

**CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA, FAMILIAR Y USO DEL TIEMPO
LIBRE DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO ÁREA
METROPOLITANA DE BUCARAMANGA 2002**

YOLANGELA EMILIA MEJIA SANTOS

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BUCARAMANGA**

2007

**CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA, FAMILIAR Y USO DEL TIEMPO
LIBRE DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO ÁREA
METROPOLITANA DE BUCARAMANGA 2002**

YOLANGELA EMILIA MEJIA SANTOS

**Proyecto de Grado presentado como requisito
para optar al Título de Trabajador(a) Social**

**Directora
ROSALBA RIVERA DE DUARTE
Trabajadora Social**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BUCARAMANGA**

2007

DEDICATORIA

A Dios, ser infinito y dador de sabiduría.

A mi mamita, que con su dedicación diaria y constante me enseñó con su vida que ésta es el fruto maravilloso del amor de Dios.

A mi Tío, por su apoyo y oportunidad.

A la Sra. Rosalba Rivera de Duarte, por su acompañamiento y constante apoyo incondicional.

Al grupo de Docentes de la Escuela de Trabajo Social por confiar en mi trabajo y dedicación.

AGRADECIMIENTOS

Expreso mis agradecimientos:

A Carlos Eduardo Torres, Trabajador social y orientador del proyecto, por su colaboración y confianza en mi trabajo.

A Rosalba Rivera de Duarte, Trabajadora social y directora investigativa, por su paciencia, confianza, apoyo y estímulo continuo.

A todos los profesores de la Escuela de Trabajo Social, por su confianza y apoyo.

A las Directivas de los Asilos del Área Metropolitana de Bucaramanga, por el apoyo al crecimiento investigativo.

A los Adultos Mayores Institucionalizados en los Asilos del Área Metropolitana de Bucaramanga, por permitirme entrar en su cotidianidad.

Al grupo de Investigación Social I, Segundo semestre 2002, por su apoyo en la consecución de la información.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	14
1. EL ADULTO MAYOR	18
1.1 ALGUNAS LÍNEAS CONCEPTUALES QUE SOPORTAN LA INVESTIGACIÓN	18
1.2 FASES EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO	19
1.3 FISIOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO	20
1.4 PSICOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO	22
1.5 EL ANCIANO Y SU RED FAMILIAR	24
1.6 AMIGOS Y VECINOS DEL ANCIANO - ASPECTO SOCIAL	26
1.7 EL ANCIANO Y LA INSTITUCIÓN	27
1.8 EL ANCIANO Y LOS ESTILOS DE VIDA	27
1.9 ENVEJECIMIENTO Y ESTRÉS	28
1.10 TRABAJO SOCIAL Y EL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO	29
1.11 MARCO LEGAL	30
1.11.1 Antecedentes internacionales	30
1.11.2 Antecedentes latinoamericanos	31
1.11.3 Antecedentes nacionales	31
1.11.4 Pertinencia de esta jurisprudencia para la investigación	37
1.12 MARCO INSTITUCIONAL	38
1.12.1 Asilo San Antonio	38

	Pág.
1.12.1.1 Ubicación institucional, misión y servicios	38
1.12.2 Asilo San Rafael	39
1.12.2.1 Ubicación, misión y visión	39
1.12.3 Asilo Nuestro Señor de los Milagros	40
1.12.3.1 Ubicación y reseña	40
1.12.4 Centro de bienestar del anciano Padre Carlos Gutiérrez Gómez	41
1.12.5 Asilo San Francisco Javier	42
1.12.5.1 Reseña histórica	42
1.12.6 Corporación Albeiro Vargas y Ángeles Custodios	42
1.12.6.1 Reseña	42
2. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	44
2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	44
2.2 OBJETIVOS	44
2.2.1 Objetivo general	44
2.2.2 Objetivos específicos	44
2.3 OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN	45
2.4 DISEÑO METODOLÓGICO	45
2.5 TIPO DE INVESTIGACIÓN	45
2.6 COBERTURA DE LA INVESTIGACIÓN	46
2.7 ASPECTOS CUANTITATIVOS	46
2.7.1 Población y muestreo	46
2.8 FUENTES Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	48
2.8.1 Primarias	48

	Pág.
2.8.2 Secundarias	48
2.9 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	49
2.10 ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	50
2.11 RECURSOS	50
2.11.1 Recursos humanos	50
2.11.2 Recursos técnicos	50
2.12 CALENDARIZACIÓN 2002 – 2005	51
3. ANÁLISIS DE LOS COMPONENTES Y/O VARIABLES	52
3.1 CARACTERIZACIÓN	52
3.1.1 Aspectos demográficos	52
3.1.1.1 Edad	52
3.1.1.2 Género	54
3.1.1.3 Clasificación del adulto mayor al interior del asilo	56
3.1.1.4 Tiempo de residencia	58
3.1.1.5 Origen de los adultos mayores	60
3.1.1.6 Estado civil	61
3.1.1.7 Persona(as) responsables de los adultos mayores ante la Institución	63
3.1.1.8 Escolaridad	65
3.1.1.9 Ocupación laboral antes de ingresar al asilo	67
3.1.1.10 Motivo de ingreso a la institución	69
3.1.1.11 Estado de salud	71
3.1.1.12 Enfermedades	72

	Pág.
3.1.2 Aspectos familiares	73
3.1.2.1 Tipología de la familia de los adultos mayores	73
3.1.2.2 Personas que visitan al Adulto Mayor Institucionalizado	74
3.1.2.3 Frecuencia de las visitas	76
3.1.2.4 Tipo de relación que mantiene el adulto mayor institucionalizado con su familia	77
3.1.3 Aspectos manejo del tiempo Libre	79
3.1.3.1 Hábitos que mantenía el adulto mayor	79
3.1.3.2 Hábitos que mantienen en el asilo los adultos mayores	81
3.1.3.3 Motivo de abandono de los hábitos	82
3.1.3.4 Actividades realizadas en el tiempo libre	84
3.1.3.5 Actividades realizadas por los adultos mayores en pro de la institución	85
3.1.3.6 Actividades que le interesa realizar al anciano en la institución	86
3.1.3.7 Relación entre compañeros	88
4. ANÁLISIS GENERAL PERTINENTE	89
5. CONCLUSIONES A PARTIR DE LA EXPERIENCIA BUCARAMANGA, SU ÁREA METROPOLITANA	92
6. RECOMENDACIONES A PARTIR DE LA EXPERIENCIA DE BUCARAMANGA, SU ÁREA METROPOLITANA	94
7. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN A PARTIR DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA INVESTIGACIÓN	96
7.1 PROPUESTAS No. 1	96
7.2 PROPUESTAS No. 2	99
8. FORMULARIO DE ENCUESTA	102
BIBLIOGRAFÍA	106

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Gráfica 01. Edad de los Adultos Mayores Institucionalizados del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002	52
Gráfica 02. Género de los Adultos Mayores Institucionalizados del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002	54
Gráfica 03. Categoría de Institucionalización de los Adultos Mayores, Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002	56
Gráfica 04. Tiempo de Residencia en la Institución de los Adultos Mayores del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002	58
Gráfica 05. Procedencia de los Adultos Mayores Institucionalizados del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002	60
Gráfica 06. Estado Civil de los Adultos Mayores Institucionalizados del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002	61
Gráfica 07. Personas y/o familiares responsables de los Adultos Mayores Institucionalizados del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002	63
Gráfica 08. Escolaridad alcanzada por los Adultos Mayores Institucionalizado del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002	65
Gráfica 09. Ocupaciones realizadas antes de la Institucionalización por los Adultos Mayores del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002	67
Gráfica 10. Motivo de ingreso a la Institución por parte de los Adultos Mayores, Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002	69
Gráfica 11. Estado de salud del Adulto Mayor Institucionalizado del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002	71

	Pág.
--	------

Gráfica 12. Enfermedades que presentan los Adultos Mayores Institucionalizados del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002	72
Gráfica 13. Tipología Familiar de los Adultos Mayores Institucionalizados del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002	73
Gráfica 14. Personas que visitan a los Adultos Mayores Institucionalizados del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002	74
Gráfica 15. Frecuencia de las visitas que reciben los Adultos Mayores Institucionalizados del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002	76
Gráfica 16. Tipo de relación que mantiene con su familia el Adulto Mayor Institucionalizado del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002	77
Gráfica 17. Hábitos que mantenía el Adulto Mayor antes de la Institucionalización, Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002	79
Gráfica 18. Hábitos que mantiene el Adulto Mayor Institucionalizado del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002	81
Gráfica 19. Motivos por el cual dejó los hábitos adquiridos el Adulto Mayor Institucionalizado del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002	82
Gráfica 20. Actividades en que dedica el tiempo libre el Adulto Mayor Institucionalizado del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002	84
Gráfica 21. Labores cotidianas que realiza el Adulto Mayor Institucionalizado del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002	85
Gráfica 22. Actividades que le interesa realizar a el Adulto Mayor Institucionalizado del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002	86
Gráfica 23. Estado de salud del Adulto Mayor Institucionalizado del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002	88

TITULO: Caracterización Demográfica, Familiar y Uso del Tiempo Libre del Adulto Mayor Institucionalizado, Área Metropolitana de Bucaramanga 2002.*

AUTOR: Yolangela Emilia Mejía Santos**

PALABRAS CLAVES: Adulto Mayor, Experiencia del Envejecimiento, Calidad de Vida, Estrategias para llegar al hombre Viejo Saludable, los Grupos de Apoyo, Jubilación, Barreras Sociales, Viudez, estrés.

DESCRIPCIÓN O CONTENIDO:

La mayoría de los seres humanos nacen, viven y mueren en un contexto familiar nuclear y la vivienda que sirve de nicho para eso que se llama hogar. El envejecimiento es un proceso individual, cada persona envejece a distinta velocidad y de manera diferente. El proceso de envejecimiento varía según todas las circunstancias que configuran la vida de cada persona: la salud, ingresos, familia, personalidad, etc.

A partir de este contexto la Universidad Industrial de Santander, a la cabeza de la Escuela de Trabajo social, empieza un proceso de investigación social de corte Cuantitativo, cuyo objeto es conocer a partir de una caracterización personal, familia y social los estilos de vida de los Adultos Mayores; Institucionalizados en los Asilos del Área Metropolitana de Bucaramanga que son: Asilo San Rafael, Asilo San Antonio, Asilo Nuestro Señor de Los Milagros (Girón), Asilo San Francisco Javier (Piedecuesta), Corporación Albeiro Vargas y Ángeles Custodios y Centro de Bienestar del Anciano Padre Carlos Gutiérrez Gómez (Floridablanca).

Este documento contiene los resultados de mencionada Investigación, teniendo como base una caracterización de corte cuantitativa en el que se desarrollan las variables de género, origen, familia, estado civil, hábitos, uso del tiempo libre, estado de salud, estilos de vida entre otros que describen de una manera íntegra el concepto de Adulto Mayor Institucionalizado en el Área Metropolitana de Bucaramanga y Piedecuesta. A partir de ella se realizará una intervención social con bases teóricas y conceptuales emergentes de una realidad descrita.

* Trabajo de investigación

** Facultad de ciencias humanas, Escuela de trabajo social. Directora Rosalba Rivera de Duarte

TITLE: Characterization, demography, of family and use of ocio of the Institutionalized bigger Adult, Metropolitan Area of Bucaramanga 2002 *

AUTHOR: Yolangela Emilia Mejía Santos

**

KEY WORDS: bigger Adult, Experience of the Aging, Quality of Life, Strategies to arrive to the Healthy Old man, Groups of Support, Jubilation, Social Barriers, Widowhood, estrés.

DESCRIPTION OR CONTENT:

Most of the human beings are born, they live and they die in a nuclear family context and in the housing that serves as niche for that that calls you home. The aging is a very individual process, each person she/he ages to different speed and in different ways. The aging process varies according to all the circumstances that configure each person's life: health, revenues, family, personality, etc.

Starting from this context the Industrial University of Santander, to the head of the School of Social Work, begins a process of social investigation of court Quantitative, whose object is knowing starting from a personal, family and social characterization the lifestyles of the Institutionalized bigger Adults in the Asylums of the Metropolitan Area of Bucaramanga that were: I Grant asylum San Rafael, Asylum San Antonio, Our Asylum Mr. of the Miracles (Girón), I Grant asylum San Francisco Javier (Piedecuesta), Corporación Albeiro Vargas and Angeles Custodies and Center of Well-being of the Old Father Carlos Gutiérrez Gómez (Floridablanca).

This document contains the results of this Investigation, having like base a characterization of order quantitative in which the gender variables are managed, origin, family, civil state, habits, use of the free time, state of health, lifestyles among others that describe in an integral way the concept of Institutionalized old man of the Metropolitan Area of Bucaramanga. With base in she/he will be carried out it a social intervention with emergent theoretical and conceptual bases of a described reality.

* Investigation Work

** Faculty of Human Sciences. Social Work. Director. Rosalba rivera de Duarte

INTRODUCCIÓN

La trabajo de investigación denominado “Caracterización Demográfica, familiar y del Uso del Tiempo Libre; del Adulto Mayor Institucionalizado del Área Metropolitana de Bucaramanga y Piedecuesta, 2002”, surgió como una necesidad de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Industrial de Santander, frente a cómo intervenir esta realidad latente y con muy pocos parámetros de análisis social, a fin de tener las bases conceptuales y metodológicas para el manejo acertado en dicha problemática social, psicológica, familiar y comunitaria afrontada por los Adultos Mayores del área.

Teniendo en cuenta que el Adulto Mayor Institucionalizado en el área Metropolitana de Bucaramanga y Piedecuesta, es atendido desde un aspecto biológico y médico más amplio que el social, la Universidad Industrial de Santander, en la cabeza de la Escuela de Trabajo Social, se interesó por brindar un conocimiento acorde a dicha realidad y así poder prestar una atención integral (bio-psico-social y espiritual), iniciándose de esta manera dicho proceso investigativo. La experiencia investigativa, servirá de base para fundamentar la intervención social (especialmente del área de Trabajo Social), teniendo en cuenta que en el proceso salud-enfermedad influyen factores como el estilo de vida, el medio ambiente y la familia.

La Vejez es una etapa del ciclo vital, que trae consigo múltiples factores psicológicos, sociales y emocionales. Según algunos teóricos es una etapa que aparece a partir de los 60 años, mientras otros científicos gerontológicos consideran que la llamada tercera edad se inicia alrededor de los 45 años, con lo cual todos los seres humanos estamos expuestos a vivirlo.

Según la Comisión Episcopal del Apostolado Seglar¹ en el Mensaje del Año Internacional de los Adultos Mayores (2001), afirma sobre el concepto de Anciano: Se llaman "ancianos jóvenes" los que, cumplidos sus 65 años, alcanzan los beneficios de la jubilación, pero se encuentran "en plena forma", por decirlo deportivamente, lo que les permite seguir prestando servicios a la comunidad. Se consideran, por otro lado, "ancianos-ancianos" quienes dejaron atrás los 75 años del comienzo de su existencia, o los que se encuentran muy disminuidos física o mentalmente antes de cumplirlos. Muchos de estos mayores necesitan un acompañamiento, en su vida física o espiritual. A principios del siglo, cuando la esperanza de vida para los hombres era de 33 años y de 35 para las mujeres, ciertamente un ciudadano con más de cuatro décadas de vida era considerado una persona de edad avanzada. Con el desarrollo de la segunda revolución industrial encontramos ante una serie de aspectos curiosos en cuanto a la concepción del desarrollo vital: los niños ya no pasan a ser directamente adultos, ahora existe un estadio intermedio, cuando aún no tienen edad para trabajar se convierten en adolescentes.

Algo parecido ocurre entre quienes ya son demasiado mayores para trabajar. Con el surgimiento de la figura del jubilado, la vejez ya tiene una edad oficial de comienzo.

Según Buendía J, y Riquelme A, en su libro La Experiencia Depresiva en Residencias Geriátricas², la división social del trabajo ha impuesto también una división social del desarrollo, y en aquellos casos en los que se llegaba a una edad criterio establecido, con la jubilación se alcanzaba también la vejez.

¹ Comisión Episcopal del Apostolado Seglar. Año Internacional de Adulto Mayor, 2001. Pág. 2.

² BUENDIA J., RIQUELME A. La experiencia depresiva en residencias geriátricas. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1998, Pág.: 145.

La clasificación establecida respecto de la edad era clara: infancia, adolescencia, adultez y ancianidad.

Con respecto a esto existe otra característica importante que son los asilos o residencia de los Adultos Mayores. El importante incremento experimentado por el grupo de personas con edad especialmente avanzada, unido a la frecuente presencia de problemas funcionalmente incapacitantes, plantea cada vez más una serie de demandas, que desbordan la capacidad de respuesta familiar, y a la que el sistema social debe dar cumplida respuesta, respuesta que hasta el momento ha sido en muchos casos el asilo.

A pesar de las numerosas críticas que han tenido los asilos, el incremento del número de personas de edad especialmente avanzada junto a otros factores de diversas índole, como lo expone Roberto Kalish³ en su informe denominado Perspectivas sobre el desarrollo humano hace que la residencia para ancianos siga presentándose como la opción preferente en la actualidad para un grupo muy concreto de ancianos caracterizados por un alto nivel de dependencia funcional, necesidad continua de cuidados y déficit en apoyo de recursos.

Es allí donde los trabajadores Sociales así como otros profesionales, buscan cubrir las necesidades de una población anciana heterogénea, de gran diversidad tanto económica, sanitaria, racial e incluso de edad.

Específicamente los Trabajadores Sociales, deben poseer el conocimiento y la capacidad para ayudar a los Adultos Mayores a resolver sus problemas, enfrentarse a la adversidad, y mantener su interdependencia.

³ KALISH, Roberto. La Vejez. Perspectivas sobre el desarrollo humano. Una orientación. Editorial Pirámide. Madrid, España, 1983, Pág. 13.

En la búsqueda de una intervención racional y acorde a la necesidad y expectativas de la población institucionalizada, se inicia esta investigación de corte cuantitativo que busca dar bases teóricas y conceptuales desde un ámbito personal, familiar y social de aquellos ancianos y ancianas que se encuentran Institucionalizados(as) en los Asilos del Área Metropolitana de Bucaramanga, obteniendo así una caracterización que sustenta la intervención profesional en este grupo poblacional y/o los programas de intervención para el mencionado grupo.

Para la consecución de la información se tuvo en cuenta desde el aspecto cuantitativo la observación directa e indirecta y la aplicación de una encuesta que abarcaba las variables personales, familiares y sociales. A lo largo del análisis se presentan las categorías de análisis e interpretación de la información obtenida, y al finalizar se establecen las conclusiones respectivas, desde el orden del Adulto Mayor Institucionalizado, que apoyen los procesos que como entes de atención a la ancianidad a través de una propuesta de intervención.

1. EL ADULTO MAYOR

1.1 ALGUNAS LÍNEAS CONCEPTUALES QUE SOPORTAN LA INVESTIGACIÓN

Según José Fernando en su libro la Evaluación de la Salud de los Ancianos⁴ define el envejecimiento desde tres puntos de vista:

1. Un estado de ciclo vital: La suma de los cambios que ocurren en un organismo con el paso del tiempo, generan la aparición de arrugas, disminución en la velocidad de la marcha y se aumenta el tiempo que se requiere para dar una respuesta.
2. Como un proceso de deterioro: Acumulación progresiva de cambios con el tiempo, que son asociados o responsables del aumento de la susceptibilidad de enfermar y morir. Se tiene mayores posibilidades de desarrollar neoplasias y enfermedades crónicas degenerativas.
3. Como un daño molecular y celular: Se define como el cambio de los citoplasmas y núcleos celulares, a través de los años, que originan alteraciones en las funciones de los órganos y la tasa de mortalidad

Por otro lado Ligia Echeverri en Familia y vejez determina que el envejecimiento está influido por diversas circunstancias a lo largo de la vida:⁵

1. El Pasado: la historia de vida previa, es decir la biografía determina las actitudes hacia el envejecimiento.

⁴ GÓMEZ MONTES, José Fernando, Evaluación de la Salud de los Ancianos, Manizales 1995, Pág. 4

⁵ ECHEVERRY, Ligia. Familia y Vejez. Realidad y perspectivas en Colombia, Segunda edición, Tercer mundo Editores, Santa fe de Bogotá, 1994, Pág.: 45

2. El Presente: El cómo se experimenta la vejez y cómo es el comportamiento en ella, está determinado por las circunstancias en las cuales se encuentra el individuo.

1.2 FASES EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

En “Una Mirada Gerontológica Actual”, Leopoldo Salvarezza⁶ presenta tres etapas en el proceso de envejecimiento:

1. Vejez: La integridad es la meta crítica de la vejez e implica la aceptación del propio ciclo vital, ya es demasiado tarde para comenzar algo pero la persona puede usar sus experiencias, el conocimiento acumulado para culminar su vida y ayudar a aquellos que vienen detrás, la edad cronológica corresponde desde los 45 hasta los 60 años.
2. Senectud: Los cambios fisiológicos son más notorios y pueden reducir la actividad de los viejos. Esto conlleva a una dependencia hacia los hijos o parientes adultos, afectándoles la autoestima y la seguridad personal. En esta fase todavía hay capacidad de autoabastecerse y satisfacer las demandas y expectativas físicas y emocionales. La edad cronológica hace referencia desde los 60 hasta los 75 años.
3. Senilidad: Esta fase se caracteriza por los cambios irreversibles en el sistema nervioso central (SNC), asociados con dependencia y regresión extrema, aunque no ocurre en todos los ancianos. Pero cuando sobrevive el individuo no es capaz de cuidar de sí mismo, además no solo vive en el pasado, sino que se comporta como si viviera en el pasado a partir de los 75 años.

⁶ SALVAREZZA, Leopoldo (Compilador). La vejez, Una mirada Gerontológico Actual, Editorial Paidós, Buenos Aires 1998, Pág. 72.

Con frecuencia se asumen comportamientos psicóticos con pérdida de contacto con la realidad: no se controlan los impulsos y emociones en forma de ataque de rabia, excitación psicomotora y desconfianza marcada, así mismo como conducta sexuales inapropiadas (pedofilia, exhibicionismo, voyerismo). Se le ha identificado como la cuarta edad o periodo final de la existencia, donde los vivido ya es ganancia.

En conclusión Leonel Daichman⁷ en el boletín de la sociedad Argentina de Gerontología determina que la vejez debe entenderse como un proceso integral, que requiere ajustes y manejarse con una perspectiva diferente que rescate la validez e importancia del viejo y le asigne un papel en los procesos sociales, y comunitarios.

1.3 FISIOLÓGÍA DEL ENVEJECIMIENTO

En la etapa senil se presentan cambios fisiológicos que como anteriormente se dijo, repercuten en la funcionalidad y desarrollo del anciano, es difícil determinar desde qué edad se empiezan a manifestar este tipo de transformaciones que propician la posibilidad de determinadas enfermedades. Los cambios fisiológicos se presentan a nivel sistémico, orgánico y celular y son los que determinan la mayor vulnerabilidad de los ancianos.

Según lo anterior nos detenemos a analizar los conceptos determinados por Werner Baltes⁸, en su libro, Dependencia de los Ancianos en Gerontología Clínica.

A. Sistema Nervioso: Aquí el cerebro empieza a tener un cambio en el peso, aplanamiento de las circunvoluciones y cierto grado de atrofia cortical. Se

⁷ DAICHMAN, Leonel. S. Imágenes sobre la vejez. Vivir en plenitud, boletín de la sociedad Argentina de gerontología y geriatría. Buenos Aires, No. 53, Pág. 32

⁸ BALTES, M. Werner – Wahl, H. Dependencia de los ancianos en: Gerontología Clínica. Intervención Psicológica y Social. Martínez Roca. , Pág. 58 y 75

presenta una disminución progresiva de neuronas. Existen cambios funcionales y estructurales tales como: disminución del número de fibras, reducción de la mielina, lentificación de la velocidad de conducción, cambios en la sinapsis del sistema nervioso central y periférico. Existe una disminución constante de la sensibilidad olfatoria, pérdida en la función gustativa especialmente en los hombres.

- B. Sistema Endocrino: La característica principal es la disminución de la capacidad reproductora y el deterioro de los mecanismos hemostáticos.
- C. Sistema Cardiovascular: El corazón tiende a hipertrofiarse con la edad, la aorta disminuye su elasticidad y aumenta su calibre y se hace tortuosa, lo que produce aumentos en la presión sistólica y presión del pulso. Los cambios valvulares se presentan en la válvula aórtica, con aumento de la rigidez, calcificación, engrosamiento y formación de nódulos en las márgenes en forma progresiva.
- D. Sistema Pulmonar: Se presenta una disminución de la elasticidad pulmonar, un aumento de la rigidez de la pared torácica y una disminución de los músculos respiratorios.
- E. Sistema Renal: El tamaño de los riñones disminuye por década a partir de los 50 años, por pérdida de masa renal. Existe una disminución de concentrar orina y diluir orina, como también una alteración de la capacidad de conservar sodio, que las respuestas a cambios hidroelectrolíticos sea más lenta y menos efectiva.
- F. Sistema Gastrointestinal: En cuanto a la función faringoesofágica, la disminución de masa magra corporal origina disfunción en la deglución y la masticación.

- G. Sistema músculo esquelético y articular: Una consecuencia inevitable del envejecimiento es la pérdida de la masa ósea después de los 45 años, más frecuentes en mujeres después de la menopausia, pudiendo originar osteoporosis.
- H. Piel: Los cambios más notables a nivel de la epidermis es el resecaimiento y las asperezas debido a la pérdida de la humedad y turgencia de la piel. Existe regresión y desorganización de los capilares y de los pequeños vasos que originan palidez y adelgazamiento de la piel; además las reducciones en el flujo sanguíneo afectan la temperatura de la superficie.

1.4 PSICOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento psicológico así como el físico es un proceso particular de cada individuo. Este envejece de acuerdo a como ha vivido y conserva en la vejez lo esencial de las características de la vida adulta.

Según la Organización Mundial de la Salud⁹, en su serie de informes técnicos determina el retiro laboral como una fase más dentro del ciclo vital, que implica para cualquier persona, hacer un alto en el camino para analizar y replantear la nueva vida a la que se ha enfrentado, esto hace que determine estrategias para continuar funcionando como desea, pero se encuentra en un medio que cambia repentinamente, puede suceder un choque medio ambiente, generacional y social que genera gran ansiedad y rechazo de ambas partes. El choque generacional se basa en los estereotipos que se tiene del anciano. En la mayoría de la ocasiones es la familia quien se encarga de comentarlo ya sea por rechazo o sobreprotección. Es considerado una persona lenta terca y que necesita atención.

⁹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La salud de las personas de edad. Serie de informes técnicos No. 779. Ginebra, Suiza, 1989. Pág. 3-4.

Como determina E. Dulcey¹⁰ en Ciclo Vital, envejecimiento y vejez, a nivel cognitivo se han identificado cinco tendencias mayores en la función cognoscitiva asociada al envejecimiento:

1. Disminución en la habilidad para recordar diferentes tipos de información.
2. Deterioro de la deficiencia y efectividad en procesos que requieren razonamientos y decisión.
3. Reducción de las tareas que necesitan habilidades viso espaciales.
4. Disminución en las tareas que involucran rapidez en la ejecución.
5. Cambio en los procesos sensoriales requeridos en la detección y la discriminación de estímulos.

La pérdida de memoria es el síntoma neuropsicológico que con mayor frecuencia refieren los ancianos. El principal cambio que se presenta es en memoria a corto plazo, se dificulta la retención de nueva información.

El aprendizaje se dificulta por identificación en la etapa de adquisición y retención de información, se debe más a problemas en la retención, a las condiciones emocionales del momento, el nivel cultural, el número de veces que se presente la información, el grado de motivación para retenerla y la velocidad con la cual se determina.

En la Salud de las Personas de Edad, de la Organización Mundial de la Salud¹¹ determina que en los ancianos se presenta un deterioro en las tareas que involucran velocidad y en inteligencia fluida (habilidad para razonar en forma abstracta), se distraen fácilmente ante abundante información, también pueden deberse a la ansiedad o aumento de la tensión muscular ante el

¹⁰ DULCEY, E. y RUIZ, E. Ciclo Vital, envejecimiento y vejez. Calidad de vida y derechos humanos. Defensoría del Pueblo. Santa fe de Bogotá, 1991, Pág. 36

¹¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Op. Cit., Pág. 4.

temor a cometer errores, debido a las consecuencias que puede traer el cometerlos: sensación de inutilidad e inseguridad.

Se presenta una lentificación en el tiempo de reacción, especialmente para tareas que requieren un procesamiento rápido de estímulos y activación de programas motores apropiados.

Existe una mayor tendencia a ser cauteloso en la forma de decisiones, generada en parte de la vulnerabilidad a los cambios que se suceden en su entorno. La depresión suele unirse a una pérdida de memoria y a la pérdida de otras funciones intelectuales. Hay que prestar más atención a esta relación especialmente porque la depresión puede estar relacionada con la pérdida de familiares cercanos, la jubilación o la falta de salud – circunstancias que afrontan muchas personas ancianas, a menudo de forma simultánea.

La depresión conlleva en muchas ocasiones a los ancianos a limitar sus actividades y a sentirse más inútiles y con mayores problemas de identidad.

1.5 EL ANCIANO Y SU RED FAMILIAR

Marion Beaver¹², en su libro *La Práctica Clínica del Trabajo Social con las Personas Mayores* determina que los estudios de investigación indican que los miembros ancianos de la familia forman parte de una red familiar. La red familiar puede estar compuesta por un conjunto de personas, cuanto mayor sea la familia, mayor es su complejidad. Una gran red familiar como el sistema plurigeneracional puede constar de bisabuelos o incluso tatarabuelos, tías abuelas, tíos, sobrinos y sobrinas.

¹² BEAVER, Marion L. *La Práctica clínica del trabajo social con las personas mayores*, Paidós, Madrid – España 1998, Pág. 299.

La mayoría de los hijos adultos tratan de visitar personalmente a sus padres ancianos tan a menudo como pueden. En realidad más que utilizar el teléfono como forma principal de comunicación, los hijos adultos tratan de ver a sus padres con cierta frecuencia. En general, los hijos adultos mantienen una relación continua y significativa con sus padres durante toda la vida. Aparentemente solo algunos ancianos han perdido la comunicación con sus hijos adultos, especialmente aquellos que se denominan Adultos Mayores Institucionalizados.

Las reuniones familiares son acontecimientos especiales que brindan a los miembros de la familia de distintas generaciones la oportunidad de reunirse. Los miembros más ancianos de la familia tienen una especial oportunidad para interactuar y conocer mejor a los miembros más jóvenes.

En el libro *La Salud Funcional y el Bienestar como Componentes de la Calidad de Vida en la Vejez*, Gustavo Quintero¹³, determina que las familias constituyen una clara fuente de fuerza para el anciano y ofrecen apoyo económico, emocional y social a los ancianos que viven la comunidad o en marcos institucionales. Este conocimiento de la importancia de la familia ha llevado al desarrollo de nuevos modelos de tratamiento familiar para trabajar con los problemas del envejecimiento.

Otro aspecto es el abuso del anciano, cuyo tema es muy complejo y altamente emocional en la sociedad. Aunque se ha abusado del anciano desde tiempo inmemorable, sólo en los últimos años este abuso ha sido tema de especial preocupación y atención. Este conocimiento proviene del reconocimiento y la respuesta de nuestra sociedad al fenómeno de la violencia en general. Aunque se abusa del anciano en muchas ocasiones sociales distintas, la mayor cantidad de abusos se produce en la familia.

¹³ QUINTERO, Gustavo. *La salud funcional y el bienestar como componentes de la calidad de vida en la vejez*. AIG de Colombia. Santa fe de Bogotá, 1996, Pág.: 56

Según Robert Kalish¹⁴, la investigación sobre el tema del abuso del anciano es muy limitada, no se dispone de estadísticas nacionales exactas sobre la incidencia del abuso. Se dice que el abuso psicológico del anciano es la forma más frecuente de abuso. Las víctimas están atemorizadas por las amenazas de daños físicos o de ser internados, expulsados o ignorados y abandonados a su suerte.

El abuso verbal es muy frecuente, y en él la víctima anciana se ve regularmente llamada por groserías, maldecida, insultada y despreciada de otras maneras. Aunque la familia y otras personas pueden entrometerse con los derechos humanos del anciano, los sistemas de asistencia formal suelen ser culpables de ignorar los derechos del anciano.

1.6 AMIGOS Y VECINOS DEL ANCIANO - ASPECTO SOCIAL

Aunque los amigos sean tan importantes en nuestra vida, algunas personas se encuentran tan inseguras y con tanto miedo que permanecen sin amigos por temor a mostrarse como son a los demás y que les hagan daño. Para los ancianos la amistad es una posible fuente de intimidad, diversión y alegría, lo más importante es la mutua confianza y la sensación de que las personas que intervienen se aprecian por si mismas. Así mismo durante su vida, la mayoría de las personas residen en un barrio identificable y mantienen relaciones interpersonales con una serie de vecinos. Para los ancianos la presencia de vecinos es especialmente importante para la vida diaria. Los amigos íntimos y los vecinos son a menudo uno solo y la misma persona.

Además de la familia, los amigos, y los vecinos, otras muchas fuentes de apoyo informal son vitales para el anciano que viven en comunidad. Estas

¹⁴ KALISH, Robert. La Vejez. Perspectivas sobre el desarrollo humano. La Vejez. Una orientación. Editorial Pirámide. Madrid 1983, Pág. 317.

fuentes de apoyo incluyen la iglesia, las organizaciones de servicio, los clubes, los grupos de tercera edad, entre otros.

1.7 EL ANCIANO Y LA INSTITUCIÓN

Leopoldo Salvareza¹⁵, determina que a pesar de las numerosas críticas surgidas en los años ochenta contra los Asilos, el incremento del número de personas de edad especialmente avanzada, junto a otros factores de diversa índole, hace que el Asilo siga presentándose como la opción preferente en la actualidad para un grupo muy concreto de ancianos caracterizados por un alto nivel de dependencia funcional, necesidad continuada de cuidados y déficit en recursos de apoyo informal. El ingreso al Asilo supone una forma de reubicación especialmente dura y difícil de elaborar.

Cuando el anciano deja su casa para ir a vivir con algún familiar, sigue teniendo a su alcance personas que le conocen y que le recuerdan a cada gesto quién es, cómo es y quién fue. El Ingreso al Asilo a diferencia del traslado que supone ir a vivir con algún familiar, lleva consigo la incorporación a un ambiente tan extraño como artificial, en el que el anciano, antes que cualquier otra cosa, es un desconocido. Por otra parte el Asilo en tanto que institución es, un centro que debe necesariamente regirse por una serie de normas, acrecentando con esto la pérdida del sentido de control personal en los nuevos usuarios.

1.8 EL ANCIANO Y LOS ESTILOS DE VIDA

En Ciclo Vital, Envejecimiento, Vejez y Derechos Humanos, Esmeralda Ruiz González¹⁶ analiza que los últimos hallazgos en cuanto a factores

¹⁵ SALVAREZA, Leopoldo (Compilador), Op, cit., Pág. 357.357

¹⁶ RUIZ GONZÁLEZ, Esmeralda. Ciclo vital, envejecimiento, vejez y derechos humanos. Defensoría del pueblo. Centro de psicología gerontológica. Programa presidencial para la mujer y la familia. Colombia: Fundación Restrepo Barco, 1993. Pág., 27.

determinantes del envejecimiento, enfatizan los aspectos relacionados con el estilo de vida, lo que redundará en una vejez satisfactoria o insatisfactoria. Realizar ejercicio, tener una balanceada nutrición y hábitos dietéticos adecuados, consumir alcohol en forma moderada, evitar el tabaquismo, utilizar normas de seguridad industrial en el trabajo, disminuir el estrés, y tener adecuados hábitos de sueño, son medidas de promoción de la salud y prevención de riesgos, en los que se insiste cada día más, para permitir mayor supervivencia con mejor calidad de vida. El estilo de vida de los ancianos en algunas circunstancias cambia al momento de ingreso a una Institución y/o asilo, donde se establecen mejores o peores estilos dependiendo de cada uno de los componentes de la misma, que faciliten los procesos.

La desintegración de las tradiciones familiares, ha originado no sólo una pérdida del soporte familiar, sino también una creciente dependencia económica y una mayor necesidad de servicios de atención en salud y apoyo social, con los grandes costos económicos que ello implica.

1.9 ENVEJECIMIENTO Y ESTRÉS

Manuel Bazo¹⁷, determina en su libro Niveles de Salud en la Sociedad Anciana que muchos de los ancianos se enfrentan con éxito a una serie de pérdidas asociadas al proceso de envejecimiento. Sienten dolor y desilusión, pero tratan de evitar un estrés y disfunción excesivos. Otros muchos no son tan afortunados. Tienen problemas en tratar las pérdidas físicas, psicológicas y sociales, así como las presiones ambientales y el tratamiento negativo.

La jubilación es una transición vital que precipita el estrés en algunos ancianos, especialmente cuando una persona debe jubilarse contra su voluntad (unos

¹⁷ BAZO, Manuel. Niveles de salud en la sociedad anciana. Siglo XXI de España. España: Editores S.A., 1998. Pág. 132.

sienten la fuerte necesidad psicológica de seguir trabajando mientras que otras perciben la necesidad financiera de seguir empleados). La viudez es otra situación vital que precipita el estrés en muchos ancianos. Cada transición vital implica algunas pérdidas, así como ciertas demandas y retos del entorno para interactuar de forma distinta con los individuos y los sistemas sociales.

1.10 TRABAJO SOCIAL Y EL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO

La necesidad de que una persona anciana reciba los servicios del trabajador individualizado puede llegar a la atención del trabajador social de una serie de maneras. El trabajador social ayuda al anciano a utilizar sus propios recursos para encontrar soluciones a sus problemas. Animar a los clientes a ayudarse a sí mismos siempre que sea posible forma parte de la importante tarea del trabajador social de caso. Los trabajadores sociales de caso también pueden recomendar a los clientes buscar ayuda externa de los servicios sociales y recreativos.

Leonel Beaver Marion¹⁸, determina que la primera prioridad del trabajador social es ayudar a los ancianos a conseguir su mejor salud emocional y física posible. El trabajo individualizado también se realiza mediante la intervención activa del ambiente.

En el papel combinado de consultor-educador, el trabajador de caso puede actuar ofreciendo información, interpretando normas o regulaciones, enseñando y transmitiendo el conocimiento, etc. Este papel está llamado a ser incluso más crucial en el futuro, especialmente cuando se ofrece servicios a otros profesionales, trabajadores no profesionales o a personas identificadas como clientes, el trabajador puede ofrecer guía a los

¹⁸ BEAVER MARION, Leonel.,Op, cit., Pág.: 321-330

organismos y organizaciones sugiriendo maneras de aumentar la eficacia y la eficiencia de sus servicios.

1.11 MARCO LEGAL

1.11.1 Antecedentes internacionales

- ❖ **1982**, Viena. Asamblea General sobre Envejecimiento.
Transición a la vejez (60 años). Cambio social y restricciones económicas: Nuevas urgencias para adultos mayores. Da recomendaciones en materia de políticas para la atención de los ancianos, teniendo en cuenta diferentes esferas de preocupación entre las personas de edad: salud y nutrición, protección de los consumidores ancianos, vivienda y medio ambiente, familia, bienestar social, seguridad de ingresos y empleo, y educación. Uno de los aspectos principales y de mayor trabajo, es la continuidad de las investigaciones en todos los aspectos del envejecimiento.

- ❖ **1990**, Asamblea General de las Naciones Unidas.
Día Internacional de las Personas Mayores, 1 de diciembre. Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas Mayores.

- ❖ **1992**, Asamblea General de las Naciones Unidas.
Objetivos Mundiales sobre el Envejecimiento para el año 2001.

- ❖ **1994**, El Cairo. Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo
Mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores.

- ❖ **1996**, Ley Marco Sobre la Atención Integral Para las Personas Mayores.
OPS, asunto prioritario para formulación de políticas y acciones en salud.

- ❖ **1997**, Comisión de Salud del Parlamento Latinoamericano.
Foro Internacional de las Américas Sobre el Envejecimiento Poblacional.
- ❖ **1998**, Programa de Observancia del Año Internacional de las Personas de Edad.
Campaña de información.
- ❖ **1999**, Año Internacional de los Adultos Mayores.
Conferencias mundiales de personas mayores.

1.11.2 Antecedentes latinoamericanos. En la década de los 80 se realizó en Latinoamérica la Encuesta sobre Necesidades de los Ancianos (ENA), llevada a cabo en 15 países, la cual dio la fundamentación epidemiológica para la conformación de planes de atención en salud para los ancianos.

1.11.3 Antecedentes nacionales.

- ❖ **CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA** (Artículos 20, 46, 47, 48, 67 y 68). **Art. 20** “Garantiza a toda persona la libertad de expresar y difundir su pensamiento y opinión, la de informar y recibir información veraz e imparcial y la de fundar medios de comunicación”.

A partir de la Constitución de 1991 y de la Ley 100 de 1993, surgieron distintas iniciativas gubernamentales, tales como el Programa Presidencial para la Juventud, la Mujer y la Familia (PROMOVER), encargados de impulsar acciones de diversa índoles (centros de vida o de día, apoyo a microempresas, formación de profesionales dedicados al tema, etc); se creó la Defensoría del Pueblo para la Niñez, la Mujer y la Vejez. Junto con otras entidades, como la Presidencia de la República, y el centro de psicología gerontológico (CEPSIGER), la Defensoría realizó a comienzos de la

mencionada década, acciones de formación y actualización en Gerontología en varios departamentos del país; así mismo, editó, junto con PROMOVER, CEPISIGER y la Fundación Restrepo Barco, la publicación: Ciclo Vital, Envejecimiento – vejez y derechos humanos (1993). Publicación ésta que integra aspectos fundamentales de los seminarios de actualización realizados en los departamentos.

La Defensoría, promovió, igualmente, junto con la Presidencia de la República y la Gobernación de Antioquia (entre otras) la organización de cabildos de mayores, para estimular la participación a la comunidad. La labor formadora de la Defensoría en relación con la promoción de los Derechos Humanos en la perspectiva de la población mayor, ha sido permanente.

En 1991, en Bogotá, la Caja Colombiana de Subsidio Familiar (COLSUBSIDIO), inició actividades relacionada con el cuidado de la salud, para población pensionada. Más tarde se organizó el Programa de Pensionados y Adultos Mayores, cuyos objetivos se relacionan con el bienestar integral de la población pensionada (actividades artísticas, recreativas, educativas y de cuidado de la salud). En 1999 (Año Internacional de las Personas de Edad) COLSUBSIDIO, en colaboración con el Fondo de Pensiones y Cesantías PORVENIR S.A., realizó el Simposio Internacional Envejecimiento competente, retiro y seguridad social. En la actualidad COLSUBSIDIO desarrolla programas de preparación para el retiro en diferentes ámbitos.

Al comenzar la década de los años 90s, en Barranquilla con apoyo de la iglesia católica surgió ASOVICHE (Asociación de viejos chéveres), con el ánimo de promover integración y actividades de bienestar de los mayores. En Octubre de 1993, como corolario de un grupo de estudio sobre ciclo vital,

educación y envejecimiento, conformado por el centro de psicología gerontológico, la Universidad Javeriana de Bogotá y la Universidad Pedagógica Nacional se realizó en Bogotá el seminario internacional ciclo vital, educación y envejecimiento. En él participaron los profesionales alemanes Ursula Lehr y Hans Thomas pioneros en la investigación longitudinal acaezca del envejecimiento. El seminario se propuso poner sobre el tapete la mirada al envejecimiento y la vejez, desde la perspectiva de la vida entera, así como llamar la atención de las implicaciones educativas al respecto.

La Confederación Colombiana de ONGs integra organizaciones como la AIG de Colombia, la Corporación de Trabajo Voluntario y la Fundación Social (esta última, la Fundación Social, además de auspiciar una residencia donde viven en su vejez algunos de las marías, quienes junto con el padre Campoamor, iniciaron a comienzos del presente siglo el llamado “círculo de obreros”, ha realizado un importante estudio de historias de vida con las mismas mujeres). También de la Confederación Colombiana de ONGs hacen parte distintas Federaciones de ONG departamentales en las cuales existen diversas organizaciones que se ocupan de temas relacionados con el envejecimiento, la vejez y la seguridad social. En 1994 se funda en Bogotá, con seccionales en distintos departamentos la Asociación Interdisciplinaria de Gerontología de Colombia – AIG de Colombia, la cual tiene como objetivos: establecer interacción entre profesionales de diversas disciplinas (más de 20 profesiones distintas), interesados en el estudio del envejecimiento para promover la investigación, la difusión, el intercambio, la actualización permanente en el campo del envejecimiento y la vejez, así como servir como consultor y asesor de políticas y planes nacionales en dicho campo. Sus principales servicios y actividades se relacionan con un simposio anual, publicación de las memorias del simposio, asesoráis interdisciplinarias, investigación, conferencias, foros y debates sobre el tema del envejecimiento y la vejez.

En 2001, AIG de Colombia ha establecido alianzas con la Fundación Santillana para Iberoamérica – para realizar ciclos de conferencias relacionada con el tema: así como con la Confederación Colombiana de Organizaciones no Gubernamentales (CCONG) y la agencia colombiana de cooperación internacional (ACCI) apoyada por el PNUD, para el desarrollo de un foro virtual y dos foros presénciales relacionados con una agenda de envejecimiento para el siglo XXI, con propósitos de plantear.

Todo ello formó los lineamientos para una política de estado que integre el tema del envejecimiento y el desarrollo del país. Así mismo, de estos foros se pretende deducir información para contribuir a la elaboración de un documento para presentar, por parte de Colombia, a la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Madrid, Abril 2002).

Así las cosas, las distintas entidades han continuado trabajando, en la medida de sus posibilidades y buscando, al menos eventualmente, coordinación, al menos entre entidades de un mismo sector. Tal es el caso de la Cajas de Compensación Familiar. A mediados de la década de 1990 la Superintendencia de Cajas de Compensación Familiar organizó algunos encuentros de Cajas de Compensación de todo el país, los cuales sirvieron para establecer redes de comunicación en búsqueda de intercambio de conocimientos y experiencias, así como el fortalecimiento de programas - entre ellos los de adultos mayores.

- ❖ **LEY 100 DE SEGURIDAD SOCIAL DE 1993:** Garantizar derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana.

- ❖ **DECRETO 2113 DE 1999. Art. 1.** “El último domingo del mes de agosto se celebrará en todos los departamentos y municipios del país el Día Nacional de la Tercera Edad y del Pensionado”.

Al concluir esta revisión histórica, Colombia se prepara para la II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento (2002) y se pregunta acerca de los logros, dificultades y perspectivas en relación con el tema, a la vez que aboga por superar las visiones inmediatistas, asistencialistas y unidimensionales, para poder proyectarse hacia el futuro y convertir en oportunidad el reto del envejecimiento demográfico, aunado a la posibilidad de desarrollo humano sostenible y en coherencia con la tan anhelada sociedad para todas las edades.

❖ **CONPES 2793 DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ DE LA VICEPRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, junio de 1995.**

❖ **CONSEJERÍA PARA LA JUVENTUD, LA MUJER Y LA FAMILIA.**

❖ **RED DE SOLIDARIDAD SOCIAL, Programa REVIVIR:** Subsidio para ancianos indigentes, Mejorar el nivel de ingresos y la calidad de vida de los sectores más pobres y vulnerables.

❖ **PLAN NACIONAL DE DESARROLLO. PLAN PARA CONSTRUIR LA PAZ (ANDRÉS PASTRANA ARANGO, 1998-2002). POLÍTICA DE PROTECCIÓN A LA POBLACIÓN MAYOR DE 60 AÑOS**

La atención a la población de la tercera edad se enmarca dentro de los lineamientos de la política para la familia y la niñez establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo "Cambio para construir la paz 1998 - 2002". Se trata de mejorar las condiciones para el desarrollo individual y colectivo de los miembros de la familia y de corregir la inequidad generada por el menor capital humano y social de las familias pobres.

El segmento de la tercera edad está a cargo del Programa de Atención Integral para Adultos Mayores, el cual busca mejorar las condiciones de vida

del adulto mayor en situación de alta vulnerabilidad social debido a factores como carencia de fuentes de ingreso para la subsistencia, limitación física o mental, abandono y desamparo. Otras políticas, como la seguridad social en salud y el sistema general de pensiones, también cubren algunas de las necesidades de este grupo poblacional.

El Programa de Atención Integral para Adultos Mayores hace parte del desarrollo del Libro IV de la Ley 100 de 1993 (Art. 257-262). Desde su inicio, en 1994, el programa está adscrito a la Red de Solidaridad Social, dada su función de adelantar y coordinar programas que contribuyan a la satisfacción de personas y grupos vulnerables.

❖ **PLAN NACIONAL DE DESARROLLO (ÁLVARO URIBE VÉLEZ 2002-2006). PROGRAMA DE PROTECCIÓN A ADULTO MAYOR.**

El diseño del programa se realizó retomando las experiencias exitosas de los programas REVIVIR (1994-1998) y del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor (1999-2002), así como las sugerencias planteadas por los alcaldes, ONG's dedicadas a la protección del adulto mayor y distintos actores de los niveles regional y local. Es un programa de asistencia destinado a la protección social de las personas adultas mayores en estado de indigencia o de pobreza extrema, mediante un subsidio económico, cuyo origen, monto y regulación se establecen en la Ley 797 de 2003 y en el Decreto 569 de 2004. Su objetivo es proteger al adulto mayor que se encuentra en estado de indigencia o de extrema pobreza, contra el riesgo económico de la imposibilidad de generar ingresos y contra el riesgo derivado de la exclusión social.

Consiste en un subsidio económico que se entrega en efectivo o en especie para cubrir servicios sociales básicos y complementarios. Este

subsidio se otorga de manera directa o indirecta, de acuerdo a lo establecido en los proyectos presentados por los entes territoriales y aprobados por el ICBF.

Los criterios de selección para participar en el programa son: ser colombiano; estar clasificado en los niveles 1 ó 2 del Sisbén, ser mayor de 65 años (o 50 años si son indígenas o discapacitados); ser jefe de hogar con personas a cargo o ser adulto mayor que viva solo y no dependa económicamente de ninguna persona; dos años de permanencia en el municipio, como mínimo y tener ingresos personales iguales o menores al 32% del salario mínimo legal mensual. Los adultos mayores reciben cada dos meses el subsidio a través de las oficinas del Banco Agrario de todo el país, una vez entreguen el respectivo certificado de supervivencia.

A la fecha se han beneficiado 9.753 ancianos indígenas, con una inversión de 3.655 millones de pesos. En 2005 se inició un programa de subsidios indirectos (ayuda para ancianatos), que benefician a 14.196 adultos mayores indígenas. Este programa demanda recursos por 7.112 millones de pesos, incluida la cofinanciación de los resguardos. En total, sumando los subsidios directos e indirectos, el número de ancianos beneficiados suman 23.949, con una inversión de 10.767 millones de pesos.

1.11.4 Pertinencia de esta jurisprudencia para la investigación. Existe en la actualidad, una abundante normatividad internacional, nacional y local que propende por la atención de los ancianos. Sin embargo, notamos como cada día aumenta el número de ancianos indigentes, sin ningún tipo de protección social, deambulando por las calles de la ciudad, mendigando atención en las diferentes instituciones estatales y en el peor de los casos, falleciendo sin que sus familiares tengan mínimas posibilidades de sepultarlos dignamente.

Lo anterior, a pesar de que los Derechos Humanos del Anciano han sido afirmados explícitamente en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en tratados internacionales, y en otros tratados y declaraciones internacionales, nacionales y locales de amplia aceptación.

La Corte Constitucional ha puesto en claro las competencias de los entes territoriales en lo que respecta a la atención de los ancianos. Por ejemplo, en lo que concierne a las pensiones en sentencia de constitucionalidad indicó que es una situación de debilidad manifiesta, que amerita una protección especial, máxime cuando se acredita que el sustento mínimo vital de los actores y de sus familias depende del pago oportuno de las mesadas pensionales, y ninguno está en condiciones físicas de procurarse otro ingreso acudiendo al mercado laboral.

Sin embargo, mucho de lo anterior no se cumple, empeorando la situación cuando los ancianos se enferman y en el peor de los casos fallecen, ya que sus familiares no tienen cómo sufragar los gastos que demandan un entierro digno. Y aquellos que viven en asilos o instituciones privadas de atención al anciano, pueden mejorar en cierto grado la vida digna del mismo.

1.12 MARCO INSTITUCIONAL

1.12.1 Asilo San Antonio.

1.12.1.1 Ubicación institucional, misión y servicios. El Asilo San Antonio, se encuentra ubicado en la calle 45 No. 16-38, teléfono: 6421753, en la ciudad de Bucaramanga; es dirigido por la comunidad de Hermanas de los Ancianos Desamparados y desde hace 100 años presta el servicio de atención a ancianas.

- ❖ **MISIÓN:** Este centro asistencial fue constituido con el único fin de brindar atención integral a las personas de tercera edad de escasos o nulos recursos, mayores de 60 años, satisfaciendo así sus necesidades básicas.
- ❖ **SERVICIOS:** Se ofrece un servicio a puertas cerradas (interno), sin privar por ello de la libertad a quienes solicitan la salida con familiares, amigos y/o padrinos.

Las acogidas en el asilo reciben: Espiritualidad y catequesis, Alimentación, Consulta Médica, Enfermería, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Farmacia, Psicología.

Actualmente residen 235 ancianas y un anciano distribuidos en 4 pabellones así:

1. Pabellón Santa Martha: Ancianas en la modalidad de caridad, la mayor parte de ellas se pueden valer por si mismas.
2. Pabellón Cristo Rey: Ancianas con mayor capacidad física en la actualidad son 45 ancianas.
3. Pabellón Niña María: Pacientes con deficiencias mentales.
4. Pabellón María Reina: Son las ancianas pensionadas, que aportan a la institución recursos.

1.12.2 Asilo San Rafael

1.12.2.1 Ubicación, misión y visión. Ubicado en la carrera 15 No. 2-12 San Rafael, es una institución sin ánimo de lucro, atendido por el grupo de Hermanas de los Ancianos desamparados, cuenta en estos momentos de 210 ancianos de género masculino.

- ❖ **MISIÓN:** Somos una Institución destinada a los adultos mayores de sexo masculino, a quienes se les ofrece instalaciones agradables, con personal dispuesto a satisfacer sus necesidades básicas; además de brindar recreación, capacitación, rehabilitación y ambiente cristiano, lleno de amor y tranquilidad.

- ❖ **VISIÓN:** Como empresa mixta, sin ánimo de lucro, seremos la institución modelo del oriente colombiano, en el cuidado de la integridad física y moral de los adultos mayores de sexo masculino.

En la actualidad se cuenta con una junta directiva que organiza y orienta todas y cada una de las actividades que se llevan a cabo dentro de la Institución.

1.12.3 Asilo Nuestro Señor de los Milagros

1.12.3.1 Ubicación y reseña. Ubicado en el municipio de Girón, en la carrera 28 No. 34-34, teléfono: 6467700, contiguo al cementerio central del pueblo, manejado por las hermanas adoratrices del Señor de los Milagros. Atiende a los Adultos Mayores de ambos géneros y en la actualidad cuenta con 76 ancianos.

En la parroquia de San Juan Bautista de Girón, corría el mes de Agosto de 1981, se encontraba reunido el arzobispo de Bucaramanga Héctor Rueda Hernández y los presbíteros Gonzalo Martínez e Isaías Duarte, a su vez la junta directiva conformada por: Leonor Mantilla, Helena San Miguel y Jaime Mantilla, con una comisión de finanzas. Se reunieron en la casa situada en la calle 25 No. 26-83 para inaugurar el refugio de ancianos del Señor de los Milagros.

Asistieron a una misa solemne con los 10 primeros ancianos, y se constituyó según el acta arzobispal No. 650 del 30 de septiembre de 1980.

1.12.4 Centro de bienestar del anciano Padre Carlos Gutiérrez Gómez.

El proyecto comenzó con la donación de un lote terreno por parte del sacerdote Carlos Gutiérrez Gómez, nombre con el cual ha sido bautizada la Institución. En 1990 se inició la construcción del centro, adelantada con el apoyo de la comunidad, mediante la realización de diversos eventos para recolectar fondos y concluyó a finales de 1994, procediendo inmediatamente a la adquisición de los elementos indispensables para su funcionamiento.

El centro tiene capacidad para albergar a 90 ancianos aproximadamente. La edificación cuenta con 5 plantas. En la primera se encuentran las oficinas administrativas, cocina, lavandería, taller, fisioterapia, salón para estudiantes en práctica y el almacén de ropa usada. En la segunda, tercera y cuarta se encuentran las habitaciones de los ancianos y áreas sociales para visitantes. La enfermería se encuentra ubicada en el segundo piso y la capilla en el tercero.

❖ **OBJETIVO INSTITUCIONAL:** Propender por el bienestar biopsicosocial del grupo de ancianos que integran el Centro de Bienestar del Anciano Padre Carlos Gutiérrez Gómez, a través de la implementación de programas y servicios que aporten de manera positiva a la calidad de vida del geronte.

❖ **MISIÓN:** El centro de Bienestar del Anciano Padre Carlos Gutiérrez Gómez, es una entidad sin ánimo de lucro al servicio de los ancianos de la comunidad, dedicada a la investigación y cuidado integral de éstos; generando beneficio social y confiabilidad a través de la coordinación de un equipo de trabajo interdisciplinario y operativo, afianzando sus conocimientos con la práctica, logrando un mejor desarrollo de la institución.

De la misma manera el empleado, mas que buscar el bien común deja ver su ardua labor quijotesca, engrandeciendo su espíritu, ayudando a

aquellas personas llenas de sabiduría que el destino como premio hizo que el paso por la vida terminara en este hogar de amor y tranquilidad.

- ❖ **VISIÓN:** Nuestro objetivo es brindar atención integral a todos los ancianos que residen en la institución, por ende nuestro futuro está proyectado a tener toda su capacidad instalada, así como seguir en la búsqueda de recursos económicos y talentos humanos para poderles brindar un mejor nivel de vida. Con este enfoque objetivo, se pretende adecuar toda la infraestructura física médica que le permita a la institución y a los abuelos estar tranquilos en esta etapa de la vida, aliviando notablemente el desarrollo evolutivo que implica el llegar a esta edad.

1.12.5 Asilo San Francisco Javier

1.12.5.1 Reseña histórica. Don Carlos Julio Zaraza, líder cívico de Piedecuesta, decide el 16 de julio de 1947, con la ayuda de su tío presbítero Francisco de Paula Cortés, buscar a los monseñores de las diócesis de Pamplona y de Bucaramanga, con el objeto de ceder la casa ubicada en la calle 6 No. 6-67 en el municipio de Piedecuesta; con el objetivo de inaugurar en ella un Asilo, para los adultos mayores de la zona, teniendo en cuenta ambos géneros; inicia con 45 Adultos Mayores.

Años después se realiza una remodelación, la cual permitió ampliar la cobertura de los ancianos a un total de 170 ancianos. Es administrado en la actualidad por las hermanas de los ancianos desamparados.

1.12.6 Corporación Albeiro Vargas y Ángeles Custodios

1.12.6.1 Reseña. La corporación Albeiro Vargas inicia sus actividades en 1985, a partir de una idea establecida por el joven Albeiro Vargas, habitante

de la zona del norte de la ciudad de Bucaramanga, quien en la búsqueda de solucionar las necesidades de la gran cantidad de ancianos que en la zona se encontraban, inicia un proceso de ayuda alimenticia y de recreación en primera instancia.

Inicia su proceso con 7 ancianos, y con la colaboración de la ciudadanía satisfacía las necesidades básicas de los mismos. Su iniciativa de ayuda fue conocida por la comunidad nacional e internacional, a partir de ello, la comunidad francesa decide apoyar dicho proyecto, con la consecución de un lugar de residencia para los mismos. Es por eso que hoy por hoy se cuenta con unas instalaciones en el norte de la ciudad, que permite albergar a 90 ancianos de ambos géneros que por limitaciones físicas, sociales y familiares han llegado a la misma, a su vez aquellos que por un monto de dinero, poseen un lugar dentro de la misma.

Hoy se cuenta con programas integrales de bienestar a dicha población desde un trabajo interdisciplinario.

2. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La investigación concerniente al tema Adulto Mayor Institucionalizado es la resultante de la búsqueda de respuestas sobre los ancianos de la sociedad actual. La demanda surge debido al incremento sostenido de la población mayor de 60 años y más, en el caso de las Instituciones o Centros de Atención Integral al Adulto Mayor de nuestro medio, a partir de ello surge el problema de investigación.

Desde los aspectos demográficos, familiares y manejo del tiempo libre qué caracteriza al Adulto Mayor Institucionalizado del Área Metropolitana de Bucaramanga?

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Objetivo general. Determinar las características demográficas, familiares y de manejo del tiempo libre que poseen los Adultos Mayores Institucionalizados del Área Metropolitana de Bucaramanga, con el fin de generar procesos de intervención social acordes a su realidad.

2.2.2 Objetivos Específicos

- ✚ Determinar los aspectos demográficos que caracterizan al Adulto Mayor Institucionalizado, que influyen en su estilo de vida.

- ✚ Analizar los niveles de apoyo y acompañamiento tanto familiar como de redes de apoyo (amigos, vecinos, comunidad), de los Adultos Mayores Institucionalizados.
- ✚ Identificar la problemática socio-familiar que ha afectado y que está afectando el desarrollo integral del adulto mayor institucionalizado.
- ✚ Especificar los espacios culturales de la Institución que influyen en el manejo del tiempo libre de los ancianos.

2.3 OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN

Aportar al conocimiento de la tercera edad institucionalizada, bases de conocimiento individual, familiar y social para procesos de intervención en el grupo poblacional, con el fin de ofrecer a las instituciones las bases de accionar pertinentes para la intervención a la tercera edad, del Área Metropolitana de Bucaramanga.

2.4 DISEÑO METODOLÓGICO

Una vez determinados los objetivos de la investigación, se organiza el conjunto de operaciones básicas que permite llevar adelante el proceso de la investigación. Para este estudio es importante involucrar a la tercera edad y las instituciones (asilos), en la recopilación de la información y en la búsqueda de la consecución de elementos de orden integral sobre la población por lo cual se opta por un diseño que abarca niveles cuantitativos.

2.5 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Como se determinó anteriormente el tipo de investigación es de orden DESCRIPTIVO, con un diseño cuantitativo ya que la descripción busca

caracterizar un fenómeno o situación concreta indicando sus rasgos más peculiares o diferenciadores.

2.6 COBERTURA DE LA INVESTIGACIÓN

La cobertura poblacional de la investigación está formada por las Instituciones de Atención Integral a la Tercera Edad (Asilos), del área metropolitana de Bucaramanga que comprende:

- ❖ Bucaramanga: - Asilo San Rafael
- Asilo San Antonio
- Corporación Albeiro Vargas y Ángeles Custodios
- ❖ Floridablanca: - Centro de Bienestar del Anciano Padre Carlos G. Gómez.
- ❖ Girón: - Asilo Nuestro Señor de los Milagros
- ❖ Piedecuesta: - Asilo San Francisco Javier

2.7 ASPECTOS CUANTITATIVOS

2.7.1 Población y muestreo. Teniendo en cuenta que la unidad de análisis de la investigación es el Adulto Mayor Institucionalizado del Área Metropolitana de Bucaramanga y de acuerdo a la población de cada Institución, se tomará una muestra de tipo Aleatorio Simple, en la cual cada elemento posee la misma probabilidad de ser escogido directamente como parte de la muestra.

Es importante tener en cuenta que existen Adultos Mayores en las Instituciones que por sus características de orden psicológico y cognitivo, no

pueden aportar la información requerida. Por ello se tuvo en cuenta en la toma de la muestra el concepto de la Institución. Para dicho muestreo se manejó un nivel de confiabilidad del 95% y un margen límite de error de estimación del 5%.

Finalmente con base en el muestreo aleatorio simple se calculó el Número total por Institución de Adultos Mayores a encuestar, utilizando el siguiente modelo estadístico:

$$n = \frac{N * (p * q) * z^2}{(p * q) * z^2 + (N - 1) * e^2} \quad \text{Donde,}$$

N: Tamaño total de la muestra.

p: Proporción estimada de los ancianos a encuestar.

q: Complemento de p (q= 1-p), en este caso entre el 10 y el 90%.

z: Nivel de confiabilidad (95%).

e²: Límite de error estándar (5%).

N: 851 Adultos Mayores Institucionalizados repartidos así:

❖ Asilo San Antonio:	235 Adultos Mayores
❖ Asilo San Rafael:	210 Adultos Mayores
❖ Asilo de Floridablanca:	80 Adultos Mayores
❖ Asilo de Girón:	76 Adultos Mayores
❖ Asilo Albeiro Vargas:	90 Adultos Mayores
❖ Asilo de Piedecuesta:	160 Adultos Mayores

Entonces,

$$N = 851 \quad p = 0,1 \quad q = 0,9^2 \quad Z = 1,96 \quad e^2 = 0.0025 \quad ==>$$

$$n = \frac{851 * (0.1 * 0.9) * 1.96}{(0.1 * 0.9) * (1.96)^2 + 850 * 0.0025} = \frac{294.22}{2.47} \rightarrow$$

n = 119 Adultos mayores

Entonces las distribuciones de muestra por asilo son:

❖ Asilo san Antonio:	33 Adultos Mayores
❖ Asilo San Rafael:	29 Adultos Mayores
❖ Asilo de Floridablanca:	11 Adultos Mayores
❖ Asilo de Girón:	11 Adultos Mayores
❖ Asilo Albeiro Vargas:	13 Adultos Mayores
❖ Asilo de Piedecuesta:	22 Adultos Mayores

2.8 FUENTES Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

2.8.1 Primarias

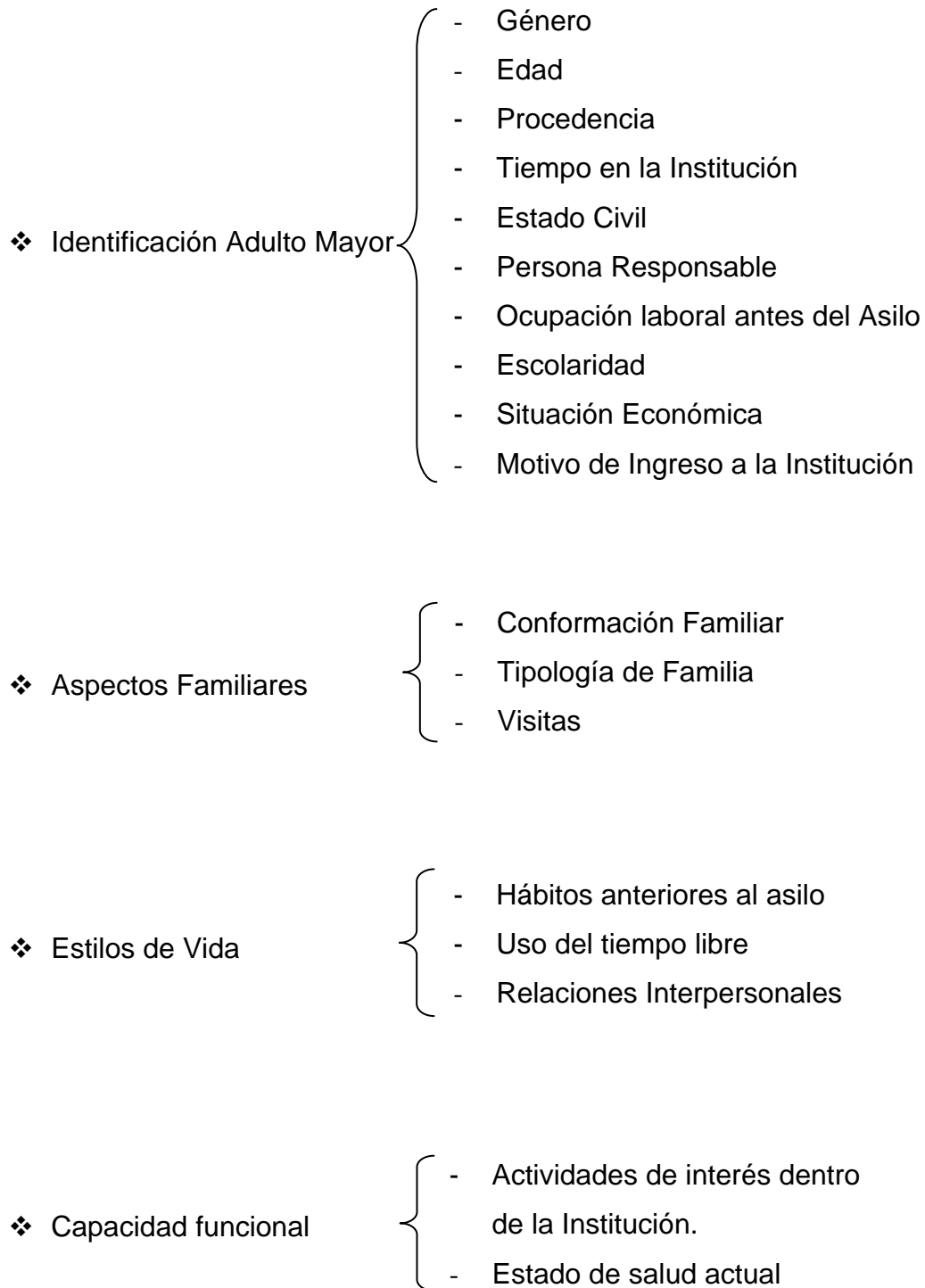
- A. **Observación:** de orden directo e indirecto, llevado a cabo por el investigador.
- B. **Entrevista Formal:** Cuyas variables se determinarán más adelante, a partir de una encuesta estructurada (capítulo 7).

2.8.2 Secundarias

Recopilación Documental: Que se lleva a cabo desde el inicio de la investigación, en la búsqueda de teorías, hechos y legislación sobre el Adulto Mayor, entre otra información pertinente.

En esta fase se consulta, recopila información, se lleva a cabo contacto global y búsqueda de referencias; donde se revisa literatura, haciendo un primer abordaje a la realidad.

2.9 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES



2.10 ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

- A. **Análisis Documental:** Realizado a lo largo de todo el proceso cuantitativo, es continuo y sistemático.

- B. **Registro Estructurado de la Observación:** Realizado en forma constante a partir de un diario de campo y de toda aquella información escrita que se recopile.

2.11 RECURSOS

2.11.1 Recursos humanos

1. Un investigador (estudiante de Trabajo Social).
2. Personal Docente Escuela de Trabajo Social.
3. Personal Administrativo y Profesional de los Asilos del Área Metropolitana de la ciudad de Bucaramanga.
4. Informantes Claves (Adultos Mayores, Familiares, Amigos, entre otros).

2.11.2 Recursos técnicos

1. Sistema Web – Computador.
2. Grabadora Periodística.
3. Papelería en General.
4. Ayudad didácticas geriátricas.

Estos recursos varían de acuerdo a las necesidades del investigador y de la posibilidad de adquisición de la información.

2.12 CALENDARIZACIÓN 2002 - 2005

Etapa	Febrero 2002				Marzo 2002				Abril 2002				Diciembre 2005				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Etapa Preparatoria (Diagnóstico inicial)																	
Ubicación Bibliográfica	■																
Selección Instituciones			■														
Ubicación Informantes claves	■																
Etapa Inicial (Segundo Diagnóstico)																	
Mapeo				■													
Variables					■												
Etapa Intermedia																	
Recolección de la Información								■									
Primer Análisis								■									
Etapa Final																	
Análisis y conclusiones													■				
Sistematización														■			

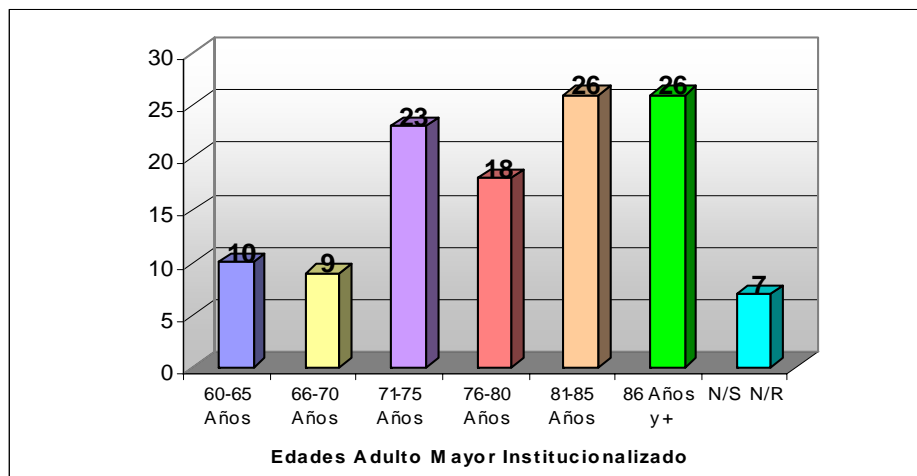
3. ANÁLISIS DE LOS COMPONENTES Y/O VARIABLES

Cabe destacar que esta investigación descriptiva es pionera en la ciudad, por lo tanto tiene una importancia alta para conocer una realidad. A continuación se expone una caracterización del Adulto Mayor Institucionalizado del Área Metropolitana de Bucaramanga y Piedecuesta, que responde a la finalidad expuesta en la metodología, a su vez como elemento básico o diagnóstico operante en cualquier programa o proyecto que se lleve a cabo con este grupo poblacional.

3.1 CARACTERIZACIÓN

3.1.1 Aspectos demográficos

3.1.1.1 Edad



Gráfica 01. Edad de los Adultos Mayores Institucionalizados del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002.

La Comisión Episcopal del Apostolado Seglar¹⁹, en el mensaje del año Internacional de los Adultos Mayores realizado en Argentina en el mes de febrero de 2001; determinó una clasificación sobre el concepto de anciano así: se llama ancianos jóvenes los que cumplidos los 65 años alcanzaron los beneficios de la jubilación pero se encuentran en buena forma, lo que les permite seguir prestando servicios a la comunidad. Por otro lado los ancianos viejos tienen más de 75 años, se encuentran muy disminuidos física o mentalmente antes de cumplirlos. Según este postulado los Adultos Mayores Institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga y Piedecuesta entran en la categoría de Ancianos Viejos, ya que los porcentajes más altos según la encuesta está en la categoría de 81 a 85 años con un 22% (26 ancianos) y de 86 años y más con otro 22% (26 ancianos) y con un menor porcentaje los de 60 a 65 años con un 8% (10 ancianos) y 66 a 70 años con otro 8% (9 ancianos), que serían aquellos determinados ancianos jóvenes.

Frente al por qué existen Adultos Mayores Institucionalizados en mayor cantidad a partir de los 81 años en adelante es por que en nuestro país esto se atribuye a nuestra óptica de cultura occidental en la que la valoración social se basa en la capacidad física, en la competencia y la productividad, cualidades que presentan relación inversa al paso de los años, generando así restricciones que disminuyen las posibilidades de mejoramiento de su calidad de vida.

Otro porcentaje representativo se encuentra entre los 71 a 75 años con un 19% (23 ancianos), que podría catalogarse como el punto intermedio entre los ancianos jóvenes y los ancianos viejos; en esta edad es muy difícil determinar en cuál de estos grupos generacionales se encuentran, ya sea por su físico o por sus expresiones como usted es tan viejo como se siente, tienden a ocultar su verdadera edad. Si no expresan su edad o su historia clínica no la determina, es muy difícil su clasificación con la simple observación.

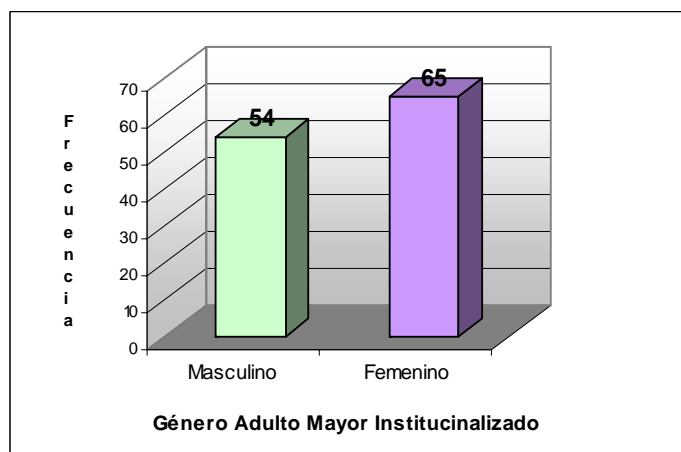
¹⁹ Informe Comisión Episcopal del Apostolado Seglar, Argentina 2001, Pág. 2.

Un pequeño porcentaje del 6% (7 ancianos), correspondiente a los Adultos Mayores Institucionalizados por sus problemas físicos y mentales (determinados médicamente), han olvidado su edad o prefieren no responder a la misma.

En todas las instituciones se maneja una constante entre las edades anteriormente determinadas con excepción del asilo San Rafael, donde no se encontraron ancianos entre el rango de edad de 76 a 80 años, llevando a investigar con la institución dicho caso. Se logró conocer que este rango de edad en los últimos seis meses había soportado la mortalidad en una constante de un anciano por mes debido a la presencia de casos de enfermedades cardio-respiratorias.

A pesar de todo ello en las instituciones se maneja un alto porcentaje representativo de ancianos en el rango de 86 años y más, con porcentajes que oscilan entre el 9.9% (1 anciano) y el 36,36% (4 ancianos), esto significa entre un anciano y cuatro a partir de la muestra.

3.1.1.2 Género



Gráfica 02. Género de los Adultos Mayores Institucionalizados del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002.

Una importante consecuencia del aumento de los Adultos Mayores es el alto número de mujeres ancianas en el mundo especialmente mayores de 75 años, debido a su mayor longevidad; como lo determinó Izal Fernández Ballesteros²⁰ en su libro Evaluación durante la Vejez, esto aunado a la mayor mortalidad en hombres debido a diferentes razones biológicas, conductuales y medioambientales.

Este concepto refuerza el porcentaje establecido en la tabla de género ya que el 55% (65 ancianos), de la población encuestada son mujeres y el 45% (54 ancianos), representa a los Adultos Mayores de género masculino, como señaló en 1983 Lewis²¹ famoso Gerontólogo: las mujeres de mayor edad son el primer grupo de seres humanos en la historia, en vivir vidas tan largas en cantidad tan grandes. Frecuencia estable en todos los asilos con excepción del Asilo san Rafael donde sólo se encuentran internados Adultos Mayores de género masculino.

Es importante destacar que la única institución del estudio que se sale de los parámetros anteriormente descritos sobre la prevalencia de mujeres sobre hombres, a excepción del asilo San Rafael (masculino), es la Casa de Bienestar del Anciano Albeiro Vargas con un 69,23% (9 ancianos), de ancianos hombres frente a un 30,77% (4 ancianos), de ancianas, ya que en primera instancia el asilo enfatizó su trabajo en adultos mayores de género masculino, años más tarde se inició trabajo con ancianas, pero se ha mantenido la constante.

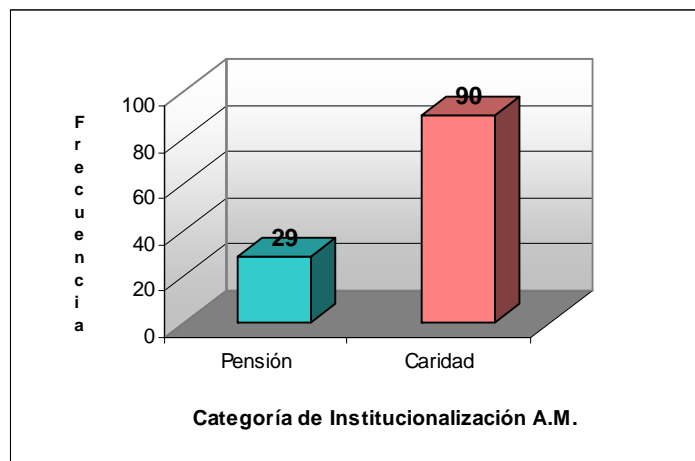
Es importante analizar que el aumento de la cantidad de pobladores de la tercera edad, ha permitido un aumento en la expectativa de vida al nacer de

²⁰ FERNÁNDEZ BALLESTEROS, Izal. Evaluación durante la vejez. Intervención Psicosocial. Madrid – España, 1992. Pág. 132.

²¹ PAPALIA, Diane. Desarrollo humano de la madurez de la vida. Santafe de Bogotá: McGraw Hill, 1999, Pág. 570.

casi 20 años en el último medio siglo pasando de 49 a 69 en hombres y de 52 a 75 en mujeres, grupo en el que siempre se presenta una expectativa de 6 años superior (según estudios del DANE), todo esto en consecuencia de la reducción en la tasa de natalidad estimulada hace 50 años en 7 hijos por mujer; de tal manera que se proyectan familias multigeneracionales, esto es, mas de tres generaciones por familia, perdiéndose así la idea de familia nuclear e invirtiéndose completamente el número de niños por adulto, también por la reducción de la mortalidad infantil en forma importante y por último a los esfuerzos en atención de salud en todos los niveles con mayor cobertura a partir de la creación de la ley 100 de 1993.

3.1.1.3 Clasificación del adulto mayor en el interior del asilo



Gráfica 03. Categoría de Institucionalización de los Adultos Mayores, Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002.

Según E. Dulcey²² en su informe Envejecimiento y Calidad de Vida determina que el proceso de Institucionalización del Adulto Mayor está cargado de un componente emocional que repercute en los pacientes, afectando el componente patológico y personal del mismo y más en aquellos que ven a la

²² DULCEY, E. Envejecimiento y calidad de vida. Bogotá: Universidad Javeriana, 1991, Pág. 34.

Institución como el último escalón en su proceso de existencia, pues llegan allí en la búsqueda de ayuda sin poder aportar a la misma económicamente, en este caso se denominaría, según nuestro análisis en aquellos Institucionalizados por Caridad que representa el 76% (90 ancianos) de la población encuestada, siendo para las Instituciones una carga económicamente difícil de manejar, pero imposibilitados para abandonar a dichos Adultos Mayores, pues son ancianos que no poseen familiares y/o amigos que se hagan responsables de los mismos.

Los Centros de atención residencial son necesarios, pues constituyen una respuesta adecuada a los problemas de las personas de edad avanzada que viven solas, no tienen soporte familiar, o que de forma deliberada deciden irse a un centro, porque prefieren vivir en un entorno de esas características. Aquellos a los que las circunstancias han obligado a vivir en los centros residenciales se ven obligados a compartir su vida con personas desconocidas, a adaptarse a horarios, hábitos y dietas extrañas, tienen más posibilidades de enfermar.

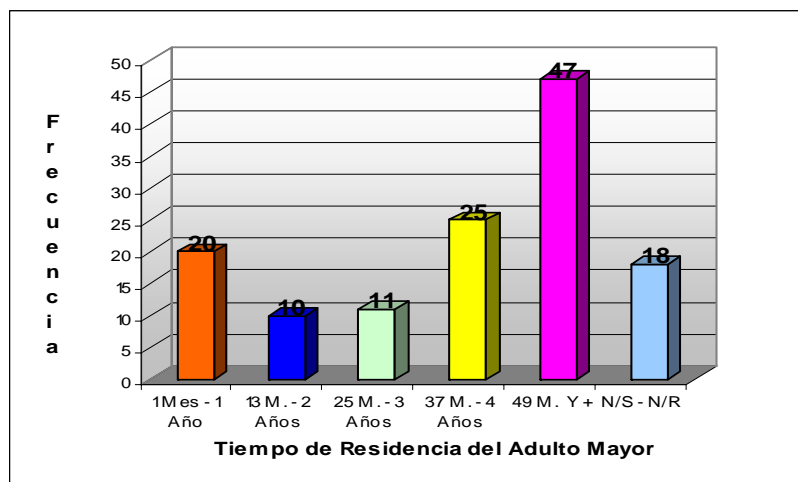
Solo se observa en los resultados que una institución (asilo de Floridablanca), mantiene un rango elevado de ancianos pensionados, lo que se puede interpretar que esto depende del enfoque administrativo que se le ha dado a la misma, donde se busca que los ancianos allí institucionalizados y sus familias se hagan responsables del sostenimiento y adecuación del asilo, a través de una pensión, pues sus políticas buscan dejar a un lado el corte filantrópico que se ha estereotipado a los asilos. En Dependencia de los Ancianos en Gerontología Clínica Werner Baltes²³ analiza que existen familias que reúnen las condiciones mínimas: físicas y económicas para acoger al Adulto Mayor, aportando a la Institución una ayuda para la estancia y manutención del mismo, obteniendo así el anciano una Atención Integral

²³ BALTES, M. Werner y WAHL, H. Dependencia de los ancianos en gerontología clínica. Intervención Psicológica y Social. Martínez Roca – Madrid, España, 1985. Pág. 89.

Geriátrica. En este caso a nivel de Bucaramanga, catalogados como Adultos Mayores pensionados en la Institución Geriátrica se encuentran en una constante del 24% (29 ancianos); porcentaje muy bajo en representación a la cantidad de Adultos Mayores Institucionalizados y a las necesidades de las Instituciones Vs la demanda de necesidades básicas a satisfacer por las partes involucradas.

En otros aspectos, la experiencia indica que es muy difícil para las instituciones ofrecer todas las prestaciones que debieran manteniendo costos accesibles. Se observan casos que intentan disminuir subprestando, restringiendo el personal mínimo indispensable y hasta disminuyendo la cantidad de comida. Sólo cuando se brinda calidad se disminuyen los costos, la calidad se asienta en la eficiencia y en la vocación de los servicios. Las políticas dirigidas a optimizar son las únicas factibles de llevar adelante por aquellos establecimientos que tienen como misión autoimpuesta la del crecimiento institucional con dignidad y profesionalismo.

3.1.1.4 Tiempo de residencia



Gráfica 04. Tiempo de Residencia en la Institución de los Adultos Mayores del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002.

En la Práctica del Trabajo Social con personas mayores Marion Beaver²⁴ expone que aunque para muchos Adultos Mayores ingresar a una Institución de Ancianos es una experiencia amenazadora y estresante, la soledad de muchos de ellos ya sea por muerte de su cónyuge o por no poseer un familiar o miembro de referencia), o porque su familia no asumen su cuidado directamente, los lleva a residenciarse en los asilos.

Dentro del tiempo de residencia de los Adultos Mayores encuestados encontramos los de mayor porcentaje aquellos que tienen entre 49 meses y más de tiempo de residencia con un 36% (47 ancianos) y en menor porcentaje los establecidos institucionalmente entre 13 meses y 2 años con un 8% (10 ancianos), así mismo lo de 25 meses a 3 años respectivamente con otro 8% (11 ancianos). También se destacan aquellos que tienen entre un mes y un año de estancia con un 15% (20 ancianos).

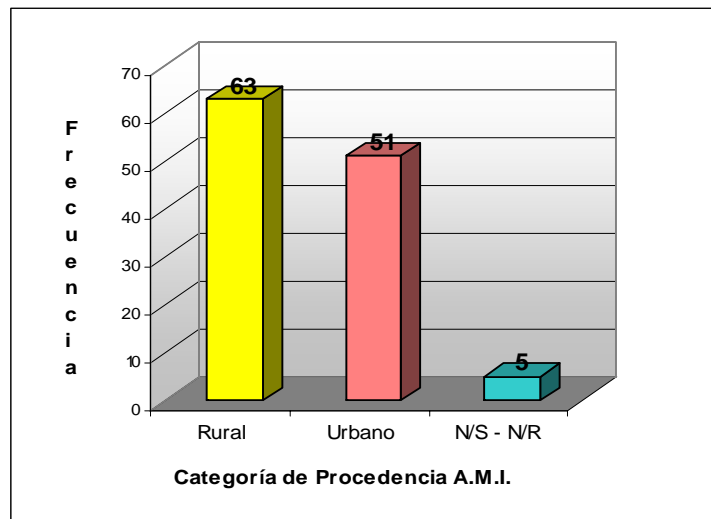
A su vez al tiempo de residencia va ligado el hecho de que el establecimiento geriátrico lleve adelante un análisis de la situación de Institucionalización del anciano, que comprenda los aspectos físicos, psíquicos y familiares del caso; y por otro lado la situación de sus residentes y familiares. En un lapso de 30 días aproximadamente la conducción del anciano podrá hacer los primeros balances que refieran aspectos relacionados con la adaptación del anciano al lugar, de los residentes al anciano y de la familia a la nueva situación.

Transcurridos tres meses habitualmente, la comunidad del establecimiento (residentes, profesionales, cuidadores, etc.), interactúan ya en forma fluida, claro está que no siempre es así, en algunos casos, el residente empeora física o psíquicamente o descompensa a otro residente o a la institución prestadora en si. También puede darse el caso de que sean los familiares los

²⁴ F. BEAVER L, Marion. La práctica del trabajo social con las personas mayores. España: Paidós, 199. Pág. 261.

que no resuelvan la culpa que puede provocar la institucionalización de la persona mayor y decidan retirarlo del establecimiento.

3.1.1.5 Origen de los adultos mayores



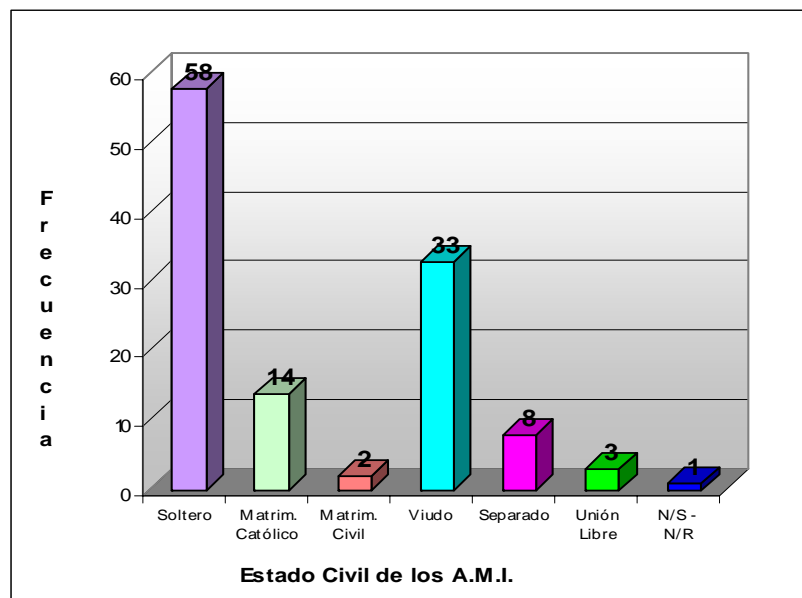
Gráfica 05. Procedencia de los Adultos Mayores Institucionalizados del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002.

La característica fundamental de Colombia, es el intenso crecimiento urbano que ha originado grandes ciudades con gigantescos cordones de miseria, según el libro *Familia y Vejez en Colombia* de Ligia Echeverry²⁵, aunque la migración del campo a la ciudad es mas frecuente en grupos de menor edad, origina dos situaciones: de un lado, el desplazamiento obligatorio de personas ancianas con sus hijos huyendo de la violencia, buscando mejores oportunidades de trabajo o simplemente deslumbrados por el oropel que ofrece la ciudad. De otro lado, los ancianos que se niegan a abandonar el campo, quedan solos sin un soporte económico adecuado y con mayor vulnerabilidad, en este caso los ancianos se desplazan después de ser abandonados en Instituciones de ayuda o para

²⁵ ECHEVERRY, Ligia. *Familia y vejez en Colombia. Perspectivas año 2000*. Santafe de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1991. Pág. 3.

terminar sus últimos días. Según los Adultos Mayores Institucionalizados encuestados es mayor la procedencia rural con un 52,94% (63 ancianos), a diferencia de la urbana con un 42.85% (51 ancianos), manteniéndose la constante que determina S.D. Rossjanski²⁶ en su libro La Familia del Anciano Institucionalizado de que la procedencia de los ancianos depende de características como: baja escolaridad, la pobreza, las expectativas, el estado de salud, su tipología de familia, entre otros.

3.1.1.6 Estado civil



Gráfica 06. Estado Civil de los Adultos Mayores Institucionalizados del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002.

Observando la tabla correspondiente a dicha variable se puede establecer que se mantiene un alto porcentaje de Adultos Mayores Institucionalizados solteros (48.73% - 58 ancianos), dentro de este rango entran aquellas mujeres que por sus concepciones religiosas o de orden cultural preferían

²⁶ ROSSJANSKI, S.D. La familia del anciano institucionalizado. Revista Argentina de gerontología y geriatría. Tomo 9. No. 1, 1998. Pág. 18.

este estado o aquellos hombres que determinaban no haber encontrado la pareja ideal para ellos y por otra parte los que poseen matrimonio ya sea católico o civil con un 11.76% (14 ancianos) y 1.69% (2 ancianos) respectivamente; así como los que mantuvieron o mantienen unión libre con 2,52% (3 ancianos), pues según E. Dulcey²⁷ en Ciclo Vital, envejecimiento y vejez con la vejez la satisfacción marital es mayor que en la edad adulta, el alejamiento físico de los hijos (que permite mayor intimidad), el mayor tiempo libre y la disminución del estrés laboral, contribuyen a que en general la imagen del matrimonio en los últimos años sea más positiva, aunque perturbada por los problemas de salud; por la muerte de uno de los cónyuges, la institucionalización de uno de ellos o los dos.

Por otra parte se presenta un alto porcentaje del 27.73% (33 ancianos) de viudos, teniendo en cuenta que hay 6 veces más viudos que viudas, como es analizado en el libro Dimensiones Psicosociales de la Vejez de Antonio Rodríguez²⁸. Sufriendo no solo la aflicción de la pérdida si no también de la soledad, la falta de compañía y la pérdida de satisfacción sexual. Y por último, un pequeño porcentaje del 6.72% (8 ancianos) de Adultos Mayores Institucionalizados, que se encuentran separados.

Frente a la viudez los ancianos sufren no sólo la pérdida sino también la soledad, la falta de compañía y la pérdida de la satisfacción sexual. Las mujeres mayores que se quedan viudas llegan más preparadas a este nuevo rol, su socialización se ve favorecida por un potencial grupo de amigas viudas.

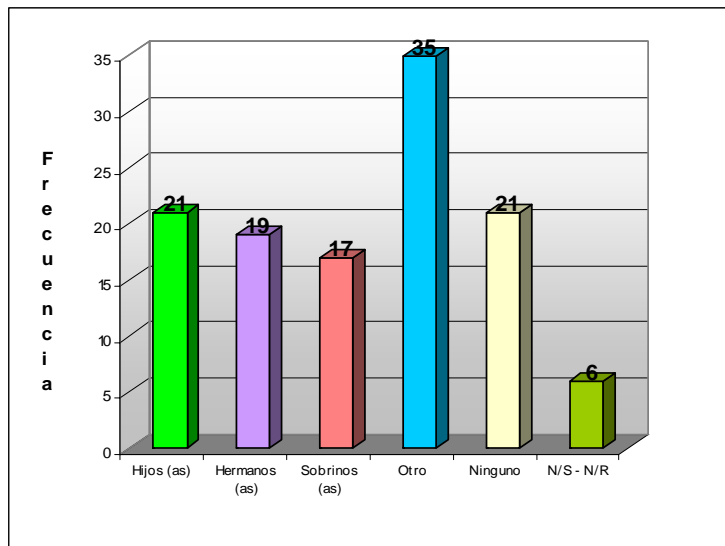
Por otro lado el hombre tiende a casarse con mujeres más jóvenes, si deciden volverse a casar, siendo así que se casan más los hombres viejos

²⁷ DULCEY E. Y RUIZ, E. Ciclo vital, envejecimiento y vejez. Defensoría del Pueblo. Bogotá, 1993. Pág. 49.

²⁸ RODRÍGUEZ, Antonio. Dimensiones psicosociales de la vejez, envejecimiento y psicología de la salud. Madrid: Siglo XXI de España Editores S.A., 1994. Pág. 49.

que las mujeres viejas, siendo los motivos más comunes para volverlos a hacer: en primer término el compañerismo, luego la satisfacción sexual y en menor medida la salud y la economía. Los impedimentos son: la oposición de los hijos, las mujeres no quieren hacerse cargo de hombres enfermos y la misma institución.

3.1.1.7 Persona(s) responsables de los adultos mayores ante la institución



Gráfica 07. Personas y/o familiares responsables de los Adultos Mayores Institucionalizados del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002.

Según lo determinó C. Brayne²⁹ en el Foro Mundial de la Salud, los hijos de los Adultos Mayores están conscientes de las obligaciones para con sus padres y con frecuencia esperan más de sí mismo de lo que sus padres esperan.

Consideran que es importante estar juntos en ocasiones especiales, pero le dan poca importancia a vivir cerca o junto a la Institución, escribirles a

²⁹ BRAYNE, C. La calidad de la vida aun por definir. Foro Mundial de la Salud. Volumen 16. O.M.S. Washington D.C. USA, 1995. Pág. 13.

menudo o ajustar el trabajo para visitar a sus padres. En otros casos el peso recae sobre un hijo (más probablemente una mujer soltera), que a pesar de sus esfuerzos es incapaz de contener la situación.

En este caso los hijos aparecen con un 17.64% (21 ancianos) de responsabilidad, hermanos con un 15.97% (19 ancianos), y sobrinos con un 14.29% (17 ancianos); pero cabe analizar la categoría de ninguno con un 17.64% (21 ancianos); esta última categoría de respuesta se presenta porque el anciano no posee familia (son Adultos Mayores Institucionalizados por Caridad), también carecen de amigos, sin atención y compañía de ningún familiar.

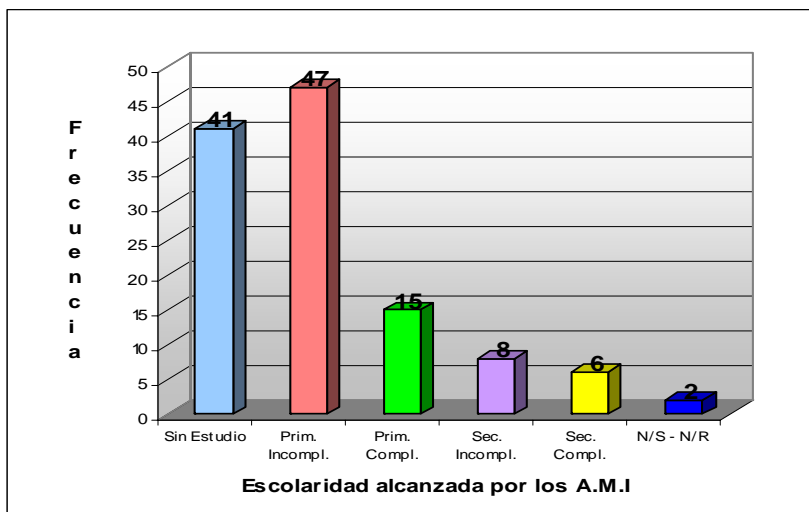
Esta soledad puede estar causada por pérdida del nivel socioeconómico, afecciones físicas o psíquicas invalidantes, pérdida de cónyuge, tendencia a la inactividad, casamiento de los hijos y éxodo rural, como es descrito en Evaluación de la Depresión de E. Heiby y J. García³⁰.

Complementando el análisis existen familias de los ancianos que no aceptan los tratamientos del equipo geriátrico, por el contrario están siempre en una actitud hostil, no suministran datos que ayuden a su ubicación, sus visitas son esporádicas y siempre sus compromisos sociales y/o económicos le impiden colaborar con la atención del anciano, los que abandonan a sus padres en las instituciones y desaparecen o aparecen sólo para controlar, contemplar y criticar para mal al personal tratante, también encontramos las que cuando se institucionaliza al anciano exageran las frecuencias de visitas, a veces perturbando al equipo geriátrico y al tratamiento. Sin embargo debemos tener presente que no pocas veces estas conductas se deben a sentimiento de culpabilidad o de hostilidad que el propio paciente ha

³⁰ HEIBY, E. y GARCÍA HURTADO, J. Evaluación de la depresión. Evaluación conductual hoy. Madrid-España: Editorial Pirámide, 1994 Pág. 22.

generado en su familia por su comportamiento en el pasado (abandono de la familia, alcoholismo, etc.).

3.1.1.8 Escolaridad



Gráfica 08. Escolaridad alcanzada por los Adultos Mayores Institucionalizado del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002.

Dentro del análisis de la escolaridad es necesario tener en cuenta características como: procedencia del Adulto Mayor, tiempo de desarrollo de su niñez, adolescencia y juventud. Según Bautista Gutiérrez³¹ en Política Local para generar Condiciones de Bienestar Integral a la Población de Mayor Edad, la educación para los Adultos Mayores, no es un significado de inteligencia y de conocimiento, basta el poseer la experiencia y estar en la constante búsqueda de entendimiento de su realidad, esto refuerza los resultados obtenidos: con un porcentaje de Adultos Mayores Institucionalizados sin estudio del 34.45% - 41 ancianos, (tendencia al género masculino y de procedencia urbana), y aquellos que tuvieron primaria incompleta con 39.5% (47 ancianos), frente a los que

³¹ GUTIÉRREZ, Bautista. Política local para generar condiciones de bienestar integral a la población de mayor edad. Red de solidaridad social. Santa fe de Bogotá, 1996.

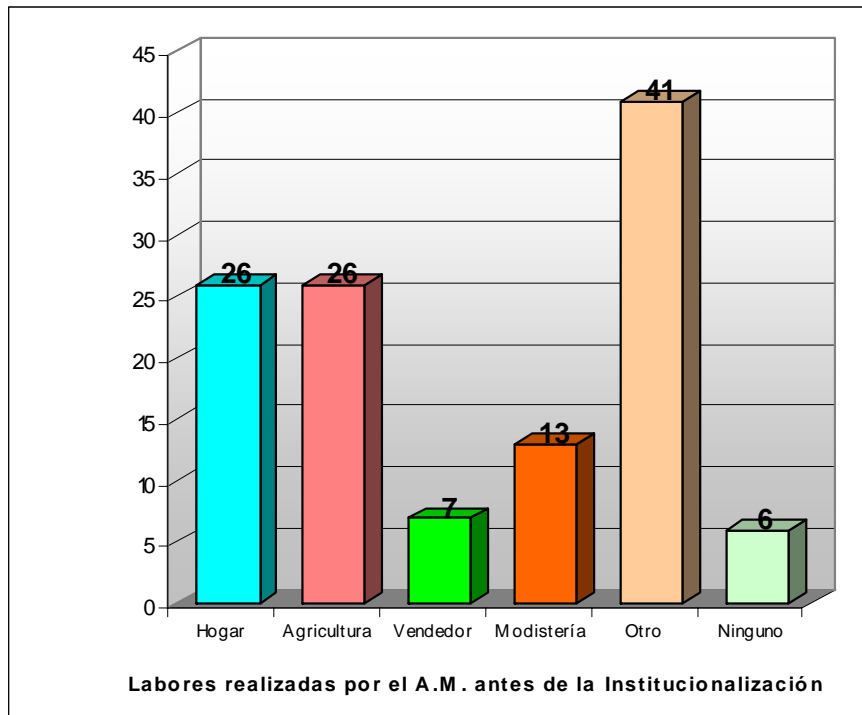
terminaron la primaria con un 12.61% (15 ancianos) y la secundaria completa 5.04% (6 ancianos), (aquellos que poseían los recursos para acceder al sistema educativo de la época), en general es una población con baja escolaridad.

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

Los problemas educativos no afectan exclusivamente a la población anciana sino que también otra forma, el desconocimiento que tiene el resto de la población sobre los problemas del envejecimiento y la vejez, genera prejuicios sociales acerca de este proceso, lo cual condiciona otro problema a los ancianos como las dificultades para su participación y su integración plena a la sociedad.

Así mismo, la sociedad no valora debidamente las habilidades y experiencias ganadas por los ancianos a lo largo de su vida en diferentes aspectos y peor aún, las nuevas generaciones no reciben este nuevo bagaje y no se beneficia la comunidad con un proceso de transmisión y acumulación de conocimiento. En nuestro país no existen programas que incorporen activamente a los ancianos para la transmisión de sus conocimientos ni tampoco programas que permitan a estas personas de 60 y más años recibir capacitación laboral que les refuerce sus destrezas y puedan seguir participando competitivamente en las actividades productivas.

3.1.1.9 Ocupación laboral antes de ingresar al asilo



Gráfica 09. Ocupaciones realizadas antes de la Institucionalización por los Adultos Mayores del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002.

Los Adultos Mayores Institucionalizados antes de ingresar a un asilo tendían a realizar tareas manuales y artesanales lo que les permitía integrarse a la sociedad activa, manteniendo en gran parte su potencial físico e intelectual, además de un ingreso económico extra.

Observamos Adultos Mayores que desempeñaron otros roles activos, que abarcan los más variados matices, desde abuelos educadores³², hasta la participación en grupos que promueven la integración y la recreación u otros promotores de cambios sociales como lo describe R. Fernández Ballesteros en Evaluación durante la vejez.

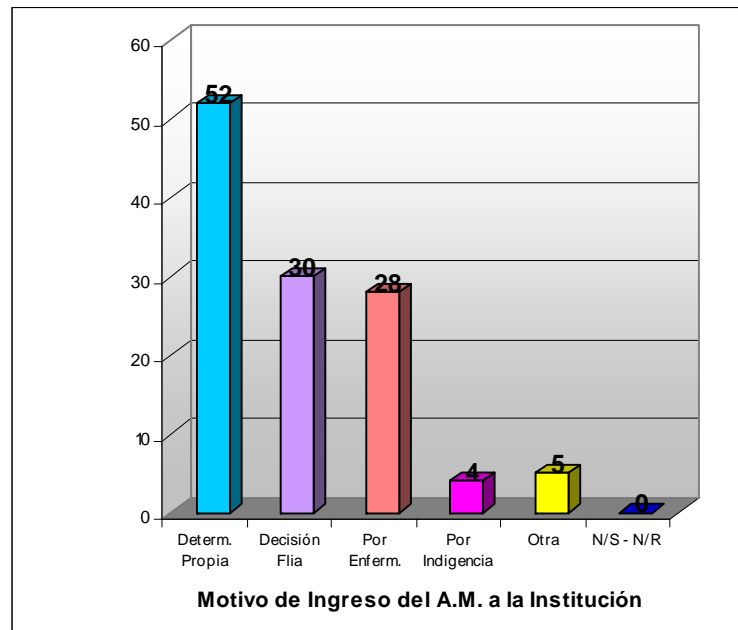
³² FERNÁNDEZ – BALLESTEROS, R. Izal M., Op, cit., Pág. 78.

Si observamos la tabla analítica los Adultos Mayores Institucionalizados encuestados se caracterizan porque realizaban actividades cotidianas del hogar, como lo anteriormente determinado (abuelos-educadores), ya fueran labores en su núcleo familiar o de personas que contrataban sus servicios con un 21,85% (26 ancianos) y otro porcentaje similar (21,85% - 26 ancianos, especialmente aquellos que residían en el área rural), se dedicaban a la agricultura, como labor comercial y de sustento.

Especialmente entre los roles desempeñados por el género femenino encontramos la modistería con un 10,93% - 13 ancianos (analizando que algunas mujeres continúan ejerciéndola dentro del asilo, con el objetivo de sentirse útiles ante la Institución y ante ellas), y en el rango de otros se analizan actividades de orden comercial de productos de primera necesidad (área urbana preferiblemente) con un 34.45% (41 ancianos). De los 60 años en adelante no deberían marcar una barrera absoluta entre la actividad profesional y la inactividad, sin embargo la jubilación “guillotina” planteando un cambio brusco en la vida de las personas. Este cambio trae aparejado una pérdida económica y del rol social. Cada vez más importante la preparación para este cambio para prevenir síndromes como el de la “jubilopatía”, con depresión, insomnio, cambio de carácter, etc.

En algunos casos los jubilados continúan realizando tareas manuales y artesanías, lo que les permite reintegrarse a la sociedad activa, manteniendo gran parte de su potencial físico e intelectual, además de un ingreso económico extra. También observamos muchos adultos mayores que desempeñan otros roles activos, que abarcan los más variados matices, desde “abuelos – educadores” hasta la participación en grupos que promueven la integración y la recreación u otros promotores de cambios sociales. La Laborterapia (muy utilizada en las instituciones), está muy bien definida, tiene efecto terapéutico, pero no es usada como equivalente de un trabajo “usurpado”, sino propio de cada anciano.

3.1.1.10 Motivo de ingreso a la institución



Gráfica 10. Motivo de ingreso a la Institución por parte de los Adultos Mayores, Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002.

Jorge Buendía y Antonio Riquelme³³, en su libro *La Experiencia Depresiva en Residencias Psiquiátricas*, los centros de atención residencial son necesarios, pues contribuyen a una respuesta adecuada a los problemas de las personas de edad avanzada que viven solas, no tienen soporte familiar, o que de forma deliberada deciden irse a un centro porque prefieren vivir en un entorno de esas características.

Por otro lado hay que analizar el concepto del anciano para la familia, ya que una parte de ellos en la sociedad consideran los mismos como una carga, ya sea por falta de productividad económica, dividendos que implican la jubilación, asistencia médica, e imagen de deterioro psicofísico que dan a los jóvenes.

³³ BUENDIA J. y RIQUELME A. *La Experiencia Depresiva en Residencias Geriátricas*, Buenos Aires: Ed. Paidós, 1998. Pág. 230-231.

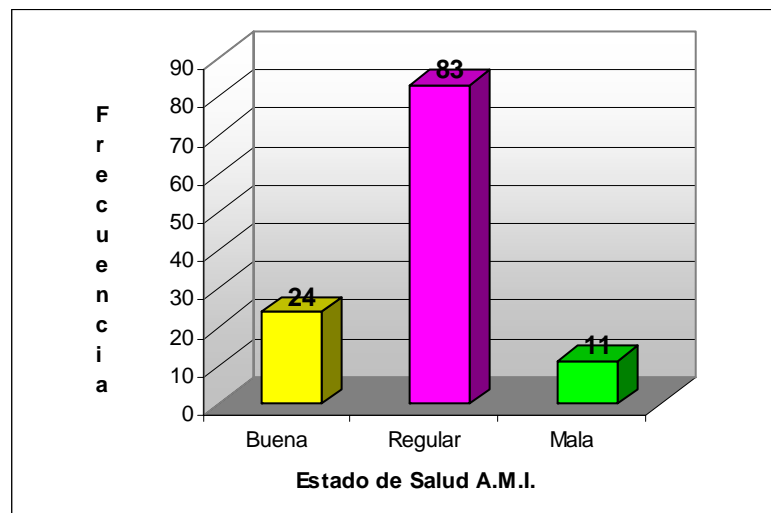
El proceso de institucionalización de pacientes adultos mayores está cargado de un componente emocional que repercute en familiares y pacientes siendo este último el más afectado y según el componente patológico que le acompañe puede complicarse el cuadro del mismo. Una vez institucionalizado el paciente, comenzará a sentir miedos, sensación de abandono, pérdida y soledad, por lo tanto, debemos entender el proceso de duelo que empieza a enfrentar y expresar, a través, de múltiples mecanismos de defensa, generadores de conductas poco adecuadas que interfieren principalmente en sus relaciones interpersonales y van desmejorando de forma progresiva su calidad de vida.

Internar por un cuadro patológico a un anciano, es una medida que debe ser muy bien valorada. Las instituciones son lugares desconocidos que crean temor e inclusive se los relaciona con la muerte: “se sabe cuando se entra pero no cuando se sale”. La excitación o la apatía, pueden ser los primeros síntomas del cambio y en ciertos pacientes provoca una depresión que agrava o atrasa la curación de las enfermedades orgánicas. Cuando se va a internar a un anciano suele suceder que quieren curarse y aceptan todo lo que se le hace para reintegrarse rápidamente a su domicilio, al notar la preocupación de la familia y amigos, desean permanecer internados aunque no lo manifiesten, porque reciben amor y sienten que su figura es importante, cosa que antes no les ocurría, también desean morir y abandonan, rechazando el alimento, la bebida, el incorporarse, etc.

Si el traslado al asilo es voluntario, se puede relacionar como una mejoría de la salud y el estado de ánimo. Sin embargo los ancianos son más propensos a enfermar cuando se los traslada, sin una preparación adecuada, la decisión es ajena a ellos y que no han escogido libremente el traslado. En los rangos analizados existe la tendencia de un 43.7% (52 ancianos), en determinar por si solos la Institucionalización sustentando lo expuesto anteriormente y con

un 25.21% (30 ancianos) decisión familiar y otro 23.53% (28 ancianos) por enfermedad y en un pequeño rango por indigencia del 3.36% (4 ancianos).

3.1.1.11 Estado de salud

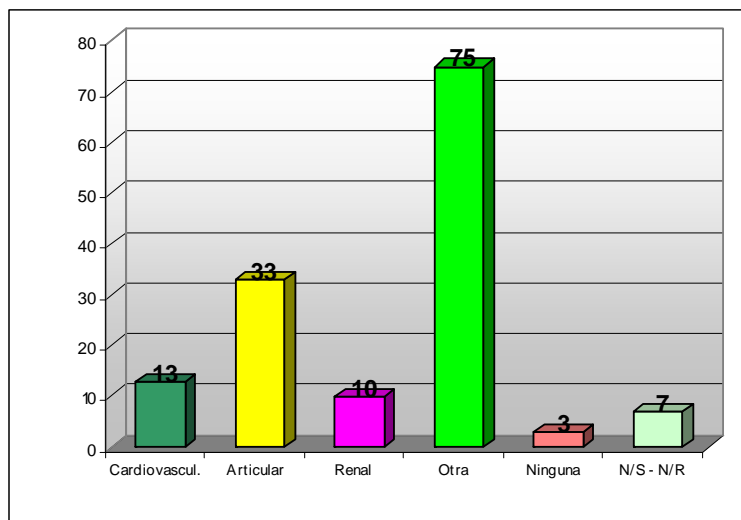


Gráfica 11. Estado de salud del Adulto Mayor Institucionalizado del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002.

Ya en la mayoría de los lugares ha perdido vigor la familia extensa, la familia de la casa grande, casi patriarcal, en la que compartían naturalmente abuelos, padres e hijos y a veces tíos y primos. Era casi obvio que las distintas generaciones compartieran vivienda, alimentación, recreación y conversación. Abuelos y nietos se cruzaban en los pasillos y habitaciones de la casa, y se transmitían de unos a otros tradiciones, costumbres, inquietudes y problemas. El abuelo, era figura importante en esa transmisión de cultura y él se sentía importante; en la familia extensa había un sitio para él, y en ese sitio cumplía un rol que era irremplazable. En la sociedad actual no hay espacio para este tipo de familia; esta se ha reducido al núcleo mínimo de padres e hijos (muy pocos) y nos hacemos la pregunta ¿Qué rol pueden desempeñar muchas personas mayores en un lugar donde ya no se les da cabida?

Según el libro Introducción a la Vejez de Fernández – Ballesteros Robert³⁴, todos los residentes, hombres y mujeres sufren un empeoramiento en la percepción de la salud desde los primeros 20 días de ingreso a la institución, constatando que el hecho de permanecer ingresado en un asilo, sumado a la pérdida de capacidades funcionales, influyen en sentirse más o menos sano. Es significativo como muchos ancianos califican su salud general como mala, anexada a la fuente de estrés, que supone el vivir en una residencia, la pérdida de autonomía, la pérdida de seres queridos, aumento de problemas emocionales y una disminución del control de su propia salud. Observando las estadísticas se destaca el 69,65% (83 ancianos) que determina que es regular, el 10,08% (11 ancianos), que es mala y el 20,17% (24 ancianos), que es buena.

3.1.1.12 Enfermedades



Gráfica 12. Enfermedades que presentan los Adultos Mayores Institucionalizados del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002.

Según Jorge Buendía y Arturo Riquelme³⁵, en su libro La Experiencia Depresiva en Residencias Geriátricas, el deterioro de la homeostasis al

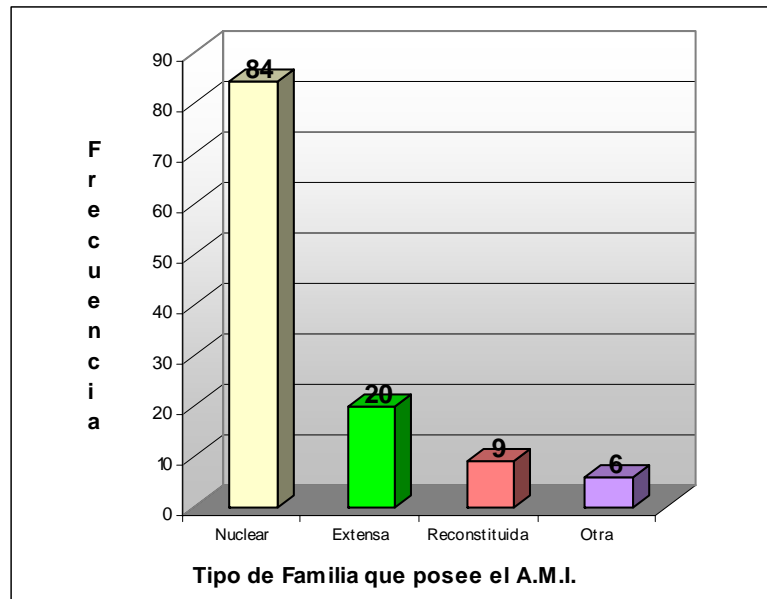
³⁴ FERNÁNDEZ – BALLESTEROS, Robert. y IZAL, M. Op, cit, Pág. 98.

³⁵ BUENDIA, Jorge, y RIQUELME, Arturo. La experiencia depresiva en residencias geriátricas. La vejez, una mirada gerontológica actual. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1998. Pág. 39.

envejecer, hace que se confunda el proceso normal de envejecimiento, con el de la enfermedad, y dificulta en determinados momentos, establecer una diferencia entre envejecimiento normal y patológico. Aunque la controversia sobre la diferencia continúa, se acepta de una parte que el aumento de la edad está acompañado de inevitables cambios fisiológicos que pueden confundirse con enfermedad. De otra parte, al envejecer se aumenta la prevalencia de enfermedades, las cuales muchas veces se toman como parte del proceso de envejecimiento. No se ha logrado definir un listado específico de enfermedades que se determinan en la vejez, según los resultados se tienen las articulares con un 23,41% (33 ancianos), cardiovasculares 9,23% (13 ancianos), renales 7,09% (10 ancianos) y otras con un 53,18% (75 ancianos) pulmonares, gastrointestinales, de piel, entre otras, y con un 2,13% (13 ancianos), determinan que no presentan ninguna enfermedad.

3.1.2 Aspectos familiares

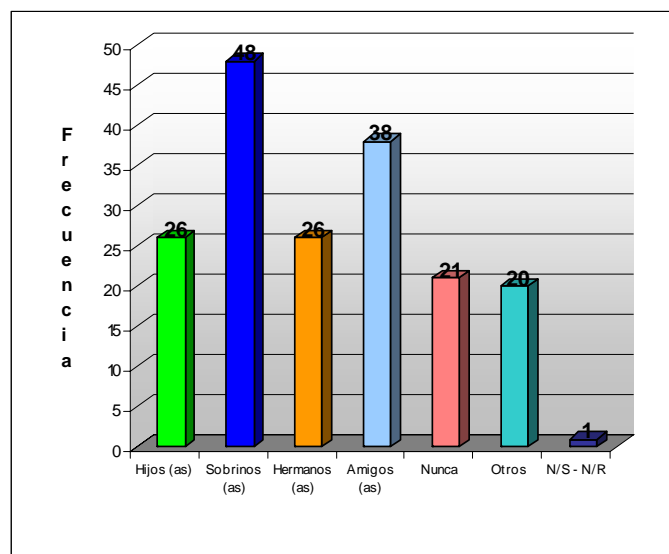
3.1.2.1 Tipología de la familia de los adultos mayores



Gráfica 13. Tipología Familiar de los Adultos Mayores Institucionalizados del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002.

Según José Gómez³⁶ en su libro Evaluación de la Salud de los Ancianos expone que, la tendencia de finales del siglo XX y principios del XXI, es configurar familias nucleares con mayor cantidad de hijos, que hace que paulatinamente vayan desapareciendo los grupos familiares extensos, que brindaban soporte y ayuda a las personas más ancianas de la familia. Basándonos en este concepto las estadísticas nos demuestran con el 70,59% (84 ancianos), que los Adultos Mayores Institucionalizados encuestados poseen una familia de tipología nuclear y un 16,81% (20 ancianos), de extensa. Hoy por hoy las familias que un día conformaron los Adultos Mayores, no son la familia de referencia del mismo, pues la tendencia de los ancianos era mantener familias de orden extenso, donde el matrimonio católico, contraerlo a corta edad y el número alto de procreación, era la tendencia.

3.1.2.2 Personas que visitan al Adulto Mayor



Gráfica 14. Personas que visitan a los Adultos Mayores Institucionalizados del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002.

³⁶ GÓMEZ MONTES, José, Op. Cit. Pág. 24.

En general, podemos afirmar que los Adultos Mayores Institucionalizados reciben visitas en primer lugar de sus sobrinos(as) con un 26.66% (48 ancianos), los amigos (21,11% - 38 ancianos), y con un porcentaje igual del 14.44% (26 ancianos) se encuentran los hijos(as), hermanos (as), destacándose el 11,67% (21 ancianos), de los cuales no reciben nunca visita de nadie y con un 11,11% (20 ancianos) reciben a otras personas y/o familiares.

Para analizar esta variable debe tenerse en cuenta lo que analizó Carlos Brayne³⁷ en el informe del Foro Mundial de la Salud, denominado la Calidad de Vida aún por Definir, determinando que los ancianos tienden a ser mas amigos en cuanto a edad, género, estado civil, religión, posición económica, lugar de procedencia, raza, nivel de educación, e intereses, de aquí dependiendo mucho de las visitas o comunicaciones de sus amigos.

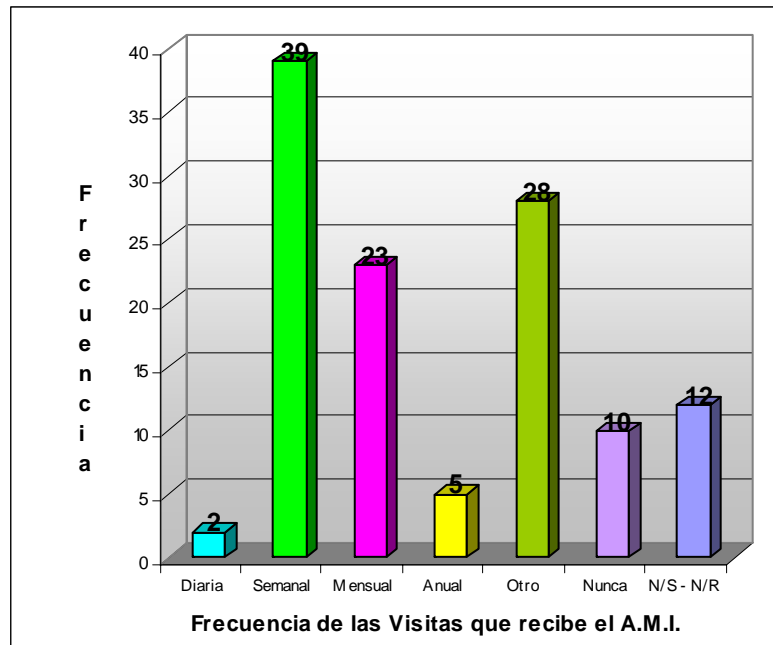
Por otra parte se debe tener en cuenta desde las familias y las visitas los siguientes aspectos:

- a. Existen familias que abandonan a sus padres en las Instituciones y desaparecen o aparecen solo para controlar, contemplar y criticar para mal al personal tratante de la misma y,
- b. Las que cuando se institucionaliza al anciano exageran las frecuencias de las visitas, a veces perturbando al equipo geriátrico y al tratamiento.

Debe tenerse presente que no pocas veces estas conductas se deben a sentimientos de culpabilidad o de hostilidad que el propio Adulto Mayor, ha generado en su familia por su comportamiento en el pasado.

³⁷ BRAYNE, Carlos. La calidad de vida aún por definir, foro mundial de la salud. Volumen 16. OMS, Washington, D.C., USA, 1995. Pág. 2.

3.1.2.3 Frecuencia de las visitas



Gráfica 15. Frecuencia de las visitas que reciben los Adultos Mayores Institucionalizados del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002.

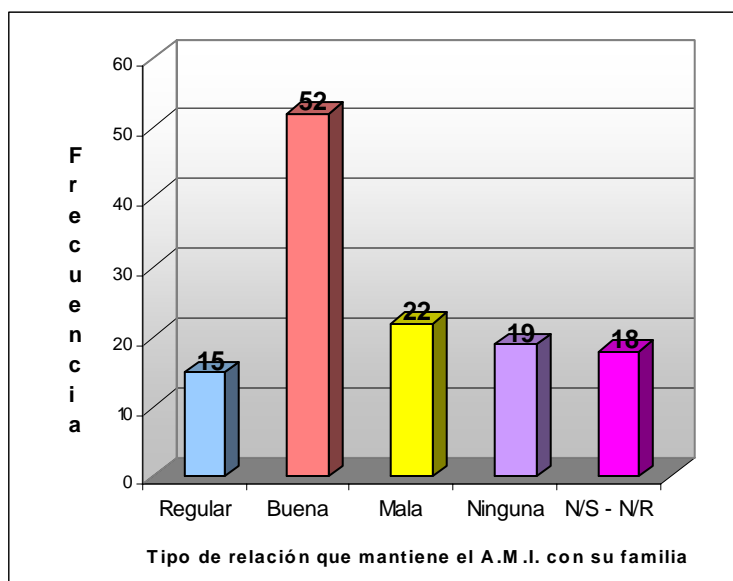
Don Arturo, un anciano de 95 años de edad, se arregla todos los fines de semana para esperar a su hija, quien lo llevará a pasear. Pero ese día nunca llega. Algunas Instituciones geriátricas y/o asilos manejan el concepto de compromiso familiar, donde por medio de actas, las personas responsables del anciano ante las mismas, se comprometen semanal, mensual o semestralmente a visitar al anciano y a estar atento a satisfacer cualquier necesidad del mismo; y dicha acta de compromiso presenta una cláusula en la cual el incumplimiento de esta conlleva a la decisión por parte de la Institución de devolver al anciano a su familia. Pero desafortunadamente como lo expone Manuel Bazo³⁸, en su libro Niveles de Salud de la Sociedad Anciana, este acto no se realiza en todos los asilos; por ende las visitas de

³⁸ BAZO, Manuel. Niveles de salud en la sociedad anciana. Siglo XXI de España. España. Editores S.A. Pág. 72.

amigos y/o familiares comienzan a depender de variables como: la relación del anciano con su familia, el tiempo de los familiares, sus ocupaciones laborales y personales, y hasta la distancia de desplazamiento entre la residencia de los mismos y la Institución.

Por ende, los resultados arrojados son con un 32,78% (39 ancianos), de los Adultos Mayores Institucionalizados reciben visita semanales, mensualmente con un 19,33% (23 ancianos) y diaria con 1,67% (2 ancianos). Cabe destacar el 23,52% (28 ancianos), en la categoría de otros como determinante variado de visitas y un 8.41% (10 ancianos) que reitera que nunca recibe visitas.

3.1.2.4 Tipo de relación que mantiene el adulto mayor institucionalizado con su familia



Gráfica 16. Tipo de relación que mantiene con su familia el adulto mayor Institucionalizado del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002.

En la vejez la familia desempeñaba un papel muy importante, influyendo en la comunidad a través de las acciones que lleva a cabo sobre sus miembros,

recordando que en su evolución las familias que se constituían por abuelos, padres e hijos, han dado lugar a la de los bisabuelos, abuelos, padres e hijos.

Los Adultos Mayores Institucionalizados expresan en un 42,85% (52 ancianos), que es buena la relación de sus familias (aquellos ancianos que las poseen), caracterizado por una buena comunicación entre el anciano y la familia. Otros 13,44% (22 ancianos), dice que es mala y un 15,97% (19 ancianos), dice que no tienen ninguna relación.

La interrelación de la familia con el Adulto Mayor Institucionalizado pudiera ser mejor, solo una minoría no tiene familia, ya que la familia como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad se convierte en un medio que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso salud-enfermedad.

Según el Informe Capacitación en Gerontología de Leopoldo Salvarezza³⁹ expone que las funciones económicas, biológicas, educativas y la satisfacción de las necesidades afectivas y espirituales que desempeña el grupo familiar en el Adulto Mayor Institucionalizado son de marcada importancia.

A su vez Leonel Daichman⁴⁰, en el Boletín de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria de Buenos Aires, expone que la OMS expresa que si los ancianos o pacientes en muchos países representan una carga creciente para los hospitales, y los servicios de asistencia social, es consecuencia en gran parte de un relajamiento en los vínculos de afecto familiar.

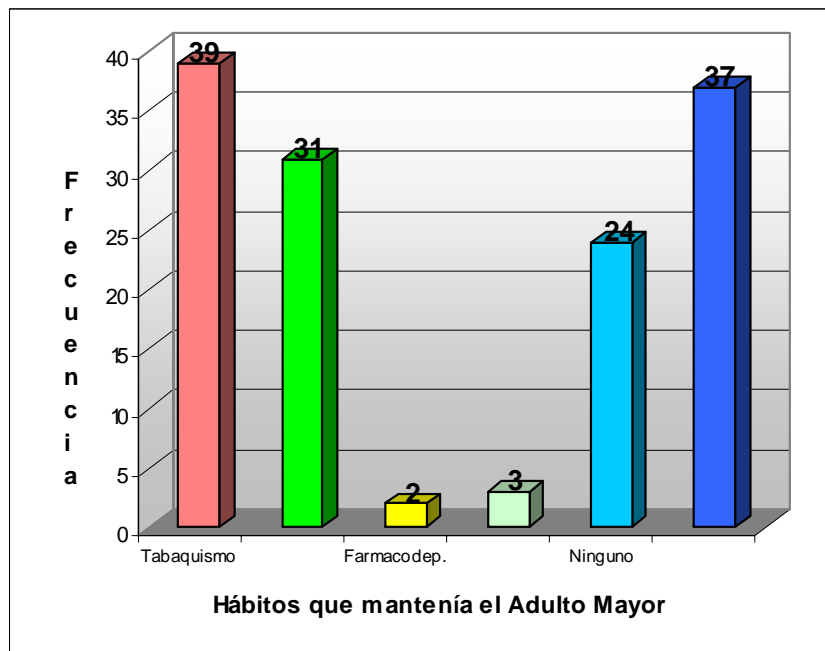
³⁹ SALVAREZZA, Leopoldo. La capacitación en gerontología. Capítulo 6. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1998, Pág. 32.

⁴⁰ DAICHMAN, Leonel. S. Imágenes sobre la vejez. Vivir en plenitud. Boletín de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria. Buenos Aires, Año 12 No. 53. Pág. 102.

Vivir en hogares institucionales no es sinónimo de aislamiento familiar, algunos prefieren mantenerse en contacto pero no habitan necesariamente en la misma casa, porque la vida en familia depende mucho de las relaciones de sus miembros, sus personalidades y sus gustos.

3.1.3 Aspectos manejo del tiempo libre

3.1.3.1 Hábitos que mantenía el adulto mayor



Gráfica 17. Hábitos que mantenía el Adulto Mayor antes de la Institucionalización, Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002.

Según José Gómez⁴¹ en Evaluación de Salud de los Ancianos los comportamientos habituales saludables (caminar, relajarse, evitar toxinas, entre otros), y poco saludables (fumar, beber, comer en exceso, trabajar sin organización, dejar todo para última hora, entre otros), hacen parte del estilo de vida individual y están estrechamente relacionados con el nivel de capacidad

⁴¹ GÓMEZ MONTES, José. Op, Cit., Pág. 127.

funcional, bien por el efecto que estos hábitos originan en ella. o por la capacidad con que se cuenta para realizarlos influyendo en el estilo de vida del Adulto Mayor.

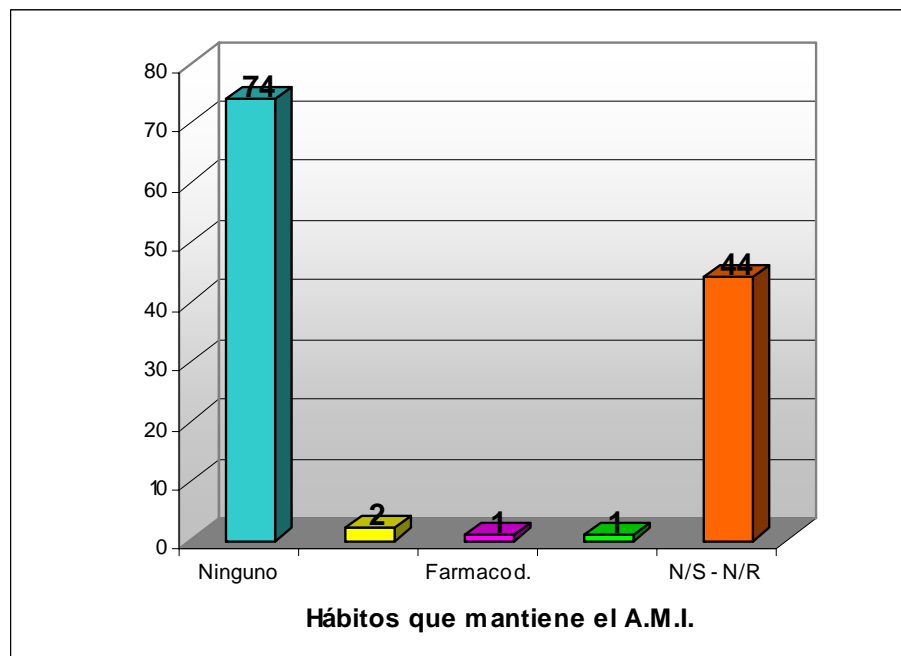
Como puede observarse en la tabla y gráfica correspondiente, entre los hábitos que mantenía el Adulto Mayor Institucionalizado encuestado se encuentran el tabaquismo con un 28,68% (39 ancianos), y en segundo orden el alcohol con el 22,79% (31 ancianos), mientras un 27,21% (37 ancianos), no sabe o no responde y un 17,64% (24 ancianos), expone que no tenía ningún hábito, antes de ingresar al asilo solo el 1,47% (2 ancianos) era farmacodependiente y el 2,21% (2 ancianos) tenía otros hábitos como los juegos de azar.

En el caso del tabaquismo (según la edad la frecuencia del consumo desciende), pero dada la asociación entre el tabaquismo y enfermedad hace que las Instituciones no permitan que los ancianos continúen fumando. Por otro lado en la compilación de estadísticas encontradas en las Instituciones⁴² en relación al consumo de alcohol como hábito se encontró que entre los mayores de 65 años un 60% son abstemios, unos 35% bebedores ligeros o moderados y un 2% bebían en forma alta o excesiva.

Por otra parte, un estudio realizado en la edición de marzo de 2000 de New York Times, denominado Alcoholism: Clinical and Experimental Research, ha venido a mostrar que el cerebro de los alcohólicos fumadores en rehabilitación no se recupera tan bien física o cognitivamente como el cerebro de los no fumadores, al parecer el tabaco interfiere en la capacidad del cerebro para recuperarse de los efectos del abuso crónico del alcohol, según este estudio.

⁴² Compilación Estadísticas Anuales. Asilo San Rafael, San Antonio, San Francisco Javier, Señor de los Milagros, Año 2000.

3.1.3.2 Hábitos que mantienen en el asilo los adultos mayores



Gráfica 18. Hábitos que mantiene el Adulto Mayor Institucionalizado del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002.

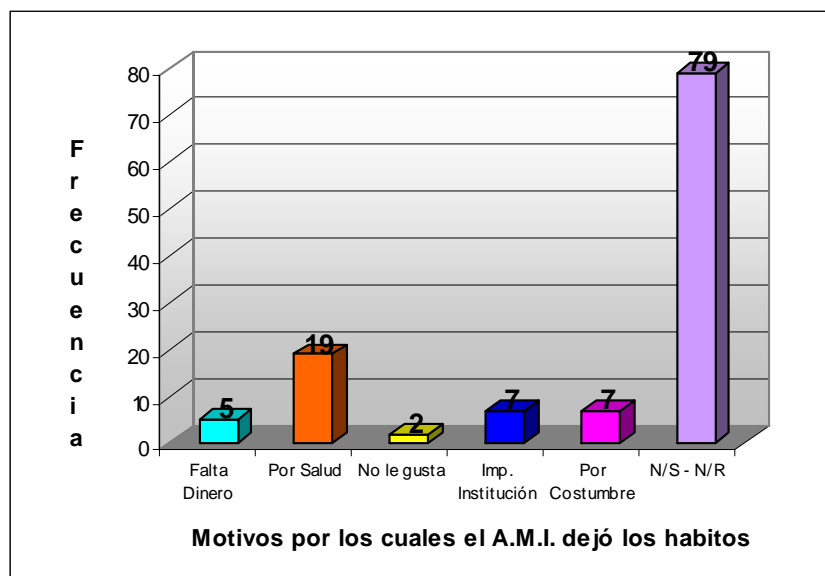
En otro plano, los asilos impiden el manejo de hábitos perjudiciales para la salud. Como regla institucional se recomienda al ingreso del paciente una entrevista para conocer los hábitos del Adulto Mayor especialmente el alcoholismo y cada dos años por lo menos, se vuelve a realizar para observar constantes y cambios, como se expone en la Compilación de Estadísticas Anuales de las Instituciones⁴³.

En los Adultos Mayores Institucionalizados encuestados encontramos un 62,18% (74 ancianos), que los mismos no mantienen ninguno de los hábitos anteriormente determinados, un 34,46% (44 ancianos), no responden y un pequeño porcentaje del 1,68% (2 ancianos), mantiene el

⁴³ Compilación Estadísticas Anuales, Op, cit, Pág. 3.

tabaquismo, solo el 0,84% (1 anciano), es farmacodependiente a partir de su estado de salud y control médico, y un 0,84% (1 anciano), presenta otros hábitos como el sedentarismo que aumenta con la edad. El sedentarismo se ha asociado con una mayor mortalidad global por enfermedades cardiovasculares y parece que el ejercicio físico reduce la incidencia de enfermedades coronarias, Hipertensión (HTA), Diabetes Mellitus, depresión y ansiedad.

3.1.3.3 Motivo de abandono de los hábitos



Gráfica 19. Motivos por el cual dejó los hábitos adquiridos el Adulto Mayor Institucionalizado del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002.

Según James Laforest⁴⁴, en su libro El Arte de Envejecer determina que conforme envejecen las personas, el cuerpo metaboliza el alcohol de manera diferente, toma menos bebidas para intoxicarse y los órganos pueden ser dañados por cantidades más pequeñas de alcohol y en el caso del tabaco solo

⁴⁴ LAFOREST, James. Introducción a la gerontología. El arte de envejecer. Barcelona, España: Ed. Herder, 1991. Pág. 58.

el 16% de las personas mayores que lo dejan, vuelven a fumar. A nivel general en este estudio el 15.96% (19 ancianos), de los Adultos Mayores Institucionalizados encuestados, dejaron los hábitos anteriormente determinados por el estado de salud, el 5.88% (7 ancianos), por imposición de la Institución, otro 5.88% (7 ancianos), los dejaron por costumbre, un 4.21% (5 ancianos), por falta de dinero.

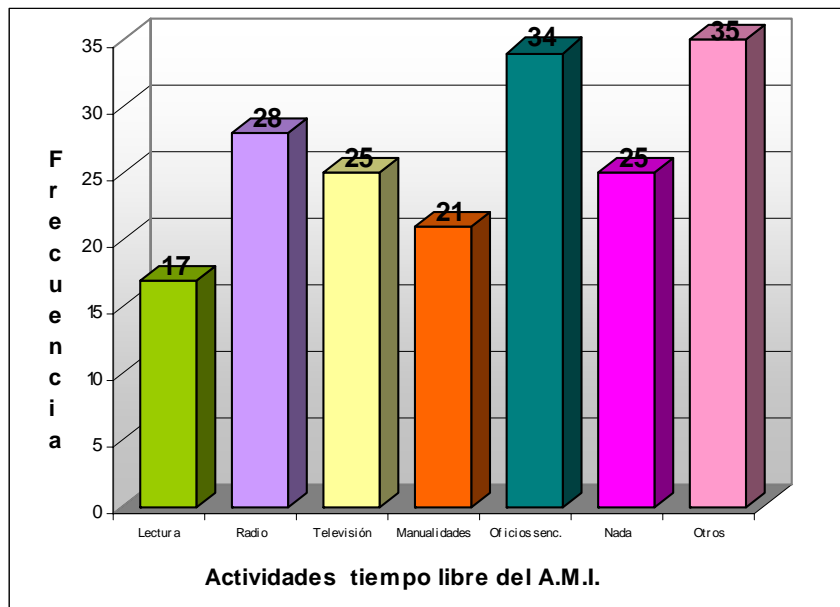
Este análisis comprende tanto a hombres como a mujeres ya que las mujeres mayores tienen más probabilidad de dejar el tabaco, y más si se encuentran en un estado de salud inadecuado.

Un estudio con ancianos, publicado en el número de marzo de 2001 de The Journal of the American Geriatrics Society de Miami, revela que los índices de mujeres que dejan el tabaco y no recaen el hábito parecen ser más elevados que los de los hombres de su franja de edad y que tanto los hombres como las mujeres mayores tienen más probabilidades de dejar el tabaco si se les ha diagnosticado un cáncer.

Los investigadores reconocen que el bajo índice de recaída en ancianos podría deberse en parte a unas tasas de mortalidad más elevada, pero que también podría reflejar una diferencia fundamental en los fumadores que cambian sus hábitos a una edad avanzada, afirman “algo nuevo puede incitar a esos ancianos a dejar de fumar o bien están realmente motivados para abandonar el hábito, o factores que no pueden controlar están influyendo en la decisión de hacerlo”.

Otros factores que podrían influir en el abandono del tabaco incluyen la pérdida de transporte por la institucionalización (y por tanto la pérdida de acceso a los cigarrillos), el inicio de la demencial, las limitaciones económicas o el traslado a la institución.

3.1.3.4 Actividades realizadas en el tiempo libre



Gráfica 20. Actividades en que dedica el tiempo libre el Adulto Mayor Institucionalizado del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002.

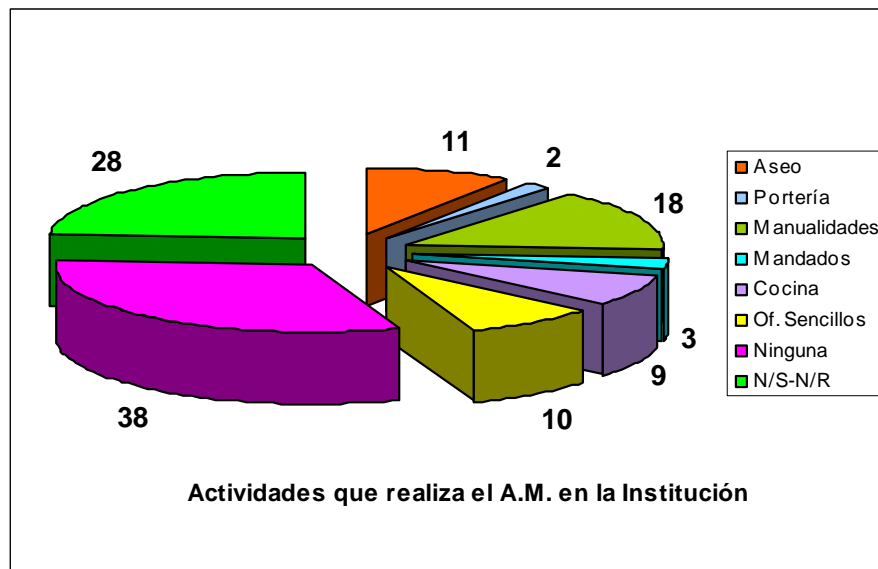
Teniendo en cuenta lo que determinó Gustavo Quintero⁴⁵ en su informe la Salud Funcional y el Bienestar como Componentes de la Calidad de Vida de la Vejez, dentro de las Instituciones el ofrecer actividades lúdicas a los ancianos en sus tiempos libres, es una de las preocupaciones de directivos y estudiantes en práctica del área de salud y humanística.

Aunque en sí el anciano es un ser que se expresa de muchas formas, el utilizar el tiempo libre es una de sus estrategias de comunicación, además de los servicios de alimentación y cuidados especiales, se proporciona terapia ocupacional. Los Adultos Mayores se entretienen en distintas actividades como pintar, cantar, religión y juegos; entre otros.

⁴⁵ QUINTERO, Gustavo. La Salud Funcional y el Bienestar como Componentes de la Calidad de Vida en la Vejez. En envejecimiento, experiencias y perspectivas. AIG de Colombia. Santa fe de Bogotá, 1996. Pág. 68.

En las estadísticas encontramos con un 18,38% (34 ancianos), oficios sencillos (entre los que se encuentran los de colaboración en labores diarias), 15,12% (28 ancianos), escuchan radio, 13,51% (25 ancianos), a ver televisión, otro 13,51% (25 ancianos) a nada (dentro de este grupo se encuentran los sedentaristas), 11,35% (21 ancianos), a manualidades (especialmente las mujeres), el 9,21% (17 ancianos) a la lectura y por último el 18,92% (35 ancianos), a otras actividades entre las cuales se encuentran las terapias ocupacionales y las labores religiosas.

3.1.3.5 Actividades realizadas por los adultos mayores en pro de la institución



Gráfica 21. Labores cotidianas que realiza el Adulto Mayor Institucionalizado del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002.

Podemos resumir según como lo determinó Ligia Echeverry⁴⁶ en Familia y Vejez, que el tiempo libre responde a las actividades que se realizan los

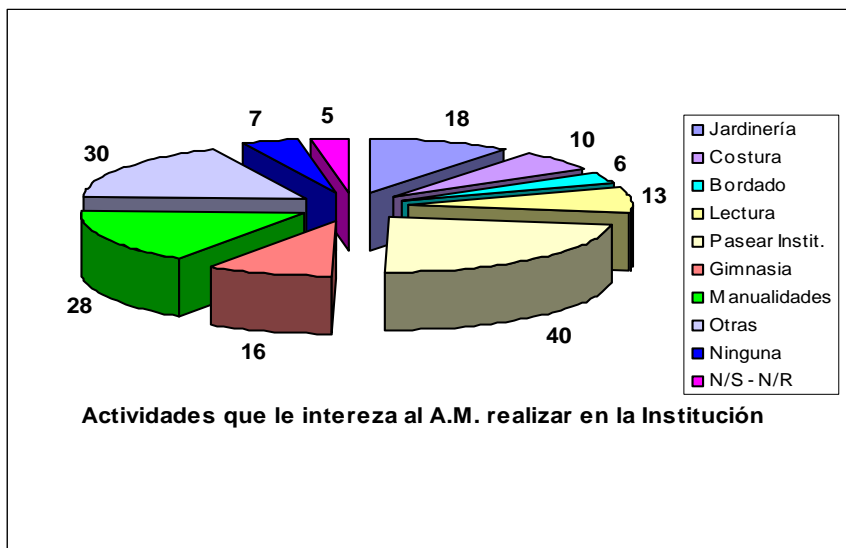
⁴⁶ ECHEVERRY, Ligia. Familia y vejez. Realidad y Perspectivas en Colombia. Segunda Edición. Bogotá: Tercer Mundo Editores, 1994. Pág. 102.

Adultos Mayores por fuera de la jornada laboral o del tiempo de actividades cotidianas, estrechamente relacionado con factores que condicionan el estilo de vida.

Apoyar las actividades cotidianas que se realizan en las Instituciones es un factor importante para los Adultos Mayores, especialmente en las mujeres, motivándolo, facilitándoles su ambiente, impidiéndole la confusión y desorientación en un ambiente muchas veces no estimulante.

Dentro de las actividades se encuentran con un 15,13% (18 ancianos) las manualidades, el 9,24% (11 ancianos) el aseo de la Institución, el 8.4% (10 ancianos) a oficios sencillos, 7.56% (9 ancianos) la cocina, el 2,52% (3 ancianos) los mandados en el interior de la Institución, el 1,68% (2 ancianos) la portería destacándose, el 31,93% (38 ancianos) que no realizan ninguna actividad, y el 23, 54% (28 ancianos) que no saben o no responden.

3.1.3.6 Actividades que le interesa realizar al anciano en la institución



Gráfica 22. Actividades que le interesa realizar a el Adulto Mayor Institucionalizado del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002.

La ocupación debe definirse como el conjunto de actividades de trabajo, juego, autocuidado y esparcimiento⁴⁷. El conocimiento de las características ocupacionales y laborales permite ubicar al anciano dentro de un marco de habilidades, actitudes y conocimientos.

La ocupación del anciano determina en gran medida el estilo de vida particular de cada uno y permite establecer qué tipo de actividades son las más convenientes de realizar.

Al envejecer toma mayor importancia la influencia que ejerce la capacidad funcional en la ocupación, puesto que guardan una relación inversamente proporcional y en la mayoría de las veces es el deterioro de la capacidad funcional lo que origina el abandono de la ocupación.

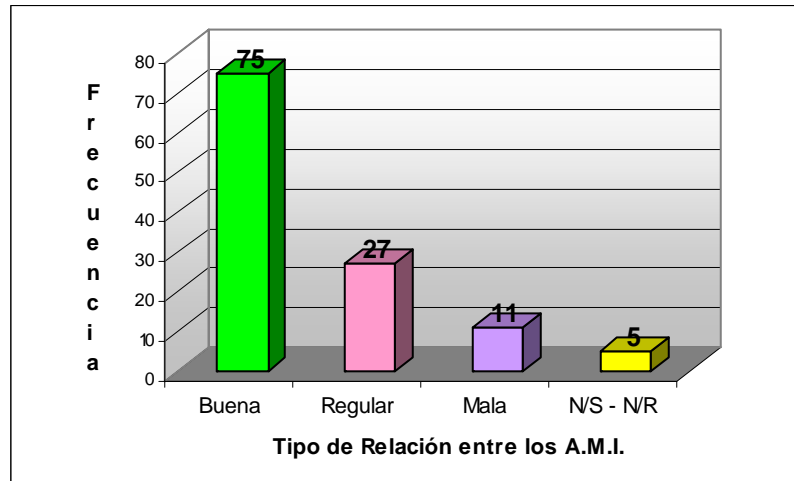
Entre las ocupaciones que se destacan en las estadísticas se observa con un 23,12% (40 ancianos) pasear por la Institución, el 16,18% (28 ancianos) manualidades, 9,25% (16 ancianos) gimnasia, 10,41% (18 ancianos) jardinería, y un 17,34% (30 ancianos) otras actividades como hablar y observar televisión, y en otro pequeño rango costura con un 5,78% (10 ancianos), y el bordado con el 3,47% (6 ancianos).

Según el libro *Introducción a la Vejez* de Fernández – Ballesteros Robert⁴⁸, todos los residentes, hombres y mujeres sufren un empeoramiento en la percepción de la salud desde los primeros 20 días de ingreso a la institución.

⁴⁷ GÓMEZ MONTES, Op, cit., José. Pág. 130.

⁴⁸ FERNÁNDEZ – BALLESTEROS, Robert. y IZAL, M. Op, cit, Pág. 98.

3.1.3.7 Relación entre compañeros



Gráfica 23. Tipo de Relación Interpersonal entre los Adultos Mayores Institucionalizados del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2002.

Según Carlos Brayne⁴⁹ en su informe en el Foro Mundial de la Salud, La Calidad de Vida aun por definir determina que el relacionarse diariamente con sus compañeros es una de las características positivas de la cotidianidad, y el mantener unas buenas relaciones hace que el diario vivir sea una constante de buena vida.

De acuerdo a las estadísticas observamos que las relaciones entre compañeros en la Institución son buenas con un 63.03% (75 ancianos, regulares con un 22,69% (27 ancianos) y mala con un 9.24% (11 ancianos), estas últimas caracterizadas por mantenerse esporádicamente.

⁴⁹ BRAYNE, Carlos. La Calidad de Vida aún por Definir. Foro Mundial de la Salud. Volumen 16. OMS, Washington, D.C., USA, 1995.

4. ANÁLISIS GENERAL PERTINENTE

Los Adultos Mayores Institucionalizados del Área Metropolitana de Bucaramanga y Piedecuesta, son ancianos que experimentan constantes cambios fisiológicos, ya que en promedio se encuentran ubicados entre los 76 y los 90 años de edad, estos cambios han producido declinación gradual del rendimiento de los órganos y sistemas orgánicos del cuerpo, así como de muchas actividades que en su cotidianidad realizaban. También presentan pérdidas a nivel social, que afectan los estilos de vida, como es el hecho de abandonar su familia, o de ser abandonados en una institución por parte de la misma, sin importar sus deseos y anhelos. Es importante tener en cuenta que la mayoría de los ancianos nunca estarán suficientemente aceptados social y familiarmente para regresar a la comunidad, después de estar en un asilo o institución de cuidado especial a la Tercera Edad.

Es una población con más de la mitad (76%) económica y afectivamente abandonada por los familiares o personas responsables de los mismos, llegando de la indigencia o solicitando a los asilos ayuda frente al no tener un hogar a donde llegar, ni donde satisfacer sus necesidades básicas. Es una problemática que agobia a la gran mayoría de las instituciones de Apoyo Integral al Adulto Mayor y/o asilos, ya que muchos de ellos por su concepto religioso tienen ante la sociedad una imagen de benefactores sociales sin ningún reparo en contribuir y recibir gran cantidad de ancianos, que aunque tienen familiares que pueden velar por ellos, declinan su responsabilidad en los mismos. Y éstos luchan contra el dilema de alta demanda frente a la baja oferta que pueden generar. Y los que pueden aportar una pensión a la Institución (24%), se encuentran en menor proporción, y el monto no es proporcional a la necesidad de la institución.

La población en su gran mayoría es del género femenino (55%), apoyo que para muchas Instituciones es importante porque este género tiende a colaborar en las labores de la Institución, a su vez porque en Bucaramanga el Asilo con mayor número de Adultos Mayores y de mayor importancia en este orden es el de Mujeres (San Antonio) – con un número de 235 ancianas.

Los Adultos Mayores (44%), a la par de tener una edad avanzada se encuentran Institucionalizados desde muchos años atrás, teniendo en la actualidad más de cinco (5) años en cada Institución (36%). Otros iniciaron con ellas y todavía conservan las mismas actividades, desde el primer día de ingreso a la misma.

Con respecto al origen, se destacan los ancianos que provienen de zonas como Charalá, Mogotes, Sabana de Torres, Barrancabermeja, Bucaramanga y algunos se desplazaron desde otros países como Venezuela y Ecuador; predominando la zona rural (52,94%) y en segunda proporción la zona urbana.

Existe un alto porcentaje de Adultos Mayores (27,73%) viudos, algunos mantienen con vida a sus cónyuges (15,97%), que no ven desde su llegada a la Institución y a su vez destacándose en un alto porcentaje (48,73%) los solteros.

Dentro de las labores o trabajos que realizaron los Adultos Mayores en su juventud y adultez, o antes de llegar a la Institución, se subdividen según el género, los hombres a la agricultura y a las ventas de productos agrícolas (27,73%) y las mujeres a las labores del hogar y similares (32,78%). A estas actividades se le anexa la baja escolaridad que presentan los Adultos Mayores; en su mayoría saben leer y escribir (65,55%), otros son analfabetas (34,45%), destacándose en pequeña proporción los que alcanzaron a culminar su bachillerato (5,04%).

La Tipología de la Familia de los Adultos Mayores, en mayor proporción es la nuclear (70,59%), conformadas por un promedio de 6 miembros (padre, madre e hijos) y en segundo orden se tiene las familias extensas (16,81%) (la familia nuclear, otros parientes y los parientes políticos), dichos familiares poco a poco han perdido la comunicación con los Adultos Mayores, pues muchos de ellos han muerto, de otros no se sabe su ubicación y otros por la imposibilidad de desplazamiento de su lugar de vivienda a los asilos, no visitan a los mismos.

Dichos ancianos, tienen un concepto muy triste de su familia, pues han sido abandonados a su suerte por parte de ellos, los ancianos tienen la confianza en sus amigos (21,11%), patronos y padrinos (11,11%), en el tiempo de la visita el anciano se deprime, piensa mucho en su familia y sueña algún día volver a verlos.

Aunque el Adulto Mayor se encuentra en una etapa de tranquilidad y preparación para la muerte (concepto personal de los mismos), no deja a un lado el deseo de ayuda, colaboración y actividad. Por ello la lectura (9,21%), televisión (13,51%), el apoyo en actividades dentro de la Institución (18,38%), son los espacios de expresión de sus mundos, de sus sentimientos, de sus sueños y anhelos y muchos se refugian en cada una de ellas y olvidan sus miedos, depresiones, inseguridades y afloran sus destrezas y habilidades, mejorando su estado anímico, su salud física y mental, generando dentro de la Institución espacios de socialización entre sus miembros.

Dentro de los sueños y aspiraciones el anciano sueña con un reencuentro familiar, con un mundo mejor, con conocer el mar y el aprender zapatería, desean salir de la Institución, no por la insatisfacción frente a ella, sino por el deseo de comunicarse con el mundo exterior y aportar todo lo que conocen y han experimentado. Sueñan con una paz perpetua, a partir de la muerte física y sueñan con un lugar donde puedan mejorar lo que según ellos han hecho mal.

5. CONCLUSIONES A PARTIR DE LA EXPERIENCIA DE BUCARAMANGA, SU ÁREA METROPOLITANA

1. El envejecimiento puede ser el momento para desarrollar nuevos intereses, adquirir conocimientos y encontrar formas de utilizar las horas de ocio. El objetivo de los asilos no debe ser únicamente prolongar la vida de los ancianos, sino permitirles vivir una vida más rica, con mayor significado.
2. El Adulto Mayor Institucionalizado tiende a sentirse confuso y desorientado, porque el ambiente social y emocional dentro de la institución es estéril, no estimulante. La confusión, el aburrimiento, la desorientación y el aislamiento causan depresión. Se debe ofrecer al anciano una serie de oportunidades de intervención emocional y social activa, donde se brinde la oportunidad de realizar algunas elecciones y ejercitar cierto control sobre su vida diaria.
3. Los trabajadores sociales que intervienen en la vida de los Adultos Mayores, deben conocer su capacidad de adaptación y las cualidades enriquecedoras de sus ambientes. No obstante, esta intervención eficaz y eficiente sobre el ambiente del anciano puede ser tan exigente trabajándose tanto a partir de la comprensión del desarrollo biopsicosocial, como de la influencia interpersonal y de personas significantes, y la influencia de ambientes y sistemas importantes, como características esenciales en el desarrollo y el mantenimiento de una vida humana, saludable y plena.
4. Los patrones de amistad adoptan formas distintas. Pero en cualquier caso, los ancianos tienden a ser más amigos de los que más se les parecen en cuanto a edad, sexo, estado civil, religión, educación e intereses.

5. A pesar de la diversidad, tanto de las actitudes individuales que los ancianos pueden adoptar ante la muerte, como de las variables personales y sociales que inciden sobre las mismas, se considera que hay algo que las trasciende y es que, si bien parece que en este período evolutivo es frecuente la aceptación de la muerte y una mayor conciencia de que se acerca la muerte propia, lo que no está tan evidente ni generalizado, es que los ancianos desean esa muerte, no valoren sus vidas o no sientan el mismo temor y ansiedad que los más jóvenes ante la idea de “dejar de ser”.
6. No debemos olvidar que el Adulto Mayor, muchas veces, tiene resentida su autoestima, producto de la dificultad para enfrentar algunos cambios que se presentan en esta etapa. La soledad y el aislamiento son unos de los mayores miedos de esta población etárea, lo que los lleva a aceptar condiciones absolutamente injustas e indignas de ella.
7. La Institución no reemplaza al grupo familiar; pero si genera una alternativa en muchos Adultos Mayores de mejor calidad en estos últimos años de vida.
8. Muy pocas de las actividades de los Adultos Mayores son universales y aún lo que si son generalizadas, no dependen exclusivamente del envejecimiento cronológico y biológico, sino que por el contrario son respuestas a expectativas del medio inducidas por éste como pautas culturales. Las realidades que han vivido las actuales generaciones de los ancianos, no han sido propicias para una buena adaptación a esta etapa de la vida.

6. RECOMENDACIONES A PARTIR DE LA EXPERIENCIA DE BUCARAMANGA, SU ÁREA METROPOLITANA

1. La capacitación y formación de Adultos Mayores debe contribuir a que adquieran seguridad, desterrando el estereotipo por el cual en ciertos casos son tratados como personas no capaces con el resultado de que pierden confianza y se vuelven vulnerables. El proceso de formación y capacitación deberá contribuir a neutralizar esta actitud.
2. Es menester que las Instituciones de Adultos Mayores de todo el país, comprendan la profunda necesidad de colaborar en la capacitación del recurso humano en gerontología y de difundir la problemática de la vejez, apoyando así todo lo concerniente a los Adultos Mayores.
3. En Bucaramanga, su Área Metropolitana la prioridad que se da a la vejez en las políticas Institucionales obliga a los adultos mayores a depender más de su propio esfuerzo, organización y protagonismo, así como del apoyo solidario de la familia y de la comunidad, para satisfacer sus necesidades básicas.
4. Aunque se desconoce el número exacto de las agrupaciones que tienen los Adultos Mayores en el interior de la institución como de sus redes de apoyo sólo en dos asilos (San Antonio y San Rafael) funcionan más de 3 organizaciones de este tipo, agrupadas en no menos de 50 Adultos Mayores. Entre estas organizaciones hay clubes, grupos y amistades.
5. Ante las debilidades económicas presentadas por las instituciones, es urgente y oportuno tomar medidas para vencer las limitaciones que

impiden transformar estas instituciones en lugares adecuadas y con mayor cobertura de atención, a su vez dinámicas y autosostenibles, capaces de asumir —junto con otros elementos de la sociedad civil y del Estado— mayores responsabilidades y protagonismo en la tarea de garantizar la vigencia socialmente.

6. Un envejecimiento exitoso en las instituciones (especialmente en Bucaramanga, su área metropolitana) debe contener las siguientes acciones dirigidas a: 1) promover una nueva cultura de la vejez y un nuevo contrato social intergeneracional; 2) fortalecer las redes y las organizaciones de adultos mayores, su participación e inserción social; 3) formular e implantar políticas y programas públicos y privados que apoyen el buen envejecimiento; 4) fortalecer la seguridad económica de los adultos mayores más vulnerables, especialmente el acceso a empleos, a acciones de apoyo y a créditos para iniciativas propias; 5) promover y facilitar espacios dentro de la institución; acogedoras, seguras y accesibles; y 6) ayudar a los ancianos a conservar la autonomía física y mental y promover el envejecimiento en el asilo.

7. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN A PARTIR DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA INVESTIGACIÓN

7.1 PROPUESTA No. 1

NOMBRE DEL PROYECTO: ALDEAS DE ENCUENTRO

Descripción del Proyecto:

La concepción de Aldeas se refiere a espacios de interrelación social, cultural dentro de los asilos donde los Adultos y Adultas mayores lo sientan como su sitio, propicio para encuentros y reencuentros, deliberando asuntos de su interés, generando así la participación protagónica y la utilización del tiempo libre. Donde el debate de los conceptos de envejecimiento activo, salud integral, ambiental, cultural y recreacional dirigidos a este grupo etario sea un proceso constante, permanente y abierto.

¿Qué es una Aldea de encuentro?

Espacio donde se estructura la comprensión orgánica y emocional del ser humano en su calidad de Adulto Mayor Institucionalizado. Son centros de atención diurna, donde se articulan actividades integradoras a las formas de vida de los Adultos Mayores.

Actividades que se deben realizar en las Aldeas de Encuentro:

- Terapia ocupacional.
- Actividades lúdicas.

- Música, danza, lecturas, artes plásticas, artes de fuego, cine-foro.
- Deporte/Yoga-Taichi.
- Geroturismo / Eco-turismo.
- Actividades agrícolas y artesanales.
- Talleres creativos.
- Intercambio entre Aldeas, instituciones, comunidades, centros educativos y deportivos.
- Celebración del folklore, fiestas nacionales, parroquiales.
- Aprendizaje a través del método “aprender-haciendo”.

Servicios que se deben ofrecer en las Aldeas de Encuentro.

- Medicina Integral (bio–psico–social y espiritual).
- Nutrición Terapéutica.
- Asistencia Jurídica.

Objetivos de las Aldeas de Encuentro

- Integrar a las Adultas y Adultos Mayores, a su Institución, su comunidad, a su núcleo familiar, a su entorno cultural y a su espacio ambiental.
- Valorizar el papel de las Adultas y Adultos Mayores, reafirmando y recuperando los valores esenciales de nuestra cultura.
- Promover mejor calidad de vida, reforzando la independencia, la participación protagónica, y el bienestar integral en este grupo etareo.

Donde deben estar ubicadas las Aldeas de Encuentro:

En todas las Instituciones de Bienestar del Asilo y/o Asilos el territorio nacional.

Población Objetivo:

Hombres y mujeres mayores de 60 años de edad Institucionalizados.

Ámbito Institucional involucrado:

Los entes involucrados en este proyecto deben ser las Instituciones de Bienestar del Anciano y/o asilos, con la Alcaldía y la Gobernación, para la organización y distribución de los recursos, en tanto que atienden a las necesidades colectivas de los Adultos Mayores y generan interrelaciones con otros entes estatales y privados a los cuales influye en su carácter de sociedad.

Actores Involucrados:

Las Instituciones de Bienestar al Anciano y/o asilos, con sus dependencias sociales, médicas y administrativas, las comunidades organizadas, fundaciones, Empresas públicas y privadas.

Metodología de intervención:

La metodología de intervención atiende al cambio de paradigma que conceptúa al Adulto mayor como un ser íntegro, con una proyección de vida inmersa en la densidad de sus valores formativos y en atención a su experticia de vida. La intervención revaloriza al Adulto mayor como un ser social holístico, expresado en su gran capacidad para la comunicación abierta, en tanto que es recuperado por el ámbito de su sociedad, quien lo valora en la dimensión de sus habilidades, capacidades y limitaciones y así crear la situación de respuestas necesarias para su participación protagónica como un ciudadano que ejerce su derecho a aportar con su conocimiento al crecimiento colectivo e individual.

Aspectos innovadores y exitosos del Proyecto:

Uno de los aspectos más relevantes de este Proyecto, es que el Adulto mayor Institucionalizado, mantiene un vínculo de integración con su familia, apoyando así, al núcleo familiar en su crecimiento societario. Esto implica una relación activa del vínculo generacional intra e Inter familiar, que impacta todos los aspectos de una mejor calidad de vida, entendidos tales, la economía del grupo social y otros valores de gran importancia, estructurados en la dinámica del comportamiento.

Desafíos y Oportunidades:

Uno de los retos de este proyecto es asegurar que todas las personas en edad avanzada e Institucionalizados tengan la oportunidad de ser un agente activo e independiente en el quehacer cotidiano de su entorno. Por lo tanto, es vital concientizar la importancia de promover y ejecutar estrategias en cuanto a políticas sociales que propicien el clima necesario y la investigación relacionados a la salud integral en los Adultos Mayores Institucionalizados, buscando caminos hacia una sociedad más justa y más solidaria.

7.2 PROPUESTA No. 2

PROYECTO: TERAPIA DEL AMBIENTE (Proyecto solicitado por el Centro de Bienestar del Anciano Padre Carlos Gutiérrez Gómez)

Objetivo General

Implementar a través del grupo interdisciplinario de cada asilo un ambiente diario activo y estimulante, en el que las estructuras físicas y sociales, tengan un carácter no institucional en la medida de lo posible, generando un

ambiente como lugar y sistema interpersonal, que se aproxime a una atmósfera de vida real, similar a la de la familia y la comunidad.

Objetivos Específicos

- ❖ Diversificar la programación de actividades lúdicas y recreativas que se llevan a cabo dentro de los Asilos.
- ❖ Involucrar al grupo a las familias, amigos y grupo interdisciplinario de la institución en los procesos de juego y recreación de los Adultos Mayores.
- ❖ Crear espacios de motivación y expresión corporal y artística de los Adultos Mayores.
- ❖ Generar procesos motivacionales de compartir y vivenciar el mundo exterior.

Justificación

Un Asilo debe ser un hogar. Hacerlo precisa de una cantidad muy superior de decoraciones y disposiciones físicas. El Adulto Mayor se sentirá en su domicilio y menos alejado de su familia. El hacer sentir al anciano una persona importante y con toda la importancia que merece el contar con él.

Es importante facilitarle los procesos a los ancianos y qué mejor forma que estimulándolos en la realización de actividades que lo motiven y recuerden su hogar y las actividades que allí se llevaban a cabo y que hoy estando en una Institución de atención integral al Adulto Mayor, también se pueden realizar, como disfrutar de su familia, el compartir momentos de ocio y recreación y motivarse en todos y cada una de las actividades que se llevan a cabo. El romper los esquemas físicos de la institución es factible y genera una motivación alta en el mismo, salir, permitirle el contacto con el mundo exterior y observarlo y sentirlo, es el mayor estímulo que puede facilitar los procesos

de estilos de vida saludables. Hay que tener en cuenta que frente a la responsabilidad de las políticas sociales hay una gran variedad de acciones ya que las Instituciones por ser de corte privado manejan una estructura y una dinámica en sentido egocéntrico e independiente a lo estatal.

Estrategias

1. Decorar y adecuar físicamente a la institución, con decoraciones y disposiciones, que le permitan al anciano sentir o disponer de un Asilo con las características de un hogar.
2. Ofrecer actividades recreativas con variedad suficiente para cubrir los intereses personales de los residentes.
3. El ocio es diversión. Si los ancianos no pueden acudir a las áreas recreativas, se les debe proporcionar el ocio. Las actividades recreativas en grupo dotan a los pacientes de la oportunidad de socializarse y desarrollar actividades.
4. Las actividades recreativas y de socialización no deben limitarse al marco físico del asilo. Cuando la salud del anciano lo permita, deber salir a la comunidad para realizar actividades recreativas o sociales.

Recursos

Físicos: La institución o Asilo, y todos aquellos lugares a donde se pueda desplazar el anciano fuera de la institución.

Materiales: Todos aquellos que permitan la decoración de la institución con características de hogar.

Profesionales: El grupo interdisciplinario de trabajo psicosocial de cada una de las instituciones (Trabajadores Sociales, Psicólogos, Terapistas Ocupacionales, Enfermeras, entre otras).

8. FORMULARIO DE ENCUESTA

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN
INVESTIGACIÓN ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO
ÁREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA

INSTITUCIÓN: _____ Pensionado: _____
Caridad: _____

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1. Fecha: _____

2. Nombres: _____ Apellidos: _____

3. Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

4. Género: Masculino () Femenino ()

5. Tiempo en la Institución: _____

6. Origen: Rural () Urbano () Dirección: _____

7. Estado Civil: Soltero (a) _____
Matrimonio Católico _____
Matrimonio Civil _____
Viudo(a) _____
Separado(a) _____
Unión Libre _____

8. Persona Responsable: Esposo(a) _____
Hijo(a) _____
Hermano(a) _____
Sobrino(a) _____
Otro _____ Cuál? _____

9. Escolaridad: Sin estudio _____
 Primaria Incompleta _____
 Primaria Completa _____
 Secundaria Incompleta _____
 Secundaria Completa _____
 Universidad _____
 Otro _____ Cuál? _____
10. Ocupación Laboral Antes del asilo: Hogar _____
 Tejer – Bordar _____
 Modistería _____
 Ninguno _____
 Otro _____ Cuál? _____
11. Situación Económica: Pensionado _____
 Dependiente Económico _____ Quién? _____
 Otros ingresos _____ Cuáles? _____
 Ninguno _____ Por qué? _____
12. Motivo de Ingreso a la Institución: Determinación Propia _____
 Decisión Familiar _____
 Por enfermedad _____
 Indigencia _____
 Otra _____ Cuál? _____

ASPECTOS FAMILIARES

13. Conformación Núcleo Familiar (Familiograma)

14. Tipología Familiar: Nuclear _____
Extensa _____
Reconstituida _____
Otra _____ Cuál? _____

15. Recibe Visitas de: Hijos(a) _____
Sobrinos(as) _____
Esposo(a) _____
Nunca _____
Otro _____ Cuál? _____

16. Frecuencia Visita: Diana _____
Semanal _____
Mensual _____
Otro _____ Cuánto? _____

17. Actualmente como son las relaciones con su familia? Por qué? _____

ESTILOS DE VIDA

18. Hábitos Anteriores al Asilo: Tabaquismo _____
Ingesta de Alcohol _____
Farmacodependencia _____
Otros _____ Cuál? _____

19. De los Anteriores Hábitos cuál mantiene? _____
Por qué? _____

20. Uso del Tiempo Libre: Lectura _____
Radio _____
Televisión _____
Manualidades _____
Oficios Sencillos _____
Nada _____
Otro _____ Cuál? _____

21. Actualmente qué Actividades Realiza Dentro de la Institución? Y por qué? _____

 **CAPACIDAD FUNCIONAL**

22. Intereses: Jardinería _____
Costura _____
Bordado _____
Lectura _____
Pasear por la Institución _____
Hacer gimnasia _____
Manualidades _____
Otra _____ Cuál? _____

23. Estado de Salud: Buena _____
Regular _____
Mala _____

24. Enfermedades: Cardiovascular _____
Articular _____
Renal _____
Otro _____ Cuál? _____

25. Relación Compañeros(as): Regular _____
Buena _____
Mala _____ Por qué? _____

26. En estos momentos de su vida cuáles son sus sueños o aspiraciones?

OBSERVACIONES: _____

Firma del Trabajador Social: _____

BIBLIOGRAFÍA

AGUDELO, Carlos. Municipios saludables: Una oportunidad para las estrategias del bienestar. Santafé de Bogotá, 1992.

ANDER-EGG, Ezequiel. Técnicas de Investigación social. Colección metodología. 10 Edición. Colombia: El CID editores, 1978.

BALTES, M. Tener – Wahl, H. Dependencia de los Ancianos en Gerontología Clínica. Intervención Psicológica y Social. Madrid, España: Editorial Martínez Roca, 1985.

BAZO, M. Niveles de Salud en la Sociedad Anciana. Siglo XXI de España. España: Editores S.A., 1998.

BEAVER L., Marion y MILLER, Don A. La práctica clínica del trabajo social con las personas mayores. Intervención primaria, secundaria y terciaria. España: Paidós Trabajo Social 5, 1998.

BRAYNE, Carlos. La calidad de vida aún por definir. Foro mundial de la salud. Volumen 16. OMS, Washington, D.C., USA, 1995.

BUENDIA, Jorge, y RIQUELME, Arturo. La experiencia depresiva en residencias geriátricas. La vejez, una mirada gerontológica actual. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1998.

COLCIENCIAS. Salud para la calidad de vida. Bases para un plan del programa nacional de ciencia y tecnología en salud. Colombia: Tercer Mundo Editores, 1993.

DAICHMAN, Leonel. S. Imágenes sobre la vejez. Vivir en plenitud, Boletín de la sociedad argentina de gerontología y geriatría. Año 12. No. 53. Buenos Aires, 1998.

DULCEY RUIZ, Elsa y RUIZ GONZÁLEZ, Esmeralda. Ciclo vital, envejecimiento, vejez y derechos humanos. Defensoría del pueblo. Centro de psicología gerontológica. Programa presidencial para la mujer y la familia. Colombia: Fundación Restrepo Barco, 1993.

ECHEVERRY, Ligia. Familia y vejez. Realidad y Perspectivas en Colombia. Segunda edición. Bogotá: Tercer Mundo Editores, 1994.

ESCALANTE, Carlos y BRIONES, Guillermo. Técnicas de medición de las ciencias sociales. Ediciones Tercer mundo, agosto de 1979.

FERNÁNDEZ – BALLESTEROS, R. y IZAL, M. Evaluación durante la vejez. Introducción a la evaluación psicológica, Tomo II. Madrid, España: Ed. Pirámide, 1992.

FERNÁNDEZ – BALLESTEROS, R.; IZAL M.; MONTARIO, I.; GONZÁLEZ, G. y DÍAZ, P. Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Martínez Roca. España: Ed. Pirámide, 1992.

FERNÁNDEZ – BALLESTEROS, R y MACIA, A. Calidad de vida en la vejez. Intervención psicosocial. España: Ed. Pirámide, 1993.

GÓMEZ MONTES, José Fernando; CURSIO BORRERO, Carmen Lucía y GÓMEZ GÓMEZ, Diana Eugenia. Evaluación de la salud de los ancianos. Manizales: Información y Publicaciones, 1995.

GUTIÉRREZ, Bautista. Política Local para generar condiciones de bienestar integral a la población de mayor edad. Red de solidaridad social. Santafé de Bogotá, 1996.

HERNÁNDEZ SAMPIEREI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUICIO, Pilar. Metodología de la investigación. Segunda Edición. México: Mc GrawHill, 1998.

KALISH, R. La vejez. Perspectivas sobre el desarrollo humano. La vejez: una orientación. Madrid, España: Ed. Pirámide, 1983.

LAFOREST, James. Introducción a la gerontología. El arte de envejecer. Barcelona, España: Ed. Herder, 1991.

LEÓN, Q. y MONTERO, I. Diseño de investigaciones, introducción a la lógica de la investigación en psicología y educación. Madrid, España: Mc. GrawHill, 1993.

MÉNDEZ A., Carlos E. Metodología, diseño y desarrollo del proceso de investigación. Tercera Edición. Bogotá: Mc GrawHill, 2001.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La salud de las personas de edad. Serie de informes técnicos No. 779. Ginebra, Suiza, 1989.

PASTRANA ARANGO, Andrés. Plan de desarrollo, plan para construir la paz, Colombia, 1998-2002.

PÉREZ SERRANO, Gloria. Elaboración de proyectos sociales – casos prácticos. Quinta edición. Madrid: Editorial Narcea, 1995.

QUINTERO, Gustavo. La salud funcional y el bienestar como componentes de la calidad de vida en la vejez. En envejecimiento, experiencias y perspectivas. AIG de Colombia. Santafé de Bogotá, 1996.

RODRÍGUEZ, Antonio. Dimensiones psicosociales de la vejez, envejecimiento y psicología de la salud. Madrid: Siglo XXI de España Editores S.A., 1994.

ROSSJANSKI, S. D. La familia del anciano institucionalizado. Tomo 9. No. 01. Revista Argentina de gerontología y geriatría, 1998.

SALVAREZZA, Leopoldo (Compilador). La vejez. Una mirada gerontológica actual. Buenos Aires: Paidós, 1998.