 años, sería que la humanidad dispusiera de buena calidad de vida, un bienestar social y económico, disfrutar de un ambiente ecológico sano y estable, una educación de buena formación en el individuo, realizar programas preventivos de salud, se puede lograr una esperanza de vida más, pero difícil para todos y especialmente por el conflicto que se presenta de las sociedades humana y el sistema de producción social son los peores riesgos para la salud y la vida de los seres humanos como: ecológicos, biológicos, mentales, genéticos y ambientales.

El Doctor H. Mahler se expresaba a la Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra ¿" qué hacer para abrir los ojos a todo el mundo sobre el estado escandaloso de la salud de la humanidad y sobre las inmensas posibilidades que existen para remediar esta situación que es eminentemente educativa?... las necesidades sociales y de salud han llegado a un límite de insatisfacción intolerable, tanto en los países desarrollados como en los menos desarrollados." Como resultado ha

sido la detención de la baja mortalidad en todo el mundo y declarar la deficiencia de la OMS frente a la actualidad.

Entre las posibilidades de acción a esta grave situación humana, se presenta tres posibles caminos:

1. La educación fundada en el conocimiento del *Homo sapiens sapiens* y de sus sociedades.
2. Conocimiento de la genética humana y de la intervención en el ciclo vital.
3. Identificar en cada ambiente de vida social, los riesgos que existen y que se están produciendo constantemente en el ambiente en que se vive como el ambiente ecológico o el ambiente socio cultural.

La mayoría de los países cree, que la lucha por un envejecimiento sano y autónomo debe comenzar desde el nacimiento mediante una educación sobre el conocimiento biológico mental del hombre, proceso ecológico, alimentación, gimnasia permanente, educación para la salud y prevención de riesgos ambientales y sociales, no hay que olvidar que el envejecimiento comienza alrededor de los 25 y 30 años y dura toda una vida, de ahí, una lucha por una longevidad sana y activa, debe comenzar en la familia y en la escuela extendiéndose a la medicina clínica que es más curativa que preventiva.

El Banco Mundial en 1984, arrojó una estadística que, entre 1960 y 1982, la esperanza de vida al nacer creció en los países más industrializados, de 68 años a 71 años los hombres y 73 a 78 años las mujeres; en los países no industrializados el aumento ha sido de 42 a 58 años los hombres y 41 a 60 años mujeres.

En el siglo XX las muchas guerras, el desarrollo de la crisis económica, la industrialización excesiva y sin control, el progreso científico y tecnológico se ha vuelto en contra del hombre y se podría explicar las variaciones demográficas en las sociedades humanas.

En el siglo pasado, el Francés Buffon, pensó que la duración de la vida humana individual equivaldría a los años del desarrollo de nuestro organismo y crecimiento.

Brody (1984) sostuvo, que la esperanza máxima de vida humana podría oscilar entre 115 y 140 años (hipótesis sin prueba).

La tarea de definir el tiempo exacto de ancianidad no es fácil ejemplo: en el Reino Unido, la población anciana es aquella mayor de 80 años. La OMS, en sus estadísticas presenta por grupos de edades y los ancianos son los mayores de 65 años y la OPS, los considera a partir de los 60 años, y siendo presidente Cesar Gaviria Trujillo, el concepto de anciano era la población mayor de 55 años siendo un grave problema social y laboral.

Según la definición médica y geriátrica del llamado “paciente geriátrico”, está incluye la presencia de múltiples enfermedades crónicas que llevan a la incapacidad, al consumo de múltiples medicamentos y riesgo social. Claro está que se puede cumplir una contextualización y orientación médica de enfermedad, pero de ninguna manera se define al anciano en su verdadera dimensión.

Hay que entender hoy, que en el proceso de envejecimiento humano, interviene los genes, estos controlan la longevidad, el medio ambiente ecológico en que se vive, el ambiente social y cultural en el que se desarrolla el ser humano, un papel importante juega el modo de vida individual y colectivo, el conocimiento del organismo humano y sus necesidades, tener presente la alimentación, ejercicios, riesgos existentes para lograr una vida sana y prolongada,

Demócrito (siglo V antes de Cristo) dice “el bienestar no consiste en la posición de tierras, animales y otras riquezas; es la salud el asiento real del bienestar humano”

### 7.2.7 Salud Mental y Edad.

La salud mental de los Adultos mayores aplicada la prueba de Correlación de Pearson concluye que hay una relación de dependencia significativa (Test exacto de Pearson:  $p = 0,000$ ) entre la Edad de los Adultos y la Salud Mental de los Mayores.

Hay un 100% de Adultos entre 60 a 64 años con Depresión, frente al 57,1% de Adultos con edad de 65 a 75 años con Salud Depresiva y mayores de 75 años sin Depresión. Los adultos sin Depresión se encuentran en las edades de 65 a 75 y mayores a 75 años, con porcentajes de 42,9% y 100,0% respectivamente.

El Estado de Salud Depresivo y No Depresivo de los Adultos Mayores, depende en un 52,6% de la Edad en la población de estudio. Tablas 13 y 14.

Tabla 13. Cuadro de Contingencia Salud Mental y Edad.

			EDAD			Total
			60 -64 AÑOS	65-75 AÑOS	75 AÑOS	
S. MENTAL	DEPRESIVO	Recuento	4	8	0	12
		% dentro de EDAD	100,0%	57,1%	0,0%	40,0%
	NO DEPRESIVO	Recuento	0	6	12	18
		% dentro de EDAD	0,0%	42,9%	100,0%	60,0%
Total		Recuento	4	14	12	30
		% dentro de EDAD	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 14. Pruebas de Chi-Cuadrado

	Valor	Gf	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,714 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitudes	21,259	2	,000
Asociación lineal por lineal	15,058	1	,000
N de casos válidos	30		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,60.

Se entiende por salud mental el equilibrio y armonía del mundo interior, la relación entre pensamiento y actitudes, la forma de entender el sentido de la vida de acuerdo con sus experiencias, afectos y la interrelación personal con el contexto.

La salud mental es un bienestar subjetivo en la persona, cuyo componente emocional permite equilibrar los efectos positivos y los negativos, dando como resultado satisfacción con la vida, efecto positivo y niveles bajos de afecto negativo, los cuales se relacionan estrechamente. La satisfacción con la vida se puede dividir en varios factores como satisfacción con el matrimonio, con los amigos, el trabajo, la vocación religiosa etc.

Hay patrones que intervienen en el bienestar emocional; según Rosseau (1984) dice que las fuentes de la felicidad emocional es el dinero, tener una buena cuenta bancaria, tener una buena cocina y tener una buena digestión.

Para muchos lo económico es felicidad, pero existe evidencia que aumentar los ingresos en un país, la gente no se siente más feliz; el dinero es proporcional a la felicidad, en tanto, en cuanto sirve para cubrir necesidades primarias, pero deja de servir cuando estas necesidades son solventadas. El dinero es importante cuando se transforma para lograr fines del individuo, pero en si, no es un predictor muy seguro de la felicidad.

Beltrán Russell (1978) en su libro “La conquista de la Felicidad” afirma: “no niego que el dinero, hasta cierto punto, sea capaz de aumentar la felicidad; más allá de cierto punto, no lo creo así”.

Según Thoreau ( 2006.Portal de Adultos Mayores), la felicidad es un producto de la actividad, puesto que lograr una meta proporciona mayor felicidad; mantenerse activo en la vejez es uno de los factores que mejor explica el bienestar subjetivo, porque da satisfacción a la vida, es positiva para la salud física, la salud mental, la percepción del envejecimiento y las buenas relaciones sociales.

Las relaciones sociales son una fuente de bienestar subjetivo; están asociadas con la salud mental y física, es necesario tener con quien compartir problemas y alegrías. El ser humano necesita de la protección, apoyo, comprensión y compañía de los demás; es, en el trabajo donde se encuentra la satisfacción más

grande, el de compartir con los demás, es aquí donde, permanece la gente ocupada y tiene lo económico.

Erikson (1997) dice que, cuando el adulto llega a la etapa final de la vida, su trabajo es el de contemplar su vida en conjunto y con coherencia, acepta su propia vida, tal como la han vivido y creen que vivieron bien de acuerdo al tiempo y sus circunstancias, y el éxito es ser integral en su ego y ser integral es haber luchado contra la desesperación, es poseer la fuerza propia de su edad, que es la sabiduría, que le permite aceptar las limitaciones. Para Erikson, la tercera edad es un periodo productivo y más creativo que en el pasado, además la edad adulta tardía es una época para jugar, recordar la niñez; aunque el tiempo para la procreación ha pasado, pero para la creación y la diversión no, aunque las funciones del cuerpo se debilita y la sexualidad disminuye, pero las personas puede disfrutar de una experiencia enriquecida, corporal y mentalmente.

La teoría Jung (1960) narra que, vio a las personas mayores, cómo se esforzaban para desarrollarse así mismo; se daba cuenta que cada género trataba de expresar rasgos asociados con el otro; decía que esta tendencia apareció por primera vez en la mitad de la vida y se dio cuenta que en la expresión del potencial de género que estaba oculto aumentaba en la tercera edad, donde los hombres expresaban su feminidad y las mujeres su masculinidad.

En opinión de Jean Piaget 1972, la madurez del pensamiento es la capacidad de combinar lo objetivo (elementos lógicos o racionales) con lo subjetivo (elementos concretos o elementos basados en la experiencia personal).

La madurez de pensamiento o pensamiento post –formal, se basa en la subjetividad y la intuición. Los pensadores maduros personalizan su razonamiento y emplean la experiencia en las situaciones ambiguas.

### **7.2.8 Salud Crónica y Edad.**

El análisis de Correlación de Pearson para estas variables, demuestra una relación de dependencia significativa (Test exacto de Pearson:  $p = 0,000$ ) entre la Edad de los Adultos y la Salud Crónica de los Mayores.

Los Adultos entre 60 a 64 presentan Artritis (75%), frente a los Adultos con edad de 65 hasta mayores a 75 años. La Hipertensión como Enfermedad crónica caracteriza a los Adultos entre 65 a 75 años (92, 9%) y en menor medida en ancianos de edades de 60 a 64 (25%) y mayores a 75 años (8,3%).

En Adultos mayores a 75 años, prevalecen las enfermedades Hipertensión y afecciones pulmonares (25%). Igualmente el 25% de estos adultos no presentan enfermedades crónicas en las muestras evaluadas.

El Estado de Salud Crónica de los Adultos Mayores, depende en un 42,06% de la Edad en la población de estudio. Tablas 15 y 16.

Tabla 15. Cuadro de contingencia Salud Crónica y Edad.

		EDAD			Total	
		60-64 AÑOS	65-75 AÑOS	75 AÑOS		
<b>SALUD CRONICA</b>	ARTRITIS	Recuento	3	0	0	3
		% dentro de EDAD	75,0%	0,0%	0,0%	10,0%
	HIPERTENSION	Recuento	1	13	1	15
		% dentro de EDAD	25,0%	92,9%	8,3%	50,0%
	ARTRITIS – HIPERTENSION	Recuento	0	1	1	2
		% dentro de EDAD	0,0%	7,1%	8,3%	6,7%
	Bajo Peso – Hipertension	Recuento	0	0	1	1
		% dentro de EDAD	0,0%	0,0%	8,3%	3,3%
	Obesidad	Recuento	0	0	1	1
		% dentro de EDAD	0,0%	0,0%	8,3%	3,3%
	Bajo Peso - Hipertenso – Epulmonar	Recuento	0	0	1	1
		% dentro de EDAD	0,0%	0,0%	8,3%	3,3%
	Hipertension - ECoronaria	Recuento	0	0	1	1
		% dentro de EDAD	0,0%	0,0%	8,3%	3,3%
	Hipertension - EPulmonar	Recuento	0	0	3	3
		% dentro de EDAD	0,0%	0,0%	25,0%	10,0%
	Sin Enfermedad	Recuento	0	0	3	3
	% dentro de EDAD	0,0%	0,0%	25,0%	10,0%	
Total	Recuento	4	14	12	30	
	% dentro de EDAD	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 16. Pruebas de Chi-Cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	44,631 <sup>a</sup>	16	,000
Razón de verosimilitudes	42,125	16	,000
Asociación lineal por lineal	17,381	1	,000
N de casos válidos	30		

a. 25 casillas (92,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,13.  
Medidas direccionales

Los estilos de vida nocivos son factores de riesgo con tendencia a sufrir un mayor número de enfermedades ejemplo: adicción a las drogas, alcohol, hábitos alimenticios inadecuados, falta de ejercicios, una, no adecuada planificación familiar, problemas de estrés, sedentarismo.

La salud depende de los hábitos y costumbres cotidianas, la manera de alimentarse, los hábitos de higiene, las prácticas deportivas, el ambiente familiar, las prácticas sexuales, todo esto influye en la calidad de vida para una vejez feliz.

Enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración, crónico viene del griego chronos, que significa tiempo. La alimentación es el fundamento de la salud y la enfermedad; el consumo indiscriminado de alimentos permite que el organismo sufra estrés de sustancias buenas para la salud, pero consumidas en exceso, son las causa de graves enfermedades ejemplo el elevado consumo de sal lleva al individuo a elevar el nivel de presión arterial, la sal estimula el apetito y la persona consume cantidad de alimentos, aumenta el peso llevándolo a la obesidad, con esta se presenta el riesgo de la diabetes mellitas por el consumo desmedido o indebido de carbohidratos.

Cuando se consumen alimentos de fácil preparación como los fritos, se aumenta los niveles de colesterol y triglicéridos en la sangre; al utilizar con frecuencia grasa saturada, aceites quemados, manteca de origen animal, grasas hidrogenadas aumenta el colesterol y triglicérido en la sangre causando la dislipidemia. El consumo bajo de fibra, enlatados y ahumados, el consumo bajo de vitamina c, aumenta significativamente la incidencia de cáncer gástrico.

Las enfermedades más comunes en esta etapa de la vida son: artritis, la hipertensión y los problemas cardiovasculares y pulmonares.

La Artritis es un enfermedad sistémica como trastorno inflamatorio de las articulaciones caracterizado por dolor e hinchazón; causada por el sistema inmunitario el cual ataca las células del propio organismo; el mismo sistema inmunitario se convierte en agresor; la primera descripción reconocida de la enfermedad fue hecha en 1800 por Augustin Jacob Landré-Beauvais (1772-1840) de París.

La Hipertensión es un trastorno muy frecuente, a menudo asintomático, caracterizado por la elevación mantenida de la tensión arterial, por encima de 140/90 mmHg; está enfermedad afecta a personas de todas las edades, de uno u otro sexo y de todos los grupos étnicos. En esta enfermedad, la presión de la sangre permanece alta la mayor parte del tiempo, de día y de noche, en el descanso y en la actividad; es un factor de riesgo de contraer otras enfermedades; produce daño al corazón, a los riñones al cerebro y a los vasos sanguíneos.

El Bajo peso como trastorno se debe al deterioro de la calidad de vida, muchos tienen desnutrición concomitante a la pérdida de peso, se pierde masa magra, proteínas viscerales y alteraciones en las funciones fisiológicas.

La masa magra disminuye a una velocidad de 0,3 kg por año después de los 30 años y al mismo tiempo aumenta la masa grasa, que dura hasta los 70 años, por lo tanto el peso disminuye a partir de los 70 años de 0,1 – 0,2 kg/año.

La pérdida de peso ocurre en periodos cortos, relacionados con enfermedades agudas en forma indolente relacionada a cuadros crónicos ejemplo el cáncer es la causa más frecuente de pérdida de peso involuntaria que representaría el 30% de

los casos; la depresión es otro factor que azota al anciano en la pérdida de peso; el duelo, el alcoholismo; los pacientes con demencia tiene trastornos nutricionales por lo tanto lleva a la pérdida de peso; los fármacos, los trastornos gastrointestinales son la causa gástrica mas no maligna de pérdida de peso involuntaria; los trastornos dentales y los pacientes con insuficiencia cardiaca tiene pérdida de peso.

La obesidad se caracteriza por el aumento anormal en la proporción de células grasas en el tejido subcutáneo del organismo. La obesidad endógena es producida por difusión de los sistemas endocrina o metabólica y por su parte la obesidad exógena ocurre debido a una indigesta calórica superior a la necesaria para cubrir necesidades metabólicas del organismo.

Según Hipócrates las personas obesas fallecen más bien por enfermedades agudas y sofocaciones, y a menudo mueren repentinamente, lo que no sucede casi nunca con las personas delgadas.

La diabetes como trastorno metabólico, ocurre por carencia de insulina, la falta de esta, que se traduce en una elevada concentración de azúcar en la sangre. En la diabetes tipo I llamada diabetes insulina - dependiente, la persona debe inyectarse insulina diariamente para suplir esta deficiencia; la diabetes tipo II, llamada diabetes no insulina – dependiente, esta produce insulina pero en cantidades no suficiente. Las personas pueden controlar su enfermedad con la medicina, dieta, adquiriendo hábitos saludables, haciendo ejercicios, control de peso, cuidados de la piel y de los pies, control del estrés; la diabetes de tipo II es el más común en el adulto mayor.

La enfermedad pulmonar como la obstrucción persistente de las vías respiratorias se presenta como Enfisema y Bronquitis Crónica; el enfisema es un ensanchamiento de los alveolos y la destrucción de sus paredes. Por su parte, la bronquitis crónica, se manifiesta en forma de tos crónica persistente, produciendo esputo, por dilatación de las glándulas bronquiales, provocando una secreción excesiva de mucosidad, las dos enfermedades pueden presentarse a la vez, o una de ellas provoca la otra. Cuando hay enfisema las paredes alveolares están destruidas y los bronquios pierden su apoyo estructural colapsan al respirar. En el enfisema la reducción del flujo del aire es permanente. Los afectados por la enfermedad pulmonar obstructiva crónica están en riesgo de desarrollar un cáncer de pulmón y de enfermedades cardiacas.

La enfermedad coronaria ocupa un lugar central en la salud particularmente en los ancianos que son mayores pasan de 65 años. Esta enfermedad es la principal causa de morbilidad y muerte. Con el envejecimiento se produce una serie de cambios en el funcionamiento del corazón y las arterias, estas se vuelven gruesas y rápidas con los años, produciendo presión arterial.

El Cáncer es la enfermedad causada por el crecimiento anormal de las células, afecta a personas de cualquier edad, pero es más crónica en los ancianos. Hay muchos factores que incrementan el riesgo de tener cáncer ejemplo: por herencia el cáncer de mama, uterino en la mujer y el de próstata en el hombre.

Si se detecta a tiempo es fácil su tratamiento; aquí es importante que los adultos mayores tengan presente los siguientes síntomas: cambios en los hábitos para orinar y defecar, llagas que no cicatrizan, Sangrado inusual, Engrosamiento en las mamas o cualquier parte del cuerpo, Cambios en verrugas o lunares, Toser continuamente o padecer de ronquera y Cambios en el peso, especialmente pérdida de el.

## 8. CONCLUSIONES

1. El Grupo de evaluación, esta conformado por 18 mujeres (60%) y 12 hombres (40%), repartidos en mayor porcentaje entre 65 y 75 años; Entre hombres y mujeres del estudio, el nivel de escolaridad Primaria prevalece al igual que el estado civil DSV (Divorciado, Soltero y/o Viudo).
2. Los adultos mayores del grupo en un amplio porcentaje realizan algún tipo de actividad; el estado de ocio se presenta por razones prioritariamente de morbilidad y dependencia total de sus familiares.
3. En proporciones muy cercanas la población de estudio, ostentan un estado de salud definido como buena y regular; en virtud de las condiciones generales de privación al acceso de las mínimas expresiones de calidad de vida. La salud mental de los Adultos Mayores del Grupo, revelan un estado depresivo en menor proporción en relación al estado No Depresivo. La salud crónica de los adultos, esta caracterizada por el predominio de la Hipertensión, seguido de la Artritis y la combinación de éstos dos últimos padecimientos.
4. La incapacidad de los Adultos es alta entre sus miembros, tipificada en el estado de AVD (Actividades de Vida Diaria). La atención de los adultos en sus actividades de cotidianidad son custodiadas en mayor e igual porcentaje por su pareja y personas diferentes a esta última; finalmente, estas actividades las realizan solos, situación preocupante dadas las condiciones de morbilidad y edad de los ancianos. El estado cognitivo tipificado como "Muy Leve", representa el mayor porcentaje, seguido de "Leve" y Moderado.
5. No existe relación de dependencia entre la Salud de los Adultos (Buena, Regular y Pobre) y el Género al que pertenecen, de igual forma la Salud Crónica y Mental; así entonces, la morbilidad la experimentan en igual medida mujeres y hombres.
6. El buen estado de salud de los adultos mayores depende del grado actividad que desarrollen.
7. El estado de Salud Mental Depresivo representa un alto porcentaje de adultos mayores que realizan un trabajo (Activos).
8. los Adultos ACTIVOS presentan Salud Crónica de Artritis, Hipertensión e Hipertensión – Enfermedad Pulmonar, frente a Adultos INACTIVOS, con patologías crónicas como Bajo Peso e Hipertensión, Obesidad, Bajo Peso – Hipertensión y enfermedad pulmonar, así como Hipertensión y enfermedades coronarias.

9. La calidad de Salud de los Adultos Mayores decrece en la medida que la edad de los ancianos aumenta (75 años).
10. Los Adultos más jóvenes, entre 60 a 75 años ostentan Salud Mental Depresiva, frente a los Adultos mayores a 75 años No Depresivos (100%).
11. La enfermedad crónica con mayor porcentaje de prevalencia es la hipertensión, la cual aparece en adultos entre 65 y 75 años. La artritis constituye la segunda enfermedad que caracteriza a los ancianos de esta población, haciendo aparición en los adultos entre 60 y 64 años.

## 9. RECOMENDACIONES

\*Así, como el grupo Edad Dorada del Municipio de La Florida, ha logrado caracterizar el estado de salud por medio de la Encuesta SABE, se lo realice con los demás grupos activos de cada corregimiento del mismo municipio.

\*Elaborar planes y programas de intervención para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores del municipio.

\*El municipio debe abrir un espacio al gerontólogo, para trabajar con las familia, con la escuela y colegio sobre el proceso de envejecimiento en la persona humana.

\*Que todos los médicos a nivel municipal deben prestar la mayor atención a los ancianos, cuando estos se quejan de mala salud, ya sea física y mental, puesto que hay algunas enfermedades crónicas que se pueden prevenir antes que intentar curarlas.

## BIBLIOGRAFIA

Artiles, V. Leticia. "Género y Salud. Historia y actualidades. Citado en Selección de lecturas de Género, págs 203-254, 2000.

ABELLÀN, A. Percepción del Estado de Salud. Revista Multidisciplinar de gerontología, 13 (5). Pp 340 -342. 2003

ARBER, S. y GINN, J. Relación entre Género y Envejecimiento. Enfoque sociológico. Madrid. Narcea. 1996.

BENGTSON, V, ROSENTHAL, C Y BURTON, L. Families and aging. Diversity and heterogeneity. San Diego: Academic Press.1990

BOTELLA, Josè. Los Ancianos con Enfermedades en la Fase Terminal. Madrid.1998

BUENDIA, José. Gerontología y Salud Perspectivas Actuales. Editorial Biblioteca Nueva, S.L, 1997.

BUZ, J; MAYORAL, P; BUENO, B y VEGA. J.L. Factores sociales del bienestar subjetivo en la vejez. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 39 (3).Pp. 38 -45. 2004.

BRODY, J. El envejecimiento de la población. El País, artículo. 17 de diciembre. 1984.

DIRECCIÒN, Local de Salud. Perfil Epidemiològico. La Florida 2011

EL, Abedul.Ley 1251. Diario Oficial 47186.Noviembre 27 de 2008.

ELFENBEIN, Pamela y HOUBEN Ligia. Guías de Programas para Adultos Mayores.

ERIKSON, E. H. El ciclo vital completado. Barcelona. Paidós .2ª edición, original. Nueva York. 1997.

FREIXAS, A. Mujer y Envejecimiento: Aspectos Psicosociales. Barcelona. vFundación La Caixa. 1993

GOBIERNO, Canaria Consejería de Sanidad y Consumo. Guía de Actuación en la Personas Mayores en Atención Primaria. Segunda Edición. Febrero 2002

MAHLER, H. Entrevista. Boletín de la OMS. Octubre 2008, 86 (10), páginas 745-746..

LEHR, Ursula. Psicología de la Senectud Proceso y Aprendizaje del Envejecimiento. Editorial Herder S.A Barcelona, 1980.

MINISTERIO, De La Protección Social. Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007 – 2019. República de Colombia Diciembre 2007.

PALLONI, Alberto y PELAEZ, Martha. Encuesta Sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento. 2005

PEREZ, Ortiz Lourdes. Jubilación, Género y Envejecimiento. Universidad Autónoma de Madrid. 2003

PIAGET, J. Intellectual evolution from adolescence to adulthood. Human Development, 15, 1-12. 1972

PINAZO HERNANDIS, Sacramento y SANCHEZ MARTINEZ, Mariano. Gerontología Actualización, Innovación y Propuestas. Pesaron Educación, S.A. Madrid España. 2005.

RODRIGUEZ, J.A. Envejecimiento y Familia. Madrid. CIS. 1994.

RUSSEL, B. La conquista de la felicidad. Espasa Calpe. Madrid. (1978)

THOMAS, H. Personalidad y Envejecimiento. Revista Latinoamericana de Psicología. 1982

WARNER, Schaie K y WILLIS, Sherry L. Psicología de la Edad Adulta y la Vejez. Pearson Educación, S.A. Madrid, 2003.

ZAMARRÓN CASSINELLE, María Dolores (2006). “El bienestar subjetivo en la vejez”. Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 52. Lecciones de Gerontología, II [Fecha de publicación: 09/06/2006].

[www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/zamarron-bienestar-01.pdf](http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/zamarron-bienestar-01.pdf)

[www.medicinageriatrica.com.ar/viewnecos.php?](http://www.medicinageriatrica.com.ar/viewnecos.php?)

[www.ultadelia.com/.../en-adultos-mayores-tener-bajo-peso-aumentaria](http://www.ultadelia.com/.../en-adultos-mayores-tener-bajo-peso-aumentaria)

[www.saludalia.com/starmedia/tu\\_salud/doc/anciano/doc/doc\\_cancer\\_anciano.htm](http://www.saludalia.com/starmedia/tu_salud/doc/anciano/doc/doc_cancer_anciano.htm)  
- Índice

[www.cienciaytrabajo](http://www.cienciaytrabajo) | AÑO 6 | NÚMERO 14 | OCTUBRE/DICIEMBRE 2004 |



## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA FACULTAD DE EDUCACIÓN PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA

Encuesta realizada a los Adultos Mayores del Grupo “Edad Dorada”, del Municipio de La Florida Nariño, con el fin de conocer su estado de Salud, Bienestar y Envejecimiento.

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

Lugar: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

#### GRADO DE ESCOLARIDAD

1. Sin Educación \_\_\_\_\_
2. Primaria \_\_\_\_\_
3. Secundaria o más \_\_\_\_\_

#### ESTADO MARITAL

1. Nunca casado \_\_\_\_\_
2. En Unión \_\_\_\_\_
3. Divorciado, separado, viudo \_\_\_\_\_

#### FUERZA DE TRABAJO

1. Activo \_\_\_\_\_

#### CONDICIONES DE SALUD AUTOREPORTADAS

1. Muy Buena \_\_\_\_\_
2. Buena \_\_\_\_\_
3. Regular \_\_\_\_\_
4. Pobre \_\_\_\_\_

#### SALUD MENTAL

1. Depresivo
2. Deterioro Cognitivo

#### CONDICIONES CRÓNICAS DE SALUD

1. Bajo Peso \_\_\_\_\_
2. Obeso \_\_\_\_\_
3. Artritis \_\_\_\_\_
4. Hipertensión \_\_\_\_\_
5. Diabetes \_\_\_\_\_
6. Cáncer \_\_\_\_\_
7. Enfermedades Pulmonares \_\_\_\_\_
8. Enfermedades del Corazón \_\_\_\_\_

#### INCAPACIDAD

1. AVD (1 o más)
2. AIVD (1 o más)

## **ARREGLO DOMICILIARIO**

1. Solo \_\_\_\_\_
2. Con pareja \_\_\_\_\_
3. Con otras personas \_\_\_\_\_

ANEXO 2  
**ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. ¿Está satisfecho con su vida?	<b>0</b>	<b>1</b>
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	<b>1</b>	<b>0</b>
3. ¿Nota que su vida está vacía?	<b>1</b>	<b>0</b>
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	<b>1</b>	<b>0</b>
5. ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	<b>0</b>	<b>1</b>
6. ¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	<b>1</b>	<b>0</b>
7. Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	<b>0</b>	<b>1</b>
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?	<b>1</b>	<b>0</b>
9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	<b>1</b>	<b>0</b>
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	<b>1</b>	<b>0</b>
11. ¿Cree que vivir es maravilloso?	<b>0</b>	<b>1</b>
12. ¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	<b>1</b>	<b>0</b>
13. ¿Se encuentra lleno/a de energía?	<b>0</b>	<b>1</b>
14. ¿Cree que su situación es desesperada?	<b>1</b>	<b>0</b>
15. ¿Cree que los otros están mejor que Ud.?	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL</b>		



ANEXO 4  
INDICE DE BARTHEL

		<b>Puntos</b>
<b>Comer</b>	Totalmente independiente	<b>10</b>
	Necesita ayuda para la carne, pan, extendedor de mantequilla etc.	<b>5</b>
	Dependiente	<b>0</b>
<b>Lavarse</b>	Independiente, entra y sale solo del baño.	<b>5</b>
	Dependiente	<b>0</b>
<b>Vestirse</b>	Independiente, capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos.	<b>10</b>
	Necesita ayuda	<b>5</b>
	Dependiente	<b>0</b>
<b>Arreglarse</b>	Independiente para lavarse la cara, las manos, los dientes, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	<b>5</b>
	Dependiente	<b>0</b>
<b>Deposiciones</b>	Continente	<b>10</b>
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas.	<b>5</b>
	Incontinente	<b>0</b>
<b>Micción</b>	Continente o es capaz de la sonda o colector	<b>10</b>
	Incontinente ocasional (máximo un episodio de incontinencia en 24 horas). Necesita ayuda para cuidar de la sonda o colector.	<b>5</b>
	Incontinente.	<b>0</b>
<b>Usar el retrete</b>	Independiente para ir al WC, usa cuña o el orinal. Se sienta y se levanta sin ayuda (aunque pueda usar barrera de apoyo), se limpia y se quita y pone la ropa sin ayuda.	<b>10</b>
	Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo	<b>5</b>
	Dependiente	<b>0</b>
<b>Trasladarse</b>	Independiente para ir del sillón a la cama. Si usa silla de rueda lo hace independiente.	<b>15</b>
	Mínima ayuda física o supervisión	<b>10</b>
	Gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado y sin ayuda.	<b>5</b>
		<b>0</b>
<b>Deambular</b>	Independiente, camina sin ayuda al menos 50 metros, aunque se ayuda de bastón, muletas, prótesis o andador sin ruedas.	<b>15</b>
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	<b>10</b>
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	<b>5</b>

	Dependiente.	<b>0</b>
<b>Escalones</b>	Independiente para subir y bajar escaleras sin ayuda o supervisión, aunque se ayuda de muletas o bastones o se apoya en la barandilla.	<b>10</b>
	Necesita ayuda física o supervisión	<b>5</b>
	Dependiente.	<b>0</b>

ANEXO 5  
**ESCALA DE LAWTON Y BRODY**

<b>ESCALA DE ACTIVIDAD INSTRUMENTAL DE LA VIDA DIARIA</b>	<b>PUNTOS</b>
<p><b>A. CAPACIDAD DE USAR EL TELÉFONO</b></p> <p>Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números            Es capaz de marcar bien algunos números conocidos.            Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar.            No utiliza el teléfono en absoluto</p>	<p><b>1</b></p> <p><b>1</b></p> <p><b>1</b></p> <p><b>0</b></p>
<p><b>B. IR DE COMPRAS</b></p> <p>Realiza todas las compras necesarias independientemente            Realiza independientemente pequeñas compras            Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra            Totalmente incapaz de comprar</p>	<p><b>1</b></p> <p><b>0</b></p> <p><b>0</b></p> <p><b>0</b></p>
<p><b>C. PREPARACIÓN DE LA COMIDA</b></p> <p>Organiza, prepara y sirve las comidas por si mismo/a adecuadamente            Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes.            Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada.            Necesita que le preparen y le sirvan las comidas</p>	<p><b>1</b></p> <p><b>0</b></p> <p><b>0</b></p> <p><b>0</b></p>
<p><b>D. CUIDADO DE LA CASA</b></p> <p>Mantiene la casa solo/a o con ayuda ocasional (para trabajos pesados).            Realiza tareas domésticas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas.            Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable.            Necesita ayuda en todas las labores de la casa.            No participa en ninguna labor de la casa</p>	<p><b>1</b></p> <p><b>1</b></p> <p><b>1</b></p> <p><b>0</b></p> <p><b>0</b></p>
<p><b>E. LAVADO DE LA CASA</b></p> <p>Lava por si mismo/a toda su ropa            Lava por sí mismo /a pequeñas prendas (medias etc.)            Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro.</p>	<p><b>1</b></p> <p><b>1</b></p> <p><b>0</b></p>
<p><b>F. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE</b></p> <p>Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche            Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte.            Viaja en un transporte público cuando va acompañado por otra</p>	<p><b>1</b></p> <p><b>1</b></p> <p><b>1</b></p>

<p>persona  Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros.  No viaja en absoluto.</p>	<p><b>0</b>  <b>0</b></p>
<p><b>G. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN</b>  Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas  Toma su medicación si se le prepara con anticipación y en dosis separadas  No es capaz de administrarse su medicación</p>	<p><b>1</b>  <b>0</b>  <b>0</b></p>
<p><b>H. MANEJO DE ASUNTOS ECONÓMICO</b>  Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesto, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco) recoge y conoce sus ingresos.  Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, ir al banco, ..  Incapaz de manejar dinero.</p>	<p><b>1</b>  <b>1</b>  <b>0</b></p>