

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca

**EL ADULTO MAYOR Y EL MANTENIMIENTO DE SU ESTADO DE SALUD A
TRAVES DE LA EDUCACION**

**Carmen Yamile Motavita Espejo
Estudiante X semestre**

**Director (a) María Elisa Moreno Ferguson
Decana de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación
De la Universidad de la Sabana**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACION
CHIA, (Cund.) COLOMBIA
2014**

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION

1. CAMBIOS GENERALES EN EL ADULTO MAYOR	5
1.1 Cambios físicos	
1.2 Cambios en la Salud mental y emocional	
2. SITUACION SOCIODEMOGRAFICA DE LOS ADULTOS MAYORES	9
3. POLITICAS ENCAMINADAS A LA PROTECCIÓN DE	10
4. LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LA ADULTEZ MAYOR	15
5. ESTRATEGIAS ENCAMINADAS A LA CONVIVENCIA CON ENFERMEDAD CRONICA	18
6. EDUCACIÓN EN EL ADULTO MAYOR Y PROGRAMAS GUBERNAMENTALES	20

REFERENCIAS

EL ADULTO MAYOR Y EL MANTENIMIENTO DE SU ESTADO DE SALUD A TRAVES DE LA EDUCACION

Carmen Yamile Motavita Espejo

Palabras clave: Envejecimiento, Adulto mayor, educación.

INTRODUCCION

El acelerado crecimiento de la población Adulta Mayor a nivel mundial y los cambios en la pirámide poblacional, son aspectos que suponen un nuevo desafío para los profesionales de la salud. La esperanza de vida en América Latina aumentó 45 años en poco más de un siglo al pasar de los 29 años que vivía de media una persona en 1900 a los 74 años en 2010, según un estudio presentado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1)

Colombia ha experimentado una transición demográfica importante desde mediados del siglo XX. Para el periodo 2010–2015 se estimó una esperanza de vida al nacer de 75,2 años (78,5 para las mujeres y 72,1 para los hombres), una tasa bruta de mortalidad de 5,8 por 1.000 habitantes, una tasa bruta de natalidad de 18,9 por 1.000 habitantes y una tasa global de fecundidad de 2,4 hijos por mujer, lo que resulta en una tasa media anual de crecimiento de 1,15% (3). (2)

Por tanto, es necesario plantear alternativas que contribuyan a disminuir las problemáticas que afronta una humanidad que envejece irremediabilmente, partiendo de la premisa que un adulto mayor “sano” vive cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que no se deben tomar como enfermedades o patologías, sobre todo cuando los modelos de salud ofrecen soluciones que parecen ser inadecuadas o insuficientes.

“Desde hace varios años se ha hecho evidente la crisis del sistema de salud en Colombia, no solo como consecuencia de la creciente necesidad de recursos financieros para la atención de la población, sino por las dificultades para que esta acceda a servicios de salud de buena calidad, de manera equitativa e independientemente de su nivel de ingresos”.

(3)

En este contexto, el Adulto Mayor está en desventaja en lo que tiene que ver con la atención primaria y secundaria. El proceso de envejecimiento en sí, la deficiencia en estilos

de vida favorables, la aparición de enfermedades crónicas, entre otros aspectos, lo hacen cada vez más vulnerable. Si bien es cierto, se considera un logro que la población esté aumentado en edad, pero aún así, es necesario diseñar estrategias, planes, programas, proyectos que respondan a las necesidades específicas, de ésta población.

El presente documento tiene como objetivo analizar los estudios previos respecto a la temática del envejecimiento como base para la formulación de proyectos encaminados al mejoramiento de la calidad de vida y la cobertura en procesos de atención, orientados a través de planes de educación en salud. Se espera presentar un análisis sencillo, actualizado y estructurado que visualice los avances teóricos respecto al envejecimiento dando un acercamiento a las referencias bibliográficas consultadas y que ofrecen propuestas y/o estrategias que refuercen la atención primaria, secundaria y terciaria ofrecida a la población adulta mayor.

Este documento se convierte en un elemento para dar inicio a proyectos que sustenten la importancia de la participación de la disciplina de enfermería como eje operativo en el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores a través de la educación en salud.

1. CAMBIOS GENERALES EN EL ADULTO MAYOR

Envejecer hace parte del ciclo normal de todo ser vivo, en donde el hombre por su condición pensante ha dedicado tiempo a analizar el ¿por qué? o ¿cómo? se dan esos cambios físicos y fisiológicos. Así, el *envejecimiento* está definido por la Organización Mundial de la Salud como el “proceso fisiológico que comienza con la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida, estos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distinto individuos no son iguales” (OMS).

Vejez la definen Cárdenas y López (2011) como: “un período de retos adaptativos, dado el cambio gradual de las condiciones de salud física y mental, las dificultades para el desarrollo de las actividades de la vida diaria y las restricciones a la participación social”

(4)

Por otro lado, *Adulto Mayor* no es más que un término que surge para hacer referencia a la población de 60 o 65 años o más aunque algunos autores consideran que una persona se encuentra en la tercera edad a partir de los 65 años, pues el envejecimiento es un proceso progresivo que no todas las personas sufren de la misma manera ya que se desarrolla en

cada uno a un ritmo muy diferente, en donde influyen tanto los factores genéticos como los ambientales o el entorno donde se vive y por lo tanto es difícil demarcarla en valores exactos a ninguna edad determinada. Es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando. (5) En este contexto los cambios que puede tener el Adulto Mayor se presentan especialmente en:

Tal y como lo mencionan Montoya y Rivera (2009), los cambios físicos propios de la vejez, entre muchos otros, son los siguientes:

Cambios en el sistema cardiovascular y respiratorio. La aparición de enfermedades cardiovasculares, como lo son los ataques cardíacos y la hipertensión aumenta de forma alarmante con la edad. Este tipo de enfermedades son muy frecuentes en ancianos, estas son un síntoma de los muchos *cambios* que ocurren al interior del cuerpo de una persona en esta etapa, algunos de los cambios que suceden en el sistema cardíaco y que generan la aparición de estos problemas son; el sistema valvular empieza a presentar una mayor concentración de calcio con la edad, lo que genera mayor rigidez en las válvulas, además de lo anterior se sabe que con la edad tiende a aumentar el grosor de las paredes del corazón y atrofiarse las células del mismo, lo cual permite la aparición de arritmias y el desarrollo de insuficiencias cardíacas. (6)

Las principales causas de enfermedad vascular son el consumo de tabaco, la falta de actividad física y una alimentación poco saludable (OMS). Junto a lo que sucede en el sistema cardiovascular, el sistema respiratorio también sufre diversos cambios con el paso del tiempo y el envejecimiento, siendo de suma importancia los diferentes cambios tanto anatómicos y funcionales del sistema. “Los cartílagos costales presentan calcificaciones y la columna a menudo presenta cifosis marcada con aumento del diámetro anteroposterior del tórax, por cuanto la distensibilidad de la pared muscular disminuye. Disminuye la elastina de la pared bronquial así como el colágeno. Hay aumento de secreción mucosa con aumento relativo de las células caliciformes. (6)

Cambios en la piel. La piel es el órgano que es más propenso a recibir daño a través del tiempo, en especial por efectos del sol. Con el tiempo se hace más delgada, más seca y se vuelve menos elástica y arrugada. La piel pierde gran parte de su contenido de colágeno produciendo arrugas, la hipodermis se ve adelgazada por la disminución del tejido graso. (6)

Masa Muscular. Entre los 30 y los 80 años se pierden entre el 30% y 40% de la masa muscular, Esta pérdida se acelera con el paso de los años, por la misma pérdida muscular el cuerpo pierde fuerza con los años, sumando a esto la remodelación de los tendones y

ligamentos se hace más lenta lo que genera mayores dificultades de movimiento con el tiempo. (6)

Cambios en la estructura ósea. En esta etapa de la vida hay un decremento de la masa ósea, reducción del grosor de la cortical. En los hombres la masa ósea es mayor a través de toda la vida y la pérdida de los estrógenos femeninos termina con el efecto inhibitorio de estos sobre los osteoclastos. Es común la aparición de la osteoporosis, que es la pérdida de masa ósea en los huesos, típicamente en caderas y vertebras, al mismo tiempo que se puede presentar fallas en la calcificación de los huesos y acumulación de hueso no calcificado.

(6)

Sistema nervioso. El sistema nervioso se afecta de manera importante con el paso del tiempo. El peso cerebral disminuye con la edad y su flujo se reduce en un 20%. Existe una clara pérdida de neuronas y disminución de la mielina lo que provoca problemas en las conexiones nerviosas. Todos estos cambios producen pérdida de reflejos, problemas para conciliar el sueño y su efecto reparador. (6)

Visión. La órbita del ojo pierde su contenido graso, lo que genera un efecto de ojos hundidos, a la vez que se produce una pérdida de transparencia de la córnea y una disminución del diámetro de la pupila y el iris, lo que genera una disminución a la adecuación del ojo a los cambios de luz. Se suele presentar cataratas por la deshidratación del lente del ojo a esta edad. En adición se suele perder la agudeza visual con el pasar de los años. (6)

Sistema Inmune. El sistema inmune se fuertemente afectado con el pasar de los años, lo que genera un aumento de la tasa de infecciones, alteraciones autoinmunes diversas e incapacidad de ejercer control adecuado de virus. (6)

Sistema Renal. En una edad avanzada se suelen presentar insuficiencias renales, estas a causa de la degeneración de los riñones junto a patologías que afectan a los mismos. Se espera en estas edades una disminución del flujo renal y la aparición de cálculos en las vías urinarias. (6)

Sistema digestivo. Se reduce la capacidad de percibir los sabores dulces y salados. Los dientes presentan retracción de los recesos gingivales, reducción de la pulpa dental y consecuente reducción de la inervación. Se presenta una disminución en la producción de saliva y atrofia de la mucosa periodontal, lo que genera mayores lesiones dentales. (6)

En esta etapa se empiezan a presentar problemas en la coordinación de los músculos esofágicos la dilatación del diafragma, lo cual acarrea lesiones en el tubo digestivo. La reducción de elasticidad de la pared del recto y la disminución de la movilidad general del

intestino puede conducir a la presencia de constipación. A nivel del esfínter también se presenta una disminución de la elasticidad lo cual puede provocar incontinencia fecal. (6)

Oído. Empieza presentarse mayor acumulación de cerumen en el oído externo, mientras en el odio medio se adelgaza la membrana timpánica al mismo tiempo que pierde elasticidad, estos cambios junto a la pérdida de eficiencia del sistema de huesillos del oído acarrearán la pérdida de la audición principalmente en tonalidades bajas. (6)

Muchos de esos cambios en las estructuras y o funciones se ven alterados por los estilos de vida que han adoptado las personas. Por ejemplo, los elementos que se empleaban para la cocción de los alimentos como la leña, el carbón y otras sustancias que afectan seriamente el sistema cardiopulmonar.

Cambios en la Salud mental y emocional: Antiguamente el papel de la mujer en la sociedad era relevante en el cuidado del hogar. Cuando la gente llegaba a la edad adulta eran las mujeres más jóvenes, solteras o casadas las que asumían el rol de cuidadoras, se hacían cargo de sus papás, abuelos o esposos. Actualmente, el cuidado del adulto mayor se ha ido delegando a personas que no son de la familia y eso hace que este se sienta abandonado. Estos aspectos que alejan al viejo de su núcleo familiar le generan enfermedades mentales como lo son la depresión, el estrés y otras alteraciones en su salud mental.

Según la OMS, más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso.¹ La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad. (OMS).

La *demencia* es un síndrome que se caracteriza por la mengua de la memoria y la capacidad de pensar, trastornos del comportamiento e incapacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana. Afecta principalmente a los ancianos, pero no es una parte normal de la vejez. (OMS). El paciente con *depresión* pierde el interés, incluso de vivir, sintiéndose incapaz de realizar sus actividades previas. Junto a la tristeza aparecen una serie de otros síntomas, como alteraciones del sueño, del apetito, del contenido del pensamiento y síntomas corporales, que interfieren gravemente con la calidad de vida. (7)

La salud mental de los adultos mayores se puede mejorar mediante la promoción de hábitos activos y saludables. Ello supone crear condiciones de vida y entornos que acrecienten el bienestar y que propicien que las personas adopten modos de vida sanos e integrados. (OMS). Se forman así redes informales de apoyo, en las cuales la motivación básica es el afecto, la comprensión y la supervivencia de personas con problemas similares. Por otro lado, la implementación de actividades con grupos de profesionales de distintas

edades (la mayoría jóvenes) ha logrado una integración intergeneracional, donde los mayores recuperan su alegría y vuelven a utilizar sus capacidades para integrarse en la sociedad¹⁷. **(8)**

2. SITUACION SOCIODEMOGRAFICA DE LOS ADULTOS MAYORES

El aumento de la longevidad determina que la mayor parte de los países desarrollados, y algunos como Cuba, en vías de desarrollo, exhiban una expectativa de vida al nacer superior a los 60 años, mientras se incrementa la tendencia decreciente en la fecundidad, lo que ha modificado en forma notable la pirámide poblacional. En el mundo los importantes avances sociales, técnicos y científicos propiciarán - en un futuro cercano, año 2025 - una población de más de 1 000 millones de personas de 60 años y más, y también, por primera vez en la historia de muchos países, los ancianos serán más numerosos que los jóvenes. **(9)** Ahora bien, los mayores índices de natalidad y fecundidad tienen dos graves, tristes pero muy reales asociaciones, a saber:

Se presentan en las zonas con mayor concentración de habitantes, entre las que tenemos por ejemplo el continente africano, con una tasa promedio de 2.7%, o los países latinoamericanos (México, Bolivia o Ecuador por mencionar algunos) con 2%, en oposición a aquellos países desarrollados (Italia, Japón, Gran Bretaña, Suecia o Alemania), en donde la tasa de crecimiento anual de la población alcanza el 1%, la mitad de aquella que se presenta en los países en vías de desarrollo. **(10)**

Actualmente en América Latina y el Caribe viven cerca de 50 millones de personas de 60 años y más, y se espera que para el 2025 esta población aumente a más de cien millones. Según las proyecciones, para el año 2050 uno de cada cuatro latinoamericanos y caribeños será una persona mayor, y en seis países de la región el 30% de los habitantes tendrá más de 60 años. **(11)**

En ese orden de ideas encontramos que las causas del envejecimiento en Colombia son el aumento de la esperanza de vida, disminución de la mortalidad, el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, el descenso de las tasas de la fecundidad, la atenuación del ritmo de incremento de la población y los procesos de migración. Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, DANE, se calcula en 44 millones de habitantes la población total, de ellos 2 millones 944 mil 328 son adultos mayores, la población mayor de 60 años pasará de 2'944.328 a 6'529.300 en el 2020.

Los adultos mayores de poblaciones por departamentos no muestran una problemática diferente al mundo. La. Por ejemplo el municipio de Chía tiene una población de 97.896 habitantes según datos del censo 2005 - DANE (BOLETÍN. Censo General 2005. Perfil Chía – Cundinamarca). En el año 2009, Chía se encontraba ligeramente por encima de la

esperanza de vida calculada para Cundinamarca entre el 2005 – 2010 (73,88 años), esto puede indicar una mejor calidad de vida a nivel municipal, respecto del Departamento (Plan De Desarrollo Municipal 2012 – 2015); lo cual indica también el incremento de la población adulta mayor a 2010 y años posteriores. En concordancia con las proyecciones de población realizadas por el DANE este municipio contará con una población de 18.448 adultos mayores en el año 2020, distribuidos en 8.066 hombres y 10.382 mujeres.

Otros aspectos son los arrojados por una caracterización realizada por la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de la Sabana en el años 2012 a una población de 131 Adultos Mayores en la vereda Fagua en Chía y que complementan la situación antes mencionada son: prevalece en promedio de la edad entre los 64 y 79 años un 70%, la mayoría son procedentes de la zona urbana, en cuanto las enfermedades que manifiestan tener el 68% se consideran sanos, el 17% son hipertensos, el 7% tienen diabetes, siendo estas las más relevantes, y en menor proporción enfermedad tiroidea con un 2%, Gastritis 1%, Cáncer de páncreas 1%, EPOC 2% y asma 1%. En cifras de índice de masa corporal el 54% se encuentran en sobrepeso, el 30% en peso normal, el 13% en Obesidad tipo I y el 3% en obesidad tipo II. Encontraron cifras de hasta 200-115 mmHg, y en población de 81 a 90 años hasta 180-100 mmHg.

3. POLITICAS ENCAMINADAS A LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES.

El envejecimiento es un proceso al cual está sometido todo organismo vivo desde el mismo momento en que se nace, y para el que casi nunca estamos preparados. Vivimos en una sociedad en donde no hay conciencia y facilidades para la tercera edad, ancianos desprotegidos social y económicamente, muchas veces sometidos al abandono de sus propias familias. A pesar de las beneficios otorgados por el estado, los cuales son limitados y escasos, el adulto mayor en Colombia no goza del bienestar al que debería tener acceso luego de haber sido parte importante para el desarrollo de su misma sociedad.

Los derechos fundamentales de los adultos mayores no habían sido tenidos en cuenta como elemento individual, siempre se habían incluido en temas más globales como los derechos humanos. Este fenómeno se ha presentado de pocos años acá, quizá por el acelerado crecimiento de esta población y el comportamiento demográfico proyectado que ha alertado recientemente a las instituciones internacionales.

Es así que luego de diversas propuestas realizadas y a partir de *La Declaración Sobre Los Derechos Y Responsabilidades De Las Personas De Edad* presentada por la Federación Internacional de la Vejez y la República Dominicana en 1991, que surgen los siguientes

Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad, adoptado por la Asamblea General el 16 de diciembre de 1991:

Independencia

1. Las personas de edad deberán tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia.
2. Las personas de edad deberán tener la oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras posibilidades de obtener ingresos.
3. Las personas de edad deberán poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales.
4. *Las personas de edad deberán tener acceso a programas educativos y de formación adecuados.*
5. Las personas de edad deberán tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades en continuo cambio.
6. Las personas de edad deberán poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

Participación

7. Las personas de edad deberán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes.
8. Las personas de edad deberán poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.
9. Las personas de edad deberán poder formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.

Cuidados

10. *Las personas de edad deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.*
11. *Las personas de edad deberán tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad.*
12. Las personas de edad deberán tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado.

13. *Las personas de edad deberán tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.*

14. Las personas de edad deberán poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

Autorrealización

15. *Las personas de edad deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.*

16. *Las personas de edad deberán tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.*

Dignidad

17. Las personas de edad deberán poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales.

18. Las personas de edad deberán recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica. **(12)**

La Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 65/182 del 4 de febrero de 2011, establece el *Grupo de Trabajo de composición abierta sobre el envejecimiento*, con el propósito de aumentar la protección de los derechos humanos de las personas de edad mediante un examen del marco internacional vigente en esta materia que permita determinar sus posibles deficiencias y la mejor forma de subsanarlas, incluso estudiando la viabilidad de crear nuevos instrumentos y medidas cuando corresponda. **(13)**

Por medio de la resolución AG/RES. 2792 (XLIII-O/13) de la Asamblea General se extendió el mandato del Grupo de Trabajo para que culmine el proceso de negociación formal del Proyecto de Convención Interamericana sobre Derechos Humanos de las Personas Mayores, preferiblemente en el segundo semestre de 2013, y procure presentarlo para su adopción en un período extraordinario de sesiones que se convocará para tal fin. **(14)**

A partir de 2011, la OEA cuenta con un Grupo de Trabajo sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. Su primer objetivo fue la preparación de un informe, entregado a fines de ese año, en el que se analizó la situación de las personas de edad en el hemisferio, así como la efectividad de los instrumentos universales y regionales

de derechos humanos vinculantes relacionados con este grupo social. Una vez alcanzado este primer objetivo, el Grupo de Trabajo se dio a la tarea de preparar un proyecto de convención interamericana para la promoción y protección de sus derechos.

La preocupación por la situación específica del adulto mayor en Colombia es relativamente reciente, podríamos decir que empieza a desarrollarse con más dedicación a partir de la constitución nacional en el año 1991 y de allí se va articulando con las políticas y tratados internacionales que le sirven principalmente como protección a sus derechos individuales.

En la Constitución Nacional se establece específicamente que las personas mayores tienen derecho a una protección especial por parte del estado. Artículo 46 de la Constitución: “El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de tercera edad y promoverán su integración en la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia”.

A partir de esta norma enunciaremos las más relevantes como la ley 100 de 1993, que establecen lineamientos de atención y oportunidad para esta población y que reza así en su Artículo. 262. Servicios sociales complementarios para la tercera edad. El Estado a través de sus autoridades y entidades, y con la participación de la comunidad y organizaciones no gubernamentales prestarán servicios sociales para la tercera edad conforme a lo establecido en los siguientes literales:

- a) En materia de educación, las autoridades del sector de la educación promoverán acciones sobre el reconocimiento positivo de la vejez y el envejecimiento;
- b) En materia de cultura, recreación y turismo, las entidades de cultura, recreación, deporte y turismo que reciban recursos del Estado deberán definir e implantar planes de servicios y descuentos especiales para personas de la tercera edad, y
- c) El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social promoverá la inclusión dentro de los programas regulares de bienestar social de las entidades públicas de carácter nacional y del sector privado el componente de preparación a la jubilación. **(15)**

Colombia Mayor es el programa del Gobierno Nacional que busca proteger a las personas de la tercera edad que se encuentran desamparadas, no cuentan con una pensión o viven en la indigencia y/o extrema pobreza. Este programa cuenta hoy con más de 1'258.000 beneficiarios, adultos mayores de todas partes del país que cada dos meses reciben un subsidio para financiar sus necesidades básicas y mejorar su calidad de vida. **(16)**

El Departamento Nacional de Planeación en su documento DNP-2793-Vicepresidencia de la República-UDS (1995), somete a consideración del CONPES los *lineamientos de la política relativa a la atención al envejecimiento y a la vejez* de la población colombiana, y

en especial a las necesidades de las personas de mayor edad. Allí mismo en su capítulo IV. Programas. A. Salud y Seguridad social, dice que: “*A través del Plan de Atención Básica (PAB), se promoverá una cultura de la salud para fomentar estilos de vida saludables en toda la población. (...) Se desarrollarán programas para la detección precoz de enfermedades prevalentes y programas de prevención basados en el autocuidado y el cuidado mutuo. Igualmente, se definirán actividades de prevención por niveles de atención y se identificarán sistemas alternativos de prevención*”.

Ley 1091 De Septiembre 08 De 2006. Por medio de la cual se reconoce al colombiano y Colombiana de Oro. ARTÍCULO 1o. Se entenderá como Colombiano de Oro, aquel colombiano mayor de 65 años, residente en el País y debidamente acreditado.(17)

El día del colombiano de oro, 24 de noviembre, no tiene celebración. En general, pocos lo conocen. Un inventario y evaluación general de las acciones dirigidas a las personas viejas, resultó a propósito de la III Conferencia Intergubernamental, que convocó Costa Rica con apoyo de Cepal/Celade (1), en 2012. Con este contenido, el gobierno colombiano elaboró el informe "Del compromiso a la acción, examen y evaluación de la Declaración de Brasilia en América Latina y el Caribe". Recoge en el papel avances en los ámbitos legislativo, administrativo, programático e institucional, en relación con el acceso a la salud, la atención institucional, alimentación y nutrición, salud mental, etcétera. (18)

La Política Nacional De Envejecimiento Y Vejez es una Política Pública, de Estado, concertada, que articula a todos los estamentos del gobierno y la sociedad civil en un propósito común: visibilizar e intervenir la situación del envejecimiento y la vejez en el periodo 2007-2019 (19). La Política nacional de envejecimiento y vejez se enmarca en cuatro aspectos conceptuales: El envejecimiento biológico y su relación con el envejecimiento demográfico, los derechos humanos, el envejecimiento activo y la protección social integral. Y sus ejes son: 1. Promoción y Garantía de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, 2. Protección Social Integral, 3. Envejecimiento Activo y 4. Formación del Talento Humano e Investigación.

En la Ley 1171 de diciembre 7 de 2007. Por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores la norma otorga beneficios económicos como descuentos del 50% en boletería de espectáculos programados por la nación o entidades territoriales, y en matriculas en instituciones oficiales de educación superior. En este orden de ideas es importante analizar la viabilidad del aprovechamiento de estos recursos, especialmente en el tema de educación, ya que gran parte de esta población no cuenta siquiera con la educación básica primaria.

La Ley 1251 de 2008 en su artículo 6º, *Derechos*, claramente establece que el estado, la sociedad civil, la familia el adulto mayor y los medios de comunicación deberán para con

los adultos mayores entre otros ítems y en contexto con el presente documento elaborar políticas, planes, proyectos y programas para el adulto mayor teniendo en cuenta las necesidades básicas insatisfechas de los más vulnerables y fomentar la formación de la población en el proceso de envejecimiento;

Ley 1276 de 2009. Artículo 1o. Tiene por objeto la protección a las personas de la tercera edad (o adultos mayores) de los niveles I y II de Sisbén, a través de los Centros Vida, como instituciones que contribuyen a brindarles una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida. **(20)**

Ley 1438 de 2011. En el informe de Logros de la Gestión del Ministro de Salud y Protección Social AGOSTO 2010 – ENERO 2012. Encontramos entre otros en lo relacionado con los adultos mayores que: Se unificó el POS para los adultos mayores de 60 años (17% de la población), logrando que 11.7 millones de personas (el 52% de los colombianos) tengan los mismos beneficios, sin importar si son del régimen contributivo o el subsidiado. **(21)**

El Plan Decenal De Salud Pública 2012 – 2021. *Vulnerabilidad en adultos mayores y población en envejecimiento*. (...) busca, una sociedad para todas las edades como en la proyección de futuras generaciones de adultos mayores menos dependientes, más saludable y productiva, lo que repercutirá en la disminución de los costos del sistema de salud colombiano y la sostenibilidad del mismo, como estrategia prioritaria para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población y de las personas mayores en particular. **(22)**

Al revisar con detenimiento como mínimo las anteriores normas, podemos notar que todas dan bases suficientes y necesarias al mantenimiento del estado de salud de los Adultos mayores a través de planes educativos, objeto final del presente documento.

Ayer fueron predominantemente las enfermedades infecciosas, en la actualidad las enfermedades crónico-degenerativas, las asociadas a la violencia, el cáncer. Sea cual sea la forma que asuma el reto a la salud de la comunidad, siempre necesitaremos de una primera línea de defensa eficaz, un sistema de salud sólido y enraizado en la comunidad para poder enfrentarlo. Un verdadero sistema de atención primaria de la salud. **(23)**

4. LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LA ADULTEZ MAYOR

El envejecimiento no es una enfermedad, y eso explica en parte la resistencia de esta etapa de la vida a ser definida en forma categórica. Sin embargo, en la psiquis humana en general, se asocia al envejecimiento con enfermedades crónicas, y la verdad es que

actualmente es raro encontrar "vejez" como causa de muerte en un certificado de defunción. Los pacientes de edad avanzada sucumben a enfermedades, entre las cuales cabe destacar las cardiovasculares, las demencias, cáncer, etc. Estas son enfermedades asociadas al envejecimiento, ya que el proceso de deterioro de la capacidad funcional deja al individuo expuesto a que se manifiesten los síntomas característicos de ellas. Pero las enfermedades en sí no son parte del proceso de envejecimiento propiamente tal, sino consecuencia del mismo.

Además de las enfermedades nombradas arriba, y cuyo desenlace suele ser la muerte, hay otras muchas enfermedades y condiciones asociadas al envejecimiento que, sin ser directamente causantes de muerte, sí son responsables en gran parte del deterioro en la calidad de vida del anciano. **(24)**

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad. (OMS) **(25)**

Además de estar entre las primeras causas de mortalidad, las enfermedades crónicas constituyen una importante causa de morbilidad y ocasionan gran demanda de servicios de salud. **(26)**

En Colombia, durante los últimos años, la mortalidad por enfermedades crónicas ha presentado más del 25% en la mayoría de los departamentos de predominio urbano y alta densidad de población. Específicamente en Cali, para el año 1995, la primera causa de muerte en mujeres fueron las enfermedades cardiovasculares y la quinta fue la diabetes. **(27)**

Caso similar es el municipio de chía, en donde en una muestra tomada de 84 adultos mayores, el 50% sufre alguna enfermedad vascular, el 15,47% de los mismos tiene diabetes, el 4,76% sufre enfermedad respiratoria, y el 21,42% padece enfermedad ósea.

A manera de ilustración: sabemos que el colesterol es uno de los principales factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, un individuo de 20 años puede comer comida chatarra a diario, sin sufrir consecuencias cardiovasculares inmediatas; la enfermedad se desatará sólo cuando el individuo alcance una edad madura. En otras palabras, la edad es un factor de riesgo mucho mayor que el colesterol. **(28)**

La Hipertensión Arterial. La T. A. se define como la presión ejercida por la sangre sobre las paredes de las arterias, dependiendo esta del gasto cardiaco (que depende a su vez del volumen sanguíneo y de la frecuencia cardiaca), y de las resistencias sistémicas al paso de la sangre por el sistema circulatorio. **(29)**

La HTA es el proceso que demanda más consultas en atención primaria, siendo la primera causa etiopatogénica para inducir dos procesos de curso clínico muy grave; la cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardíaca congestiva, sin olvidar otras severas complicaciones como la enfermedad cerebrovascular, la arteriosclerosis de grandes arterias y la nefroangiosclerosis, conducente a la insuficiencia renal crónica, progresiva e irreversible. **(30)**

Las causas de la hipertensión se pueden separar en dos grandes grupos. Las causas inmodificables en la persona como lo son la edad, el género, la herencia, estas le pueden generar la creencia que no es posible controlarla y mantenerla dentro de rangos aceptables generando actitudes de desmotivación, afectando la adherencia al tratamiento principalmente y por tanto exponiéndola a complicaciones para su salud, en ocasiones irreversibles. El otro grupo de causas son las modificables que podemos asociarlas a hábitos de vida poco favorables; entre ellos tenemos alimentación inadecuada, consumo de alcohol, tabaquismo, consumo de sustancias psicoactivas, sedentarismo, vivencias de situaciones estresantes, factores que por cultura, desconocimiento o falta de interés afectan igualmente la adherencia terapéutica.

La Diabetes. Por otro lado, se estima que el volumen de enfermedades crónicas está aumentando rápidamente y que en la actualidad corresponden al 60.0 por ciento del total de 56.5 millones de defunciones notificadas en el mundo y al 46.0 por ciento de las enfermedades. (FAO / WHO, 2003: 16); entre ellas, la diabetes tipo 2 es la enfermedad crónica degenerativa más preocupante. **(31)**

La diabetes mellitus constituye un grupo de enfermedades caracterizadas por glucemias altas secundarias a defectos en la secreción de insulina, la acción de la insulina • ambas (1). La diabetes es sumamente prevalente, afecta aproximadamente a 150 millones de personas en todo el mundo (2) y se prevé que esa cifra aumentará a 300 millones en 2025 (3). Gran parte de este aumento ocurrirá en los países en desarrollo y será producto del envejecimiento de la población, el régimen alimentario insalubre, la obesidad y el modo de vida sedentario (4). **(32)**

Su principal manifestación, la hiperglucemia, lesiona varios órganos y sistemas del organismo (3), especialmente ojos, corazón, riñones y sistema nervioso, con potencial discapacidad causada por una disminución en la funcionalidad física, psicológica y social de la persona, lo que lleva a su desadaptación (4). Frecuentemente, la DMT2 cursa con

factores de riesgo como la hiperlipidemia caracterizada por elevación de niveles de triglicéridos y colesterol (5) que a su vez desencadenan problemas cardiovasculares como hipertensión, aterosclerosis, angina coronaria, infarto del miocardio, factores que afectan la adaptación de la persona y su vida productiva. Por esta razón, el control glucémico es crítico por parte de la persona que padece DMT2 para reducir el riesgo de las complicaciones a largo plazo. **(33)**

Dos de los factores más importantes que contribuyen a la adherencia deficiente son, indudablemente, la naturaleza asintomática y vitalicia de la enfermedad. **(34)**

A través de este estudio podemos afirmar que cuando el individuo conoce la enfermedad que lo aqueja, sabe cuáles son las causas de la misma, identifica claramente los síntomas y factores de riesgo, y sobre todo es consciente de las complicaciones, y adicionalmente a esto siente el acompañamiento oportuno y permanente por parte del profesional de la salud, existe una mayor probabilidad de lograr la adherencia al tratamiento sea este farmacológico o no. Adicionalmente la disposición del individuo a adoptar las medidas necesarias (tratamiento) para controlar la enfermedad, factor este condicionado por valores, experiencias, creencias, herencias afectará de manera benéfica o no los resultados obtenidos datos estos que se reflejan en el seguimiento realizado por parte del personal sanitario a través de la consulta de control.

5. ESTRATEGIAS ENCAMINADAS A LA CONVIVENCIA CON ENFERMEDAD CRONICA

Es natural que las personas tiendan a imitar los modelos sociales promovidos en los medios de difusión o comunicación social. El estilo de vida se puede formar no sólo espontáneamente, sino también como resultado de las decisiones conscientes de quienes aspiran a perfeccionarse y a perfeccionar la sociedad. **(35)**

Para lograr resultados favorables en el bienestar de la persona adulta mayor es importante trabajar en hábitos de vida favorables. Es por eso que en este documento los vamos a agrupar en 3 grandes e importantes ítems:

Nutrición. Verificar periódicamente los parámetros que reflejan el estado nutricional del anciano debe ser considerado un proceder de rutina a todos los niveles de la atención sanitaria fundamentalmente en la consulta de atención primaria. **(36)**

Un estado nutricional saludable contribuye, sin ninguna duda, a mejorar el estado funcional y mental del individuo y por ende su calidad de vida, algo sumamente importante en estos

tiempos en que se han aumentado claramente los años de supervivencia (García de Lorenzo, A; Ruipérez Cantera, 2006). Los estudios epidemiológicos han demostrado una estrecha relación entre estado nutricional y morbimortalidad. Esta correlación se ha observado con distintos parámetros simples de valoración del estado nutricional como el peso, la pérdida de peso y el índice de masa corporal (IMC). **(37)**

El incremento de la masa grasa, así como la disminución de la masa muscular y ósea que se produce durante el proceso de envejecimiento lleva consigo la aparición de diversas patologías como la obesidad, sarcopenia, obesidad sarcopénica u osteoporosis, contribuyendo a la disminución de la salud y la calidad de vida de las personas mayores que las padecen. Si bien es cierto que estos cambios son fruto de un proceso multifactorial y que se producen durante el envejecimiento de forma natural, el estilo de vida (actividad física y/o alimentación) puede desempeñar un papel fundamental en su desarrollo y evolución y por tanto intervenciones dirigidas a optimizar estos aspectos podrían ser de vital importancia para el mantenimiento de una composición corporal saludable en este tipo de población. **(38)**

La actividad física regular. Debido a que un exceso de grasa corporal está relacionado con diversas enfermedades y pérdida de movilidad, reducir las horas de estar sentado en mujeres de edad avanzada parece necesario con el fin de garantizar una buena salud a lo largo del proceso de envejecimiento. **(39)**

Mantener la salud cognitiva en la vejez es una prioridad de salud pública, tanto para personas mayores sanas como para adultos con enfermedades tales como demencias, ya que al realizar actividad física con regularidad disminuye la presentación de los síntomas que generan discapacidad física, haciendo al adulto más funcional por mayor tiempo, lo cual repercute positivamente sobre el cuidador y la sociedad en general. **(40)**

Bailar, correr moderadamente, andar, salvo en caso de estar contraindicado. El ejercicio aporta, entre otros beneficios, la disminución de la percepción del dolor, de la ansiedad y mejora la capacidad de concentración y atención. Además el anciano que participa en actividades físicas con cierta regularidad, mejora su sensación de bienestar y la percepción de mayor movilidad, logrando mantener más independencia por más tiempo, con mejor capacidad funcional. **(41)**

La recreación como actividad organizada puede desarrollarse tanto en espacios abiertos como en espacios cerrados. Claros ejemplos del primer caso serían todo tipo de actividades a realizar en parques, plazas o en la naturaleza. Para el segundo caso, pueden ser perfectas opciones aquellas actividades recreativas relacionadas con el arte, la música, la comunicación, el teatro, el cine y el uso de tecnologías de última generación. La organización de espacios de recreación para una determinada comunidad es una tarea

importante que atañe a los gobiernos ya que a través de ella los individuos pueden establecer lazos de contacto y de pertenencia mucho más sólidos, así como también pueden bajar los niveles sociales de stress, violencia e individualismo. (42)

Disminución el estrés. Debido a la duración significativa de la enfermedad crónica, el individuo necesita aprender a vivir con ella, por lo cual la intervención se debe encaminar a la modificación de la conducta, el control del estrés y la responsabilidad de cada persona con su salud. (43)

Las fuentes principales de estrés en el anciano están relacionadas con las pérdidas de capacidades, estatus, familiares, amigos, con aspectos socioculturales, estilos de vida, con el apoyo emocional que reciba de sus familiares y de otras redes de apoyo social, ya que se plantea que cuando la familia es disfuncional, constituye la mayor fuente de estrés para ellos. (44)

En los ancianos son frecuentes estados de ánimo particulares de irritabilidad, indiferencia, inestabilidad y pesimismo. Las modificaciones psicoafectivas y biológicas y los cambios por acontecimientos existenciales, hacen del anciano un individuo más expuesto al riesgo de padecer de alteraciones psíquicas. (45)

6. EDUCACIÓN EN EL ADULTO MAYOR Y PROGRAMAS GUBERNAMENTALES

La educación en los adultos es el proceso mediante el cual se incentivan y potencializan las capacidades del adulto, estimulando su autoformación con el propósito de enriquecer sus conocimientos, desarrollar sus aptitudes y mejorar sus competencias técnicas y profesionales evolucionando así sus actitudes o su comportamiento en la doble perspectiva de un enriquecimiento integral, personal y una participación activa en el desarrollo socio-económico y cultural del contexto en el que se desenvuelve. (46)

Por todo lo anterior, es necesario hacer un llamado a los gobiernos, a las organizaciones no gubernamentales y a otras organizaciones de la sociedad civil a trabajar juntos por hacer realidad la salud y el desarrollo humano sostenible a través de la Promoción de la Salud y la Educación para la Salud. (47)

Mediante la educación se puede conseguir que los adultos mantengan el conocimiento real de sus posibilidades, realicen proyectos, se reintegren en una sociedad de la que han sido radicalmente separados a raíz de un hecho cronológico. (48)

En Colombia la gran mayoría de adultos mayores, especialmente los habitantes de zonas rurales, no tuvieron la oportunidad de disfrutar de la educación básica, esto se debe en gran parte a una herencia cultural, ya que era más importante el desempeño laboral en términos de producción que la formación académica. Este fenómeno se ve reflejado especialmente en el grupo poblacional femenino para el que en tiempos pasados no era importante que se educara ya que sus actividades se limitaban y trabajos domésticos que no requerían de formación escolar. Lo anterior es de gran importancia en términos de análisis poblacional tal como lo afirman Enrique Peláez y Bruno Ribotta (2008) “Una de las características del fenómeno del envejecimiento es su mayor incidencia sobre las mujeres. La razón es la mayor expectativa de vida de las mujeres, a causa de la sobre mortalidad masculina. (49)

Cuando nos referimos a programas especialmente los dirigidos a Adulto mayor parece estar encaminado más a la parte de sostenibilidad económica (Colombia mayor, BEP Beneficios Económicos Periódicos, Protección para la vejez, etc.). El enfoque de inclusión y autocuidado está un poco minimizado. Es importante tanto motivar a los ancianos a realizar actividades que le permitan integrarse en su misma comunidad, como darles herramientas para el cuidado de su salud y esto se logra a partir del binomio profesional de la salud – Adulto mayor, a partir de valoración primaria y encadenada a la orientación a cerca de las patologías individuales identificadas.

En una mirada al fenómeno desde la perspectiva enfermero se observa la necesidad de implementar estrategias sanitarias con enfoque multidisciplinario e intersectorial que permitan desarrollar acciones educativas de alcance comunitario en aras de materializar de forma efectiva la atención a este grupo poblacional y sus principales problemas de salud enriqueciendo con esto la relación armónica que debe establecerse entre la triada longevidad, enfermedades que afectan a las personas de edad avanzada, intervenciones de enfermería en los problemas del envejecimiento. (50)

La educación en salud:

Entendemos la Educación en Salud como un proceso dinámico de enseñanza-aprendizaje con el que se pretende aumentar la confianza y habilidad de la gente para resolver sus propios problemas. Por lo tanto debe ser una acción participativa, que permita que cada miembro del grupo sienta que sus ideas valen, de forma que le ayuden a entender más a fondo sus problemas y a trabajar para resolverlos por sí mismos. (51)

La planificación de cuidado a la salud de los adultos mayores requiere de una mirada multidisciplinaria e intersectorial. De profesionales comprometidos con la atención de éstas personas, instruidos en el trabajo en equipo, enfocado éste último al fomento de las prácticas del autocuidado, como una vía para el desarrollo de éstas habilidades en los pacientes y sus cuidadores, de forma que garanticen en correspondencias con las

posibilidades individuales de cada paciente la perpetuación de sus vidas, la recuperación o el mantenimiento de la salud y la prolongación del desarrollo personal, para impactar así en la calidad de vida de los pacientes y sus familiares. (52)

Lo anterior es posible a través de actividades organizadas y diferenciadas de acuerdo a las necesidades específicas de cada individuo y teniendo en cuenta la clasificación de la atención en salud la que a groso modo se define a continuación:

Prevención primaria siendo este un conjunto de actuaciones dirigidas a impedir la aparición o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad determinada. Su objetivo será disminuir la incidencia de la enfermedad. La atención primaria,¹ expresada en un sentido muy general, «es aquella mediante la cual la población realiza el primer contacto con los servicios de salud, pero dada la complejidad de situaciones y variedades de tipo de prestaciones que puede demandar este primer contacto, expresarlo en este contexto es una simplificación de las funciones e importancia de este nivel de atención» (53)

La prevención secundaria que busca eliminar la enfermedad en sus primerísimas fases. Por ello, decimos lucha contra la prevalencia, por cuanto la enfermedad ya está entre nosotros. *Y las actividades de prevención terciaria* que se definen como aquellas que están dirigidas al tratamiento y rehabilitación de una enfermedad ya previamente establecida. Buscan enlentecer la progresión de la enfermedad y, con ello, evitar la aparición o agravamiento de complicaciones e invalideces, intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes. (54)

Teniendo en cuenta que el rango de edades es bastante amplio y que como ya lo mencionamos el estado de salud de cada individuo depende de sus hábitos, (podemos encontrar 2 tipos de adultos mayores unos con patologías crónicas de base y otros sin haber sido diagnosticado con enfermedad crónica latente), y por tanto su estado de salud, es importante trabajar en los 3 niveles de prevención pero con especial énfasis en las actividades de prevención primaria en salud, de tal forma que exista influencia suficiente para evitar la aparición de la enfermedad crónica, o si ya han sido diagnosticados lograr el objetivo de controlarla y por tanto evitar las complicaciones que puedan surgir por deficiencia en la adherencia al tratamiento ya sea farmacológico o no (autocuidado).

Existen pruebas fehacientes que sugieren que los programas de autocuidados ofrecidos a los pacientes con enfermedades crónicas mejoran el estado de salud y reducen la utilización y los costos. Cuando el autocuidado y los programas de adherencia se combinan con el tratamiento regular y la educación específica de la enfermedad, se han observado mejoras significativas en los comportamientos que fomentan la salud, la atención de los síntomas cognoscitivos, la comunicación y el tratamiento de las discapacidades. Además, tales programas parecen reducir la cantidad de pacientes hospitalizados, los días de estadía hospitalaria y las consultas ambulatorias. (55)

Obviamente, el aprendizaje para toda la vida no es un lugar común si consideramos que, dentro de muy pocos años, los mayores serán la columna vertebral de la vida pública y comunitaria. Su bienestar físico, mental y psicológico es esencial si queremos que estén preparados para afrontar el reto que la sociedad les demandará. Para conseguirlo se necesita un sistema educativo que contemple programas formativos e informativos dirigidos a cambiar las actitudes, en especial las de aquellos con niveles educativos más bajos. El objeto de estos programas deberá ser el de proporcionar a los Mayores información y conocimiento de su situación, que les provoque el estímulo que necesitan para animarles a cuidar de sí mismos, participar de manera entusiasta en actividades sociales, recuperar la autonomía en sus decisiones y les capacite para asumir libremente los deberes y derechos de ciudadanos que a su edad les corresponda. Las inversiones en el aprendizaje de los mayores durante toda la vida, se justificarían en sí mismas al repercutir en lo que se refiere a la salud, en una vida más saludable; por lo tanto, supondría un ahorro considerable de los costes sanitarios, farmacéuticos y asistenciales **(56)**

Es así que por medio de este documento se propone la utilización de metodologías que se acomoden a las condiciones específicas de aprendizaje de la comunidad adulta mayor, la cual como es el caso de la población del municipio de Chía no cuentan con la educación escolar suficiente para logran entender el porqué de su situación de salud. Aquí se propone el uso de herramientas visuales y de carácter personal, que sirva de material de consulta de fácil acceso, como lo son las cartillas informativas a cerca de las principales patologías en donde se desarrollen ítems de gran importancia e interés. Se propone en su contenido temas puntuales como: Descripción de la enfermedad (¿Qué es?), Causas, Factores de Riesgo, Síntomas, Diagnóstico, Complicaciones, Tratamiento y Recomendaciones especiales.

A continuación se presenta la situación actual del adulto mayor en el municipio de Chía, este estudio se aplicó a una muestra de 84 adultos mayores inscritos en la modalidad de descentralizados del programa de Adulto Mayor del Municipio de Chía.

Método

Los datos que aquí se presentan derivan de un estudio realizado en el municipio de Chía llamado “Proyecto Adulto Mayor Descentralizado - Edad De Oro Saludable”, realizado durante los meses de marzo y abril de 2014. La investigación se hizo a partir de una muestra de 84 adultos mayores, hombres y mujeres de 65 años y más, la cual fue obtenida a partir de la población inscrita en programa descentralizado del municipio. Para poder analizar la información se realizó una entrevista sociodemográfica, se tomaron valores individuales de variables puntuales para la identificación de morbilidades y factores de riesgo relacionadas con enfermedades relevantes en la adultez mayor como lo son IMC, relación cintura cadera, tensión arterial; paralelo a este proceso se indagó sobre frecuencia

en la asistencia a controles médicos, enfermedades diagnosticadas por el profesional de la salud, medicamentos consumidos por orden médica, para de esta manera identificar adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad.

La unidad de análisis estuvo constituida por las personas seleccionadas, de edad de 65 años en adelante de donde se obtuvo la información necesaria para esclarecer la hipótesis de una población adulta mayor en riesgo de sufrir complicaciones causadas por enfermedades crónicas por deficiencia de atención básica. Se analizó la información recolectada para plantear plan de acción que contribuya a mejorar la calidad de vida de esta población.

Se analizaron los datos obtenidos de adultos mayores por sectores así: Sector Samaria: 18 adultos mayores, sector San Jorge: 16, Fagua: 20, Delicias sur: 10, Mercedes de Calahorra: 20. Para un total de 84 adultos mayores valorados. Se encontraron los siguientes resultados:

Resultados:

Esta población se caracteriza por estar conformada en su mayoría por el género femenino con un total de 91,6%, de acuerdo a los rangos de edades (50-59 años, 60-69 años y 70 o más años) prevalece las edades superiores a los 70 años con un 35,71%, el 100% viven en zona rural, 91,6% viven acompañados, 36,90% son casados pero el 29,76% son viudos, 58,33% pertenece al sistema de salud contributivo, 86,90% no tiene discapacidad que le impida participar en actividades de la comunidad, 65,47% NO TIENEN NINGUN GRADO DE ESCOLARIDAD. El 50% han sido diagnosticados alguna enfermedad vascular, el 47,61% asisten a control médico cada 3 o más meses (Estos resultados están sujetos a un análisis más detallado, ya que en las EPS actualmente les dan los medicamentos para 2 o 3 meses, de tal forma que no depende de ellos la frecuencia a control sino de cómo los programe el servicio de salud al cual pertenecen), en la valoración se encontró que según la relación cintura cadera están en Riesgo de lesión vascular Muy Alto el 55,95%, Según los resultados de Índice de Masa Corporal el 48,80% de estos adultos mayores están en sobrepeso. En cuanto a los valores de hipertensión el 48,8% de este grupo poblacional ha sido diagnosticado como hipertenso, sin embargo los datos arrojados en la sesión de toma de tensión arterial fueron los siguientes: 62 (73,80%) adultos mayores estaban dentro de los valores normales, 14 (16,6%) estaban dentro del rango normal alto, 5 (5,95%) se encontraban en hipertensión estadio I (ligera), 2 (2,38%) en hipertensión estadio II (moderada) y 1 (1,19%) en hipertensión estadio IV (MUY SEVERA), datos posiblemente condicionados por la adherencia al tratamiento.

Conclusiones:

De acuerdo a la revisión realizada se concluye que para hacer frente a los cambios demográficos poblacionales, es importante motivar a las comunidades en el cuidado del

adulto mayor teniendo en cuenta los cambios generales tanto físicos como mentales y emocionales, haciéndolo más participativo, apoyándose en las políticas ya diseñadas para tal fin y generando nuevas propuestas de protección a sus derechos individuales. Todo esto ligado a la protección de su estado de salud, (adulto mayor sano y adulto mayor con enfermedad crónica), fomentando estilos de vida favorables y haciendo uso especialmente de la atención primaria en salud, la cual se apoya en la prevención, a través de planes de educación en salud.

REFERENCIAS:

1. Portafolio.co [página web en internet] Esperanza de vida en el mundo sigue aumentando. Septiembre 21 de 2012. Disponible en: <http://www.portafolio.co/portafolio-plus/esperanza-vida-el-mundo-sigue-aumentando>
2. Organización Panamericana de la Salud 2012. [página web en internet]. Salud en las Américas, Edición de 2012: Volumen de países. 2012. Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=197&Itemid.
3. Óscar B, Catalina G. La salud en Colombia. Logros, retos y recomendaciones. Universidad de los Andes. Escuela de Gobierno. Ediciones Uniandes 2012. Primera edición: Noviembre del 2012. 576 p.; 16,8 x 23,8 cm.
4. Andrea CJ, Alba LL. Resiliencia en la vejez. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Rev. salud pública. 13 (3): 528-540, 2011.
5. Desde diccionario virtual definicionabc. [página web en internet]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/adulto-mayor.php>
6. Juan P M. Ángela M R. Definición de una estrategia de servicio para los adultos mayores en la modalidad de club. Club para adultos mayores de Bogotá. “Porque Tienes Más De 60 Razones Para Empezar A Disfrutar...”. Universidad Del Rosario. Bogotá .D.C., Agosto De 2009.
7. Friedrich VM S, Rocío GD, Matías GV, Alberto RA, Lorena VG, Christian M P. Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. Revista Chilena Neuropsiquiatría 2011; 49 (4): 331-337.

8. Gustavo HM, Cecilia H, Germán N, Graciela M, Mario M, GIS. Evaluación del proyecto estatal de intervención para la mejora de la calidad de vida y la reducción de complicaciones asociadas al envejecimiento: “Agrega salud a tus años”. *Gac Sanit.* 2009; 23 (4):272–277.
9. Aida RC, Milagros CR, Jorge LCR, C HB. Intersectorialidad como una vía efectiva para enfrentar el envejecimiento de la población cubana. *DEBATE. Revista Cubana de Salud Pública* vol.39 no.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2013. versión ISSN 0864-3466.
10. Álvaro MV. “Planeamiento Estratégico para Residencias del Adulto Mayor, Análisis de un nuevo Nicho de Mercado en el Perú”. Pontificia universidad católica del Perú, Universidad Politécnica de Madrid. Tesis Pucp. Julio, 2006.
11. CELADE. División de Población de la CEPAL. Temas de Población y Desarrollo. Envejecimiento. América Latina y el Caribe: Desafíos y Oportunidades de una Sociedad que envejece. Número 5. 2006.
12. ACNUR. [página web en internet]. Principios de las naciones unidas en favor de las personas de edad. Adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas. 16 de diciembre de 1991. Resolución 46/91. Disponible en: http://www.acnur.es/PDF/1640_20120508172005.pdf
13. CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Envejecimiento y Desarrollo. Perspectivas globales sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. 2007-2013. Diciembre de 2013.
14. CELADE [página web en internet]. División de Población de la CEPAL. Módulo 2: Los derechos de las personas mayores en el ámbito internacional. Noviembre 2013.
15. Diario oficial No. 41148. [página web en internet]. Diciembre 23 de 1993. Disponible en: http://www.laseguridad.ws/consejo/consejo/html/biblioteca-legis/ley_100.pdf
16. MinTrabajo. “Colombia mayor” un programa de solidaridad para las personas de la tercera edad en extrema pobreza. Disponible en: <http://www.mintrabajo.gov.co/colombia-mayor.html>
17. Diario oficial No. 46385. Septiembre 08 de 2006.
18. Le monde diplomatique. [página Web en internet]. El dipló. Al final de los años. El colombiano de oro y los derechos de papel. Edición Colombia. Jueves 13 de Junio de 2013. <http://www.eldiplo.info/portal/index.php/component/k2/item/383-al-final-de-los-a%C3%B1os-el-colombiano-de-oro-y-los-derechos-de-papel>

19. Ministerio de la Protección Social República de Colombia. Política nacional de envejecimiento y vejez. 2007-2019. Diciembre de 2007.
20. Diario oficial No.47223. Enero 05 de 2009.
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Logros de la Gestión del Ministro de Salud y Protección Social Mauricio Santa María Salamanca. Agosto 2010 – Enero 2012.
22. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá, Marzo 15 de 2013.
23. Solari L. Atención primaria de salud: un compromiso pendiente [editorial]. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2013;30 (2):173-4.
24. Viviana P, Felipe S. Biología del envejecimiento. Artículo especial. Revista Méd Chile 2009; 137: 296-302.
25. OMS. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
26. OPS. Salud en las Américas. 2012.
27. ADRIANA D, LAURA V, ANA FU, ANGÉLICA G, JUAN MM. Enfermedad crónica en adultos mayores.
28. Viviana P, Felipe S. Biología del envejecimiento. Artículo especial. Rev Méd Chile 2009; 137: 296-302.
29. Valero, R, García S. Administración gestión calidad. Normas, consejos y clasificaciones sobre hipertensión arterial, A. Enferm. glob. n.15 Murcia feb. 2009.
30. Valero, R, García S. Administración gestión calidad. Normas, consejos y clasificaciones sobre hipertensión arterial, A. Enferm. glob. n.15 Murcia feb. 2009.
31. Austreberta N, Benito S. Envejecimiento, calidad de vida y mortalidad temprana en hombres diabéticos. Una aproximación desde la perspectiva de género. Pap. poblac vol.16 no.64 Toluca abr./jun. 2010.
32. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. OMS. 2004.
33. Margarita LO, Bertha Cecilia SG. Adaptación en pacientes con diabetes Mellitus Tipo 2 según Modelo de Roy □ AÑO 9 - VOL. 9 N° 3 - Chía, Colombia. Diciembre 2009.
34. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. OMS. 2004.

35. Sanabria F, Pablo A, González Q. Luis A., Urrego M. Diana Z.. Estilos De Vida Saludable En Profesionales De La Salud Colombianos: Estudio Exploratorio. Rev.Fac.Med [Revista En La Internet]. 2007 Jul [Citado 2014 Mayo 06] ; 15(2): 207-217. Disponible En: [Http://Www.Scielo.Org.Co/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0121-52562007000200008&Lng=Es](http://Www.Scielo.Org.Co/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0121-52562007000200008&Lng=Es).
36. M. Jiménez Sanz, Et Al. Estudio del estado nutricional de los ancianos de Cantabria. Nutr Hosp. 2011;26 (2):345-354.Issn 0212-1611 • Coden Nuhoeq.S.V.R. 318
37. Enrique P. Víctor E T. Raquel SA, Esteban M. Población y Salud en Mesoamérica. Revista electrónica semestral, ISSN-1659-0201. Volumen 7, número 2, artículo 1 Enero - junio, 2010. Publicado 1 de enero, 2010. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/Ingresos de los Hogares y Estado Nutricional de Adultos en una Ciudad Intermedia del Interior de Argentina>.
38. GOMEZ-CABELLO, A. et al. Envejecimiento y composición corporal: la obesidad sarcopénica en España. REVISIÓN. Nutr. Hosp. vol.27 no.1 Madrid ene.-feb. 2012.
39. GOMEZ-CABELLO, A. et al. Mayor riesgo de obesidad y obesidad central en mujeres post-menopáusicas sedentarias. Nutr. Hosp. [online]. 2012, vol.27, n.3, pp. 865-870. ISSN 0212-1611.
40. Nancy LP, Katherine CV, Ángel CV. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Rev Cubana Salud Pública [online]. 2012, vol.38, n.4, pp. 562-580. ISSN 0864-3466.
41. Gicela FDP, José LVL. Influencia del ejercicio físico en la salud del adulto mayor. Consultorio "El Morro", Municipio Sucre. Citado por Rev Ciencias Médicas v.13 n.2 Pinar del Río abr.-jun. 2009.
42. Julio CQB, C. Xiomara SB. Influencia de la actividad física recreativa en el estilo de vida del adulto mayor de la comunidad del sector Agua Dulce de la Parroquia Barinitas del Municipio Bolívar. Educación Física y Deportes, Revista Digital. Buenos Aires, Año 16, N° 161, Octubre de 2011.
43. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Fecha de consulta: 20 de Abril de 2014. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia>.
44. Aida CD. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [online]. 2012, vol.28, n.2, pp. 79-86. ISSN 0864-2125.

45. Aida CD. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [online]. 2012, vol.28, n.2, pp. 79-86. ISSN 0864-2125.
46. ACOFAEN. Asociación Colombiana de facultades de enfermería. Manual de educación de adultos. Bogotá. 1998.
47. Alexandra GO, Maria YTR, Adriana MML, Carlos AVG, Sebastian PR. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 15, No.1, enero - junio 2010, págs. 128 – 143.
48. Paz GG. Mayores ¿Activos O Pasivos? La Importancia De La Educación En La Tercera Edad. Secretariado De Publicaciones Universidad De Sevilla Cuestiones Pedagógicas, 19, 2008/2009, Pp 319-332.
49. Peláez, E. y Ribotta, B. (2008). Envejecimiento y Condiciones de Vida de los Adultos Mayores en Latinoamérica: Comparación de tres países. Sociedad y Adulto Mayor en América Latina: Estudios sobre Envejecimiento en la Región. Serie Investigaciones N° 5. Rio de Janeiro: United Nations Population Fund (FNUAP)-Asociación Latinoamericana de Población (ALAP).
50. Carlos GG. Una mirada a la relación sistémica existente entre las dimensiones del enfoque salubrista y el cuidado biopsicosocial del adulto mayor hipertenso en la comunidad. ENFOQUES. Rev Cubana Enfermer v.26 n.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2010.
51. Fundación Santafé de Bogotá. El agente comunitario de salud. Aura Mendez Quiroz. Bogotá. 1990.
52. Carlos GG. Una mirada a la relación sistémica existente entre las dimensiones del enfoque salubrista y el cuidado biopsicosocial del adulto mayor hipertenso en la comunidad. ENFOQUES. Rev Cubana Enfermer v.26 n.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2010.
53. Carlos GG. Una mirada a la relación sistémica existente entre las dimensiones del enfoque salubrista y el cuidado biopsicosocial del adulto mayor hipertenso en la comunidad. ENFOQUES. Rev Cubana Enfermer v.26 n.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2010.
54. Mayte VV. Manual CTO oposiciones de enfermería. Factores de riesgo para la salud en las distintas etapas de la vida: infancia, adolescencia, adulto y anciano. Cuidados de enfermería. 6ª. Edición.

55. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Fecha de consulta: 20 de Abril de 2014. Disponible en: [http:// www.paho.org/ Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia. htm](http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm).
56. Paz GG. Mayores ¿Activos O Pasivos? La Importancia De La Educación En La Tercera Edad. Secretariado De Publicaciones Universidad De Sevilla Cuestiones Pedagógicas, 19, 2008/2009, Pp 319-332.