ACTITUD DE LOS ANCIANOS USUARIOS DEL CENTRO ANDA DEL BARRIO LOS OLIVOS DE BARRANQUILLA CON RESPECTO A LA SALUD, LA RECREACIÓN Y LA CAPACITACIÓN

YAQUELINE MORALES ROMERO
MAYOLIS DEL CARMEN GUERRA PEREZ

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE PSICOLOGIA
BARRANQUILLA
2000

Nota de Aceptación.

3.6 Tres Punto Seis

_____

_____

_____
Presidente del Jurado.

_____
Jurado

_____
Jurado

Barranquilla, Agosto, 2000

UNIVL
No INVENT. = 4030725
PRECIO
FECH: 01 - 10 - 2008
CAN

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	*11*
1. PREGUNTA PROBLEMA	*14*
2. JUSTIFICACION	*15*
3. OBJETIVOS	*18*
3.1 OBJETIVO GENERAL	*18*
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	*18*
4. MARCO CONCEPTUAL	*20*
4.1 PERSONAS EN EDAD AVANZADA	*20*
4.2 DIFERENCIAS DE GENERO	*21*
4.3 DEFINICION LEGAL DE VEJEZ	*22*
4.4 EL PROBLEMA DEMOGRAFICO	*24*
4.5 CARACTERISTICAS DE LA POBLACION VIEJA COLOMBIANA	*26*
4.6 CARACTERISTICAS IDEALES DE LA VEJEZ EN COLOMBIA	*30*
4.7 ACTIVIDADES DE LOS VIEJOS EN COLOMBIA	*35*
4.8 JOVEN VIEJO Y VIEJO JOVEN	*43*
4.9 TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO	*44*
4.9.1 Envejecimiento Programado	*44*
4.9.2 La Vejez como desgaste.	*46*
4.10 MANIFESTACIONES COMPORTAMENTALES	*49*
4.10.1 Conducta y Actitudes	*49*

Pág.

4.11 LA SALUD EN LA TERCERA EDAD 51

4.11.1 Mantenerse en Forma 54

4.12 LA CAPACITACION EN LA TERCERA EDAD 55

4.13 LA RECREACION EN LA TERCERA EDAD 57

4.14 INSTITUCIONALIZACION DEL ANCIANO 59

4.15 ACTITUD ANTE EL ENVEJECIMIENTO 66

5. VARIABLES 68

5.1 VARIABLE DE ESTUDIO 68

5.1.1. Definición Conceptual 68

5.1.2 Definición Operacional 68

6. CONTROL DE VARIABLES 70

6.1 VARIABLES CONTROLADAS 70

6.1.2 En los Sujetos 70

6.1.3 Instrumento 71

6.1.4 Ambiente 71

6.2 VARIABLES NO CONTROLADAS 72

7. METODO 73

7.1 DISEÑO 73

7.2 POBLACION 73

7.3 MUESTRA 74

7.4 TECNICAS E INTRUMENTOS 74

7.5 PROCEDIMIENTO 76

8. RESULTADOS 80

9. CONCLUSIONES 103

A mi familia y a Dios por todo su apoyo y orientación para llevar acabo este proyecto

Jaqueline

A mis padres, a todos mis hermanos y a Dios que tanto me apoyó en los momentos más difíciles de mi formación profesional.

Mayolis.

AGRADECIMIENTOS.

Los autores expresan sus agradecimientos a:

- *Ps. Frank Marenco, por su valiosa colaboración en la asesoría conceptual de esta investigación.*
- *A los Ancianos Usuarios del Centro Anda del Barrio los Olivos de Barranquilla por su colaboración voluntaria para servir como muestra de este estudio.*
- *A los Directores del Centro Anda, por permitirnos realizar este estudio en su Institución.*
- *Al Ps. Victor Ovalle por su Asesoría Metodológica en la elaboración de este trabajo.*

LISTA DE TABLAS

Pág.

TABLA 1. Usuarios Hombres con Seguro Médico 80

TABLA 2. Exámenes más frecuentes que se realizan los hombres. 81

TABLA 3. Grupos de Atención médica Primaria en Hombres 82

TABLA 4. Ejercicios para estar en forma en hombres 83

TABLA 5. Temas de Capacitación que apasionan a los hombres. 83

TABLA 6. Medios Educativos preferidos en Hombres. 84

TABLA 7. Preferencia de estudios en Hombres 85

TABLA 8. Ocupación del Tiempo libre en hombres. 85

TABLA 9. Usuarios femeninos con seguro médico. 86

TABLA 10. Exámenes más frecuentes que se realizan las mujeres. 87

TABLA 11. Grupos de atención médica en Mujeres. 88

TABLA 12. Actividad física que realizan las mujeres. 89

TABLA 13. Temas de capacitación que más apasionan a las mujeres. 89

TABLA 14 Medios Educativos preferidos por las mujeres 90

TABLA 15. Estudios que prefieren las mujeres. 91

TABLA 16 Ocupación del tiempo libre en mujeres. 91

TABLA 17.Actitud Hacia la Salud médica. 95

TABLA 18. Actitud Médico Preventiva en Hombres 96

TABLA 19. Actitud Médico Preventiva en Mujeres 96

TABLA 20. Actitud Médico Nutricional en Hombres 97

TABLA 21. Actitud Médico Nutricional de las Mujeres 97

Pág.

TABLA 22. Actitud del Hombre hacia la Capacitación *99*

TABLA 23. Actitud de las Mujeres hacia la Capacitación *99*

TABLA 24 Cuadro Comparativo con relación a la Encuesta *101*

TABLA 25 Resultados basados en la Escala de actitudes. *102*

Pág.

10. DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES *106*

BIBLIOGRAFIA *109*

ANEXOS *111*

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. Escala de Actitudes	*112*
ANEXO B. Encuesta	*129*

INTRODUCCION

El desarrollo del ser humano continúa normalmente de los 65 años en adelante. La mayoría de las personas ancianas tienen buena salud física, a pesar de los cambios que tienen lugar al envejecer, y están mentalmente sanos. Algunas personas de edad avanzada, por supuesto, sufren problemas mentales o físicos, y asumen diferentes patrones de comportamiento.

Las personas en edad avanzada son un grupo diverso, con fortalezas y debilidades individuales. Y la edad tardía es un período normal del trecho de la vida, con su propia naturaleza especial, sus tareas de desarrollo y oportunidades para el crecimiento psicológico.

El Objetivo principal de esta investigación es describir las diferencias de actitudes que existen entre hombres y mujeres de la tercera edad con respecto a la Salud, la Recreación y la Capacitación. Para ello se tomó como población a los 60 usuarios Centro Anda, de los cuáles se escogieron por la técnica de azar o tómbola 7 hombres y 7 mujeres,

muestra que representó al 20% de la población. Con esta técnica se les brindó a todos los usuarios la oportunidad de participar en la muestra de esta investigación. En total fueron 14 personas las seleccionadas, cantidad considerada representativa para la población en mención, y que permitió establecer diferencias significativas entre ambos géneros.

Para lograr los objetivos propuestos, los investigadores utilizaron como instrumento una Escala de Actitudes, tomada de la Investigación "Actitud hacia la Salud, recreación y Capacitación de Prejubilados pertenecientes a empresas afiliadas a Combarranquilla", cuya validez de contenido permitió establecer las diferencias significativas de actitud hacia la Salud, la Recreación y la Capacitación en ancianos de ambos géneros en dicho Centro Comunitario. Conjuntamente se utilizó una encuesta diseñada por los autores, que permitió ampliar la información en términos de comentarios acerca de cada una de las variables estudiadas.

Esta investigación es Interpretativa y de corte Cualitativo, ya que nos permitió explicar y describir una situación basada en la percepción de las personas tomadas como muestra.

El diseño utilizado en esta investigación es el Descriptivo-Comparativo, ya que permitió describir un fenómeno y establecer las respectivas comparaciones. De la misma forma, los resultados se tabularon, analizaron e interpretaron basados en los criterios de la estadística descriptiva.

1.PREGUNTA PROBLEMA.

Cuáles son las actitudes de hombres y mujeres de la tercera edad usuarios del Centro Anda del Barrio los Olivos de Barranquilla con respecto a la salud, la recreación y la capacitación?

2. JUSTIFICACION

En Colombia ser anciano se ha convertido en una tragedia en las últimas décadas. Según los últimos datos estadísticos suministrados por el DANE, existen cerca de 3.000.000 personas que pertenecen a la edad adulta tardía, los cuales representan en promedio el 7% de la población Colombiana.

En Colombia existen cerca de 395 centros de Atención con cupos para 20 mil personas, esto es menos del 1% de los ancianos en Colombia.

Solamente el 12% de los ancianos en instituciones, son sostenidos por sus familiares. El resto vive de la caridad de una persona o un sueldo que recibe por desempeñar algún oficio digno de la institución donde está.

Algunos aprovechan a través de estas instituciones para suplir sus necesidades de salud, recreación y Capacitación. Otros sencillamente no participan en ningún tipo de actividad, ya que la percepción que

tienen de su edad influye fuertemente y de forma negativa en su autoestima.

La función básica de dichas instituciones, algunas con ánimo de lucro y otras no, consiste específicamente en dar apoyo a sus usuarios, apoyo psicológico, médico, de capacitación, de trabajo, de actividades lúdicas, y de recreación entre otras.

Basado en lo anterior, los investigadores pretenden establecer qué actitud asumen las personas de la tercera edad frente a la Salud, Capacitación y Recreación, específicamente en los usuarios del Centro Anda de la ciudad de Barranquilla. Institución sin ánimo de lucro que cuenta hoy día con sesenta afiliados y cuyo interés principal es fomentar en ellos la autoestima, el dinamismo, generando actividades que les permitan ocupar el tiempo libre, generándoles ingresos y apoyándolos psicológicamente para enfrentar los diferentes aspectos y cambios de su vida.

Desde el punto de vista Institucional, esta investigación permitió al Centro Anda conocer la actitud de sus usuarios ante las diferentes

actividades que realizan, fortaleciendo y a su vez diseñando diferentes programas que les permitan crecer como Institución.

En el ámbito profesional, nos permitió conocer a través de la práctica, las diferentes etapas del ser humano en la edad adulta tardía, su percepción y patrones de conducta.

A nivel científico permitió ahondar en la dinámica del conocimiento sobre el Desarrollo del Ser Humano en la Edad Adulta Tardía, conociendo las teorías existentes y ampliando los aportes de las investigaciones existentes.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las diferencias entre actitudes de hombres y mujeres de la tercera edad usuarios del Centro Anda del Barrio los olivos de Barranquilla con respeto a la Salud, Recreación y Capacitación.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- *Describir las actitudes de hombres y mujeres de la tercera edad usuarios del Centro Anda del Barrio los olivos de Barranquilla con respecto a la Salud.*

- *Describir las actitudes de hombres y mujeres de la tercera edad usuarios del Centro Anda del Barrio los olivos de Barranquilla con respecto a la Recreación.*

- *Describir las actitudes de hombres y mujeres de la tercera edad usuarios del Centro Anda del Barrio los olivos de Barranquilla con respecto a la Capacitación.*

4. MARCO CONCEPTUAL.

4.1 PERSONAS EN EDAD AVANZADA.

Diane Papalia y Sally Wendcos sostienen que: " las personas de edad avanzada son un grupo disperso, con fortalezas y debilidades individuales. Y la edad tardía es un periodo normal del trecho de la vida, con su propia naturaleza especial, sus tareas de desarrollo y oportunidades para el crecimiento psicológico"[1].

En la actualidad muchas personas con 70 años actúan y piensan como lo hacían las personas de 50 hacen diez o veinte años (Hertz, en J.C Horn y Meer, 1987).

Ahora las personas de edad avanzada pueden describirse de dos maneras:

***Los viejos jóvenes**: Son aquellos que independientemente de su edad real, son vitales, vigorosos y activos*

***Los viejos viejos**: Son aquellos enfermos y frágiles. Muchos problemas de los "viejos viejos" se deben no al envejecimiento en sí mismo, sino a enfermedades y/o factores del estilo de vida que pueden o no acompañar el proceso de envejecimiento.*

4.2 DIFERENCIAS DE GENERO.

Las mujeres de mayor edad tienen tres veces más probabilidad de ser pobres que los hombres; La principal razón de su empobrecimiento es la muerte del esposo. Cuando las esposas mueren, sus viudos tienden a casarse rápidamente, una opción rara vez disponible para las mujeres más viejas ya que hay menos hombres ancianos y los que están alrededor buscan casarse con mujeres más jóvenes.

Las mujeres de mayor edad tienen también más probabilidad que los

[1] PAPALIA , Diane y WENKODS, Sally. Desarrollo Humano. Santa fé de Bogotá.1997. McGraw Hill. p564

hombres de vivir solas y necesitar ayuda en necesidades de la vida diaria como comer, vestirse, bañarse, preparar la comida, administra dinero y salir a la calle. Los problemas de salud de estas mujeres son a largo plazo, crónicos, condiciones de discapacidad, mientras que los hombres tienden a desarrollar enfermedades mortales a corto plazo, Ya que por lo general mantuvieron pocos trabajos y en ellos se les pagó menos, es menos verosímil que las mujeres ancianas en la actualidad tengan acceso a los beneficios de jubilación y seguro social a su propio nombre.

4.3 .DEFINICION LEGAL DE VEJEZ.

Como norma general con relación a la edad, puede indicar que una persona tiene la Edad de Sus Arterias; desgraciadamente no se ha inventado una medida para éstas, así que no tenemos un modo cierto de hacer esa medición. Quizás por esto es tan difícil saber si una persona es o está vieja; solamente tenemos algunos signos, por decir, indicativos que nos muestran que la persona ha llegado o está llegando

a la denominada universalmente tercera edad, también llamada la edad de la involución. [2]

En la mujer muy claramente se sabe que ha llegado a la época de la involución por un fenómeno físico muy claro, la amenonea (suspensión de la regla en forma definitiva), denominada también menopausia; este fenómeno suele ocurrir entre los 40 y 50 años cronológicos. En el hombre hay solamente un fenómeno muy claro y físico que también se produce en la mujer, es la visión de cerca, pérdida denominada presbicia; se debe al endurecimiento del cristalino del ojo, lo que se corrige con lentes; no sobra decir que hay algunas personas que no sufren de esta lesión.

Los fenómenos físicos que podemos destacar para saber si una persona realmente ha llegado a la tercera edad, son casi imposibles de describir, hay más fenómenos mentales que hacen pensar que una persona llega a la época de la involución; pero como todo lo de la mente es aún más difícil de evaluar y por lo tanto de definir; hay

[2] VASQUEZ, Elvia. Manual de Gerontología. México.1994.McGrawHill. p. 19

jóvenes viejos y viejos jóvenes; es quizás lo único que se puede determinar.

La ley Colombiana de 1975 indica como edad los 60 años. De acuerdo con ello la ley Colombiana para 1990, sería anciano aquel hombre que tenga 58.2 años o 62.4 si es mujer. Esta definición será base como edad para considerase anciano.[3]

4.4 EL PROBLEMA DEMOGRAFICO.

El problema de la atención a población vieja es universal. Los avances en medicina y educación, así como el proceso de urbanización e industrialización se han reflejado en las reducciones de las tasas de mortalidad general e infantil, de fecundidad y de reproducción y en el incremento de la esperanza de vida, lo cual conduce a un paulatino envejecimiento de las poblaciones.

Hasta ahora estos hechos no se habían tenido en cuenta para las políticas sociales, ahora tal decisión es inminente, porque los cambios

demográficos alteran la situación financiera de la Seguridad Social y exigen análisis actuariales para plantear nuevas prestaciones o la ampliación de la cobertura.[4]

Como ya se dijo, a partir de los sesenta años descienden en Colombia. Las tasas de fecundidad y de mortalidad, cambian la estructura demográfica del país, efecto que se describe en términos de una transición demográfica. Porcentualmente las personas mayores de 60 años pasan de ser el 10% de la población en 1938, a ser el 12% en 1985, con un aumento real en el período de 2.7 millones de personas mayores de 60 años. Para el año 2025, con una población total de 54.195.000, la población mayor de 50 años será de 13.176.926. Este fenómeno nos obliga a hablar de una población que envejece y a tomar las medidas de previsión necesarias.

---

[3] Ibid. p.23

4.5 CARACTERISTICAS DE LA POBLACION VIEJA COLOMBIANA.

Entre las características más importantes de esta población se pueden mencionar:[5]

- *Aumenta la esperanza de vida al nacer. En 1952 era de 52 años, en 1985 de 68 años, y para el año 2000 se prevé una esperanza de vida de 71 años.*

- *La expectativa de edad promedio actual es de 67.9 años.*

- *El sexo predominante es el femenino.*

- *La distribución espacial muestra que el 72% de la población vieja vive en áreas urbanas y el 28% en el área rural. Los departamentos de mayor concentración de población vieja son: Antioquía, Valle y Cundinamarca.*

---

[4] ECHEVERRI, Ligia. Familia y Vejez. Bogotá. 1994. p.141
[5] Ibid p. 23

- *Solamente el 15% del total de población vieja tiene algún tipo de seguridad social o capacidad personal de sostenimiento, pero de ellos el 90% percibe sólo el salario mínimo.*

- *Para subsistir, la mayoría de viejos debe trabajar en el llamado sector informal de la economía. Solamente en tres ciudades: Bogotá, Medellín y Cali, había 102.000 viejos, mayores de 60 años trabajando en el sector informal.*

- *Los viejos que viven en las ciudades corresponden a pensionados, rentistas, trabajadores del sector informal, dependientes de la familia extensa o nuclear en cualquiera de sus modalidades, mendicantes y recluidos en un ancianato o usuarios de centros de Atención para los ancianos. Los viejos que viven en el capo trabajan hasta cuando mueren o están impedidos físicamente, carecen de seguridad social, pero conservan el apoyo familiar extenso.*

- *La población vieja de hoy presenta los más bajos niveles de escolaridad en relación con la población total, siendo inferiores en el caso de las mujeres.*

- *Las transformaciones causadas por la urbanización y la industrialización; así como el auge de la violencia rural cambió el estilo de vida de los Colombianos. Se pasó de ser una sociedad agraria a ser una soledad en transición hacia una sociedad urbana, lo cual implicó transformaciones en la estructura y funciones de la familia, que hoy se caracteriza por la ilegalidad de las uniones, por la inestabilidad en las relaciones de pareja y por las sucesivas recomposiciones conyugales que dan origen a múltiples modalidades de unión y de relaciones de parentesco.*

- *El ingreso masivo de la mujer al sistema educativo y a la fuerza laboral y la generalización de los métodos anticonceptivos coadyuvan a modificar el tamaño familiar. Adicionalmente el costo de la vivienda urbana obligó a reducir los espacios, con lo cual se desplaza de la familia a otros parientes, entre ellos a los viejos.*

- *Las anteriores transformaciones permiten que en las ciudades, la situación del viejo en la familia presenta varias modalidades que van desde la dependencia económica-afectiva, pasando por el status de padre y abuelo sustitutos temporales o permanente, hasta el de proveedor único o proveedor de la prole y los nietos. En el campo, el viejo conserva la jefatura familiar y mantiene un status-rol de autoridad en la familia.*

- *En las ciudades, el viejo es visto como una carga o un estorbo cuando no coadyuva económicamente, la familia incumple las obligaciones establecidas en la ley Colombiana para el cuidado y atención a los viejos debido a las condiciones de pobreza y el Estado no asume de una manera adecuada y amplia sus obligaciones con la población indigente, incapaz de trabajar o carente de familia. En el campo, el viejo trabaja y se mantiene, y, cuando no puede hacerlo, encuentra el apoyo de la familia y de la comunidad, pero no del estado.*

- *Los viejos viudos, separados y solteros agregan a sus precarias condiciones de vida, la soledad y el marginamiento social, lo cual*

determina un deterioro físico y mental más acelerado que el correspondiente a personas de igual edad y con otros estados civiles.

4.6 CARACTERISTICAS IDEALES DE LA VEJEZ EN COLOMBIA.

Desde una perspectiva regional se pueden hacer algunas generalizaciones sobre tendencias, aunque las diferencias entre lo rural y lo urbano y entre éste y las grandes ciudades presenta especificidades que deben tenerse en cuenta.[6]

En las regiones Caribe y Paisa y en menor escala en las regiones del Valle del Cauca - Risaralda y Tolima Grande, se idealiza más la figura femenina. La abuela paterna tiene un status más importante para los grupos domésticos familiares que el abuelo, aunque en las regiones Paisa y Valle del Cauca- Risaralda, el abuelo paterno debe cumplir unas funciones económicas importantes dentro de la familia extensa tanto en el -área rural como en la urbana. En la región del Tolima

Grande estos roles son más importantes en el área rural, mientras en la región Caribe lo son en el área urbana.

En las regiones de los Santanderes, Cundiboyacá y Caucano - Nariñense, se idealiza más la figura del abuelo paterno y a falta de éste la del abuelo materno. Sin embargo en las ciudades de más de 500.000 habitantes de estas tres regiones, los abuelos (hombres y mujeres) cumplen funciones económicas, laborales, de socialización y afectivas equiparadamente.

Esa idealización ratifica las imágenes masculinas y femeninas descritas por Gutiérrez de Pineda en los complejos culturales analizados por ella. No obstante, si cruzamos los datos según áreas encontramos una serie de matices a saber:

En las áreas rurales del país hay una mayor tendencia a idealizar la figura senescente varonil, mientras en las ciudades hay una tendencia a equiparar las figuras femeninas y masculina.

---

[6] ECHEVERRI, Ligia. Familia y Vejez. Bogotá. 1994. p.75

En las áreas rurales hay modalidades de idealización según el tipo de explotación y la tenencia de la tierra. En las áreas de minifundio o mediana propiedad, el abuelo varón tiene un status alto aún en las regiones de tendencia matriarcal, status que disminuye en las explotaciones tecnificadas o entre campesinos sin tierra, arrendatarios y aparceros, donde la abuela tiene un status más alto que el abuelo.

En las áreas urbanas entre 20.000 y 500.000 habitantes se conserva la tendencia regional expuesta, pero en las cuatro grandes ciudades, Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla, se observa un alejamiento de la imagen regional y de las otras áreas urbanas, presentando una imagen más homogénea entre sí. Es decir, que el status-rol y la imagen de hombres y mujeres viejos se parecen más entre sí en estas ciudades que a las respectivas regiones de las que son epicentro.

Mirando esta variable según estratos sociales, se observa una tendencia general para todas las regiones y áreas de idealizar más la figura varonil en los estratos altos y a idealizar más la figura femenina en los estratos bajos. Tal vez debido a que la regionalización empleada es más de carácter demográfico que cultural, y a que las

estructuras socioeconómicas locales no permiten una comparación nacional, no se pueden precisar las características de las diferencias. Sin embargo de los diarios de campo se desprende que, debido al mayor número de jefaturas femeninas de hogar en los estratos bajos, originadas en el madresolterismo y en la unión libre sucesiva, el papel de la madre es más reconocidos en ellos.

Respecto al género se observa una tendencia diferencial así:

- *Hombres y mujeres idealizan más la figura del abuelo que la de la abuela en las regiones de los Santanderes, Caucano-Nariñense y Cundiboyacá, especialmente en el área rural.*

- *Hombres y mujeres idealizan más la figura de la abuela que la del abuelo en las regiones Caribe, Paisa, Valle del Cauca-Risaralda y Tolima Grande, Vistas globalmente.*

- *Hombres y mujeres idealizan más a la abuela en el área rural de la región Caribe, pero hay un equiparamiento de la idealización con la*

figura del abuelo en los estratos altos de las ciudades de más de 500.000 habitantes de esta región.

- *Hombres y mujeres idealizan por igual las figuras del abuelo y de la abuela en las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla.*

- *Las mujeres de las áreas urbanas de más de 500.000 habitantes idealizan más al abuelo paterno, mientras que los hombres de estas poblaciones idealizan más al abuelo paterno en los estratos altos. En los estratos medios hay un equiparamiento de las dos figuras y en los estratos bajos se idealiza más la figura de la abuela materna.*

Con esta diferenciación de matices se puede abordar las visiones de las personas de distintas generación acerca de la vejez y del viejo ideal.

Un 58% de las personas menores de 50 años creen que los viejos poseen experiencia y sabiduría; un 3.2% poder; Un 5.1 % la tranquilidad, para el 9.5% es la época del descanso y para el 15.2% es

la época más difícil de la vida, caracterizada por la soledad y las enfermedades.

De los mayores de 50 años sólo un 37.4% valora la experiencia, un 10.4% acepta la edad de sabiduría, mientras el 52.2% no ha encontrado en su vida cotidiana alguna ventaja por ser personas mayores. De éstos últimos, sólo el 28.7% acepta la vejez con resignación ante las pérdidas en lo económico, lo afectivo, la salud y la independencia. Entre ellos se observa un mayor sentido religioso y espiritual relacionado con la aceptación de la muerte como una realidad cada vez más próxima. El 23.5% restante sólo encuentra desventajas en la vejez

4.7 ACTIVIDADES DE LOS VIEJOS EN COLOMBIA.

En este punto veremos el régimen de vida de los viejos del país en cuanto a dieta, ejercicio y descanso, así como las labores económicas realizadas por hombres y mujeres mayores, de acuerdo con el estrato social y las regiones. Las actividades en el tiempo de descanso y la ocupación del tiempo libre y otras actividades realizadas por grupos

minoritarios de viejos en el campo intelectual, profesional, político, religioso y ceremonial Con esta descripción se pueden conocer los intereses y necesidades de este grupo etario y en consecuencia, buscar la adecuación de los planes y programas gubernamentales, privados y comunitarios a las realidades sentidas y reales de la población involucrada.[7]

Un 72.4% de la población mayor de 50 años del país, no sigue una dieta especial, dando como razones sentirse bien y carecer de recursos económicos para determinar cuál es la dieta apropiada y seguirla. Paralelamente un 24.7% de las personas menores de 50 años consideran necesario que los viejos tengan un régimen alimentario adecuado a sus condiciones biológicas y médicas y preventivo de enfermedades relacionadas con la alimentación. Este grupo de personas menores considera que hay dos factores que inciden en la indiferencia de la población vieja hacia los cuidados dietéticos, a saber: La ignorancia acerca de la importancia de la prevención de enfermedades originadas en la alimentación inadecuada; y la carencia

[7] Ibid. P. 23

de recursos económicos para acceder a una evaluación de expertos (dietistas, nutricionistas, médicos) y para pagar una dieta balanceada.

Las diferencias regionales de la dieta en personas mayores, muestran similitud con las diferencias que se dan en la población general, ya que los componentes de la alimentación son los mismos para todos los miembros de la familia. Sin embargo se observan mayores diferencias entre el área rural y las ciudades y en éstas según estratos sociales, ya que en las poblaciones urbanas, pero especialmente en ciudades en más de 500.000 habitantes se amplían los componentes de la alimentación cotidiana, se disminuye el tiempo de preparación de los alimentos, se aumenta el consumo de las llamadas comidas rápidas y de condimentos, especies y alimentos enlatados o precocidos con preservativos químicos, cambiando no solamente las costumbres y hábitos alimentarios, sino también el ritual y ceremonial de la comida en casa. Las razones de estos cambios están determinados por las mayores distancias entre el trabajo, el estudio y la vivienda, los horarios de trabajo, el trabajo femeninos y las dificultades del transporte.

Adicionalmente muchos viejos de los estratos medios y bajos de todas las regiones y áreas, carecen de dentadura o tienen caja de dientes deterioradas o mal elaboradas, lo cual les impide una masticación y degustación correcta de muchos alimentos, y esa es la razón para preferir el consumo de líquidos y especies de compotas. A lo anterior se suma la existencia de una serie de ideas y creencias acerca de los alimentos nutritivos o perjudiciales para las personas de edad, que no siempre coinciden con los requerimientos médicos.

Otro problema respecto al régimen alimentario de la población en general, pero especialmente para los niños y los viejos de las ciudades del estrato bajo es la carencia de agua potable y las dificultades para la preparación y cocción de los alimentos, por la falta de luz y el costo de los combustibles más empleados. Por esta razón, las mujeres prefieren hacer un sólo plato, generalmente unas sopas cuyo contenido varía, pero con alto contenido de carbohidrato, gracias y sustancias.

El 26.4% de los viejos que informaron tener una dieta especial, lo hacen por prescripción médica o por razones estéticas. De este porcentaje, el 18.6% corresponde a personas de los estratos altos y

medios. En estos casos las dietas consisten en la supresión de algunos alimentos, en la disminución de condimentos, en la disminución o supresión de bebidas o en la ingestión de suplementos vitamínicos o minerales, reconstituyentes del sistema nervioso o revitalizadores sexuales en el caso masculino.

Quienes afirman seguir una dieta especial son personas que iniciaron esta costumbre desde los 45 años aproximadamente y un 5% afirmó haberlo hecho para mantenerse atractivos. Después de los 60 años, las razones para mantener una dieta aparecen como estrictamente médicas.

Los viejos que viven en ancianatos oficiales se quejan de la alimentación, a pesar de ser personas sin recursos o abandonados por su familia, quienes antes de ingresar a la institución carecían de las posibilidades de tener las 3 comidas diarias. Al indagar más al respecto, se encontró que aunque los alimentos servidos en estas entidades no son técnicamente balanceados, son mejores que los de la mayoría de las familias urbanas del estrato bajo en cantidad y calidad. Sin embargo, las quejas se refieren más a la preparación, a la manera

de presentarlos y servirlos y a la ausencia de ciertos alimentos preferidos individualmente. Es decir que la insatisfacción, es por la ruptura de las costumbres, rituales y servicio, más que por la dieta en sí misma. Por el contrario en varios ancianatos privados para personas de recursos económicos, se incluye la posibilidad de suministrar menús particulares en la propia habitación o en los comedores en horarios escogidos por cada persona. Aunque muy pocas personas hacen uso de estos servicios, que tienen costo adicional, en los ancianatos privados hay un alto grado de satisfacción con la alimentación.

En síntesis podemos decir que lo fundamental en cuanto a la dieta de las personas viejas del país es buscar mecanismos para aumentar los ingresos familiares para que los miembros de toda la familia tengan acceso a los alimentos necesarios y adecuados para cada edad, ya que el 95% de los viejos vive con algún pariente, como proveedores o como dependientes. Una vez solucionado ese que es verdadero impedimento para una buena dieta, son posibles, necesarios y operativos los programas educativos sobre nutrición, según edad y género. Reducir el problema a las campañas educativas exclusivamente, produce mayor

insatisfacción entre los miembros de las familias pobres que saben la necesidad de una buena alimentación, pero sólo pueden comprar lo mínimo para la supervivencia.

En los casos de los viejos de hoy, se requiere adicionalmente una acción odontológica masiva, ya que el 80% de ellos tiene problemas dentales. En el caso de los jóvenes de hoy, viejos de mañana, es importante el nivel escolar y radial para conocer las propiedades de los alimentos, los requerimientos nutricionales por edad y género y el cuidado de la salud oral como acciones preventivas.

En cuanto al ejercicio físico y el deporte son actividades escasamente practicadas por la población vieja del país y que en las áreas rurales y los estratos bajos y medios de las áreas urbanas el ejercicio físico esta asociado con la actividad laboral productiva en el caso de los varones o con la actividad laboral doméstica y excepcionalmente remunera en el caso de las mujeres. También en este caso, las razones fundamentales son: Económicas y culturales, es decir, baja valoración social del deporte y el ejercicio físico no competitivo sino preventivo y recreativo. No se encontró en la mayoría de las personas viejas una

asociación entre el ejercicio físico y la salud física y mental. Por el contrario, hacer deporte y ejercicio físico se ve como una pérdida de tiempo y de recursos. Se piensa que estas actividades le roban tiempo a la actividad productiva o desgastan el organismo viejo que requiere reposo y descanso.

Las personas institucionalizadas en un anciano público o privada informaron que la entidad cuenta con varios programas recreativos y de actividad física, pero señalaron una poca participación, por desinterés, cansancio y falta de motivación por parte de las recreacionistas o por problemas médicos.

Investigaciones recientes afirman que ni los jóvenes y los viejos de hoy no dan valor e importancia al empleo del tiempo libre en recreación activa y que para ambos grupos generacionales, la actividad principal es ver televisión, y oír la radio, es decir recreación pasiva que hoy día es la más cómoda y la más económica. En las entrevistas profundas se detectó que los jóvenes propician esta actividad en los viejos, como una manera de aislarlos del resto de la familia para evitar conflictos generacionales o para evitarse gastos y dificultades tratando de buscar

programas adecuados para la población vieja. También llama la atención el alto porcentaje de jóvenes que creen que los viejos deben ocupar el tiempo libre en oficios domésticos o productivos, Esta percepción se da especialmente en los estratos bajos y/o donde los hijos han efectuado sucesivas uniones y rupturas conyugales y requieren del apoyo económico de los padres viejos o el cuidado de los hijos por parte de las madres viejas, mientras ellos trabajan.

4.8 JOVEN VIEJO Y VIEJO JOVEN

Según los científicos sociales especializados en Gerontología, el estudio de la vejez y del proceso de envejecimiento, en la actualidad muchas personas de 60 y 70 años de edad actúan y piensan como lo hacían las personas de 50 hacia diez o 20 años. Ahora las personas de edad avanzada pueden describirse de dos maneras: Los viejos jóvenes son aquellos, que independientemente de su edad real, son vitales, vigorosos y activos y los viejos viejos, que constituyen la mayoría enferma y frágil. Muchos problemas de los viejos viejos, se deben no al envejecimiento en sí mismo, sino a enfermedades o a factores del

estilo de vida que pueden o no acompañar al proceso de envejecimiento.

Se vuelve más difícil fijar un límite entre el final de la edad adulta intermedia y el comienzo de la edad adulta tardía. Si, según el dicho "usted está tan viejo como se siente". En general, las personas de edad intermedia y las de edad avanzada se sienten más jóvenes de lo que podría sugerir el calendario.

4.9 TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO.

4.9.1 Envejecimiento Programado.

La teoría del Envejecimiento programado sostiene que en cada especie el cuerpo envejece según un patrón de desarrollo normal incorporado en cada organismo. Este programa está sujeto sólo a modificaciones menores. Puesto que cada especie tiene su propia

expectativa de vida y su propia patrón de senectud, este patrón debe ser predeterminado y congénito.[8]

Leonard Hayflick (1974), quien estudió células de muchos animales diferentes, encontró un límite en el número de veces que se dividían las células, cerca de 50 veces es en número para las células humanas. Este límite controla la extensión de la vida, el cual estima cercano a 110 años para los seres humanos. Sugiere que las personas pueden tener genes que se vuelven nocivos posteriormente en la vida, ocasionando deterioro. Un área de deterioro puede ser el sistema inmunológoco que parece confundirse en la vejez, de modo que puede atacar el propio cuerpo.

La investigación reciente transfirió el cromosoma humano uno a un grupo de marmotas y observó señales típicas de envejecimiento, brindando apoyo a una base celular. Otra investigación invirtió algunos efectos del envejecimiento suministrando hormona de crecimiento humano a 21 hombres de 61 81 años de edad, sugiriendo que una disminución de esta hormona al avanzar la edad puede

[8] PAPALIA, Diane. Y WEDKOS, Sally. Desarrollo Humano. McGraw Hill. Sexta Edición. p.571

ocasionar acumulación de grasa, debilitamiento muscular y atrofiamiento de los órganos.

4.9.2 La Vejez como desgaste.

La teoría del desgaste sostiene que el cuerpo envejece a causa del uso continuo, y que el deterioro es el resultado de insultos acumulados. En esta teoría, el cuerpo humano es comparable a una máquina cuyas partes eventualmente se descomponen. Por ejemplo, las células del corazón y del cerebro no se reemplazan a sí mismas ni aún temprano en la vida; cuando se dañan, mueren. Lo mismo parece suceder a otras células durante el transcurso de la vida: a medida que se hacen viejas son menos capaces de reparar a remplazar los componentes dañados. Esta teoría sugiere que hay estresores internos y externos que agravan el proceso de desgaste.

Una línea de investigación que apoya la teoría del desgaste se centra en los efectos nocivos de los radicales libres. [9] *Estas son formas específicas de oxígeno que se producen en el curso normal de la vida,*

pero que luego se vuelven altamente peligrosas, alterando y deteriorando sustancias del cuerpo como ADN, proteínas y grasas. Este efecto sobre el funcionamiento celular se ha asociado con enfermedades como artritis, distrofia muscular, cataratas y cáncer. Y Hay alguna especulación de que las moléculas defectuosas en la edad adulta tardía pueden ocasionar aparición tardía de diabetes y enfermedades de Parkinson y Alzheimir. Así la vejez puede resultar a partir de tales acumulaciones de irreversible destrucción.

Un estudio reciente le brinda notable apoyo a la teoría de los radicales libres. (Orr y Sohal, 1994). Cuando se dieron a la mosca de la fruta copias extras de los genes usados para eliminar radicales libres de las células, su extensión de vida se amplió hasta en una tercera parte.

La diferencia entre estos dos enfoques es mas que teórica. Si las personas están programadas para envejecer pueden hacer poco para retardar el proceso; pero si envejecen a causa de insultos ocasionados al cuerpo, pueden ser capaces de vivir más largo tiempo eliminando los estresores. La verdad probablemente yace en una combinación de

---

[9] STADTMAN; Desarrollo intelectual y físico en la edad Adulta Tardía. McGraw Hill. 1992. P. 572

estos enfoques: la programación genética puede limitar la extensión absoluta de la vida, pero el desgaste puede afectar la cercanía con que una persona se acerca al límite.

En la misma línea, algunos gerontólogos distinguen entre el envejecimiento primario, un gradual e inevitable proceso de deterioro corporal que comienza temprano en la vida y continúa a través de los años, y el envejecimiento secundario, resultado de enfermedad, abuso y desuso, factores que se pueden evitar y que hasta cierto punto están bajo el control de las personas. Las personas en edad avanzada no pueden ser capaces de detener la disminución de sus reflejos ni hacer que su audición deje de ser menos aguda, pero, por ejemplo, si se alimentan de manera adecuada y se mantienen en buena forma física, muchos pueden poner a raya los efectos secundarios del envejecimiento, y lo hacen.[10]

[10] Ibid. P. 45

4.10 MANIFESTACIONES COMPORTAMENTALES.

Como su nombre lo indica hace referencia a la conducta expresada en términos de lo que piensa, siente y hace una persona, involucrando creencias, emociones y afecto.

4.10.1 Conducta y actitudes

La Psicología social define una "actitud como una reacción evaluadora, favorable o desfavorable, hacia alguien o hacia algo, que se expresa mediante creencias, sentimientos o una conducta que se estima adecuada"[11].

También puede ser definida como una manera aprendida y relativamente permanente de responder a alguien o a algo. Posee componentes cognitivos, emocionales y conductuales.

Filósofos, teólogos y educadores han especulado acerca de la conexión entre pensamientos y acción, carácter y conductas, expresiones

[11] MYERS,. Psicología Social. Madrid. 1991.Pag 45-46

privadas y actuación pública. Una presunción predominante y subyacente en las premisas de la enseñanza académicas, del consejo profesional o religioso y de la crianza, es que las opiniones y creencias, así como los sentimientos determinan la conducta pública.

La conducta por su parte se refiere al comportamiento entendido en sentido restrictivo a una situación concreta. En este sentido, la conducta puede entenderse como la concatenación de acciones

Los sociólogos parten del principio de que la conducta no es arbitraría, sino que se ajusta a una serie de pautas, socialmente aceptadas, dependiendo sobre todo, según la teoría funcionalista, del rol y estatus de los individuos, o según la teoría marxista, de la posición de estos en la estructura de clases. Tomando como referencia los valores de un sistema social dado, se distingue entre conductas integradas y conductas desviadas, de carácter disfuncional.

4.11. LA SALUD EN LA TERCERA EDAD.

A pesar de los cambios físicos, la mayoría de las personas de edad avanzada son bastante saludables. En algunos casos las personas en la tercera edad están protegidas por Instituciones, otras tienen un buen estado de salud. La mayoría de las personas de más de sesenta años de edad no tienen que limitar ninguna actividad importante por razones de salud. Sólo a partir de los 85 años, mas de la mitad de la población reporta tales limitaciones. Y la mayoría no necesita ayuda para actividades cotidianas como comer, vestirse, bañarse, cocinar, ir de compras o hacer los quehaceres domésticos. Las limitaciones sobre lo que pueden hacer los individuos aumentan con la edad. Sin embargo, son más comunes entre las mujeres, los grupos minoritarios y las personas de bajos ingresos.

La mayoría de estas personas están bien de salud. Sin embargo, las condiciones médicas se vuelven más frecuentes con la edad y pueden ocasionar incapacidad. La mayoría tienen al menos una condición crónica, pero cuando ésta no es severa puede manejarse para que no interfiera con la vida diaria. Las condiciones crónicas más comunes

son la artritis, hipertensión, sordera, enfermedades del corazón, deterioros ortopédicos, cataratas y diabetes. Las fracturas de cadera son un peligro particular para las personas de edad avanzada, sobre todo las mujeres. Una mujer de más de 60 años tiene mayor probabilidad de sufrir una fractura de cadera. Pero las personas de más de 60 años sufren menor resfriados, infecciones de gripe y problemas digestivos agudos que los adultos más jóvenes. El peligro en la vejez es que una enfermedad o lesión menor, junto con condiciones crónicas y pérdida de la capacidad de reserva, pueda tener repercusiones severas si no son tratadas a tiempo. En general las persona de edad avanzada necesita mayor atención médica que los adultos jóvenes. Van al médico con mayor frecuencia, se hospitalizan más a menudo, duran hospitalizadas más tiempo y gastan más de cuatro veces la cantidad de dinero en cuidados de la salud. Sólo un pequeño porcentaje de las personas ancianas viven en hogares geriátricos o son afiliados a Instituciones que les brindan la oportunidad de mantenerse activos continuamente y recibiendo beneficios como lo es el cuidado de su salud.

Los ancianos dedican tiempo y esfuerzo en mantener su salud, cuidarse en la alimentación y de todo aquello que les cause daño. Y aunque algunos no tienen los medios económicos suficientes destinan gran parte de su tiempo en actividades físicas que les permita mantenerse activos. Se afilian a instituciones de Solidaridad para subsidiar sus gastos médicos y otros simplemente se afilian a Instituciones sin ánimo de lucro que les permiten participar activamente en campañas de salud, lo que los mantiene alerta acerca de su salud en general. [12]

Otro porcentaje significativo invierte en actividades físicas relacionadas con los quehaceres del hogar, porque como bien hemos mencionado la situación económica les impide afiliarse a algún centro o institución.

Entre los cuidados a la salud que se ofrecen para los ancianos a través de las diversas instituciones de cuidado geriátrico podemos mencionar:

---

[12] RAPPORPORT, Leon. La Personalidad desde los 26 años hasta la ancianidad. El adulto y el Viejo. McGraw Hill. 1996. p. 59

- *Control de Peso.*
- *Control de Tensión Arterial.*
- *Toma de Glicemia y Diabetes.*
- *Club de Hipertensos.*
- *Club de Diabéticos.*
- *Salud Oral.*
- *Consulta Médica General.*
- *Consulta Médica de Especialistas.*
- *Examen de Cáncer de próstata.*
- *Consulta ginecológica.*
- *Suministro de Vitaminas.*
- *Seminarios de prevención de enfermedades.*
- *Talleres de estiramiento.*
- *Talleres de Relajación.*

4.11.1 Mantenerse en forma.

Para una persona mayor mantenerse en forma es sinónimo de buena salud, además de que le ayuda a combatir problemas emocionales.

Para mantenerse en forma a esta edad se suelen seguir algunos pasos: Primero que todo olvidarse de la edad, cuidar el peso y la alimentación, hacer algún ejercicio, suprimir el tabaco y el alcohol, mantenerse ocupado en alguna tarea. Cuando se empieza a practicar algún deporte se debe tomar con calma y no hacer demasiado esfuerzo escogiendo una actividad en donde se pueda seguir el propio ritmo.

4.12 LA CAPACITACION EN LA TERCERA EDAD.

La investigación ha encontrado que la frase ¨ lo usa o lo pierde¨ se aplica tanto a la capacidad intelectual como al funcionamiento físico. Continuar la actividad mental a lo largo de la vida ayuda a mantener alto el desempeño, si esta actividad involucra leer, conversar, resolver crucigramas, jugar cartas o ajedrez u otros juegos de tablero, o volver a la escuela, como lo hacen cada vez más adultos en la edad tardía.

Muchas personas en edad avanzada usan su nueva disponibilidad de tiempo para educarse. Existe una alta disposición de las personas de la tercera edad para participar voluntariamente en los diversos programas educativos que imparten las instituciones geriátricas, los Centros Educativos de la ciudad e inclusive de las Universidades.

Muchas escuelas ofrecen cursos libres para estudiantes de mayor edad. Algunos programas vocacionales dan atención especial a las necesidades de mujeres de mayor edad que nunca han trabajado por salario y que ahora deben hacerlo por razones económicas o emocionales.[13]

Las personas de edad avanzada pueden aprender nuevas habilidades e información. Aprenden mejor cuando los materiales y los métodos toman en cuenta los cambios intelectuales, psicológicos y fisiológicos que pueden estar atravesando. Por ejemplo, parecen desempeñarse mejor cuando el material se presenta poco a poco y en un mayor periodo de tiempo que incluye algunos intervalos, en comparación con la formación concentrada.

Investigaciones recientes han concluido que para los viejos en Colombia es una gran necesidad y satisfacción aprender cosas nuevas dentro del sistema educativo formal o fuera de él, como la radio por ejemplo., pero temen hacer el ridículo frente a los jóvenes. Por eso ocupan su tiempo oyendo programas educativos, médicos, psicológicos

[13] Ibid p. 45

en la radio, leyendo sobre temas relativos a la sexualidad en la vejez, sobre las actividades que pueden desarrollar o comentando con sus contemporáneos sobre las enfermedades y los achaques de la vejez.

Analizando la educación formal del país en colegios, escuelas y universidades se observa que en los currículos hay ausencia total de contenidos acerca del proceso de envejecimiento y sus efectos reales, lo cual permite suponer que la desinformación sobre el proceso y sus características se repetirá en los viejos del mañana.

4.13 LA RECREACION EN LA TERCERA EDAD.

La recreación entendida como momentos de esparcimiento y distracción para el ser humano, es una variable importante en el sostenimiento afectivo y físico de las personas de la tercera edad. Las instituciones Geriátricas hoy día ofrecen diversas actividades para sus afiliados, entre ellos podemos mencionar actividades dirigidas por recreacionistas, charlas educativas, encuentros sociales con amigos, familiares, reuniones sociales, festejos, eventos. Etc. La mayoría de las personas de la tercera edad que no se encuentran recluidas en

centros ni están afiliados a ninguna institución ocupan gran parte de su tiempo libre escuchan radio y viendo televisión, dedicándose a los oficios de la casa, a actividades religiosas, algunos aprovechan la edad para descansar y beber alcohol inclusive, otros en una menor proporción y dependiendo del estilo de vida familiar pasean y realizan deporte en familia o con amigos. Ni los jóvenes ni los viejos dan valor e importancia al empleo del tiempo libre en recreación activa y para ambos grupos generacionales, la actividad principal es ver televisión y oír radio, es decir, recreación pasiva que hoy en día es la más cómoda.

Sin embargo, a nivel general existe una alta disposición de los ancianos en participar en actividades recreativas, sin embargo y en muchos casos esta voluntad se frustrada en muchos casos por la situación económica, por el trabajo en sí y por las obligaciones familiares que de viejos tienen muchas personas como el de cuidad nietos.

4.14. INSTITUCIONALIZACION DEL ANCIANO.

En la actualidad existen diferentes tipos de Instituciones: Velázquez Elvia (1982) las clasifica en: Hospitales, asilos oficiales, asilos privados, residencias para gente de edad en estado de buena salud, residencias con cuidados de enfermería para pacientes con trastornos mentales o físicos, hoteles de retiro, hospitales de día, etc.

Estas modalidades de institución geriátrica representan el último instrumento de alienación para el anciano. Estas instituciones pretenden ser optimistas en cuanto a la cura y la asistencia, cuando la sociedad carece de programas de socialización anticipada en relación a la vejez; Cuando existe una carencia de consciencia gerontógica reflejada en la gran cantidad de profesionales de la conducta que se dedican a la Gerontología.

La Institución a la que llega el anciano, no pretende capacitar al anciano para reintegrarlo al medio familiar, o a su comunidad, por lo contrario, lo que hace es excluirlo.

En la actualidad existen en Barranquilla diferentes formas de institucionalización al anciano; especialmente este servicio es brindado de dos maneras: Institucionalizado al anciano o en forma ambulatoria.

Según Inés de Vargas, el anciano en Colombia ha sido institucionalizado en pocas ocasiones y en caso extremos, por lo general se tiende a mantener al viejo en familia.

Con el paso de los años, el aumento de la población y el escaso ingreso económico de la familia, el anciano se ha constituido en un estorbo, puesto que éste ya no es un medio de producción y no existen medidas capaces de satisfacer sus necesidades. Como alternativas de solución el anciano desamparado se han incrementado, aún cuando no en forma significativa, las instituciones para albergar al anciano y atender en parte algunas de sus necesidades tales como: alimentación, medicina, lavado de ropa y hospedaje.

En relación a la atención ambulatoria del anciano en el Atlántico, todo ha quedado en planes y diseños, puesto que los profesionales capaces

de brindar la ayuda se necesita no han dado sus servicios a la comunidad y el gobierno tampoco ha puesto de su parte para hacer posibles tales propósitos.

A grandes rasgos podría decirse que la institucionalización en Colombia comenzó en el año 1908, con la Fundación del Asila San Antonio dirigido por las hermanas de San Pedro Claver, cuyo objetivo es el proteger al anciano de escasos recursos económicos.

En 1969 se fundó el Asilo Granja San José residencia de Ancianos. Esta Institución fue ocupada por ancianos del sexo masculino residentes del Asilo San Antonio.

La organización es financiada por auxilios parlamentarios, por la beneficencia del Atlántico, los Servicios de Salud, el Municipio y recaudos de servicios de pensionados.

Además del Asilo San Antonio y el Granja San José el Club de Leónes de Santo Tomás creó un albergue Geriátrico situado en este mismo lugar en el año 183.

Otra residencia llamada Hogar Madre Marcelina, les da albergue a integrantes del sexo femenino mayores de 50 años, es atendidos por las hermanas de San Pedro Claver.

Los albergues que funcionan e casas particulares no son tan requeridos como los anteriores, puesto que el ingreso a ellos constituye una fuerte cantidad de dinero y a demás no cuentan con un control específico, puesto que están dirigidos por personas a las que les gusta el trabajo con gente, pero sin ninguna especialización.

Para tratar de ayudar al anciano se ha propuesto diferentes alternativas las cuales dependen algunos casos de la actitud de cada grupo familiar y social. Unos prefieren llevar a los ancianos a hogares e instituciones propias para ellos y así evitar conflictos con la gente joven y adulta que los rodea, y por otra parte, buscan los medios para ayudarlos a adaptarse y mantener buenas relaciones permaneciendo en sus propios hogares.

Algunas personas de edad ante su situación prefieren estar solas por largo tiempo en sus propias casas hasta cuando sean capaces de

valerse por sí mismas, otras prefieren vivir solas pero compartiendo momentos con sus familiares y existen otras que buscan comunidades e instituciones donde comparten con personas de su edad y tienen los cuidados y comodidades que necesitan.

En Colombia, en un intento de solucionar la situación del anciano se han construido centros que le brindan techo y comida paro les privan de la libertad, le quitan la oportunidad de ser útiles y les marginan de la sociedad. Por esta razón los ancianatos no son un acierto, ya que la apatía en que se encuentran los ancianatos allí, les pueden producir undesequilibrio psíquico; además perder derechos y responsabilidades, alejamiento de la cultura y de la familia hasta llegar en muchos casos al abandono. [14]

Bennet y Eckyman (1973), citados por Eisdofer y Lawton, comentan que los ancianatos no contribuyen de manera positiva a mejorar las

[14] DE SAENZ, M Y SANTACRUZ, C.Cambios de la actitud del anciano institucionalizado hacia si mismo mediante consejeria de grupo. Tesis. Universidad Javeriana. Bogotá. 1980. P. 14

relaciones de los ancianos con la sociedad en general, sino que aumentan la actitud negativa del anciano hacia sí mismo.[15]

Sin embargo algunos consideran que los ancianatos son un medio que brinda al anciano bienestar, seguridad y le permite cierta comunicación y vida social, aunque no se apartan de que el anciano se enfrenta a nuevas situaciones como el cambio de normas sociales, a la limitación de su independencia, al sometimiento o reglas, al cambio de hábitos y a la limitación del espacio para sus pertenencias. Por tal razón es importante preparar al anciano a vivir y compartir en estos centros. Teniendo en cuenta el factor ocupacional del anciano institucionalizado, los ancianatos aumentan el tiempo de ocio en que se encuentra el anciano, lo que lleva a un estado de inercia, de aburrimiento, a la enfermedad y aún a la muerte. Por este es importante que las instituciones investiguen las áreas en que el anciano está interesado y así poder organizarles actividades en su tiempo libre, el cual es el que menos aprovecha, ya que el hombre ha sido educado para trabajar y no para utilizar su tiempo libre por

[15] BISDOFER, C y LAWRON , M.P. The Psychology of Adult Development and aging, D.C. American Psychological Association. Washington. 1973. P. 17

iniciativa propia. Katz (1977) [16] consideran que para la conservación de la propia estimación en los ancianos es importante que continúen con la actividad acostumbrada o por lo menos se dediquen a un trabajo útil y práctico. La mayoría de los ancianos no tienen oportunidades aprovechables para una vida feliz y productiva.

Cualquier programa que busque mejorar las condiciones Psicológicas del anciano debe considerar su interacción en grupos a fin de este obtenga apoyo emocional y en esta forma logre mantener sus relaciones interpersonales y por ende el refuerzo social que ha ido perdiendo.

Según Guzmán (1976) el grupo da la oportunidad para desarrollar nuevos enfoques o resolver problemas de la vida, promueva la interacción del individuo con respecto a sí mismo y a la sociedad. Además el individuo al buscar aceptación por parte del grupo. Emite los comportamientos necesarios que le faciliten lograr dicha interacción. Por tanto el grupo es uno de los mejores medios para cambiar actitudes y comportamientos. De acuerdo con todos los

[16] KATZ, D. Psicología delas edades, Madrid. 1977. p.123

aspectos anteriormente planteados, la actitud del anciano institucionalizado hacia sí mismo se logrará mejor a través del grupo, ya que éste da la oportunidad a los individuos de buscar diferentes formas de tratar sus problemas y verse a sí mismo.

4.15 ACTITUD ANTE EL ENVEJECIMIENTO.

Definimos actitud como aquellas reacciones evaluados, favorables o desfavorables hacia alguien o hacia algo, que expresamos mediante creencias, sentimientos o una conducta que estimamos adecuada. Los ancianos en su mayoría muestra un mayor sentimiento de impotencia ante el deterioro, la falta de salud y la carencia del trabajo, complementado con una actitud de resignación y de conformismo ante la realidad y un acrecentamiento de la religiosidad para aceptar lo que Dios quiera. Las personas de la tercera edad, en su mayoría buscan distintos mecanismos y organizaciones para proteger la salud, especialmente en la vejez acuden a diversos tratamientos preventivos del deterioro físico y mental. Aparte de la salud y la apariencia física, este grupo busca ahorrar para tener una vivienda propia, como una de las mejores garantías para tener una vejez tranquila. En los estratos

altos las mayores preocupaciones son la salud, la apariencia física y las actitudes. Para este grupo social estar activos no implica necesariamente tener el mismo trabajo. Por el contrario, se busca cambiar de actividad y dedicar más tiempo a actividades sociales, políticas, recreativas y familiares.

De todas maneras, hay una diferencia de actitudes ante la vejez y el envejecimiento entre las áreas rurales y entre géneros. Mayor aceptación del proceso de las características externas en las áreas rurales y entre los varones y una mayor preocupación por evitar el envejecimiento y sus manifestaciones externas entre la población urbana y entre las mujeres. La mayor preocupación se observa en las grandes ciudades y entre las personas de estratos altos que disponen de información y recursos para dedicar a la salud y a la estética.

Las personas de menores recursos y quienes viven en el campo o en pequeñas poblaciones dicen no tener tiempo ni recursos para estas actividades o regímenes. Su prioridad es el presente y su actitud ante la vejez y al envejecimiento es de aceptación y resignación.

5. VARIABLES

5.1 VARIABLE DE ESTUDIO.

Actitud ..

5.1.1. DEFINICION CONCEPTUAL.

La variable actitud fue definida en este estudio como una reacción evaluadora, favorable o desfavorable, hacia alguien o hacia algo, que se expresa mediante creencias, sentimientos o una conducta que se estima adecuada"

5.1.2 Definición Operacional

La variable de estudio fue medida teniendo en cuenta la actitud hacia los siguientes factores:

Salud: *Variable entendida en términos del buen funcionamiento del organismo, de cuidados en forma de prevención de enfermedades congénitas, de cuidados para mantenerse en forma, de ejercicio físico, de alimentación y dieta balanceada. Esta variable fue medida desde tres perspectivas:*

- *Salud Mental*
- *Salud Nutricional.*
- *Salud Preventiva*

Recreación: *Entendida como todas aquellas actividades de esparcimiento y distracción requeridas para mantener a una persona activa socialmente y como una armonía psicológica.*

Capacitación: *Entendida en términos de aprendizaje y necesidades de educación en todas las áreas de la vida.*

6. CONTROL DE VARIABLES.

6.1 VARIABLES CONTROLADAS.

6.1.2 En los Sujetos.

QUE	*COMO*	*POR QUE?*
Instituto Geriátrico	*Escogiendo al Centro Anda como población de este estudio.*	*Por ser una Institución Geriátrica sin ánimo de lucro que brinda apoyo a sus usuarios.*
Edad	*Escogiendo como muestra aquellos usuarios mayores de sesenta años.*	*Por ser consideradas personas en la Edad Adulta Tardía, objetivo de esta investigación.*
Nivel Socio-Económico	*Todos de Estrato económico Bajo.*	*Por ser considerados de menos recursos para invertir en su salud, educación y recreación, y por ser usuarios del Centro Anda, lugar base de este estudio.*

6.1.3 Instrumento.

QUE	*COMO*	*POR QUE?*
Escala de Medición de Actitudes hacia la Salud, la Recreación y la Capacitación.	*Aplicando esta escala a todos los 14 sujetos muestra de investigación.*	*Permite su validez de contenido a través de jueces expertos, nos permite obtener datos objetivos acerca de sus actitudes hacia las variables en estudio.*
Entrevista.	*Realizando una entrevista profunda estructurada a todos los sujetos de la muestra.*	*Permite corroborar los resultados obtenidos y establecer diferencias significativas.*

6.1.4 Ambiente.

QUE	*COMO*	*POR QUE?*
Sitio de Aplicación del Instrumento.	*Aplicándolo en la Sala de Capacitación del Centro Anda.*	*Porque genera un ambiente de calma y tranquilidad, que facilita las respuestas sinceras.*

6.2 VARIABLES NO CONTROLADAS.

QUE	*POR QUE?*
GENERO	*Es importante obtener resultados en ambos sexos, para así poder establecer diferencias significativas entre ambos géneros.*
FORMACION ACADEMICA. ***RELIGION.***	*Por la diversidad de religiones que existen hoy dia. La formación académica no fue considerada significativa en términos de actitud.*

7. METODO

7.1 DISEÑO

La estrategia metodológica utilizada para esta investigación fue el diseño Descriptivo Comparativo. Este tipo de diseño muy útil en estos tipos de investigación, ya que su objetivo principal es tratar de describir y comparar las principales causas de formación, cambio y estructura de un fenómeno sin determinar causales. [17]

7.2 POBLACION

La población sujeto de esta investigación son 60 ancianos usuarios del CENTRO ANDA del Barrio los Olivos de la Ciudad de Barranquilla.

7.3 MUESTRA.

La muestra de esta investigación son 14 ancianos usuarios del Centro ANDA del Barrio los Olivos de la ciudad de Barranquilla, suma que corresponde al 28.33% de la población escogida. El 50% de esta muestra son mujeres ancianas, y el 50% restante son hombres. Todos usuarios de esta Institución y mayores de 60 años de edad. Residentes en su totalidad en el Barrio los Olivos y de clase socioeconómica baja.

Las personas de la muestra fueron escogidas bajo el sistema de azar o tómbola, brindándoles a todos los usuarios la misma oportunidad de participar en la investigación.

7.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS.

Los instrumentos que se utilizaron para este estudio fueron:

Escala de Actitudes. *Escala diseñada por Rafael Calvo y María Teresa de Oro de Francisco, cuya validez y confiabilidad del 0.90%*

[17] ABELLO, Raimundo y MADARRIAGA, Camilo. Estrategias de Evaluación de Programas Sociales. Barranquilla. Uninorte. 1985

permite establecer resultados significativos acerca de la actitud del anciano ante la salud, la recreación y la capacitación.

Esta Escala está diseñada para medir la actitud hacia Salud Física, Salud Física Nutricional, la Salud Mental, La capacitación y la Recreación.

Su aplicación en investigaciones como " Actitud hacia la Salud , la Recreación y la Capacitación de pre-jubilados pertenecientes a empresas afiliadas a Combarranquila, "permite a los investigadores escogerla como un instrumento de alta confiabilidad. Véase Anexo A.

Encuesta. *Formato de encuesta diseñada por las autoras de estudio, la cual permitió obtener de forma directa la percepción y actitud de los ancianos sobre algunos aspectos específicos relacionados con la salud, la recreación y la capacitación. Los resultados obtenidos en esta encuesta fueron tabulados bajo los principios de la estadística descriptiva. Diseño base de esta investigación. La encuesta presenta una validez de contenido, lo que nos permite conocer la conducta de los ancianos hacia las variables de estudio.*

7.5 PROCEDIMIENTO.

Esta investigación fue llevada a cabo en cinco etapas así:

Primera fase.

Inclinados por el tema de la ancianidad, las autoras de investigación decidieron emprender una búsqueda bibliográfica acerca del tema de la vejez, encontrándose con un alto volumen de información acerca de la ancianidad en Colombia. Con el fin de delimitar la población en estudio, fueron tenidos en cuenta en forma inicial los Asilos Granjas San José y Asilo San Antonio. Una vez establecidas las bases conceptuales del estudio, los autores procedieron a establecer los objetivos generales de esta investigación e iniciar toda una formulación de conceptos que dieron origen al anteproyecto de investigación. Esta primera fase tuvo una duración de cinco meses.

Segunda fase.

Una vez definidos los objetivos, los autores procedieron a seleccionar un instrumento que permitiera medir las actitudes hacia la salud, la recreación y la capacitación. Una búsqueda bibliográfica en distintas universidades de Barranquilla, permitió escoger una escala de actitudes diseñadas exclusivamente para estas tres variables. Con el instrumento escogido, se procedió a delimitar aún más la población, encontrándose con la alternativa de escoger al Centro Anda como la población del estudio, ya que por haber realizado las prácticas de Gerontología en el octavo semestre, se facilitaba el acceso. Así que se procedió a realizar los respectivos cambios en la población y establecer nuevos criterios conceptuales que dieron origen al proyecto de Investigación. Esta fase tuvo una duración de cinco meses.

Tercera Fase.

En esta fase, se procedió a aplicar el instrumento a una muestra significativa para la población escogida. Razón por la cual y basados en los datos suministrados por el Centro Anda, los investigadores

aplicaron el instrumento a 14 personas usuarias de dicha institución, escogiendo intencionalmente 7 hombres y 7 mujeres, con el fin de establecer las diferencias en los resultados en cuanto al género. La información obtenida se procesó y analizó. Esta fase tuvo una duración de tres meses.

Cuarta Fase.

Una vez obtenidos los resultados y basados en la conceptualización del tema, los investigadores se dieron a la tarea de elaborar una encuesta que permitiera tantos más exactos con respecto a los temas de capacitación, salud y recreación. Una vez diseñada se dieron a la tarea de aplicación de la encuesta y tabulación de resultados. Esta fase tuvo una duración de tres meses.

Quinta Fase.

Ya con todos los resultados, los investigadores se dieron a la tarea de armar todo un estudio que permitiera plasmar resultados concretos

con respecto al tema, y presentar así un informe final al Comité de Investigación de la Universidad Simón Bolívar. Esta fase tuvo una duración de cuatro meses.

8. RESULTADOS.

En primer lugar se interpretaron las características individuales en cada sexo y en segundo lugar, se compararon las tendencias actitudinales de los dos grupos. Esto con el fin de alcanzar los objetivos planteados.

Basados en la encuesta se obtuvieron los siguientes resultados en los hombres hacia

La Salud.

Tabla 1. Usuarios Hombre con Seguro Médico. .

Descripción	***Frecuencia***	***Porcentaje.***
Sí	*6*	*85.71 %*
No	*1*	*14.28%*

Vemos que el 85.71% de la muestra en Hombres está afiliado a algún tipo de Institución en Salud, llámese E.P.S como beneficiario de algún

familiar; por régimen contributivo o por régimen subsidiado. El 14. 28% de la muestra no esta afiliado a ningún centro de salud.

El cien por ciento de la muestra manifiesta que está pendiente de realizarse los chequeos médicos preventivos que requiere su edad, ya sea a través de la institución en donde se encuentran afiliados ó en forma particular.

Tabla 2. Exámenes más frecuentes que se realizan los Hombres.

Descripción	***Frecuencia***	***Porcentaje.***
Colesterol	*2*	*28.57%*
Triglíceridos	*4*	*57.14%*
Acido úrico	*1*	*14.28%*

Hasta aquí vemos una gran disposición de los evaluados para estar pendiente de su salud y realizar actividades a su prevención.

Continuando con lo anterior, encontramos que el 70% de los evaluados hombres pertenece voluntariamente a grupos médicos de atención primaria por intermedio de las instituciones a las que están afiliadas. Véase Tabla 3.

Tabla 3. Grupos de atención médica primaria a la que pertenecen los hombres.

DESCRIPCION	*FRECUENCIA*	*PORCENTAJE*
Club de Hipertensos	*5*	*71.42%*
Club de Diabéticos	*1*	*14.28%*
Ninguno	*1*	*14.28%*

El 100% de los evaluados participa activamente en las brigadas de Salud que realiza en Centro Anda. Como lo es toma de la Tensión Arterial, toma de colesterol y triglicérido.

Cuando se les preguntó si realizaban alguna actividad física para mantenerse en forma, contestaron en su totalidad que Sí.

Específicamente realizan: Véase Tabla 4.

Tabla 4. Ejercicios para estar en forma. Hombres.

DESCRIPCION	***FRECUENCIA***	***PORCENTAJE***
Caminar Lentamente.	*5*	*71.42%*
Caminar Rápidamente	*2*	*28.57%*

Capacitación.

En cuanto a la capacitación los temas que más apasionan a los hombres de la investigación:

Tabla 5. Temas de Capacitación que apasionan a los hombres.

DESCRIPCION	*FRECUENCIA*	*PORCENTAJE*
Sexualidad.	*3*	*42.85%*
Salud	*3*	*42.85%*
Política	*1*	*14.28%*

Entre los Recursos educativos a su alcance que les permiten aprender estos temas día a día, mencionaron: Véase Tabla 6.

Tabla 6. Medios Educativos preferidos en hombres.

DESCRIPCION	*FRECUENCIA*	*PORCENTAJE*
Televisión	*3*	*42.87%*
Radio	*1*	*14.28%*
Charlas Educativas	*2*	*28.57%*
Charlas con amigos	*1*	*14.28%*

El cien por ciento de la población estaría dispuesto a estudiar si la situación económica fuese favorable, sin embargo no es posible por los compromisos económicos que no permiten incluir la educación como una necesidad básica para continuar desarrollándose. Aprovechan entonces las oportunidades que les brinda el Centro Anda de Capacitación. Consideran que es una oportunidad que tienen a la mano para aprender algo cada día más, desde un arte hasta un conocimiento general.

Cuando se les preguntó que les gustaría estudiar, contestaron:

Tabla 7. Preferencia de Estudios en hombres.

DESCRIPCION	*FRECUENCIA*	*PORCENTAJE*
Electrónica	*2*	*28.57%*
Elaboración de Traperos	*2*	*28.57%*
Panadería	*3*	*42.85%*

Recreación.

En cuanto a la recreación, consideraron ocupar su tiempo libre en: Véase Tabla 8.

Tabla 8. Ocupación del tiempo libre en hombres.

DESCRIPCION	*FRECUENCIA*	*PORCENTAJE.*
La familia	*1*	*28.57%*
Caminar	*2*	*28.57%*
Ver Televisión	*3*	*42.85%*
Leer	*1*	*14.28%*

Sólo un 14.28% considera la recreación importante. El restante considera que no es importante, por lo tanto no le dedican tiempo. Consideran que hay cosas muy importantes como trabajar y producir por que de ello depende la estabilidad de su familia.

Aunque la familia, no es ningún impedimento para el 100% de la muestra para socializarse, no dedican el tiempo necesario a recrearse. Aprovechan las oportunidades que la Institución les brinda para participar en actividades recreativas siempre y cuando no interfiera con actividades laborales y quehaceres domésticos.

En cuanto a las respuestas dadas por las Mujeres de la Tercera edad, objeto de muestra de este estudio, se obtuvieron los siguientes resultados, basados en la encuesta diseñada por los Investigadores en cuanto a la salud:

Tabla 9. Usuarios femeninos con Seguro Médico. .

Descripción	***Frecuencia***	***Porcentaje.***
Sí	*5*	*71.42 %*
No	*2*	*28.57%*

El 71.42%% de la población femenina se encuentra afiliada a un seguro médico, el restante sólo se favorece de servicios médicos ambulatorios a través de diversos programas gratuitos impartidos por El Centro Anda y El Centro de Salud del Barrio los Olivos.

El 100% de la muestra manifiesta que está pendiente de realizarse los chequeos médicos preventivos que requiere su edad, ya sea. a través de la institución en donde se encuentran afiliados ó en forma particular.

Tabla 10. Exámenes más frecuentes que se realizan las mujeres.

Descripción	***Frecuencia***	***Porcentaje.***
Tensión Arterial.	*4*	*57.14%*
Triglicérido	*2*	*28.57%*
Colesterol	*1*	*14.28%*

Hasta aquí vemos una gran disposición de los evaluados para estar pendiente de su salud y realizar actividades a su prevención.

En cuanto a la participación activa en grupos de atención médica primaria, el 57.42% manifiesta pertenecer a grupos de hipertensos a través de los clubes formados por los Centros donde están afiliadas.

El 42.85% restante manifiesta no pertenecer a ningún grupo. Véase Tabla 11

Tabla 11. Grupos de atención médica primaria a la que pertenecen a las mujeres.

DESCRIPCION	*FRECUENCIA*	*PORCENTAJE*
Club de Hipertensos	*4*	*57.42%*
Ninguno	*3*	*42.85%*

El 100% de los evaluados participa activamente en las brigadas de Salud que realiza en Centro Anda. Como lo es toma de la Tensión Arterial, toma de colesterol y triglicérido.

Cuando se les preguntó si realizaban alguna actividad física para mantenerse en forma, contestaron en su totalidad que Sí.

Específicamente realizan: Véase Tabla 12.

Tabla 12. Actividad Física que realizan las mujeres.

DESCRIPCION	*FRECUENCIA*	*PORCENTAJE*
Caminar Lentamente.	*3*	*42.85%*
Ejercicios caseros.	*4*	*57.14%*

Capacitación.

En cuanto a la capacitación los temas que más apasionan a las mujeres de la investigación:

Tabla 13. Temas de Capacitación que más apasionan a las mujeres.

DESCRIPCION	*FRECUENCIA*	*PORCENTAJE*
Salud Física y mental.	*3*	*42.85%*
La Familia	*3*	*42.85%*
Sexualidad	*1*	*14.28%*

Entre los Recursos educativos a su alcance que les permiten aprender estos temas día a día, mencionaron: Tabla 14.

Tabla 14. Medios Educativos preferidos por las mujeres.

DESCRIPCION	*FRECUENCIA*	*PORCENTAJE*
Televisión	*4*	*52.14%*
Radio	*1*	*14.28%*
Charlas Educativas	*2*	*28.57%*

El cien por ciento de la población estaría dispuesto a estudiar si la situación económica fuese favorable, sin embargo no es posible por los compromisos económicos que no permiten incluir la educación como una necesidad básica para continuar desarrollándose. Aprovechan entonces las oportunidades que les brinda el Centro Anda de Capacitación. Consideran que es una oportunidad que tienen a la mano para aprender algo cada día más, desde un arte hasta un conocimiento general.

Cuando se les preguntó que les gustaría estudiar, contestaron:

Tabla 15. Estudios que Prefieren estudiar las mujeres.

DESCRIPCION	*FRECUENCIA*	*PORCENTAJE*
Panadería	*2*	*28.57%*
Modistería	*2*	*28.57%*
Cocina Internacional	*3*	*42.85%*

Recreación.

En cuanto a la recreación, consideraron ocupar su tiempo libre en: Véase Tabla 16.

Tabla 16. Ocupación del tiempo libre en mujeres.

DESCRIPCION	*FRECUENCIA*	*PORCENTAJE.*
La familia	*4*	*52.14%*
Compartir con los compañeros de Anda.	*3*	*42.85%*

El 57.14% considera la recreación importante. El restante considera que no es importante, por lo tanto no le dedican tiempo. Consideran

que hay cosas muy importantes como trabajar y producir por que de ello depende la estabilidad de su familia.

Aunque la familia, no es ningún impedimento para el 100% de la muestra para socializarse, no dedican el tiempo necesario a recrearse. Aprovechan las oportunidades que la Institución les brinda para participar en actividades recreativas siempre y cuando no interfiera con actividades laborales y quehaceres domésticos.

Basados en los dos resultados anteriores, vemos que existen algunas diferencias no tan significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la percepción que tienen de la salud, recreación y capacitación. En cuanto a la Salud, vemos que los hombres en un mayor porcentaje se encuentran afiliados a E.P.S, y/o Régimen Subsidiado, son más propensas a sufrir de Triglicérido, Colesterol y ácido úrico, mientras que las mujeres tienden a sufrir de la Tensión arterial. Sin embargo, la totalidad de la muestra a pesar de no estar todos afiliados a ninguna entidad de salud, participan activamente en las brigadas que se realizan a través de las entidades promotoras de salud y del mismo Centro Anda. Los Hombres, tal vez por la mayor capacidad de tiempo

libre, demuestran participar en brigadas de salud a través del Club de Hipertensos y Diabéticos. Mientras que las mujeres en un nivel medio manifiestan sólo pertenecer a grupo de Hipertensos. Los hombres en su mayoría manifiesta realizar ejercicio físico caminando lenta o rápidamente. Mientras que las mujeres aprovechan los oficios caseros para realizar ejercicio. En su defecto, algunas manifiestan caminar para mantenerse en forma.

La capacitación para ambos sexos es importante, sin embargo encontramos diferencias significativas cuando de escoger los temas preferidos para capacitarse. Los hombres por su lado dan mayor importancia a la Sexualidad, mientras que las mujeres dan mayor importancia a temas relacionados con el cuidado de la salud y la familia. La sexualidad para ellas ocupa un tercer lugar.

Los recursos que utilizan para instruirse, ambos coincidieron en decir que utilizan la televisión como principal medio. Las charlas educativas a través del Centro Anda se constituyen en una Segunda Opción en ambos sexos, seguida de la radio y en última en los hombres las charlas con los amigos donde aprovechan para actualizarse.

El 100% de la muestra tiene una alta disposición para estudiar, los hombres por su lado se inclinan a aprender de Panadería y Electrónica, mientras que las mujeres Panadería y Modistería.

Consideran importante la recreación, sin embargo no le dedican el tiempo suficiente para recrearse. Los hombres en su mayoría se dedican a leer revistas, periódicos en su tiempo libre. Mientras que las mujeres el poco tiempo libre que les queda lo dedican a la atención de miembros de la familia como nietos. Aunque no consideran la familia un obstáculo para socializarse y recrearse, no le dedican el tiempo libre. En ambos sexos aprovechan las oportunidades de Recreación que el Centro Anda les Ofrece. No invierten el dinero para ello ya que los recursos económicos no son suficientes para la capacitación deseada, ni recreación.

La escala de Actitudes por su lado, arrojó los siguientes resultados:

Resultados de Hombres con respecto a la Salud Médica: El 71.42 % de la muestra señaló estar totalmente de acuerdo a buscar atención en los niveles preventivos, asistencial y educacional. En 28.57% restante

manifestó estar de acuerdo con la atención en esta área. Lo anterior nos indica que la totalidad de la muestra de Hombres en la Tercera Edad del Centro Anda asumen una actitud significativamente positiva hacia la atención médica general. Véase Tabla 15.

Tabla 17. Actitud hacia la Salud Médica.

Descripción	***Frecuencia***	***Porcentaje.***
Totalmente de acuerdo	*10*	*71.42%*
De acuerdo en parte	*4*	*28.57%*
Duda o está indeciso.		
En desacuerdo en parte		
Totalmente desacuerdo.		

Hombres y mujeres tienen una alta disposición a estar de acuerdo a participar en actividades de atención para su salud.

Respecto al análisis individual de cada uno de los niveles que constituyen el área de la Salud Médica, el grupo de ancianos del Centro Anda, manifestó: el 100% de los hombres presenta una actitud favorable hacia la atención médica preventiva, el 100% manifestó estar de acuerdo. Mientras que las mujeres un 85.71% presenta actitud favorable a participar en actividades médicas preventivas en el

área de la Salud. Sólo un mínimo porcentaje de las mujeres manifiesta estar de acuerdo en parte a participar en este tipo de actividades. Véase Tabla 16 y 17

Tabla 18. Actitud Médica Preventiva en Hombres del Centro Anda.

Descripción	***Frecuencia***	***Porcentaje.***
Totalmente de acuerdo	*7*	*100%*
De acuerdo en parte		
Duda o está indeciso		
En desacuerdo en parte		
Totalmente en Desacuerdo.		

Tabla 19. Actitud médico Preventiva en Mujeres del Centro Anda.

Descripción	***Frecuencia***	***Porcentaje.***
Totalmente de acuerdo	*6*	*85.71 %*
De acuerdo en parte	*1*	*14.28 %*
Duda o está indeciso		
En desacuerdo en parte		
Totalmente en Desacuerdo.		

En cuanto a la salud Nutricional, el 71.42% de los hombres manifiesta estar totalmente de acuerdo que los cuidados nutricionales a esta edad son estrictamente necesarios y se requiere de una dieta especial para

ello, con el fin de preservar la salud. Un 14.28% considera estar de acuerdo en parte el 14.28% restando duda o está indeciso. Véase Tabla 18.

Las mujeres por su parte, en su totalidad consideran que los cuidados nutricionales a esta edad son estrictamente necesarios y manifiestan estar de acuerdo a participar y cuidarse desde este punto de vista. Véase Tabla 19

Tabla 20. Actitud Médica Nutricional en Hombres.

Descripción	***Frecuencia***	***Porcentaje.***
Totalmente de acuerdo	*5*	*71.42%*
De acuerdo en parte	*1*	*14.28 %*
Duda o está indeciso	*1*	*14.28%*
En desacuerdo en parte		
Totalmente en Desacuerdo.		

Tabla 21. Actitud de las Mujeres hacia la Salud Médica Nutricional.

Descripción	***Frecuencia***	***Porcentaje.***
Totalmente de acuerdo	*7*	*100 %*
De acuerdo en parte		
Duda o está indeciso		
En desacuerdo en parte		
Totalmente en Desacuerdo.		

En cuanto a la Salud Mental, un análisis general en ambos sexos, vemos que existe una disposición menos favorable hacia la salud mental que hacia las anteriores. Los hombres por ejemplo están 100% de acuerdo en parte en que los ancianos deben tener una buena salud mental. Mientras que las mujeres consideran en su totalidad 100% estar totalmente de acuerdo en que la salud mental es factor fundamental para el desarrollo y comportamiento del adulto en la edad tardía. En cuanto a la salud mental preventiva las mujeres dan mayor importancia a estar totalmente de acuerdo es que es necesario prevenir trastornos a través de la educación y prevención, Mientras que los hombres, por su parte sólo consideran estar de acuerdo en un 71.42%, el 28.68% duda e está indeciso.

En cuanto a la Capacitación con relación a reforzar conocimientos y habilidades el grupo de Ancianos del Centro Anda mostró una tendencia favorable en un 85.71%, el 14.28% consideró estar de acuerdo en parte.

Los hombres por su lado, manifestaron en un 71.42% estar totalmente de acuerdo que a esta edad es posible y necesario adquirir nuevos

conocimientos y habilidades. Un 28.57% manifestó estar de acuerdo en parte. Véase Tabla 20.

Tabla 22. Actitud de Hombres hacia la Capacitación.

Descripción	***Frecuencia***	***Porcentaje.***
Totalmente de acuerdo	*5*	*71.42%*
De acuerdo en parte	*2*	*28.57%*
Duda o está indeciso		
En desacuerdo en parte		
Totalmente en Desacuerdo.		

Tabla 23. Actitud de las mujeres hacia la capacitación.

Descripción	***Frecuencia***	***Porcentaje.***
Totalmente de acuerdo	*6*	*85.71 %*
De acuerdo en parte	*1*	*14.28 %*
Duda o está indeciso		
En desacuerdo en parte		
Totalmente en Desacuerdo.		

Las mujeres por su lado, vemos que en un 85.71% están totalmente de acuerdo en que a esta edad todavía se pueden adquirir conocimientos y habilidades en algún tipo de actividad o tema. Sólo un 1428% está de acuerdo en parte.

La actitud hacia la recreación, Otro factor de estudio de esta investigación, encontramos lo siguiente. Los hombres por su lado, manifiestan en un 100% estar en desacuerdo en parte de que la recreación sea fundamental a esta edad. Mientras que las mujeres presentan una alta disposición hacia ella. Un 71.42% de la muestra en mujeres considera estar totalmente de acuerdo, mientras que el 28.57% restante sólo esta de acuerdo en parte. La recreación en este estudio es entendida como todas aquellas actividades destinadas a fomentar el esparcimiento y distracción a nivel individual o en familia, lo que nos indica que basados en los resultados las ancianas prefieren recrearse aún más en familia que a nivel individual.

Teniendo en cuenta lo anterior y analizando los resultados podemos establecer los siguientes resultados:

Según la Encuesta Aplicada no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto a las actividades que realizan frente a la Salud, la Recreación y la Capacitación. La mayor diferencia se establece cuando observamos que los hombres en un mayor porcentaje se encuentran afiliados a un seguro médico y dedican

mayor tiempo y esfuerzo en el cuidado de salud realizando algún tipo de ejercicio diario, que les permita mantener su salud física, probablemente por el tiempo libre que poseen, mientras que las mujeres por sus tareas domésticas le es limitado el tiempo para dedicarse abiertamente a alguna actividad física y aprovechan es esfuerzo que el ejercicio casero les exige. Véase Tabla 22.

Tabla 24. Cuadro Comparativo con relación a la Encuesta.

Descripción	***Hombres***	***Mujeres***
Afiliados a Seguro Médico.	*85.71%*	*71.42%*
Controles comunes	*Triglicérido*	*Tensión Arterial*
Pertenecen a Club Médicos	*70%*	*57.42%*
Tipo de Club.	*Club de Hipertensos.*	*Club de Hipertensos*
Participación activa en brigadas de Salud	*100%*	*100$%*
Tipo de Actividad física que practican	*Caminar Lentamente*	*Ejercicios Caseros.*
Temas de Capacitación que los apasionan.	*Sexualidad*	*Salud física y mental.Familia.*
Disposición a estudiar?	*Panadería*	*Cocina Internacional.*
Ocupación del Tiempo libres	*Televisión*	*Cuidados de la Familia.*
Importancia de la Recreación.	*14.28% importante.*	*57.14% importante.*

Una revisión más profunda permitió corroborar esta información. La escala de Actitudes mencionada anteriormente, estableció la acitud de hombres y mujeres hacia las variables en estudio, estableciendo así las comparaciones respectivas por cada uno de los géneros estudiados. Véase Tabla 23.

Tabla 25. Resultados basados en la Escala de Actitudes.

Descripción	***Hombres***	***Mujeres***
Salud Médica	*71.42% Totalmente de Acuerdo*	*85.71% totalmente de acuerdo.*
Salud preventiva	*100% Totalmente de Acuerdo.*	*100% totalmente de acuerdo.*
Salud Mental	*100% Totalmente de acuerdo.*	*71.42% Totalmente de acuerdo.*
Capacitación.	*85.71% Totalmente de acuerdo.*	*85.71% Totalmente de acuerdo.*
Recreación	*100% Desacuerdo en parte.*	*71.42% totalmente de acuerdo.*

9. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos nos permiten dar respuesta al problema de Investigación y afirmar que no existen diferencias significativas entre las actitudes de hombres y mujeres con respecto a la salud, recreación y capacitación. Si bien es cierto, existe en ellos una alta disposición, (mediana en algunos casos), no se reflejan resultados significativos. En la Salud por ejemplo, vemos que ambos sexos consideran importante cuidarse físicamente y preventivamente, manifestando en un mayor o menor grado realizarse oportunamente sus chequeos y participar activamente en actividades de prevención. Los hombres son más propensos al cuidado físico en la medida en que aprovechan su tiempo libre a caminar lenta o rápidamente, mientras que las mujeres consideran al trabajo casero como una oportunidad para aprovecharlo en esfuerzo físico. Las mujeres tienden en un mínimo de proporción a cuidarse más en la nutrición que los hombres. Los hombres por su lado consideran que no están en desacuerdo, pero no es importante para ellos. En general ambos sexos consideran que se deben cuidar su salud.

En cuanto a la capacitación, encontramos que ambos sexos consideran que todavía tienen la oportunidad de adquirir habilidades y conocimientos, por su lado los hombres se inclinan más hacia temas como la panadería y electrónica, mientras que las mujeres hacia la Cocina internacional. La falta de recursos les impide a veces adquirir el conocimiento o la habilidad deseada. Sin embargo aprovechan todo lo que El Centro Anda les ofrece y utilizan la Televisión y la Radio, como medios para instruirse. Los hombres por su lado les apasionan los temas relacionados con la sexualidad, mientras que las mujeres aprovechan para instruirse en temas relacionados con la familia y la salud.

En cuanto a la Recreación, las mujeres presentan una tendencia más favorable hacia ella, mientras que los hombres la consideran importante pero en una menor escala.

En conclusión tanto hombres y mujeres del Centro Anda presentan una buena disposición hacia la Salud, la Recreación y la Capacitación; y en la medida en que el medio se los facilite mayor será su grado de grado de participación. Los recursos económicos no son

suficientes para invertir en Recreación y Capacitación sobre todo. En su mayoría se encuentran afiliados y aprovechan los servicios de las Instituciones de Salud. El restante no afiliado aprovecha los servicios gratuitos del servicio de salud del barrio y de las actividades preventivas que se ofrecen a través del Centro Anda.

Ratificamos lo expuesto en el marco conceptual cuando decimos que los Recursos económicos son obstáculo para que los ancianos inviertan en el tiempo libre necesario para su recreación, en pagar cursos en escuelas e institutos que les permitan adquirir un mayor conocimiento. En su defecto gastan más tiempo y dinero en el cuidado de su salud. Y aunque no siguen estrictas dietas para mantener el cuidado nutricional que requiere su edad por factores económicos, están conscientes que les es necesario invertir en el mayor número de actividades médicas y preventivas que les ayude a fortalecer y alargar su período de vida.

10. DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Partiendo de los resultados, las investigadoras proponen indagar aún más sobre los programas que desarrolla el Centro Anda, con el fin de que se pueda presentar un proyecto que al ser implementado pueda llegar a satisfacer más detalladamente aquellas necesidades básicas de salud, recreación y Capacitación.

Aunque no existe grado de insatisfacción alguno en las áreas evaluadas, es importante conocer en detalle que se les está ofreciendo y porque nó, tratar de ampliar la gama de programas. Basados en las necesidades propias de salud por ejemplo el Centro Anda puede llegar a ser un mediador entre el no afiliado y las entidades de Régimen Subsidiado a fin de brindarle salud a quien no lo tiene, y planear y ejecutar diversos programas que beneficien a su población de usuarios.

Otro punto importante es indagar hasta que grado de satisfacción o insatisfacción presentan los usuarios del Centro Anda ante los diversos

programas que hoy por hoy se están llevando a cabo, y hasta que punto son beneficiados?

Igualmente sería interesante indagar acerca de los factores motivacionales que mueven a los usuarios del Centro Anda a participar en sus actividades?

En cuanto a recomendaciones personales las investigadoras plantean la necesidad de desarrollar encuestas y escalas aún más precisas, que abarquen no sólo temas como la Salud, capacitación y Recreación, sino que involucren a la familia. Sería interesante indagar acerca de la actitud de la familia hacia la recreación, capacitación y salud del anciano?

Una investigación más detallada y aún más compleja, pero que permita establecer la actitud en términos de acción y conducta, a través del diseño de una escala más detallada, permitiría conocer no sólo la actitud favorable o desfavorable de las personas, sino también su forma de pensar con respecto a ello. Es por eso, que proponemos entonces una investigación que implique el diseño de un Cuestionario,

Encuesta o Escala de Actitudes mucho más compleja y cuya validación y grado de confabilidad permita derivar datos más detallados.

Por otro lado, se plantea la inquietud de generar estudios relacionados con temas relacionados con las personas de la tercera edad como por ejemplo: Incidencia del ambiente psicosocial en ancianos Institucionalizados en Hogares Geriátricos; Descripción del Estilo de Vida y estados emocionales del anciano sin familia institucionalizado en Hogares Geriátricos; Diferencias de actitud entre hombres y mujeres de la tercera edad viudos ante la sexualidad; Motivación del Anciano hacia las actividades ocupacionales; en fin, muchas más investigaciones que ayudaría a generar conocimiento en esta etapa de la vida.

BIBLIOGRAFIA.

CARROL, Herbert. Higiene Mental dinámica del ajuste psicológico del anciano. México. C:E.C.S.A. 1982. 348 p.

CURTIS, J.H. Psicología Social. Barcelona. 1971 390 p.

DIAZ Y VELASQUEZ, Plan Recreacional urbano para Barranquilla. Tesis de Grado. Barranquilla. Corporación Universitaria de la Costa. 1978. 115 p.

ENCICLOPEDIA TECNICA DE LA EDUCACION. Educación Preescolar, Educación permanente y de Adultos. Madrid. Santilla. 1975. 289 p.

ESCOBAR, Fernando. Educación Médica y Salud. Organización Panamericana de la Salud. 1978. 560 p.

GARCIA M. Y SANTACRUZ , C. Cambio de actitudes como resultado de un proceso de acercamiento entre el anciano institucionalizado y su familia. Bogotá- Universidad Javieriana. Simposio. 1977

GIRIGLIANO Y PALDAO. La Educación de adultos. O.M.S. 1978

KATZ, D. Psicología de las Edades. Madrid. Morato. 1974 379 p.

MERANI, Alberto. Psicología Geriátrica. México. Grijalbo. 1959. 560 p.

MIRA y LOPEZ, Emilio. Hacia una vejez joven. Buenos Aires. Kapelux. 1972. 780 p.

OTERO OJEDA, Angel. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Hábana. Vol. XVIII. No. 1976

ANEXOS.

ANEXO A.

Esta escala[*] tiene como fin, determinar cuál es la actitud del adulto mayor institucionalizado, con respecto a la salud, la recreación y la capacitación.

1. IDENTIFICACIÓN.

Sexo _____ *Edad* _____ *Institucionalizado Desde*

_____

II. INSTRUCCIONES.

A continuación encontrará una serie de frases. Para cada frase hay cinco posibles respuestas, las cuales son:

a) Totalmente de Acuerdo.

b) De acuerdo en Parte.

c) Duda o está Indeciso.

d) En Desacuerdo en Parte.

e) Totalmente en Desacuerdo.

---

[*] Tomado de Calvo Rafael, María Teresa de Oro de Franco. Actitud hacia la salud la recreación y la capacitación de pre-jubilados, pertenecientes a empresas afiliadas a Combarranquilla.

Lea con cuidado cada frase y elija solo una respuesta para cada una. Cualquier respuesta que dé es correcta. Solo nos interesa su propia opinión acerca de cada una de las frases. Por favor contéstelas todas con la mayor sinceridad, encerrando en un círculo la letra correspondiente a la respuesta elegida.

El siguiente ejemplo puede servir de orientación en la siguiente frase:

Los hombres asisten a los partidos de fútbol con más frecuencia que las mujeres.

a) Totalmente de Acuerdo.

b) De acuerdo en Parte.

c) Duda o está Indeciso.

d) En Desacuerdo en Parte.

e) Totalmente en Desacuerdo.

La persona que respondió está de Acuerdo en Parte con la idea expresa la frase, por lo tanto encerró en un círculo la letra b. como podrá observar.

AHORA PUEDE COMENZAR A RESPONDER:

1. Es conveniente pertenecer a un programa preventivo en el cuál hagan periódicamente chequeos médicos y exámenes de laboratorio.

a) Totalmente de Acuerdo.

b) De acuerdo en Parte.

c) Duda o está Indeciso.

d) En Desacuerdo en Parte.

e) Totalmente en Desacuerdo.

2. Ir al psicólogo ayuda a prevenir los problemas emocionales.

a) Totalmente de Acuerdo.

b) De acuerdo en Parte.

c) Duda o está Indeciso.

d) En Desacuerdo en Parte.

e) Totalmente en Desacuerdo.

3. Hacer deporte en familia ayuda a mantener unidos a sus miembros.

a) Totalmente de Acuerdo.

b) De acuerdo en Parte.

c) Duda o está Indeciso.

d) En Desacuerdo en Parte.

e) Totalmente en Desacuerdo.

4. Las personas de mi edad no tiene capacidad para aprender.

a) Totalmente de Acuerdo.

b) De acuerdo en Parte.

c) Duda o está Indeciso.

d) En Desacuerdo en Parte.

e) Totalmente en Desacuerdo.

5. Cualquier persona es capaz de recetar a un enfermo si sabe mucho acerca de la enfermedad.

a) Totalmente de Acuerdo.

b) De acuerdo en Parte.

c) Duda o está Indeciso.

d) En Desacuerdo en Parte.

e) Totalmente en Desacuerdo.

6. Una persona debe informarse acerca de los cambios psicológicos propios de su edad.

a) Totalmente de Acuerdo.

b) De acuerdo en Parte.

c) Duda o está Indeciso.

d) En Desacuerdo en Parte.

e) Totalmente en Desacuerdo.

7. Son mejores compañeros de juego las personas con edades similares.

a) Totalmente de Acuerdo.

b) De acuerdo en Parte.

c) Duda o está Indeciso.

d) En Desacuerdo en Parte.

e) Totalmente en Desacuerdo.

8. Una persona enferma debe asistir de inmediato al médico.

a) Totalmente de Acuerdo.

b) De acuerdo en Parte.

c) Duda o está Indeciso.

d) En Desacuerdo en Parte.

e) Totalmente en Desacuerdo.

9. Es una pérdida de tiempo asistir a charlas acerca de los alimentos y cómo se deben consumir.

a) Totalmente de Acuerdo.

b) De acuerdo en Parte.

c) Duda o está Indeciso.

d) En Desacuerdo en Parte.

e) Totalmente en Desacuerdo.

10. Es conveniente conocer los cuidados que deben tener las personas cuando están enfermas.

a) Totalmente de Acuerdo.

b) De acuerdo en Parte.

c) Duda o está Indeciso.

d) En Desacuerdo en Parte.

e) Totalmente en Desacuerdo.

11. La recreación hace felices a las personas.

a) Totalmente de Acuerdo.

b) De acuerdo en Parte.

c) Duda o está Indeciso.

d) En Desacuerdo en Parte.

e) Totalmente en Desacuerdo.

12. Conocer que clase de alimentos deben consumir ayuda a conservar la salud.

a) Totalmente de Acuerdo.

b) De acuerdo en Parte.

c) Duda o está Indeciso.

d) En Desacuerdo en Parte.

e) Totalmente en Desacuerdo.

13. Pertenecer a un programa preventivo en el cual periódicamente chequeen mi estado de salud no me ayudará a mantenerme sano.

a) Totalmente de Acuerdo.

b) De acuerdo en Parte.

c) Duda o está Indeciso.

d) En Desacuerdo en Parte.

e) Totalmente en Desacuerdo.

14. A la gente no le gusta contarle sus problemas al psicólogo.

a) Totalmente de Acuerdo.

b) De acuerdo en Parte.

c) Duda o está Indeciso.

d) En Desacuerdo en Parte.

e) Totalmente en Desacuerdo.

15. No son interesantes los juegos en compañía de personas de mi edad.

a) Totalmente de Acuerdo.

b) De acuerdo en Parte.

c) Duda o está Indeciso.

d) En Desacuerdo en Parte.

e) Totalmente en Desacuerdo.

16. Es agradable aprender algo que nos guste aunque no nos produzca dinero.

a) Totalmente de Acuerdo.

b) De acuerdo en Parte.

c) Duda o está Indeciso.

d) En Desacuerdo en Parte.

e) Totalmente en Desacuerdo.

17. Es necesario conocer cuales alimentos deben consumirse a mi edad.

a) Totalmente de Acuerdo.

b) De acuerdo en Parte.

c) Duda o está Indeciso.

d) En Desacuerdo en Parte.

e) Totalmente en Desacuerdo.

18. Es muy aburrido asistir a charlas donde den informaciones acerca de las enfermedades.

a) Totalmente de Acuerdo.

b) De acuerdo en Parte.

c) Duda o está Indeciso.

d) En Desacuerdo en Parte.

e) Totalmente en Desacuerdo.

19. El psicólogo solo sirve para atender a personas con problemas mentales.

a) Totalmente de Acuerdo.

b) De acuerdo en Parte.

c) Duda o está Indeciso.

d) En Desacuerdo en Parte.

e) Totalmente en Desacuerdo.

20. Los problemas de recreación en familia solo trae disgustos.

a) Totalmente de Acuerdo.

b) De acuerdo en Parte.

c) Duda o está Indeciso.

d) En Desacuerdo en Parte.

e) Totalmente en Desacuerdo.

21. Las personas de mi edad no tienen que preucuparse por mejorar sus conocimientos.

a) Totalmente de Acuerdo.

b) De acuerdo en Parte.

c) Duda o está Indeciso.

d) En Desacuerdo en Parte.

e) Totalmente en Desacuerdo.

22. No es importante para el adulto saber que clase de alimentos debe consumirse.

a) Totalmente de Acuerdo.

b) De acuerdo en Parte.

c) Duda o está Indeciso.

d) En Desacuerdo en Parte.

e) Totalmente en Desacuerdo.

23. Una persona que permanece nerviosa debe pedir ayuda al psicólogo.

a) Totalmente de Acuerdo.

b) De acuerdo en Parte.

c) Duda o está Indeciso.

d) En Desacuerdo en Parte.

e) Totalmente en Desacuerdo.

24. A cualquier edad puede mejorarse los conocimientos y habilidades.

a) Totalmente de Acuerdo.

b) De acuerdo en Parte.

c) Duda o está Indeciso.

d) En Desacuerdo en Parte.

e) Totalmente en Desacuerdo.

25. Seguir una dieta cuando se está enfermo contribuye a mejorar la salud.

a) Totalmente de Acuerdo.

b) De acuerdo en Parte.

c) Duda o está Indeciso.

d) En Desacuerdo en Parte.

e) Totalmente en Desacuerdo.

26. Es difícil que alguien nos pueda enseñar como tratar mejor a las personas.

a) Totalmente de Acuerdo.

b) De acuerdo en Parte.

c) Duda o está Indeciso.

d) En Desacuerdo en Parte.

e) Totalmente en Desacuerdo.

27. No es recomendable realizar ejercicios con personas de nuestra edad.

a) Totalmente de Acuerdo.

b) De acuerdo en Parte.

c) Duda o está Indeciso.

d) En Desacuerdo en Parte.

e) Totalmente en Desacuerdo.

28. Es innecesario contar con un servicio donde controlen el estado nutricional de las personas adultas.

a) Totalmente de Acuerdo.

b) De acuerdo en Parte.

c) Duda o está Indeciso.

d) En Desacuerdo en Parte.

e) Totalmente en Desacuerdo.

29. No son importante para mi las visitas de mis familiares.

a) Totalmente de Acuerdo.

b) De acuerdo en Parte.

c) Duda o está Indeciso.

d) En Desacuerdo en Parte.

e) Totalmente en Desacuerdo.

30. Las charlas de los psicólogos son mejores si solo se dan a hombres y mujeres por separado.

a) Totalmente de Acuerdo.

b) De acuerdo en Parte.

c) Duda o está Indeciso.

d) En Desacuerdo en Parte.

e) Totalmente en Desacuerdo.

ANEXO B.

ENCUESTA DE ACTITUDES HACIA LA SALUD, LA CAPACITACION Y LA RECREACION.

*NOMBRE*_____*EDAD:*_____

*SEXO*_____*ESTADO CIVIL*_____

1. Estoy Afiliado a algún tipo de Seguro Médico.

Si____No____Cuál.

2. Estoy pendiente de realizarme todos los chequeos médicos que requiere mi edad, aún no sufra de nada en particular?

Si___ No____

3. Con Frecuencia me realizó cierto tipo de exámenes como:

_____

_____

_____

4. Pertenezco a grupos de atención médica primaria de la institución a la que estoy asegurado.

Si____ NO_____

Cuál? _____

5. Participo activamente en las brigadas de salud que organizan en El Centro Anda, con el fin de mantener controlada mi salud?

Si_____No_____

6.Practico actividades físicas que me permitan mantenerme en forma:

Si____No_____

Porqué? _____

Tipo de Actividad _____

7. Estoy al tanto de todo aquello que me facilite aprender día a día. Los temas que más me apasionan son_____

_____

8. Entre los Recursos educativos a mi alcance que mi facilitan aprender cada día más puedo mencionar:

_____

_____

_____

_____

9. Estaría dispuesto a inscribirme a un Instituto de Educación, si mi realidad económica y familiar me lo permitiera:

Si____No_____

10. Me gustaría estudiar:

_____

_____

_____

_____

11. Participo activamente en las diversas actividades de capacitación que realiza el centro Anda:

*Si*_____*No*_____

*Por qué*_____

_____

12. Mi tiempo libre lo dedico a :

_____

_____

_____

13. La recreación es importante para mi, por ello le dedico el mayor tiempo posible?

*Si*_____*No*_____

14. Mi familia, no es impedimento para que yo me pueda socializar con mis amigos?

*Si*_____*No*_____

15. Participo activamente en las actividades recreativas que realiza el Centro Anda.

Si____No____

Por qué? _____

_____

_____