

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
" SIMON BOLIVAR "



" LA PROBLEMÁTICA DE LA EDAD AVANZADA
EN BARRANQUILLA "

Estudio realizado en los Asilos Granja San José y San Antonio
como respuesta a la Problemática del Anciano

TESIS DE GRADO PARA OBTENER EL TITULO DE
TRABAJADOR SOCIAL

POR : Nelly Lozano Hoyos
 Trinidad Trujillo Sánchez
 Alcira Sánchez González

BARRANQUILLA, JULIO DE 1981

AGRADECIMIENTOS

QUEREMOS DAR PLENOS AGRADECIMIENTOS A TODOS LOS PROFESORES DE NUESTRA FACULTAD QUE DURANTE NUESTROS ESTUDIOS NOS PROPORCIONARON SUS CONOCIMIENTOS. PARTICULARMENTE AL DOCTOR CARLOS OSORIO, QUIEN NOS DIRIGIO ACERTADAMENTE Y A LOS DOCTORES : JORGE TORRES Y ENELBA CARMONA, POR SU VALIOSA COLABORACION EN LA PREPARACION DE ESTA TESIS.

DEDICATORIA



HOMENAJE A MIS PADRES, QUIENES HICIERON
POSIBLE MI VIDA Y MI FORMACION PROFESIONAL
Y A MIS HERMANOS COMO ESTIMULO Y A C.H.M.
POR SU ALIENTO Y FE.

ALCIRA

DEDICATORIA

DEDICO MI TESIS DE GRADO A MIS PA -

DRES, ESPOSO E HIJO, QUIENES CON SU

RESPONSABILIDAD Y SU AMOR CONTRIBU_

YERON EN MI CARRERA PROFESIONAL.

TRINIDAD.

INTRODUCCION



Este es el informe de nuestro trabajo de grado realizado sobre el tema de " LA PROBLEMATICA DE LA EDAD AVANZADA EN BARRANQUILLA", en donde daremos a conocer la forma como se atiende en la ciudad al anciano a través de las instituciones que la iniciativa privada y la del Estado han creado para hacerla. Respondemos además al interrogante " si los asilos, son o no, una respuesta adecuada a la problemática de la edad envejeciente.

Justificamos la elección de este tema por cuanto, la población en edad avanzada es un hecho que adquiere cada vez mayor preponderancia y a que el número de personas que ingresan a estas edades debido al progreso de las fuerzas de producción hacen necesario estudiar y analizar políticas y programas que lleven a convertir al anciano en un ser útil a la sociedad y no en un estorbo de la misma.

Los objetivos que nos trazamos al realizar este trabajo fueron: conocer la problemática del anciano en Barranquilla y determinar las condiciones particulares de las personas atendidas en las dos instituciones que para el caso existen en la ciudad.

Para la recolección de los datos aplicamos como elementos de la metodología científica la observación directa e indirecta, realiza -

mos cuatro encuestas orientadas en la siguiente forma: la primera estuvo dirigida a las tres instituciones para analizar sus objetivos, sus políticas, los servicios que prestan, el costo de estos servicios, los requisitos de atención, sus condiciones locativas, técnicas y científicas y la ayuda que reciben del Estado. En este punto contamos, que en el Hogar Madre Marcelina, institución privada nos fué imposible realizar el estudio por un total rechazo de la directiva de la institución lo que nos llevó a limitar este a las dos instituciones estatales, Granja San José y Asilo San Antonio. La segunda encuesta estuvo dirigida a profesionales de disciplina sociales directa o indirectamente relacionados con el problema de la población envejeciente, asociaciones de jubilados y otros; la tercera encuesta a los ancianos recluidos en los asilos con el fin de analizar la valoración que sobre los servicios tienen los ancianos de éstos; la cuarta encuesta a un grupo de ancianos que viven fuera de los asilos, con sus familiares, parientes o amigos, como grupo de control y comparación frente al anterior.

Este estudio consta de siete capítulos, el primero comprende el Marco Conceptual de la Problemática de la Edad Avanzada, el segundo trata de la población en edad avanzada como problema social y sus implicaciones económicas, el tercero a la atención que se presta al

anciano en las sociedades avanzadas en el mundo contemporáneo, el cuarto trata de la población en edad avanzada en Colombia, el quinto se presenta el análisis de los resultados de la primera encuesta sobre los servicios que se prestan a los ancianos en los centros existentes en Barranquilla, el sexto la evaluación de esos centros hecha por los mismos ancianos, o por los profesionales vinculados con esta problemática y finalmente el séptimo que trata de la ubicación del Trabajador Social en esta situación material que se resume finalmente en un aporte de conclusiones y recomendaciones sobre la problemática del anciano, la atención que se le brinda y la intervención del Trabajador Social en este sector de gran importancia para el desempeño profesional.

CAPITULO I

MARCO CONCEPTUAL DE LA PROBLEMATICA DE LA EDAD AVANZADA

1.1 EL ENVEJECIMIENTO EN EL SER HUMANO

El problema del envejecimiento, no es algo que preocupa solo a los miembros de la sociedad contemporánea. Si se intenta iniciar una sinopsis histórica con el análisis de las manifestaciones precientíficas relativas al proceso del envejecimiento resulta lógico revisar con sentido crítico el antiguo testamento, que destaca constantemente la dignidad y la sabiduría de la ancianidad.

En el libro la República, de Platón adopta, respecto de la ancianidad una postura de máximo respeto por las vivencias de la misma. Hace resaltar, sobre todo los agentes individuales del envejecimiento; considera que las vivencias del ocaso de la vida se ven muy determinadas por la existencia que se ha llevado en la juventud y en la adultez. (1)

(1) Brox Humberto. Psicología de la edad adulta y la vejez. Pag.



Cicerón afirma también el relevante papel desempeñado por la sociedad que determina las vivencias y el proceso del envejecimiento.
(2)

Fueron muchos los grandes poetas y pensadores de tiempos pasados que se ocuparon muy a fondo del proceso del envejecimiento. Se ha considerado, desde luego, en múltiples ocasiones, como algo provocado por la pérdida de energías corporales, pero priva, sin embargo, la idea de que es un cambio verificado por el comportamiento y las vivencias.

En la época moderna el problema del envejecimiento ha ocupado un lugar predominante y en su investigación se han destacado diferentes iniciativas como la de James Birren que distingue tres períodos históricos en la investigación psicológica del envejecimiento: el período inicial, comprendido entre 1835 y 1910, el comienzo de la investigación sistemática del envejecimiento situado entre ambas guerras mundiales; finalmente la fase de expansión de las investigaciones sobre el envejecimiento.

(2) Brox Humberto. Psicología de la edad adulta y la vejez. Pag.

La importancia de Quelelet para la investigación del envejecimiento estriba, por una parte, en que se opuso a la inoculable generalización de las comprobaciones aisladas y combatió cualquier procedimiento meramente consufstico, por parte, en que destacó, de un modo convincente, la relación entre las influencias biológicas y sociales, incluso por lo que se refiere al proceso de envejecimiento.

Criticó las investigaciones realizadas hasta entonces en este sector y les reprochó el no haber relacionado nunca las facultades especiales con las distintas edades, el no haberse planteado la posibilidad de ciertas modificaciones, ni el haberse interesado del modo como se influyen mutuamente las diversas facultades.

Todo lo anterior nos demuestra que el envejecimiento se inicia con la concepción y termina con la muerte, pero arbitrariamente el inicio de la vejez suele situarse a los 65 años ya que ciertos mecanismos que condicionan el envejecimiento se acentúan más en la última etapa, se caracteriza por modificaciones físicas, químicas, biológicas, psicológicas que se extienden por todo el período de la vida adulta.



El envejecimiento tiene cuatro características que lo definen:

1. Es universal
2. Progresivo
3. Decrementicio e
4. Intrínseco.

Su componente de universal lo quita del campo de los procesos patológicos y lo aliena con los fenómenos normales.

Por las características de ser progresivo y decrementicio awwducwa la habilidad del organismo para interactuar con el medio ambiente y están relacionados, seguramente con el aumento logarítmico del riesgo de muerte con la edad. Este punto de vista hace énfasis en el hecho de que existe una conformidad consistente en cambios intrínsecos, estructurales y funcionales.

En la edad adulta se experimentan cambios físicos, síquicos y sociales que presentaremos a manera de resumen:

Envejecimiento físico . El cuerpo experimenta variaciones apreciables para todo el mundo. La estatura disminuye, especialmente por alteraciones a nivel de la columna vertebral. El peso puede disminuir por pérdida de agua, masa muscular y celular, a nivel de casi todos los órganos.

La piel se hace más laxa, inelástica, seca y arrugada, hay pérdida de la grasa subcutánea, de la secreción sebácea y sudorípara. Los vasos se hacen más frágiles y pueden aparecer hemorragias. Los cambios más sustanciales a nivel del colágeno, con atrofia y aumento de las uniones cruzadas, se suceden cambios de coloración, aparición de lesiones como las queratosis seniles y otras, además de una tendencia aumentada a las carcinomas de la piel.

El cabello se hace gris, esto es fisiológico, pero su aparición es muy variable y está condicionada con factores hereditarios. El vello se pierde, especialmente en el pubis y axilas, los ojos sufren cambios en el cristalino, con aparición de cataratas en algunos casos. La capacidad de acomodación se afecta y aparece la presbicia, que es el fenómeno más precoz del envejecimiento, más tarde aparece el arco senil. Los fenómenos de degeneración muscular no pueden ser catalogados como fisiológicos lo mismo ocurre con las cataratas.

Oídos. La capacidad auditiva empieza a alterarse a los 40 - 45 años, en forma paulatina se pierde la capacidad para oír bien los tonos altos, sin embargo las personas con problemas de audición en la vejez, tienden a oír mejor las voces de mujeres,

de timbre grave. Por otra parte la capacidad para seguir conversaciones generales se ve afectada y, esto, puede condicionar parte del aislamiento que los ancianos sienten.

El olfato puede estar conservado pero en general el umbral para los olores se eleva. Otro tanto ocurre con el gusto, especialmente cuando la persona ha sido, o es fumadora, más si se trata de pipa o tabaco.

El sistema esquelético se hace menos pesado o esteoprótico, la elasticidad disminuye con la edad. En ángulo de algunos huesos cambia, por ejemplo, el ángulo del cuello femoral y la diafisis cambia de obtuso a recto, lo cual hace que las fracturas puedan ocurrir con mayor frecuencia, la osteoporosis juega papel también en esto, pero su valor exacto no se conoce.

Los músculos pierden relieve y parece, que hay disminución real de masa celular. Los movimientos voluntarios rápidos se hacen más difíciles, lo cual condiciona que las personas viejas tengan más dificultad para conservar el equilibrio.

Hay cambios también en el sistema respiratorio ya que el tórax presenta algunas alteraciones, en el sistema cardiovascular, sistema gastrointestinal, en el sistema nervioso central etc.

ALTERACIONES PSIQUICAS CON EL ENVEJECIMIENTO :

La preservación de las facultades mentales puede ocurrir, en algunos casos hasta edades avanzadas, pero es inevitable que ocurra cierto grado de deterioro en la novena o décima década, en lo más afortunados o antes en la generalidad de los casos, por regla aquellas personas con actividades intelectuales o creativas, que tratan de mantenerse activas dentro de su profesión por el mayor tiempo, sufren menos efectos del envejecimiento, pero es difícil determinar si esto es producto del propio esfuerzo o es una capacidad congénita.

El cambio más característico, con la edad es la pérdida de la memoria. Este cambio afecta mucho más a los hechos recientes que los pasados. Condiciona que se tornen repetitivos por que olvidan lo que acaban de decir minutos antes.

Los ancianos se tornan olvidadizos, dejan los objetos abandonados o cometen errores peligrosos como dejar estufas prendidas etc. Por lo tanto la capacidad de aprendizaje está disminuída pero es muy difícil determinar cuando esta especie de amnesia es patológica.

Otra característica que presentan es la pérdida del interés y la

falla para aceptar ideas nuevas, que los torna aprehensivos y conservadores respecto a las nuevas ideas o situaciones. Muchos en forma consciente o no, se retiran gradualmente del centro de los acontecimientos, en la conformación de uno de los mecanismos más importantes conocido como "deslizamiento."

Las personas viejas suelen perder capacidad de adaptación y caen en la rutina, muchas veces porque los pequeños hábitos regulares son la mejor defensa contra la falta de memoria.

Los cambios de carácter los torna posesivos, egocéntricos y añanados en su comportamiento suelen traducir mecanismos compensatorios de su declinación física.

1.2 ANCIANIDAD

Ancianidad viene del latín ANTIANUZ. La ancianidad es una abstracción pero al mismo tiempo una realidad individual, relacionada indisolublemente con las vivencias de cada ser humano, en su condición de tal, o más de su carácter social.

Desde el punto de vista biológico la ancianidad es llamada la tercera edad y comienza para algunos un poco más temprano que en otros, pero siempre considerando tres etapas que po-

de menos vitalidad a los 70 años. El mecanismo de senescencia se sitúa en la célula y su metabolismo, dependiendo de factores genéticos y ambientales.

Lo que condiciona el envejecimiento o senescencia es en un 50% genético y en otro 50% depende de factores ambientales, de costumbres exageradas en sentido perjudicial para el organismo, como son todos los excesos; alcohólicos, sexuales, abuso del cigarrillo, del transnocho, de ansiedades y del mismo trabajo. Senilidad. De los 75 años en adelante a veces antes comienzan los fenómenos inevitables de la vejez. Debilitación simultánea de las facultades físicas y mentales.

En esta etapa ya se manifiestan las características de una persona a otra dadas las circunstancias hereditarias, patológicas, ambientales o socio - económicas.

En el plano síquico se manifiesta el estado senil por inercia intelectual, dificultades para fijar la atención, los recuerdos y los nuevos conocimientos, pérdida de la capacidad de adaptación e incontinencia emocional.

En la etapa de ancianidad se encuentra incluido el paso de la vida profesional activa a la ociosidad; " El retiro " determinado por la edad cronológica, es grave y hoy los psicólogos consi-

deran que esta institución social es un error psicológico y fisiológicamente, porque las diferencias individuales son considerables en el proceso de envejecimiento y de la decadencia de las fuerzas físicas y mentales.

1.3 VEJEZ

La palabra vejez viene del latín vulgar VECLUS. Se considera inicio de la vejez el momento en el cual al ser humano a causa de sus condiciones psicobiológicas no puede seguir contribuyendo con su trabajo a su supervivencia y a la prosperidad de su grupo social y necesita en cambio que la sociedad contribuya a su bienestar y a su sustento.

Entre la infancia, la niñez, la adolescencia y la juventud hay límites, más o menos flexibles pero que permiten marcar la frontera entre esas edades. Entre la madurez y la vejez, la situación de alinderamiento varía, como varía la escala de las edades. Simone de Beauvoir tiene una frase clave para explicar la dificultad de una definición: " La vejez no es un hecho estadístico, es la conclusión y la prolongación de un proceso "

Ese proceso es el de la vida misma dentro de un desarrollo existencial cambiante. Se ha señalado que el promedio de vida hoy es de 75 años y se estima a los 65 el comienzo de la vejez, aun-

que los Rusos lo situán en los 75 años, no hay aún cansancio psíquico, ni deterioro marcado del organismo, ni aumento acentuado de la sequedad de la piel, ni el deseo de apartarse de los demás o de cambiar de hábitos.

Entre los 70 y 75 años hay frecuentemente una marcada disminución de la energía con cansancio fácil, poco deseo de participar en actividades, sequedad de la piel y manifestaciones de enfermedades crónicas. De los 75 años en adelante es habitual la gran fatigabilidad, la poca energía, disminución de interés por lo que lo rodea, profundas arrugas, elevado porcentaje de enfermedades crónicas.

Las enfermedades más frecuentes son : hipertensión arterial, arteriosclerosis de diversos órganos (principalmente de arterias cerebrales, de las coronarias, de los riñones, de los miembros etc) y lesiones del corazón. En otros se observan diabetes, artritis y otras formas de reumatismo crónico, anemia, afecciones renales y tumores malignos.

1.4 ANCIANO O GERONTE

El anciano es un ser que por motivo del cambio natural que se opera en el modo de vivir de las generaciones; por los achaques originados en su organismo que se va desvigorizando a través

de los años y por las alteraciones psicológicas de su estado senil se va convirtiendo en un ser desentradado del ambiente social. Este estado le crea problemas, necesidades y aspiraciones, problemas como :

- Desavenencias y rencillas conyugales entre sus hijos por el deber que tienen de atenderlo.
- El estado de completa soledad de los ancianos solteros, casados, sin familia.
- Profunda melancolía al verse relegado del ambiente social, pues como su vida transcurrió en otra época de costumbres diferentes debido al ambiente tranquilo y bucólico que aun no había trastornado el vertiginoso progreso de la civilización, se siente incapaz de amoldarse a la nueva era.

Muchos otros problemas y de diversos origen pueden ocasionar el estado de ancianidad, pero como consideramos los de mayor ocurrencia.

NECESIDADES: El anciano por su estado natural de debilidad física necesita, en primer lugar reposo y tranquilidad, alimentación adecuada y dormida cómoda que se le permita atender a su hábitos ordinarios por eje. El cigarrillo, el tabaco, es decir aquellos pequeños vicios que no originan trastornos en su

ambiente familiar y social, se le debe respetar su modo de pensar, evitando en lo posible ridiculizar sus ideas en su presencia. Necesita además el anciano un ambiente adecuado para su manera de ser y las costumbres arraigadas en su vida y me explico: es un hecho que la vida y sus costumbres van cambiando a través de los tiempos y que estos cambios van descentrando la de todo hombre a tal extremo que cuando este llega a la ancianidad se encuentra fuera de la órbita social. Por eje.

Entra un anciano a una cafetería, pide un tinto, comienza a tomarlo tranquilamente se para un parroquiano cualquiera, introduce una moneda en el traganiquel a fin de escuchar su melodía favorita. Cuando la mayoría de los clientes se entretienen llevando el ritmo de la música con las manos y los pies el anciano está profundamente disgustado e inquieto, pues en nada se asemeja esta música que más le parece un ruido desacorde a sus antiguos bambucos, guabinas y pasillos de sus tiempos, recordando o mejor añorando su juventud perdida lo que le ocasiona profunda melancolía.

ASPIRACIONES. A su edad avanzada el anciano va perdiendo sus inquietudes y aspiraciones para este mundo y va dirigiendo su atención a la reconciliación espiritual con su creador.

Comprende que su vida se apaga y pide al cielo que todas sus aspiraciones e inquietudes temporales les sean transferidas en hermosas realidades a sus hijos y descendientes, en quienes vé y siente la prolongación de la propia existencia.

1.5 GERONTOLOGIA

La palabra Gerontología viene del griego Geronto Viejo y logía. estudio o tratado.

El año 1928 fué sin duda, importante con respecto a las investigaciones de la senetud; ese año Miles fundó en la Universidad Stanford, de California el primer gran Instituto destinado especialmente al estudio del envejecimiento.

El término gerontología fué introducido en 1929 por el investigador Ruso NA. Rybnikou, el cual descubrió del modo siguiente el objetivo y la finalidad de esta nueva disciplina.

La investigación del comportamiento en la edad proveccta ha de convertirse en una rama de especialización dentro de las ciencias del comportamiento. La finalidad de esta ciencia es la investigación de las causas y condiciones del envejecimiento, así como el estudio y descripción cuidadoso de los cambios del comportamiento regularmente, progresivos y que se hallan relacionados con la edad.



El año 1939 apareció el libro de Cowdry " Problems of Aging, concebido primordialmente desde un punto de vista médico. Cuando Cowdry se dirigió a la Macy - Foundation a causa de ciertos problemas de financiación de dicha obra, se le impuso como condición que ampliase el concepto con aspectos sociales, psicológicos y siquiátricos, cosa que Cowdry aceptó.

En 1939 se fundó también en E.E.U.U. el Club para las investigaciones del envejecimiento, financiado así mismo por la Macy Foundation.

Dicho Club convocaba anualmente dos conferencias destinadas a fomentar y discutir los descubrimientos sobre Gerontología. Streib y Orbach (1967) indican que por aquel entonces, se hallaba aún determinada totalmente la gerontología por las ciencias medicobiológicas; solo se hacían algunas concesiones a la psicología que se ceñía a una orientación exclusivamente fisiológica; respecto de las ciencias sociales hay que decir que estaban bastante al margen de la Gerontología. Su único representante en el primer comité ejecutivo fue Wolter R. Miles.

Muy poco tiempo después y gracias a la intervención del U.S. Public Health Service se creó una sección de Gerontología en el National Advisory Committee. Su primer secretario fue el

médico Edward Stieglitz y a partir de diciembre de 1941 Nathan Shoch, quien se interesó grandemente por la orientación fisiológica y sicología.

Los problemas de la edad proveccta fueron abordados cada vez más sistemáticamente. Después de unos coloquios preparatorios se celebró en 1941 una conferencia convocada por el public Health Service sobre " Problemas de la Salud Mental en la edad adulta y la senectud".

Debido a las circunstancias creadas por la guerra, los años siguientes fueron relativamente estériles en cuanto a las investigaciones del envejecimiento, hasta que en 1945 se organizó la Gerontological Society en los E. E. U. U. a raíz de la fundación por Pussey de una sección denominada "Madurez y ancianidad" en el seno de la American Psychological Association.

A partir de 1946 aparece el Journal of Gerontology Lawrence K Frank descubrió en un editorial del mismo, el objeto, las tareas propias de la Gerontología, subrayó así mismo la afinidad de esta ciencia con otras muchas disciplinas, sin excluír ni las ciencias naturales, ni las sociales.

El primer congreso de la sociedad de Gerontología norteamericana se celebró en Detroit el mes de septiembre de 1947. En

su discurso presidencial Pressey definió las metas de esta sociedad.

A partir de dicha época se montó un trabajo de equipo en los países anglosajones, por lo que se refiere a la comprensión de los problemas gerontológicos; en Alemania en cambio cada ciencia intentaba avanzar por separado. El año 1938 y 1939 constituyó un hito histórico para la Gerontología alemana, ya que - fué entonces cuando se fundó la primera revista dedicada al estudio de la vejez, que se tituló, muy pronto bajo la dirección de Max Burger. "Revista de Investigaciones del Envejecimiento".

El Siquiatra Gruhle, uno de los fundadores de la misma se esforzó por introducir el planteamiento de ciertas cuestiones psicológicas en la discusión sobre los problemas relativos al envejecimiento, pero fue solo a partir de 1967 cuando se logró una colaboración auténticamente fecunda entre las distintas disciplinas científicas año en el que se constituyó Alemania Occidental la sociedad alemana para la investigación de la vejez. En el primer congreso que tuvo lugar en Nuremberg bajo la presidencia del profesor René Schubert, se cambió su nombre por el



de sociedad alemana de Gerontología, comprendía desde entonces una sección de psicología y otra de sociología.

En 1950 y durante un congreso celebrado en Lieja se fundó la sociedad internacional de Gerontología que reúne a científicos de las diversas especialidades y tiene por finalidad la investigación de los diversos procesos del envejecimiento. En dicho congreso internacional estuvieron presente 95 participantes y se pronunciaron 50 conferencias. El segundo congreso internacional tuvo lugar en ST-Louis (Hissouni, E.U.) bajo la presidencia de Cowdry se duplicó la cifra de comunicaciones y participantes. Junto a la sección de biología y medicina clínica ya existente se creó una sección de ciencias sociales.

El tercer congreso internacional tuvo lugar en Londres en 1954, bajo la presidencia de J.H. Sheldon, Bartlett, Welford han contribuido indudablemente al desarrollo de la Gerontología en Gran Bretaña.

El cuarto congreso internacional se celebró en Merano y Venecia el Presidente fue E. Greppi, fue especialmente notable el aumento de comunicaciones de psicólogos y psicólogos sociales, se acordó fundar una nueva sección de " Bienestar So-

cial" dentro de la asociación internacional.

Los detallados informes sobre los sucesivos congresos justifican la expansión de las investigaciones sobre el envejecimiento.

El V Congreso Internacional se celebró en San Francisco en 1960, cada una de las 4 secciones cubrió un apretado programa, la cifra de participantes se elevó a 1.100 científicos, representantes de 32 países.

El VI Congreso Internacional tuvo lugar en Copenhague en 1963 participaron 1.300 personas de 36 países.

El VII Congreso Internacional se celebró en Viena en 1966 (presidente W. Doberauer) participaron 3.000 miembros provenientes de 45 países.

El VIII Congreso Internacional en Washington en 1969 (Presidente N. Schoch). Se contaron más de 4.000 participantes los temas de las comunicaciones no se entraron ya unilateralmente en la medicina, se trataron también cuestiones biológicas y fisiológicas, incluida la fisiología de la nutrición. Los temas de psicología social y de sicología se discutieron. Hubo intervención que se ocuparon con mayor dedicación a las cuestiones

de investigaciones aplicadas y de asistencia social. El último congreso Internacional de Gerontología tuvo lugar en Kiev en 1972.

1.6 GERIATRIA

Geriatría viene del griego GERAS = Vejez e IATREYA = Curación. Parte de la medicina que estudia la vejez y sus enfermedades. La medicina está encaminada a aumentar la longevidad pero haciendo que esos años más de vida sean útiles y placenteros.

La colaboración del personal paramédico es invaluable en la Geriatría, las enfermeras, Trabajadores Sociales, las Terapistas Físicas, Ocupacionales tienen parte integrante y capital en los tratamientos.

La geriatría se orienta hacia tres fines.

1. Prevenir la enfermedad
2. Curar la enfermedad si se presenta y
3. Rehabilitación de las secuelas que pueden quedar

Examinemos cada uno de estos fines.

PREVENCION DE LA ENFERMEDAD : Es la parte fundamental y más importante de la Geriatría. Con ello pretendemos eli-

minar las causas que conducen a la alteración de la salud. De aquí se desprende la necesidad del chequeo médico periódico, que debe ser cada seis meses para las personas que ya pasaron de los 40 años y así al descubrir ciertas enfermedades en sus etapas iniciales tendremos las mejores posibilidades de curación o de tratamiento antes de que se hayan producido daños mayores o irreparables; muy conocidos son las campañas contra el cáncer que descubierto en sus comienzos es curable.

CURAR LA ENFERMEDAD SI SE PRESENTA. Si ya la enfermedad se ha presentado la labor del médico es combatirla, pero es muy importante la colaboración de la persona enferma con su médico tratante.

En los campos de la geriatría los tratamientos se vuelven más laboriosos ya que el médico debe tener la paciencia y el tipo necesario para vencer ciertas murallas que el enfermo de edad avanzada interpone con cierta frecuencia entre él y el medio ambiente que lo rodea y más aun entre él y el médico por el temor de que le sea descubierta alguna enfermedad grave o que él considere grave.

REHABILITACION DE LAS SECUELAS QUE PUEDEN QUEDAR:

Varias enfermedades propias de la edad senil dejan secuelas, -

que pueden ser pasajeras o permanentes y afectan las diversas capacidades físicas o mentales. Las más frecuentes son parálisis, trastornos de la plants demencia o trastornos de la razón, ceguera, pérdida de la audición etc., entonces es cuando entra el tercer fin que se propone la Geriatria o sea la rehabilitación, que consiste en habilitar de nuevo la persona a su antiguo estado o al menos al mejor estado posible.

Hay además otros campos también muy importantes de la Geriatria todos conducentes al cuidado del anciano. La dietética o alimentación es básica en ciertas enfermedades y es necesario en el tratamiento el buen equilibrio de los componentes de la dieta.

Los cuidados de enfermería son también fundamentales y es necesario tener en cuenta en los pacientes encamados la prevención de las escaras o lesiones en la piel, la vigilancia de la congestión pulmonar debida a una misma posición muy prolongada y la toma de medidas tendientes a evitar trastornos circulatorios en los pacientes en que el movimiento de las extremidades inferiores está restringido.





CAPITULO II

LA POBLACION EN EDAD AVANZADA COMO PROBLEMA SOCIAL

El solo concepto expresado de este acápite debe movernos a profunda reflexión sobre el caso que nos ocupa. El hecho de que la Vejez constituya un problema, o mejor el hombre en edad avanzada, se presenta como un problema social, se ha manifestado a través de la historia del hombre y de ello hay testimonio en los pensadores de la Grecia Clásica (Platón y Aristóteles).

Afortunadamente en algunas áreas desarrolladas del planeta o en países de alta concientización social se están desarrollando programas que dejan de lado esa concepción pesimista y están tratando de situar al hombre de edad avanzada en un verdadero contexto el que puede ser útil en la medida de sus posibilidades, para así destruir el sentimiento de culpa que tiene el anciano de que es un inútil o estorbo.

En nuestra sociedad se ha convertido en un mito el tratamiento del anciano constituyendo en si un verdadero problema la existencia física y la existencia social es un verdadero intringulio, en un callejón sin salida que hace ver al hombre de avanzada edad como un problema social al que hay que buscar una solución adecuada, pero que

hasta el momento no se ha podido encarrilar hacia esa salida o solución.

El problema ha sido tratado bajo aspectos diferentes, entre ellos el de las edades y su desnivelación. El hombre niño es un angel, el joven es un Dios, el maduro es un creador y el viejo un impotente un hombre desvalorizado. Sin embargo la realidad es otra; el niño no es más que un hombre en desarrollo, con todas las exigencias y necesidades de orden físico y con pocas soluciones racionales espirituales o de otro orden. En el niño el cuerpo progresa más que la razón. ⁽¹⁾

El joven no es un poderoso por razón exclusiva de su edad. No abundan en la juventud medios de poder, fuera de la propia fuerza. Casi todos los jóvenes están subordinados a otros poderes de gentes de más años que son quienes toman las decisiones. ⁽²⁾

En la edad moderna el hombre no es necesariamente un creador aunque esté en capacidad de serlo. La edad moderna es la época de las responsabilidades, la edad del compromiso, pero también de las grandes exigencias.

(1) Leher pag. 281

(2) Leher pag. 282





El viejo es frecuentemente más poderoso que el niño, que el joven, que el maduro; por su experiencia y su sabiduría las cuales usa - más libremente sin las limitaciones de las edades anteriores. (3)

Ante estos conceptos de Camil Ramírez, no podemos menos que - concluir que tal problema de la edad, en el hombre, no es más que un mito creado por la sociedad de clases, para ir aniquilando una fuerza de trabajo y desplazando a hombres que han dado a esa sociedad, sus años mejores, su fuerza, pero en la ancianidad a un le puede ofrecer su sabiduría y experiencia.

2.1 EL VIEJO EN LA HISTORIA

Para un intento de sinopsis histórica sobre el papel que ha desempeñado el anciano en el desarrollo social del hombre, es necesario remontarnos a los albores de la humanidad. Después que la comunidad primitiva dejó de ser nómada, para buscar - su asentamiento e iniciar una nueva era de producción en el conocido esclavismo. Naturalmente que el período de lucha por la supervivencia que constituyó la época en que el anciano tenía que ser desechado, porque se necesitaba fuerza para la lucha y era el joven o el maduro quienes podían ofrecerla, sin -

(3) Leher. Pag. 282



las limitaciones del anciano.

En la sociedad esclavista se proyecta al anciano como un hombre de gran importancia dentro del contexto social de la GENS en las diferentes áreas geográficas que se constituyeron en cuna de la cultura y la civilización.

En China, en esa cultura milenaria, Confucio llegó a legislar sobre las relaciones familiares bajo el principio de la obediencia al hombre de más edad, asimilando la vejez a la posesión de la sabiduría, lo cual es decreto por el mismo Confucio en estas palabras. " A los 15 años me dediqué a el estudio de la sabiduría a los 30 años me afirmé en él a los 40 ya no tenía dudas, a los 60 ya no había nada en el mundo que pudiera chocarme, a los 70 años podría seguir los deseos de mi corazón sin trasgredir la ley moral.

Los primeros textos conocidos sobre la ancianidad en Egipto fueron emitidos 2.500 anc. por el filósofo Ptha. Hotep. Describe él las penurias de la ancianidad, debilitamiento de los sentidos y de las facultades mentales, clasificando la ancianidad como la peor de las desgracias.

En contraste con la anterior posición está la del pueblo de Israel,



quien desde sus orígenes venera la vejez y le concede autoridad y sabiduría. Un hombre de edad proveya, Abraham, nacido de Ur Caldea, es el iniciador de la comunidad judía y cuando el pueblo Hebreo se divide en 12 tribus, cada una de ellas debe regirse por concejo de ancianos.

El núcleo familiar se desenvuelve en torno a los patriarcas que son viejos, al igual que los hechos sociales y políticos. Solo con el advenimiento de la monarquía, aparece un rey relativamente joven como es David. Pero en el sacerdocio se practica la política de ascender solo por la escalera de la edad.

El concepto de la Biblia favorable a los ancianos continua desde los primeros hasta los últimos libros, la longevidad aparece bíblicamente como una recompensa a las virtudes especiales, la justicia. Por el contrario la abreviación de la vida era un castigo a la impiedad. Los proverbios dicen: El temor de Jehová, aumentará los días, pero los años del imperio serán acortados y el levítico: delante de las canas te levantarás y honrarás el rostro del anciano.

La iglesia adoptó esta concepción del pueblo judío y la aplicó a sus relaciones sociales y religiosas. El mismo Cristo colo-

có a un anciano como primer para, cuya tradición se continúa practicando hasta la alta edad media, período en el cual todos los papas fueran viejos, con una interrupción al final de la edad media (Concilio de Trento) cuando se dieron algunos papas jóvenes, siendo restablecida la costumbre hasta nuestros días, cuando a pesar de sus 58 años el papa reinante Juan Pablo II, aparece como joven.

La Grecia Clásica muestra su aprecio hacia la edad provetta tipificando la sabiduría en los gerontes. En Homero se encuentran alusiones a la capacidad propia de la ancianidad y la disposición de los jóvenes a someterse al concejo de ancianos.

Platón en la República adopta una postura de máximo respeto por las vivencias de la vejez, resaltando los agentes individuales del envejecimiento. Pone en boca de Céfalo, anciano padre de Polemano, la afirmación de que algunos ancianos se quejan del trato que reciben o meditan tristemente sobre sus pasadas alegrías. Considera que las vivencias del ocaso de la vida se ven muy determinadas por la existencia que se ha llevado en la juventud y en la adultez. ⁽⁴⁾

la juventud y en la adultez.
(4) Pag. 17 Leher.



Aristóteles traza una imagen más negativa del anciano, en su retórica advierte el afán de disputa de los ancianos, considerando que la vejez significa deterioro y miseria, afirmando que la vejez es una enfermedad natural. Este concepto fué reafirmado más tarde Seneca quien dijo que la vejez es una enfermedad incurable. Sin embargo Galeno de Pérgamo, estuvo opuesto a ese concepto al afirmar que si bien la vejez tiene sus achaques no es una enfermedad porque estaba en contra de la naturaleza cosa que no se ve en la vejez.

Roma recoge el pensamiento de Platón no solo de tipo filosófico, sino también social y político. Cicerón es el encargado de transcribir ese pensamiento afirmando que el aumento de entendimiento y razón, de ponderación y tolerancia, de capacidad de juicio y de perspicacia, de dignidad humana y sabiduría solo se dan cuando ha sido ejecutadas durante toda la vida. No hay nada más hermoso que una ancianidad rodeada de una juventud que quiere aprender de ella.

La tradición Romana se continúa al intronizarse la edad media. Pero las condiciones sociales y económicas van a cambiar la praxis de ella. En el campo religioso aparece Cristo

como el centro de culto, como rey del universo y alrededor de él girará toda la concepción social política y religiosa de la época. Se introduce la devoción al "Niño Dios" y a su Madre María. La literatura se burla del anciano culminando con los cuentos de Bocaccio. Pero todo termina con el hecho de que se están formando los status nacionales, y la lucha militar es para los jóvenes; todo joven que triunfa es el gobernante de turno, pero lo que el viejo termina relegado.

Con el Renacimiento aparece una nueva concepción que va pareja con el nacimiento del capitalismo comercial y del florecimiento de la cultura, inspirado en el humanismo que va revaluando poco a poco la idea que se tenía de la ancianidad.

En el siglo XVIII los adelantos de la higiene y la medicina, hacen prolongar la vida, sobre todo en las clases privilegiadas, que comienzan desde ya su participación en la vida económica, política y artística de la Europa capitalista. El anciano simboliza ya la unidad y permanencia familiar. Es obligatorio asistirlo, por lo que el Anat Saint Pierre inventa la palabra "Beneficencia" por caridad cristiana y ser reemplazado más tarde por Filantropía.

Las injusticias literarias contra la ancianidad especialmente de autores como Bocaccio, Shakerspeare, Moliere, fueron rescatadas en el siglo XIX y así en Francia Víctor Hugo dice en los " Miserables": Se vé fuego en los ojos de los jóvenes, en los ojos del viejo se ve luz.

En el siglo XX conserva la rehabilitación literaria en el siglo XIX pero luego los medios de comunicación tienden a proscribir la imágen del viejo, en especial en el cine y la T.V.

2.2 EL VIEJO EN LA SOCIEDAD CONTEMPORANEA

Hoy por hoy el viejo ha recuperado su imagen perdida y los médicos, psicólogos, psiquiatras, sociólogos y otros científicos sociales se dedican a buscar a través de la investigación, nuevos tratamientos que coloquen al anciano en el lugar biológico, psíquico y social que le corresponde en el programa de nuestra sociedad contemporánea.

Si bien la burguesía comercial rescató al viejo de las garras de una sociedad retardatoria, la tecnología industrial está tratando de desplazarlo de la mano de obra activa en la producción, la cual está reservada a los jóvenes y maduros. Dada la veracidad de la superproducción capitalista actual, el anciano no tie-

ne la fuerza física suficiente para **responder** a ella, por lo cual gran empresa impone el retiro forzoso, la jubilación donde el hombre envejeciente tiene que acomodarse al ocio que le proporciona esa jubilación que va a ser causa posterior de la aceleración de la vejez, pues el hombre ocupado tiene la posibilidad de mantener su fuerza física y las condiciones biológicas de la edad propecta.

La sociedad europea actual es una sociedad de ancianos hechos causados por las condiciones sociales de planificación familiar, sin embargo han tratado de proveer condiciones de servicio social suficientes, para que esa sociedad cumpla con las funciones que se le han impuesto.

Los países socialistas ven hoy al anciano como un hombre que entregó su fuerza joven a la formación del Estado Socialista, un hombre que necesita que el Estado retribuya en sus condiciones actuales, en servicio social lo que él entregó en fuerza corporal, por lo que la atención al anciano es en la actualidad de una calidad extraordinaria en los países de economía socialista.

Estados Unidos ocupa un lugar prominente en la atención del

anciano dadas las condiciones laborales y de servicio social impuestas por el retiro de la actividad productora cuando se llega a la edad provecta. El gobierno estadounidense acepta y solicita la colaboración de personas que han sobrepasado la barrera de los sesenta, dada su experiencia y su estabilidad emocional.

La Unesco ha promulgado los "Derechos del Niño" y los "Derechos del Anciano" y después de siglo y medio de la declaración de los "derechos del hombre en Francia y en Argentina" Juan D. Perón proclama los derechos del anciano.

Sin embargo estos derechos son económicos o sociales de tipo asistencial. Mientras se le mantenga excluido de la humanidad, sin derecho a trabajar, a ser hombre como cualquier hombre, ese movimiento fallará desde su base, no basta el pan, ni la farmacia, se está fuera de la corriente de la vida.

2.3 LA VEJEZ Y LA SOCIEDAD DE CLASES

En este acápite vamos a presentar una relación concomitante entre la sociedad de clases (Capitalista) y la vejez, considerando una abstracción el concepto de ancianidad (Vejez) para lo cual trataremos de aclarar lo que significa sociedad de clases.

El modo de producción capitalista conlleva la formación de grupos sociales llamadas clases, donde una de ellas posee los medios de producción, de tal manera que puede comprar a través de un salario, la fuerza de trabajo de los otros grupos que no detectan esos medios de producción. En este sentido la clase dominante se le llama burguesía y la dominada proletariado, el cual puede contener en su seno subgrupos que reciben denominaciones diferentes, pero que a la larga van a ser siempre la clase dominada.

Este es el panorama que muestran todas las sociedades con relaciones de producción capitalistas y que en adelante vamos a denominar Sociedad de Clases.

Para nadie es un secreto el hecho singular de que estas sociedades tienen comportamientos sociales acordes con su filosofía y con las relaciones de tipo económico que en ellas subsisten. El hombre que pertenece a la clase dominante, siempre tratará de enriquecerse cada día que pasa, aunque para ello tengan que explotar a aquellos que le venden sus fuerzas de trabajo.

Ante esta situación un empresario no puede mantener entre su ejército laboral explotado a aquellas personas que por el paso

de los años han ido perdiendo su capacidad de trabajo, su fuerza física, por lo tanto se le impone una edad de retiro, lo cual pesa sobre el envejeciente, pues de ahí en adelante va a ser considerado como inútil como un vencido, como un estorbo en cuanto a la producción se refiere.

Por otra parte tenemos que observar las actitudes de los otros grupos (clases) con relación al sujeto en edad avanzada. Cuando la persona llega a su edad propecta, la sociedad en su conjunto forma de él una imagen que transcurre entre elementos como: aislamiento, soledad, dependencia y necesidad de ayuda, para concluir con el deterioro mental como algo natural y lógico. Las investigaciones adelantadas al respecto arrojan el siguiente resultado que resumimos así:

1. El hombre de edad avanzada tiene una imagen negativa entre grupos con orientación unilateral respecto a grupos relacionados de viejos. Aquí cambian los estereotipos y las generalizaciones injustificadas.
2. En grupos de jóvenes la imagen del anciano se acentúa negativamente mostrando una discrepancia creciente sobre el comportamiento real de los ancianos, sobre todo que se basa en parámetros de tipo restrictivo para hacer una eva-

luación del viejo, sin embargo en estos grupos cuando el evaluador crece en edad, el anciano va recuperando su imagen positiva y se reconoce un radio de acción amplio de comportamiento.

3. Ante un detenido examen se considera que la imagen del anciano ante estos grupos, no dependen únicamente de la edad del evaluador, sino también de su situación ante la vida, es decir las facetas de la personalidad de quien juzga, determina el juicio que se hace del anciano.

La situación del anciano en estas sociedades divididas en clases, no es nada envidiable a pesar de que algunas, en especial las sociedades desarrolladas económicamente tratan de compensar con una atención social el esfuerzo realizado por el hombre en sus años mozos, en la época en que capacidad física estaba dirigida a producir y que cuando esa capacidad disminuye con los años y se impone un retiro forzoso no debe dejarse a las calamidades sociales de la sociedad de clases.

Hoy el servicio social al anciano en los países llamados occidentales es de gran validez y el anciano en Inglaterra, Alemania, Francia, Bélgica, países bajos, España, Japón, Estados Unidos, tienen hoy un tratamiento de personas humanas y se trata como una perso-

na útil que puede ocuparse en oficios adecuados a su edad y no como minusválidos o estorbo social. Desafortunadamente no sucede lo mismo con los países subdesarrollados entre ellos Colombia donde el servicio social al anciano es prácticamente nulo donde se le considera como un estorbo, una lacra, cuando pertenece a los grupos mayoritarios explotados, o como una persona que hay que cuidar hasta la muerte, cuando pertenece a la clase dominante.

2.4 DEMANDA DE SERVICIOS DE LA POBLACION ANCIANA

En términos estadísticos la demanda de servicios por parte de la población envejeciente es alarmante. Como consecuencia de la baja en las tasas de mortalidad y ante la planificación interna a que está siendo sometida la población colombiana, el grupo de gerontes ha manifestado un crecimiento notable, a la par que se ha desacelerado el crecimiento económico en términos generales. Esta situación trae como consecuencia que la demanda de servicios en la actualidad y la que se presentará en el futuro, es de características dramáticas, dada la situación que no existe por parte del Estado Colombiano, una política definida para la atención al anciano, hasta el punto que en el Plan de Integración Nacional (PIN), que es un programa de

desarrollo socio - económico del actual gobierno, presidido por Julio César Turbay, se menciona muy por encima el caso de la población de más de 65 años, anotando que este grupo poblacional habrá crecido a un 1.600.000 y que el gobierno debe ir pensando en proveer asistencia social para ellos, en términos de seguridad social, jubilaciones, prestaciones, etc.

Pero la población anciana de la actualidad requiere que se le atienda en este momento, ya que sus necesidades no son a largo plazo y las circunstancias sociales de ellos, en especial los de la clase proletaria, exigen un tratamiento que les permita terminar su vida en condiciones humanas.

Tiene el anciano una serie de necesidades comunes a toda la humanidad, como también otros muy específicos en relación a su condición de avanzada edad, enumeremos algunas de ellas y veamos si en realidad se está prestando algún servicio por parte de la sociedad o si por el contrario, no se satisface la demanda por parte de esa misma sociedad.

2.4.1 ATENCION FAMILIAR

Por norma general el anciano, que ya no es mano de obra económicamente activa, representa una carga, ya sea por

el crecido número de los miembros de la familia, las dificultades económicas que ello trae como consecuencia, las condiciones de la vivienda y otras causas, hacen que muchas familias "resistan" la existencia del anciano, ansiando su muerte para librarse de esa "carga". Solo cuando el viejo tiene una posición, las familias en atención a ello presentan su colaboración por ser retribuida.

No queremos generalizar esta situación pero es común encontrar en la sociedad colombiana, existiendo el caso de muchas personas que en su madurez no pudieron conformar una familia, un hogar adecuado y estable; en la vejez quedan solo sin hogar, sin hijo, sin atención, para ir a engrosar las filas de pordioseros pululan en nuestras ciudades. He aquí una demanda social del anciano que es necesario prestar, para evitar problemas posteriores con un grupo humano que termina su vida, sin amor y sin esperanzas.

2.4.2 LIMITACIONES EN LA VIVIENDA

Uno de los problemas de mayor envergadura en la atención del anciano actualmente lo constituye la tremenda

limitación en la vivienda de ancianos. Al analizar el problema podemos abordarlo bajo dos aspectos, así:

- a) Desde el punto de vista cuantitativo, el déficit es altísimo, pues mientras hay una expectativa de atención por parte de unos 160.000 ancianos en Colombia, la oferta de camas en los centros de alojamiento de ancianos es mínima, pues cada centro no puede ofrecer más de 200 camas y el número total de esas instituciones no llegan a 600 (I.C.B.F.).

- b) Cualitativamente se nota aquí la magnitud del problema y que las aspiraciones y expectativas del proyecto colombiano no son muy halagadores esperando que el Estado provea los recursos necesarios para que ese grupo de hombres y mujeres que entregaron su fuerza y su espíritu y que hoy solo piden que se le dé abrigo y que se le permita subsistir hasta los últimos días de su vida.

2.4.3 ASISTENCIA MEDICA Y PSIQUICA

Otra de las demandas menos importantes por parte del viejo es el derecho a servicios médicos y psicológico para los achaques propios de la edad avanzada. En Colom-

bia estamos muy lejos de ofrecer este servicio a los ancianos que lo necesitan, primero los servicios médicos son costosos y el anciano de bajos recursos no tiene conque sufragar esos gastos y tampoco la familia puede ofrecérselos. En segundo lugar las instituciones de atención al viejo no cuentan con el número suficiente de profesionales que ofrezcan un servicio eficiente de acuerdo a las necesidades y aspiraciones de cada una de estas personas.

De cada institución de atención al anciano se puede hacer un análisis al tratar la atención médica solo hay un médico para un total de 500 pacientes y más, donde las circunstancias somáticas son diferentes y que requieren de tratamientos diferentes, hay otras donde el servicio médico tiene que ser pagado por el anciano o por los familiares.

Si en el campo de la atención médica anda mal, como será en el terreno del tratamiento psicológico y psiquiátrico. El viejo es una persona que por las condiciones de deterioro a que está sometido va modificando su comportamiento físico y por lo cual requie-

re de tratamiento permanente y así evitar la crisis de demencia senil que suele ocurrir en los ancianos que no han tenido una atención adecuada a sus condiciones físicas. La demanda de este servicio es tremenda, el profesional de la psicología o de la psiquiatría no se dedica a esta clase de servicios, sobre todo en aquellos establecimientos estatales de atención al anciano, donde por el poco sueldo y el atraso permanente en ellas, no prestan el servicio que debían prestar. Hay otras instituciones de tipo privado, semioficiales, religioso o filantrópico que brindan este servicio si bien con déficit cuantitativo, por lo menos se puede sentir su tarea de rehabilitación más que de atención preventiva. Hoy parece que otros profesionales están tratando de tomar conciencia del caso y es así como hay la preocupación por parte de los Trabajadores Sociales, Psicólogos, Psicopedagógico, que han visto la gran injusticia social del tratamiento al anciano y están buscando que las autoridades de salud busquen una solución rápida y adecuada para la gran problemática de la ancianidad, que pide se le reivindique



rio, la senescencia produce esa reducción?

La respuesta puede darse en estos términos : lo biológico es portador de energía y la energía es causa del envejecimiento se degrada progresivamente.

La biogerontología establece el respecto estas dos enseñanzas:

- a) El envejecimiento es un proceso general que afecta de manera semejante a los diversos tejidos y funciones.
- b) El envejecimiento puede recaer más especialmente sobre ciertos órganos y funciones en momentos diferentes para los unos y los otros.

Analizando el numeral primero, aparece el concepto de atrofia progresiva donde el primer nivel es la pérdida de peso que afecta a todos los órganos solo se diferencian por la rapidez con que se producen. Como segunda instancia aparece la modificación de la estructura de los tejidos y así las células cerebrales que no tienen poder regeneración se disminuyen de tal manera que en algunos casos esa disminución alcanza hasta el 20 ó 30% de su capacidad física y total.

Hay otras células que están en constante renovación, como la célula de la piel y los elementos de la sangre que también sufren modificación estructural de tal suerte que la piel tiende a ajarse, la epidermis se atrofia, se repliega en forma de arrugas, pierde lozanía, tancidad, elasticidad, palidece, aparecen manchas pigmentadas o barros sobre todo - en las partes que permanecen expuestas a los factores externos.

La senilidad va acompañada también de modificaciones bioquímicas generales. Se presenta acompañada de disminución en la cantidad de algunos minerales como potasio, magnesio, fósforo, mientras que aumenta la cantidad de sodio, cloro, calcio y agua los diferentes órganos del cuerpo van deteriorándose, aparecen enfermedades diferentes por defecto o exceso en el metabolismo basal. Puede mencionarse cada uno de ellos : el ojo es quizás uno de los órganos que más rápidamente se deteriora a la par del oído y así las enfermedades de la vida son comunes en la edad senil al igual que la sordera; dentro del ojo envejecen el cristalino, la córnea y el iris que endurecen y en la parte externa se deterioran los párpados y aparecen las llamadas " patas de gallo".

Las agresiones sonoras van produciendo lentamente la sordera en la medida que avanzan los años.

El aparato respiratorio sufre la consecuencia del envejecimiento en forma alarmante. Los problemas bronco - pulmonares aumentan, hay escloriosis pulmonar, aumenta la vulnerabilidad a las enfermedades pulmonares como el complejo de bronquitis crónica y complicaciones respiratorias.

El aparato circulatorio es otro de los grandes afectados por el deterioro senil, si partimos del corazón encontramos que es quizás el órgano que permanece con el mismo peso a través del proceso de la vida, sin embargo no permanece intacto por el contrario se endurecen sus cavidades se llena de grasa el pericardio y su capacidad de bombeo, va disminuyendo de unos 3 litros en la juventud, hasta unos 2.10 litros después de los 65 años.

Las arterias van tomando capas de grasas en sus paredes internas (colesterol, triglicéridis) lo cual produce en ocasiones obstrucción del torrente sanguíneo dándose las clases de ruptura conocida como trombosis.

Veamos que sucede con el aparato digestivo: El estómago se debilita, por lo que la secreción de l jugo gástrico es deficiente, trayendo como consecuencia una mala digestión, causal de traumatismo posteriores en el metabolismo. Esta mala - digestión se intensifica por la pérdida de los dientes como también de la atrofia del hígado y de las mucosas intestinales, lo que produce muy comunmente diarreas y otras enfermedades intestinales.

Por el envejecimiento también se modifica el funcionamiento del aparato urinario, que en los riñones se manifiesta por la pérdida de peso y la aparición de nefritis ascendente y descendiente, producidas por el torrente sanguíneo, que ya no tiene la filtración requerida. Surge además los problemas prostáticos que en el adulto y más que todo en el anciano, se manifiesta por el crecimiento de ella produciendo problemas en la micción.

Los huesos en el anciano también sufren los efectos del envejecimiento hasta el punto que llega a producirse la osteoporosis, enfermedad caracterizada a porque los huesos adquieren apariencia porosa, de tal manera que se vuelvan frágiles, de ahí que

es muy fácil de que el anciano se fracture especialmente la cabeza del fémur, que tantos ancianos han quedado cojos. También hay que conocer que en algunos ancianos se produce hipercalcificación, de tal manera que en la columna vertebral aparecen especie de ganchos o uñas, quizás este fenómeno llegue a producir las desviaciones de la columna, como la lordosis o la sifosis.

Toda esta situación física del anciano concluye en el deterioro del sistema nervioso donde se va perdiendo los reflejos sensorio motor se deteriora de tal forma que el andar se vuelve vacilante y se va perdiendo el sistema de equilibrio, las sensaciones se deterioran, se hace el viejo vulnerable al frío y por último las facultades mentales comienzan a descender.

En el aspecto social es no menos importantes entrar en consideraciones de tipo de relación social del viejo.

En algunas partes del presente trabajo habíamos informado acerca de la problemática familiar del anciano y sus implicaciones sociales, sólo que ahora hay que agregar otras formas de relación social que afecta la vida del hombre de edad avanzada.

Al viejo en primera instancia está considerado por la sociedad en donde ha vivido como una persona que solo causa problemas a los demás, como un estorbo, como algo que hay que eliminar, lo cual causa amenudo traumas de tipo socio-social en el anciano. Para nadie es un secreto que el anciano se encierra en su mundo interior, en su vida de recuerdos, porque socialmente no puede compartir su vida con los jóvenes, porque estos lo consideran pasado de moda o simplemente "chuchos".

Ante esta situación el viejo tiene que adoptar actitudes de defensa, que le permitan al menos vivir los años que le quedan, aunque socialmente sea un relegado, a quien no se le tiene en cuenta para nada. Esta situación se agrava en el viejo que ha quedado solo, ya que va a terminar en la calle sin ayuda de nadie y con la única solución de mendigar su sustento.

La otra forma de relación social la constituye el fenómeno de la atención estatal al envejeciente. Dentro de esta problemática el viejo se encuentra más frustrado que en todas las demás relaciones sociales por las mismas circunstancias en que se ofrece esa atención como en todos los elementos de la política social del Estado Colombiano, son más los elementos frustan-

tes que aquellos que pueden proporcionar gratificaciones. La atención del anciano no puede ser una excepción; los establecimientos que pueden ofrecer atención al anciano mantienen la capacidad suficiente para internar a quien solicite esa atención, tiene que entrar a funcionar el tráfico de influencias para que se atienda al viejo quedando relegado los demás a una vida de privaciones, de sacrificios, de frustraciones y de necesidades, no sucede lo mismo con el anciano de alto ingreso, cuyos familiares pueden ofrecerles dentro de su mismo hogar o en un asilo la atención de enfermeras pagadas o de servicios profesionales, porque están en capacidad económica de hacerlo. Los ancianos retirados conservan su pensión de jubilación, por lo que cuentan con recursos suficientes hasta el fin de su existencia, lo cual le permite vivir con un poco de más dignidad y con mejor atención que aquellos que solo cuentan con sus esperanzas y con la ilusión de que se proporcionará una forma de terminar sus días con alegría y además colocado en una sociedad que le permita considerarse una persona, una individualidad que necesita ser reconocida como tal y que no vaya a quedar marginado de una vida social a que tiene derecho.

Desde el punto de vista económico la problemática de la ancianidad se vuelve más crítica partiendo del hecho de que el anciano pasa a ser mano de obra económicamente inactiva, debemos considerar que la sociedad capitalista sometida a un proceso de superproducción donde se necesita fuerza de trabajo joven, tiene el viejo que ser relegado a vegetar, a quedar marginado de la producción.

Las empresas capitalistas compran las fuerzas de trabajo del proletariado, hasta la edad en que ellos consideran que pueden ser explotados después de ella comienza un proceso de tratar de retirarlo de su trabajo cuando por circunstancias laborales no pueden hacer eso, se resignan a darle una pensión de jubilación, obligándole a un retiro forzoso que en Colombia se establece a partir de los 55 años en el hombre y de 50 años para la mujer.

Un caso diferente es el anciano al servicio del Estado, donde el retirado le dan su pensión de jubilación después de un papaleo que le quita por lo menos tres años y que luego termina en el hecho de que se le van acumulando las mesadas porque no existen los ancianos suficientes para cancelarlos por lo que se ven en la necesidad de venderlas a altos intereses

a agiotistas u otras especímenes que en combinación con los pagadores, auditores y otros funcionarios de la caja de servicios sociales, quitan hasta un 50% de esas pensiones o de auxilios de cesantía.

Y que decir del anciano campesino que entregó la vida al servicio de patronos, terratenientes, que con sus fuerzas joven sacó a la tierra sus mejores frutos, que ayudó a enriquecer a los poseedores de la tierra y que al llegar a la ancianidad, solo alcanzan a quedarse en un rancho, sin más ayuda que sus hijos, si los tuvo, de no esperar la muerte bajo las condiciones económicas más demigrantes terminando casi siempre en la mendicidad o reclusión en un lugar donde la atención es nula y que solo espera la muerte para poder recibir el otro.

La financiación de cualquier programa de atención debe tener en cuenta una verdadera planeación que sea producto de un estudio serio de la situación de la población envejeciente, para que no se vaya a diluir un presupuesto que puede servir de mucho si se planifica y se busca una solución a la problemática social y económica.

Desde el punto de vista de la atención por parte del Estado, el factor económico siempre ha sido el centro del problema, pues sino hay en el presupuesto nacional partidas suficientes para fomentar una empresa de esta naturaleza, es lógico que las políticas trazadas no cumplan sus objetivos y por lo tanto sigue sin solución el gran problema de la asistencia a ese grupo humano que constituye los hombres y mujeres que han llegado a la vejez.



CAPITULO III

ATENCION DEL ANCIANO EN SOCIEDADES AVANZADAS DEL MUNDO CONTEMPORANEO

A través de la historia se han buscado formas de tratamiento al viejo, unas veces con la imagen del viejo en primer plano, otras veces colocándolo en situaciones deprimentes, pero siempre considerando al anciano como una persona que pertenece al núcleo social y que en cualquier orientación se tendrá que tener en cuenta.

En el mundo occidental la atención se presta a partir de la condición económica del viejo, o por afecto o desafecto de la familia, - por un lado y por otro, por la beneficencia o la caridad para pocos afortunados, pero la caridad, la beneficencia o la filantropía solo han cubierto una parte del área de la problemática. Sin embargo - toda esta atención viene a darse después de la primera guerra mundial, cuando en el año veinte se legisló sobre los derechos del senescente como son las pensiones, asistencia social y medicación. Es quizás en Francia donde primero se legisló sobre esos derechos del anciano y donde el Estado sube un 100% de la nutrición, techo y medicación. Sin embargo, en la misma Francia se prevee que esa situación no podrá mantenerse hasta el año 2.000, considerándose

que los costos de la atención a la ancianidad son muy elevados y constituyen una carga social. En igualdad de circunstancias están Estados Unidos e Inglaterra.

El tratamiento ideal del senil, es el familiar, dado que es allí donde el viejo logra su mejor estar, su realización, por que allí no se le exila de la humanidad ni se le desintegran sus intereses, pero ello requiere de recursos económicos adecuados y de sentimientos familiares muy amplios; pero desgraciadamente no siempre es posible tener lo uno y disfrutar de lo otro.

Este tratamiento familiar cada día va siendo reducido debido a múltiples circunstancias tales como el crecimiento mismo de las ciudades, las costumbres de la sociedad de consumo, la disminución del espacio de la vivienda, el egoísmo, la desintegración familiar, el recurso del asilo o el hospicio y ante el desalojo del viejo de la realidad hogareña ha permitido que proliferen muchas instituciones de tipo privado que obtienen ganancias en la atención a ancianos que pueden sufragar esos gastos. En esa forma han aparecido residencias, pensiones y hoteles, que en países como Estados Unidos llegan a cotizar en las bolsas de valores y en Bogotá construyen complejas residencias para parejas de la tercera edad. Sin embargo, su utilización ha sido lenta porque fueron hechas para compartir con otras pa-

rejas esa comunidad habitacional para los ancianos de clase media han preferido su privacidad individual y no les agrada la colectividad.

Hay algo que es necesario tener en cuenta, dada la importancia capital que tiene y es considerar que el margen de las circunstancias políticas, culturales, sociales y económicas de los diferentes pueblos. Hay una verdad que es la penuria.

Ningún tratamiento al anciano será satisfactorio, integral o completo, si se reduce únicamente a pan, techo y medicación el hombre necesita ante todo ser considerado como el hombre que es. Con sus posibilidades de realización y actuación y participe adjunto de su propio destino. El viejo tiene posibilidades de autoservirse en muchos aspectos de su vida y la pasividad lo que hace es acelerar el proceso del envejecimiento, cuando hay incapacidad o limitaciones reales, se justifica la atención en exceso, pero cuando no se dá este caso sería perjudicial para el anciano suplantarle en situaciones que él mismo puede realizar, porque llegaría a situaciones traumatizantes creándose complejos de inválidez y limitaciones ficticias a lo cual son dadas los ancianos en especial las mujeres. Estas consideraciones deben llevarnos a un planteamiento consistente de políticas de tratamiento al senescente en donde se vea al anciano co-

mo persona y no como una carga familiar, social o económica que hay que salir de ella en el menor tiempo posible.

Todo esto puede traer estos pensamientos : el mejor tratamiento para el anciano en su reeducación y capacitación para que aprenda a ser útil y ante esta situación poder ser aceptado en nuestra sociedad de consumo, en donde es útil solo la persona que produce a pesar de que no hay un patrón de tratamiento al viejo es preciso que se tracen programas de asistencia, porque el problema ha crecido y la ancianidad en los últimos 50 años ha crecido y cobrado tanta importancia que se ha colocado a la cabeza de la problemática social; y que en la medida en que la población infantil decrece, la población anciana crece y se hace más saludable y capaz.

Bajo estos parámetros es necesario hacer un recorrido por los principales países de la esfera mundial, es decir los países desarrollados; a ver que han hecho ellos para atender a sus ancianos, que innovaciones tienen, cuáles son sus expectativas y que pueden los países del tercer mundo aprender de ellos.

Comencemos con el modelo Soviético :

3.1 MODELO SOVIETICO

Siendo la Unión Soviética el prototipo de sociedad socialista

es bueno analizar las circunstancias de atención a la ancianidad en los diferentes aspectos. No estando sometido el pueblo ruso a las circunstancias de explotación capitalista, la asistencia social debe tener matices de avanzada pues ya no se mira con la lupa de obtener ganancia, sino con la intención de que el hombre que ha colaborado a la formación del Estado socialista, deben tener en su vejez una compensación social, que lo identifique con la misma sociedad que ayudó a formar.

No se trata de utopías, sino que el Estado socialista provee las políticas de tratamiento adecuadas a las condiciones humanas y con la circunstancia de no haber la ambición de intereses económicos, la atención a la población de edad avanzada debe ser superior a la ofrecida en otras sociedades con diferencias de intereses, por lo cual vamos a ofrecer estos datos.

3.1.1 EDUCACION

Los centros de educación en la Unión Soviética están ofreciendo cada vez nuevas especialidades a la población anciana como forma de especializarse y además de reeducarse y así obtener más ingresos y gozar de

una pensión total, no es una tarea sencilla para el Estado Socialista, ha estado dedicado a hacer de los ancianos un grupo que no sea una carga social sino que por el contrario a través de programas educativos adecuados se integren a la producción y mantengan en cada familia un nivel de ingresos acorde con las necesidades de cada uno. Haciendo una comparación con los programas de asistencia ofrecidos en Colombia, encontramos que no estamos en condiciones de ofrecer cursos de especialización a los ancianos para que al salir puedan ocuparse en cargos que se acomoden a situaciones, que se incluyan dentro de la producción social y que no dependan solamente de una pensión, o en el peor de los casos de la familia, o de la beneficencia oficial. Si bien es cierto que el anciano no tiene la capacidad física de trabajo para una producción normal, si puede desempeñar oficios que le permitan independizarse económicamente, tales como empleos parciales en los servicios de comunicación, agentes de seguros médicos, profesores, etc, es esta la situación que se debe afrontar para que se haga justicia

a un conglomerado humano que cada día crece y por consiguiente exige que se le dé la oportunidad de una integración social.

3.1.2 EMPLEO

Según un estudio del Instituto de Gerontología de Kiev, la población anciana en la Unión Soviética ha aumentado, por lo tanto el Estado Socialista tiene que ir aumentando la cantidad de ocupaciones en que los jubilados puedan obtener ingresos. En los últimos diez años el número de jubilados que trabajan ha tenido un incremento del 2.5%. Ese mismo estudio estipula que el ingreso medio de una familia, con una persona anciana que trabaja es un 20% más alto que aquellas familias que no poseen ningún anciano trabajando. Aparte de un mejoramiento del bienestar material se reconoce que el empleo continuo es una forma de mantener un papel apropiado y prestigio, una mayor vitalidad y una satisfacción moral en la vejez. Con el deseo de aumentar el tamaño de la fuerza laboral entre los ancianos, los soviéticos han programado una mayor atención a la salud y a las condiciones de tra-

bajo como es el caso de sustitutos de las labores domésticas, porque hay mujeres ancianas que por condiciones de salud y por las obligaciones domésticas, no le permiten tomar otra clase de empleo.

Una amplia encuesta a las personas en edad de jubilación (60 años hombres, 55 mujeres) determinó que el 19.7% pueden trabajar normalmente, 41.9% tienen limitaciones de trabajo, 32.4% están parcialmente impedidos y que un 6% están totalmente impedidos, ante esta situación el Estado Soviético determinó que la población anciana podía liberar a muchos jóvenes empleados en oficios que podían desempeñar los viejos y ocupar a esa mano de obra joven en oficios más exigentes. Se pusieron en contacto con las empresas de las diferentes ciudades, para que hallaran empleos de jornada parcial a aquellos ancianos que no querían quedarse en casa. La información así obtenida se envió a la oficina de empleo de la ciudad, la que puede ofrecer ahora una amplia gama de empleos a los viejos.

3.1.3 SERVICIOS DE SALUD

El Instituto de Gerontología, de la Academia de Ciencias Médicas de la Unión Soviética ha formulado las siguientes pautas para la atención médica de los ancianos.

- a. Los servicios médicos deben estar situados cerca de los lugares de residencias de los ancianos, sea en policlínicas o por servicios domiciliarios.
- b. La atención geriátrica debe ser parte integral de un sistema de atención preventiva y debe proporcionarse en la Unión Soviética.
- c. La determinación de formas específicas de organización para prestar atención a los ancianos debe depender de factores como, su condición de salud, características de su vivienda donde residen, la estructura de edad de la población.

Como hemos anotado en la Unión Soviética hay asistencia domiciliaria a los ancianos que están a cargo de residencias situadas a corta distancia, que los proporciona en forma regular sábanas, camas, comidas, servicios de enfermería y libros. Cualquier similitud -

con los servicios en Colombia es pura coincidencia. En las zonas rurales de la Unión Soviética, las granjas colectivas proporcionan a sus ancianos verduras, cereales, carnes y productos de lechería a precios reducidos, como también hacen reparaciones de los hogares, cuidan de los jardines y les suministran combustibles sin costo alguno.

Estos estudios de los servicios de salud indican que hay un descenso en las tasas de morbilidad, en la medida en que hay un mayor contacto con los servicios médicos, para ellos se estableció el servicio gerontológico en forma domiciliaria y en las granjas colectivas en donde las enfermedades más comunes que se presentan son: arteriosclerosis, hipertensión, neumonía crónica, se incluyeron accidentes en las causas de la morbilidad establecida por la población rural.

3.2 ALEMANIA FEDERAL

Otro de los países líderes en el mundo es Alemania Federal, país con un modo de producción capitalista, pero donde sus características sociales, no determinan una explotación exa-

gerada como se encuentra en otras naciones capitalistas sean desarrolladas o en vías de desarrollo, las condiciones de asistencia social a las personas de avanzada edad se pueden determinar en el siguiente marco de referencia.

3.2.1 EDUCACION

En la educación del viejo en Alemania Federal de postguerra, cumple un papel importantísimo, la Iglesia protestante que ha construido establecimientos de reeducación y especialización para miles de ancianos en toda la nación. En estos establecimientos se enseña oficios y especialización a personas de avanzada edad que aún son útiles, para que se proveen sus necesidades, sin tener que recurrir a la beneficencia social o privada. Allí se les reeduca en cuestiones comerciales, educativas de control, artesanía, artes y naturalmente la religión.

Los establecimientos se construyen a un costo promedio de 3.5 millones de dólares y cuentan con talleres, auditorio, una moderna biblioteca y salón de seminarios, al igual un centro que servirá como experimental para la educación del anciano.

3.2.2 EMPLEO

La República Federal Alemana es política de mantener en condiciones sociales adecuadas a su población envejeciente, que dicho sea de paso ha crecido gradualmente, trató de mantener a un nivel ocupacional, a aquellas personas que ha tenido que retirarse de sus empleos habituales por motivos de la edad avanzada. Para ello se ha legislado con el fin de que se mantenga la especialidad de cada uno de ellos para que pueda ser ocupado en ella, aunque a un nivel de nuevas intensidades que cuando la ejercía normalmente.

En Munich hay una entidad que se llama Cáritas, cuyos objetivos sociales lo han dirigido a buscar ocupación a miles de ancianos retirados, ya sea en pequeños talleres establecidos por ellos o realizar trabajos domiciliarios de bajos costos, al cual pueden agruparse personas que en la actualidad se encuentran desempleados.

Cáritas hace hincapié en los oficios especializados,

es decir aquellos que no pueden realizarse en el hogar por necesitar de implementos de tipo técnico, que hay que buscarlos en talleres especializados o en los centros industriales, para sí poder realizar una labor de acuerdo a la profesión de cada jubilado. Al mismo tiempo Cáritas provee esta clase de empleos a otras personas de edad avanzada para que realicen trabajos a bajo costo.

3.2.3 SALUD

Nadie puede desconocer el tremendo desarrollo de la medicina y los servicios de salud de los países de Europa Occidental, entre ellos Alemania Federal. Estos desarrollos han sido puestos al servicio del pueblo en general, que naturalmente debe beneficiarse con los adelantos que ha alcanzado la ciencia en su pueblo, también alcanza ese servicio a las personas que en una u otra forma, no tienen un empleo que garantice ingresos adecuados y además aquellos que tuvieron que llegar al retiro de su empleo, por haber alcanzado una edad superior a los 65 años.

En lo referente a estos últimos individuos hay centros hospitalarios dedicados al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la vejez, para lo cual dedican todos sus recursos, a su vez ha alcanzado superar su crisis, se envía a los trabajadores sociales, quienes van a buscar la total recuperación social y ubicarlos a su medio ocupacional.

Hay otra clase de servicios que se presta a los ancianos totalmente inválidos, que tienen que movilizarse en sillas de ruedas, se han construido centros asistenciales, donde puede concurrir ancianos y para llegar a los pisos superiores hay rampas y elevadores especiales, lo mismo que los baños se abren solo con oprimir un botón, facilitando la concurrencia a ellos.

Hay también en Buhin un servicio especial que se llama el "Pertz mobi", para conservar en estado higiénico a los hogares de los ancianos. Consiste el servicio en que un anciano llama al pertzmobil para que le practiquen el aseo general a su vivienda y para que purifiquen el ambiente hogareño.

Como se trata de un país capitalista el servicio cuesta un promedio de cinco dólares para aquellas personas que están en condiciones de pagarlo; del mismo modo a los ancianos que por condiciones de trabajo o salud no pueden cubrir ese precio, el bienestar social se hace cargo de ellos.

El servicio social en Colombia, debiera hacer un análisis serio de estas situaciones de cada país desarrollado para sino imitarlos por lo menos, buscar algo semejante que alivie la penuria en que se desenvuelve ese grupo de personas ancianas.

También se provee en Alemania la asistencia médica en el hogar. Las familias alemanas, no tienen dificultad en atenderles a los enfermos que han sido dados de alta en instituciones, pero que aún requieren de los cuidados necesarios para su recuperación. Las estadísticas actuales señalan que hay en Alemania más de tres veces más ancianos atendidos en el seno familiar que los atendidos directamente en las instituciones del servicio social lo que demuestra el espí-



ritu de solidaridad de la familia alemana.

3.3 ESTADOS UNIDOS

Estados Unidos tiene una de las asistencias sociales más desarrolladas del mundo. Dada su condición de potencia mundial de país capitalista por excelencia, tiene los recursos necesarios para proveer esa asistencia en las condiciones que lo requiere los grupos humanos que necesitan de ellos.

3.3.1 EDUCACION

Con relación al anciano, la educación en Estados Unidos se provee desde la infancia de tal manera que su vida adulta la realiza en su empleo, oficio o comercio y cuando llega la edad de retiro solo tiene que conservar su especialidad para ejercerla en sus nuevas condiciones o sencillamente disfrutar de su jubilación, que en ese país es adecuada a las necesidades de la población vieja. La seguridad social es pues en Estados Unidos de alta ejecución y el Estado siempre está vigilante y el mismo ciudadano también para que no se violen los derechos de asistencia que tiene el pueblo norteamericano.

3.3.2 EMPLEO

La población anciana de los Estados Unidos tiene la -

ventaja que cuando llega a su edad de retiro, además de recibir su pensión de jubilación por parte de la empresa y vigilada por la seguridad social, las empresas utilizan los servicios del anciano retirado, como consejero en las actividades que desarrolló durante su vida activa, lo que le proporciona un ingreso adicional y por consiguiente mejor situación social.

Además de estas actividades adicionales, el Estado y la empresa privada procuran empleos " Part Time " a aquellos ancianos que están en condiciones físicas de hacerlo con el fin que el anciano no quede en condiciones de ocio que acelera su envejecimiento. El anciano además ejecuta trabajos particulares de acuerdo a su especialidad y que permiten una ocupación adicional o ingresos más altos.

En la actualidad las ciudades policiales norteamericanas están empleando una política de empleo para aquellos agentes que han llegado a la edad del retiro los utilizan como agentes auxiliares sin armas, en la entrada de espectáculos públicos; en el tráfico,

control de multitudes o en otras situaciones donde no se necesite de una fuerza física que ya no tiene el anciano. Esta política ha dado buenos resultados debido a l hecho de que los bajos sueldos de la policía no permiten el reclutamiento de nuevos agentes.

Cuando se desea, se puede llevar a cabo programas y políticas que lleven el nivel social y económico de una población americana creciente que necesita ser útil a su sociedad.

3.3.3 SALUD

Cada uno de los Estados de la unión norteamericana ha trasado programas y políticas con relación a la asistencia médica y de salud en general de las personas indigentes y los ancianos retirados.

Como la gran preocupación federal ha sido el disminuir enfermedades tales como la hipertensión, neumonía, existen políticas de tipo preventivo de esas enfermedades para lo cual se somete a visitas a los niños en las escuelas, con especial intensidad para aquellos que ha sobrepasado supeso normal, porque

nicas de recuperación, sobre todo para atender la demanda de estos servicios, especialmente de las mujeres ancianas, que están solteras y no pueden cubrir gastos asistenciales. Hubo así un aumento de 510.180 camas en 1963 a 1.107.358 en 1975.

El estímulo económico proporcionado por el Estado norteamericano, a llevado el incremento de las camas en estos establecimientos y además ha procurado el traslado de pacientes con enfermedades benignas a centros como los ancianatos, hogares de ancianos, donde se les puede proporcionar asistencia y así desalojar las camas de las clínicas de recuperación que pueden ser ocupadas por pacientes que lo necesitan más urgentemente, que las personas que pueden ser transferidas. Además se estudia la posibilidad de que la familia norteamericana a pesar de su ocupación se encargue de los cuidados de pacientes ancianos cuyas enfermedades sean de tipo benigno y que no requieran de los cuidados intensivos de una clínica o de un hospital.

3.4 LA ATENCION DEL ANCIANO EN SUIZA

Un estudio de las condiciones de vida de las comunas rurales suizas, determinó que son considerablemente mejores que las ofrecidas por los países desarrollados en Europa y norteamérica. Veamos algunos aspectos de esa situación social.

- a) El ingreso medio del anciano suizo es de más de 14.000 dólares anuales ingresos que le permiten su standard de vida sin complicaciones de tipo económico. Lo anterior es consecuencia de condiciones de trabajo del anciano ya que pueden seguir trabajando en jornadas completas o parciales y así un 21% de los hombres en retiro y el 10% de las mujeres en las mismas condiciones, laboran normalmente en sus actividades habituales. Esta situación es más psicológica que económica, pues las pensiones privadas aseguran un ingreso adecuado en la vejez.
- b) Otro factor de bienestar social es la posesión que el anciano tiene de bienes materiales tales como casa y entre las condiciones de esta, las instalaciones sanitarias y de cocina, elementos mecánicos y eléctricos para el mantenimiento del hogar.

El espacio vital de que disponen en sus residencia es más amplio que lo que poseen ancianos de otras latitudes, hasta el punto que solo un 5% - 10% de los ancianos viven en condiciones habitacionales realmente difíciles.

- c) En el campo de la salud, también el anciano va la vanguardia a nivel mundial, las limitaciones que tienen son prácticamente bajísimas descontando algunos de tipo visual o auditivos, un 91% de ellos están en capacidad física para realizar las tareas del diario vivir y solo un 4% depende totalmente de la asistencia externa el 85% de esas personas gozan de una capacidad mental total, un 10% tienen limitaciones y solo un 5% tienen lecciones relativas a la memoria física o temporal.

3.5 LA ATENCION DEL ANCIANO EN EL JAPON

La tendencia soviética de conservar el viejo en familia y permitirle la continuación del desarrollo y el ejercicio de su individualidad coincide con la japonesa, no obstante la enorme diferencia histórica y actualmente estos dos pueblos. Los rusos nuevos en cultura y civilización antiguísimos los japoneses, emparentados con la civilización china diez veces milenaria socialista marxista la sociedad rusa. Individualista

CAPITULO IV

POBLACION EN EDAD AVANZADA EN COLOMBIA

4.1 EL PROBLEMA EN CIFRA

Siempre ha habido ancianos, en épocas anteriores eran pocos en número, tenían un papel positivo, gozaban de una posición social aceptable. Pero el continuo crecimiento de la población, debido a la disminución de la tasa de mortalidad, a las campañas contra las enfermedades y a la explosión demográfica, hace que en nuestro país se incremente este grupo de población y en algunos años el número de ancianos será muy alto.

En 1951 había en Colombia un total de 11.548.172 habitantes, de los cuales 575.580 eran mayores de 60 años. De éstos, 276.245 corresponden al sexo masculino y 308.345 al sexo femenino.

En 1964 el total de la población era 17.484.508, correspondiendo al sexo masculino de más de 60 años 404.211 personas y ancianos 460.017 con un total de 864.228 personas mayores de 60 años.

En 1970, esta población aumentó en un total de 21.117.800 habitantes y a 1.039.500 los ancianos de estos 484.700 del sexo masculino y 554.800 del sexo femenino.

Se estimó para el año 1975 una población de 24.717.300 y 1.205.800 ancianos.

En 1980 las proyecciones serán de 28.979.600 habitantes y 1.402.600 ancianos. O sea, un 4.96%, 4.87% y 4.85% respectivamente en los últimos tres años anotados. De los cuales corresponden a la ciudad de Barranquilla 52.952 personas de 60 años de edad y más (según datos del DANE).

La proporción de Ancianos en Colombia no es tan alta y el porcentaje disminuye paulatinamente, en comparación con otros países donde el número de personas de edad aumenta proporcionalmente. Esto se explica por la explosión demográfica de Colombia. Ver Cuadro No. 1.

CUADRO No. 1

Grupos de Edades	1951	1964	1970	1975	1980
60 - 64	224.252	339.963	411.700	472.600	552.600
65 - 69	124.862	189.549	228.700	268.300	308.000
70 - 74	103.127	148.987	179.200	209.400	245.800
75 - 79	51.192	83.697	97.500	114.000	133.300
80 - 84	41.436	57.136	70.300	79.000	92.500
85 - y más	30.721	44.896	52.100	62.500	70.400
Total :	575.590	864.228	1.039.500	1.205.800	1.402.600

El siguiente cuadro estadístico comparativo , según sexo y edades, nos muestra que la sobrevivencia de la mujer es superior a la de los hombres en todos los grupos de edades apreciándose esta diferencia en los grupos de 80 años y más. Ver cuadro No. 2.

CUADRO No. 2

Grupos de Edades	H O M B R E S		
	1951	1964	1970
60 - 64	107.313	163.818	197.200
65 - 69	61.523	92.211	111.400
70 - 74	45.952	68.296	81.900
75 - 79	23.794	39.384	45.200
80 - 84	16.629	23.652	29.300
85 y más	12.034	16.850	19.700
Sub-Total :	267.245	404.211	484.700
	M U J E R E S		
60 - 64	116.939	176.149	214.500
65 - 69	63.339	97.338	117.300
70 - 74	57.175	80.691	97.300
75 - 79	27.398	44.313	52.300
80 - 84	24.807	33.480	41.000
85 y más	18.687	28.046	32.400
Sub-Total :	308.345	460.017	554.800
Total :	575.590	864.228	1.039.500

En la actualidad el aumento de los ancianos en Colombia y especialmente en Barranquilla por ser esta una ciudad industrializada es un hecho real y en los años venideros será mayor si nuestra sociedad alienta la investigación para salvar vidas humanas, no puede escapar a la responsabilidad de las vidas llegadas a la vejez, " la ciencia no solo añade años a la vida, sino debe añadir vida a los años", (1)

El anciano, por su estado natural de debilidad física, necesita en primer lugar reposo, tranquilidad, alimentación adecuada, dormida cómoda y todos los servicios infraestructurales, sociales y de salud que demanda la población en edad productiva, lo que nos lleva a considerar que en Barranquilla existe una población de 50.000 personas (aproximadamente Sabanalarga) en su mayor parte en condiciones de evidente deterioro ante la escasez de recursos dispuestos, familiar y socialmente para su atención y un mínimo grado de conciencia sobre la magnitud e incidencia actual del problema así como sobre la prevalencia que éste va adquirir en los próximos 10 años.

4.2 EL FACTOR ECONOMICO Y LABORAL

En términos económicos, los especialistas plantean que cada niño constituye una inversión llamada a producir en un futuro

(1) Mazzei Berti Jesús E. Secretario General del Patronato Nacional de Ancianos e inválidos de Venezuela.

cuando se vincule a la producción, utilidad que tiende a disminuirse y a convertirse en negativa en la medida en que envejecen y avanza en su ancianidad y se constituye totalmente en una carga social según alarge su promedio de vida. Este concepto desconoce la importancia del anciano en la sociedad primitiva que aprovecho eficientemente la experiencia acumulada por el anciano en beneficio del grupo y la aplicación que de esa experiencia prudente y serena hacen las sociedades más avanzadas al vincular a esta población a aquellas cargas y funciones en las que la experiencia, la prudencia y la serenidad juegan un papel importante. Así debemos reconocer que en términos macro - económicos en muchos sistemas la ancianidad ha tenido y tiene un carácter importante y desisorio. Dicho de otro modo participación activa en los mecanismos de toma de decisiones, de asesoría, coordinación y prestación de servicios.

El problema se plantea hoy día en términos micro - sociales o sea a nivel de individuo y familia en el que el paso de un nivel competitivo de producción y eficacia a otro de menorrendimiento por motivo de enfermedad o ancianidad supone generalmente la ubicación del individuo en una situación de subordinación o de dependencia que conlleva en si el gérmen de la

marginalidad y el abandono, atenuado muy pocas veces por una pensión de jubilación que resulta en la mayoría de los casos insuficiente para una vida independiente y decorosa. Ilustran estos datos los del informe del primer seminario, nacional sobre el Anciano, realizado en Oct. 1973 Pag. 17, 18, 19 (2) donde se ilustra el problema de la siguiente forma:

En general en nuestro medio, es imposible que una persona de más de 60 años puede colocarse, pues el número considerable de jóvenes y adultos hace que se prefiera a estos para cualquier clase de trabajo. Las jubilaciones son por lo tanto prematuras 55 años para las mujeres, 60 años para los hombres.

Según las estadísticas del DANE el total de la población activa en Colombia según censo de 1964: 5.134.135. De esta población 165.205 personas de más de 65 años económicamente activa, o sea un 3.2% de población total. Las ocupaciones de los de más de 65 años son:

65.2% Agricultores, ganaderos, pescadores, casadores, matorifes y personas en ocupaciones afines.

(2) Primer Seminario Nacional sobre Ancianos. Situación del Anciano de Colombia. Octu. 8, 9, 10 y 11 de 1973.

9.3% Personas con trabajos varios como artesanos, operarios, etc.

8.6% Artesanos y operarios en ocupaciones relacionadas con la hilandería, la confección de vestuario y calzado, la carpintería, la industria de la construcción mecánica y las artes gráficas.

7.2% Trabajadores de servicios personales y en ocupaciones afines.

6.6% Vendedores y personas en ocupaciones afines

3.1 Gerentes Administradores y funcionarios de categoría directiva.

Sólo el grupo de más bajo porcentaje el 3.1% son los únicos que pueden tener jubilación y seguros. El resto serán muy pocos los que pueden devengar algo para su sostenimiento. A esto debe añadirse el bajo nivel cultural de los ancianos.

Los principales problemas de los ancianos en Colombia son :

Ambiente: además de los adelantos científicos y técnicos, la velocidad es uno de los factores que más prima y donde los cambios se realizan en forma acelerada, en contraposición con la lentitud del senescente, que es una de sus características más sobresalientes, hecho que se observa con mayor frecuencia en

los sectores urbanos.

Este ritmo cambiante influye en los hábitos y actitudes y hace que el choque de generaciones se haga cada vez más notorio.

En una sociedad orientada hacia la juventud, como la nuestra el interés por el anciano es nulo o casi nulo. Demuéstrase en general por la gran dificultad para conseguir estadísticas o datos actualizados sobre las personas de edad avanzada a las instituciones que se ocupan de ellas.

Las necesidades del anciano son las mismas del ser humano en cualquier período de la vida: seguridad y el interés de los demás. Cuán pocos se le dan al anciano en nuestro medio estos elementos para que se sienta persona, útil a la sociedad y no un estorbo, cuyo único deseo al llegar a un asilo es la tumba.

Vivienda: En el sector urbano hay que considerar las construcciones actuales, con menor número de habitaciones y menor espacio vital, haciendo la convivencia más difícil entre el anciano y sus familiares. Esto no sucede con tanta frecuencia en la comunidad rural, donde las cosas son más amplias, permitiéndole una mayor independencia, como también continuar

sus actividades por un período más prolongado, con todos los beneficios que esto lleva. Hoy día se agrava la situación con el problema de la migración de los campos a las ciudades donde parten también los padres ancianos con sus hijos en busca de vida mejor.

Asistencia médica: Es considerable el gran número de ancianos que van a hospitales, centros médicos, dispensarios, etc, sin que logren una adecuada atención médica por las siguientes razones:

Falta de preparación de los médicos en Geriatría, sólo existen en Colombia 9 Geriatras. Ven al anciano como un paciente sin interés, ya que es lento y tiene una polisintomatología que les obliga a disponer de más tiempo para atenderlos.

El personal paramédico tampoco está en capacidad de atenderlos por falta de preparación. Además en un país como el nuestro en vía de desarrollo y por la falta de medios económicos, hace que se prefiera al paciente joven.

Se considera la enfermedad en el anciano como " un hecho normal de su edad", y poco se le ayuda a rehabilitarse, por eso mismo, son pocos los ancianos que consultan un especialista por lo regular son atendidos en medicina general.

4.3 LA ATENCION DEL ESTADO (Normas de seguridad social)

Según datos del informe antes citado por el Ministerio de Salud, I.C.B.F. y Cruz Roja, existen en Colombia 195 Institutos para atender al anciano, en donde son asistidos aproximadamente 11.668 personas.

Dichos establecimientos están repartidos en las siguiente forma:

Antioquia	57	Huila	14
Atlántico	3	Magdalena	1
Bolívar	1	Meta	1
Boyacá	25	Nariño	1
Caldas	13	Norte de Santander	4
Cauca	3	Quindío	5
Cesar	-	Risaralda	2
Córdoba	1	Santander	28
Cundinamarca	16	Sucre	2
Chocó	2	Tolima	6
Distrito Especial	9	Valle	9
Guajira	-	Arauca	-
Caquetá	2	Putumayo	-
San Andrés	-	Amazonas	-

Guainía	-	Vichada	-
Vaupés	-		-
Total :	<u>195 (3)</u>		

Los siguientes datos fueron obtenidos, enviando un telegrama a los respectivos alcaldes de los municipios de Colombia, para que informaran sobre la situación de cada ancianato o asilo de ancianos, el número de personas atendidas, los auxilios, etc. El 70% de los municipios contestaron dándonos así una idea general de la situación en todo el país.

La situación general en el 90% de los casos es alarmante, muy difícil, casas semidestruidas... " Hay mezcla de enfermos mentales de cualquier edad con ancianos, de estos algunos sufren de demencia senil, pero otros están en perfectas condiciones, dentro de su ancianidad.

El nombre mismo de algunos establecimientos es lastimoso, la mayoría " Asilos", otros agregan " Asilos de Ancianos y mendigos", o solamente " Caja de Mendigo". En las casas de la Congregación de las Hermanitas de los Pobres, dedicadas exclusivamente a la ancianidad, hace varios años se les denomina "Mi Casa" o " Residencias para Ancianos" y Hogar para Ancianos". Esto ayuda a que el anciano se sienta en su casa, que

(3) Censo de Instituciones años 1970 - 1971

en un sitio en donde forzado por las circunstancias, debe terminar irremediablemente sus días.

El personal encargado de dichos establecimientos es en general bastante reducido y no capacitado para esta misión.

Los auxilios oficiales con que cuentan estas casas son bastante escasos en muchas ocasiones no se le paga o se les paga tardíamente el presupuesto diario por persona, algunos lo anotaron; es de \$2.33, "10.00", para la alimentación un asilo dispone de \$1.27 por persona. Lo mínimo para atender a un anciano incluyendo todos los servicios serían \$15.00. Algunos se quejan de la mala administración de los ingresos por parte del síndico y demás personas encargadas de la Junta Directiva.

Las peticiones se multiplican y no hay como ampliar haciendo nuevos pabellones. En algunos asilos han adelantado la construcción de algún pabellón para solucionar tanta calamidad, pero se han interrumpido por falta de fondos.

En algunos municipios han cerrado los asilos por la imposibilidad de mantenerlos. Las muertes por suicidios es el caso contrario de la mayoría de los países en donde el suicidio de los ancianos es el hecho más común.

En nuestro medio seguramente por la fe profunda y sencilla de nuestros mayores, este fenómeno se presenta en una proporción muy baja.

En 1967, total de suicidios = 1.234

Menores de 60 años 1.177

Mayores de 60 años 66

La entrada en asilos por vejez se presenta en la siguiente forma, en Colombia :

	1965	1966	1967
Hombres	2.262	2.389	2.371
Mujeres	<u>2.136</u>	<u>2.017</u>	<u>1.851</u>
Totales	4.398	4.406	4.222

La congregación de las Hermanitas de San Pedro Claver tiene como fin la acogida y cuidado del Anciano pobre hasta la muerte, en residencias especializadas. Llegaron a Bogotá en 1899 y desde entonces las casas han ido multiplicándose en Colombia. En cuanto a los aspectos legales de protección tenemos el proyecto de la ley por la cual se forma la ley 4A de 1976 y se dictan otras disposiciones que establecen :

- La pensión mínima de jubilación, invalidez, vejez y sobrevivientes de los sectores públicos, oficiles y priva-

dos, así como las que pague el Instituto de Seguros Sociales a excepción de las pensiones por incapacidad permanente parcial, no podrá ser inferior al mínimo previsto por la ley 4A. de 1976 a la fecha de la expedición de la presente ley. La pensión mínima será reajustada de oficio cada primero de enero con un valor equivalente al 100% del incremento porcentual en el índice de precios al consumidor.

- Cada vez que se modifique la pensión mínima, todas las demás pensiones a excepción de las pensiones por incapacidad permanente parcial se reajustará con el equivalente del 100% del incremento porcentual en la pensión mínima.

CAPITULO V

LA ATENCION AL ANCIANO EN NUESTRA SOCIEDAD ANALIZADA A TRAVES DE LOS ASILOS EXISTENTES EN BARRAN- QUILLA

Este capítulo presentamos los resultados del análisis de las encuestas realizadas sobre la problemática de la población envejeciente en Barranquilla con el fin de obtener una base real sobre la cual formular nuestras conclusiones respecto a las características de la población de edad avanzada en nuestra sociedad. La primera de estas encuestas se dedicó a las instituciones que prestan servicio a esta población en la ciudad y específicamente al Asilo - Granja San José y San Antonio. Confrontamos así el tipo modalidad, calidad de los servicios y costos de atención de la población que atiende la Granja San José y San Antonio que son las dos instituciones del sector oficial encargadas de la atención del problema del anciano.

En los aportes sucesivos de este capítulo se presentarán los resultados de las encuestas realizadas a los ancianos internos en esas instituciones, la realizada a ancianos no recluidos en los asilos, algunos de los cuales no viven con sus familiares y la encuesta dirigida a profesionales del derecho del sector de la salud y de las cien-

cias sociales.

5.1 DESCRIPCION DE LOS SERVICIOS DE LA DOS INSTITUCIONES OBJETO DEL ESTUDIO.

El Asilo Granja San José localizado en la Vía al Aeropuerto es una institución oficial sin ánimo de lucro, fundada el 31 de Diciembre de 1970 y atiende una población de 150 ancianos, distribuidos en la siguiente forma : Caridad 110, en media pensión 13 y pensionados 27.

La mayoría de ancianos provienen de sectores de bajos recursos económicos ya que los que tienen posibilidades muy poco recurren a esta clase de instituciones, sino que son atendidos por personas especializadas, cuyos costos no están al alcance de la gran mayoría de la población.

Los requisitos para ingresar a esta institución son teóricamente que haya camas disponibles (lo que muy raras veces sucede) un examen radiológico pulmonar y un examen médico general, en la práctica puede constatarse que existen limitaciones que generan una dependencia en la población envejeciente y en el sector político administrativo que van a condicionar la prestación de los servicios de la institución o la recomen -

dación de una persona política y económicamente destacada.

En cuanto a costos de los servicios se encontró en el estudio que existen tres niveles a saber: el nivel de pensionados o de personas con capacidad económicas para pagar una cantidad representativa frente a lo que es el salario mínimo de nuestra población; un servicio de media pensión para aquellas personas de medianos recursos que mediante una recomendación demuestran no estar en capacidad de pagar la pensión completa pero sin embargo les hace beneficiarios de los servicios y consideraciones del personal administrativo. Finalmente el servicio de caridad al cual se suscribe la mayor parte de la población de las entidades encuestadas como reflejo de la estructura social existente en nuestro país en la que se atiende generalmente a los abandonados de sus familiares o aquellas personas que siendo atendidas en los hospitales de caridad deben ser reclusos en los asilos por abandono familiar.

Los servicios profesionales que se prestan dentro de esta institución son : medicina general y odontología. En la medicina general existen dos médicos que atienden un día a la semana cada uno (Ver cuadro No. 1).

El Asilo San Antonio localizado en la Cra. 41 No. 47-75 es también una institución oficial sin ánimo de lucro fundada en 1908 y atiende una población de 171 ancianos, distribuidos en la siguiente forma : caridad 160 y pensionados 11. Este asilo es solo para mujeres y no presta servicios en el nivel de media pensión.

La mayoría de ancianos provienen de sectores de bajos recursos económicos ya que los que tienen posibilidades muy poco recurren a esta clase de instituciones, sino que son atendidos por personas especializadas, cuyos costos no están al alcance de la gran mayoría de la población.

Los requisitos para ingresar a esta institución son teóricamente los mismos del Asilo Granja San José, que haya camas disponibles (lo que muy rara vez sucede) un examen radiológico pulmonar y un examen médico general, en la práctica puede también constatarse que existen limitaciones que generan una dependencia en la población envejeciente y en sector político - administrativo que van a condicionar la prestación de los servicios de la institución o la recomendación de una persona política y económicamente destacada.

En cuanto a costos de los servicios se encontró en el estudio que existen dos niveles a saber: el nivel de pensionados o de personas con capacidad económica para pagar una cantidad - representativa frente a lo que es el salario mínimo de nuestra población; y el servicio de caridad al cual se suscriben la mayor parte de la población de las entidades encuestadas como reflejo de la estructura social existente en nuestro país, en la que atiende generalmente a los abandonados de sus familiares o aquellas personas que siendo atendidas en los hospitales de caridad deben ser recluidas en los asilos por abandono familiar.

Los servicios profesionales que se prestan dentro de esta institución también son los mismos del asilo Granja San José y estos son : Medicina General y Odontología. En la medicina general hay un solo médico y atiende dos veces en la semana (ver cuadro No. 1).

CUADRO No. 1
SERVICIOS PROFESIONALES QUE PRESTAN A LOS ANCIANOS
EN LOS ASILOS

Institución	Servicios que prestan		Profesionales	
Granja San José	Medicina general	Odontología	Médico	Odontólogos
Asilo San Antonio	Medicina general	Odontología	Médico	Odontólogos.

Aquí podemos observar que en los asilos no se les brindan a los ancianos los servicios de profesionales especializados que demanda esta población, tales como los siguientes : Médicos Geriatras, Sicólogos, Trabajadores Sociales, Nutricionistas y otros especializados en esta área.

5.1.1 DIRECCION Y MANEJO DE LOS ASILOS

El Asilo Granja San José está dirigido por la comunidad de las Hermanas de los Pobres de San Pedro Claver y manejado por doce hermanas de la misma comunidad. El Asilo San Antonio está también dirigido por las Hermanas de los Pobres de San Pedro Claver y manejado por 25 hermanas de esta misma comunidad (Ver cuadro No. 2).

CUADRO No. 2

PERSONAS ENCARGADAS DE LA DIRECCION Y MANEJO DE
LOS ASILOS

Institución	Personas encargadas de la Dirección y manejo	No. de Personas
Granja San José	Hermanas de los pobres de San Pedro Claver	12
Asilo San Antonio	Hermanas de los pobres de San Pedro Claver	25

Esto nos demuestra que las instituciones en estudio son dirigidas por personal no calificado en el área de intervención, lo que hace necesario el establecimiento de políticas de dirección con personal calificado, como : médicos Geriátras, enfermeras especializadas en esta área, Trabajadores Sociales, Terapistas y demás profesionales que puedan intervenir en la rehabilitación del anciano.

5.1.2 RECURSOS

El Asilo Granja San José tiene un presupuesto por pensiones -
anualmente entre las tres categorías de \$ 5.220.000.00, el servicio de salud le dota una cantidad de \$360.000.00 la Benefi -

cencia del Atlántico \$700.000.00 para un total de \$6.280.000.00. En base a estos datos cuantitativos obtenidos del Asilo Granja San José teniendo un total de 150 ancianos corresponde por unidad la suma de \$39.250.00 anuales. (Ver cuadro No. 3).

El Asilo de San Antonio en sus tres categorías tiene un ingreso económico de \$ 1.980.000.00 por el servicio de salud recibe \$ 996.000.00 y por la Beneficencia del Atlántico un aporte de \$ 850.000.00 para un total de \$3.826.000. Teniendo en cuenta este resultado le corresponde por persona la suma de \$ 22.374.25 anuales. Lo que resulta a las luces insuficientes para satisfacer las necesidades mínima de una persona y mantenerse decorosamente, en esta situación.

CUADRO No. 3
RECURSOS ECONOMICOS DE LOS DOS ASILOS

Asilo	Pension.	S. de S.	Benef.	Total	I. Pac.
G. San José	5.220.000	360.000	700.000	6.280.000	39.250
G. San Ant.	1.980.000	996.000	850.000	3.826.000	22.374

5.1.3 ASPECTOS LOCATIVOS

El Asilo Granja San José y el Asilo de San Antonio tienen un tipo de construcción de concreto sus estructuras físicas en buenas condiciones.

Los servicios públicos que estas instituciones le prestan a los ancianos son : agua , luz, teléfono. Los servicios sanitarios están en buen estado. El Asilo San José consta de 150 camas y el de San Antonio de 199. Los principales problemas son la falta de presupuesto para ambos Asilos y la falta de profesionales especializados. (Ver Cuadro No. 3).

CUADRO No. 4

ASPECTO LOCATIVO DE LOS DOS ASILOS

Cod.	Aspectos Locativos	A.S. Ant.	S. José
5.1	Tipo de construcciones	Concreto	Concreto
5.2	Estado de la construcc.	Bueno	Bueno
5.3	Servicios públicos	Sí	Sí
5.4	Servicios Sanitarios	Sí	Sí
5.5	Número de camas	199	150
5.6	Principales problemas	Falta de presup.	Falta de presup.

5.2 VALORACION DE LAS INSTITUCIONES POR PARTE DE LOS ANCIANOS USUARIOS DE SUS SERVICIOS.

5.2.1 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN EL TIPO DE ATENCION

Los servicios en estas instituciones están clasificados en : caridad, 1/2 pensión y pensionados.

Caridad, es aquel nivel o categoría para aquellos ancianos que por una u otra razón no pueden pagar su estadía allí.

1/2 pensión, es también un nivel para aquellas que pueden pagar una cuota módica que está establecida en la institución.

Pensionado, es un nivel para aquellas personas que cuentan con una posición económica favorable. Los valores cobrados en estas categorías varían de acuerdo a la institución.

La población atendida por los dos asilos es de 321 ancianos, distribuidas en la siguiente forma: El Asilo de San-



Antonio atiende 171 ancianos y la Granja de San José 150 ancianos. Como la muestra tomada fué de 30% de esta tenemos un total de 96 personas que van a ser objeto de la encuesta y observaciones.

La Granja San José atiende de caridad 110 ancianos la muestra tomada es de 33 personas de 1/2 pensión 27 ancianos, la muestra es de 8 personas para un total de 45.

El Asilo San Antonio atiende de caridad 160 ancianos, la muestra tomada es de 48 y pensionados 11 ancianos, la muestra es de tres personas para un total de 51.

En la muestra tenemos por lo tanto de caridad en los dos asilos un total de 81 ancianos de 1/2 pensión 4 ancianos y pensionados 11 para un total de 96 que son objeto de estudio. (Ver cuadro No. 5).

CUADRO No. 5

NIVELES DE SERVICIOS DE LOS DOS ASILOS

Categorfa	G.S. José		A.S. Anton.		Totales	
Caridad	110	33	160	48	270	81
1/2 pens.	13	4			13	4
Pensionad.	27	8	11	3	38	11
Totales :	150	45	171	51	321	96

5.2.2 ASPECTO PERSONAL

5.2.2.1 Distribución de la población atendida en los centros de ancianos, según la edad, el sexo y la institución.

Según el sexo encontramos que el Asilo San Antonio sólo atiende mujeres mientras que la Granja San José solo atiende hombres pero con una especialidad que en pensionado atiende mujeres.

Las edades de los ancianos internos en los asilos oscilan entre 50 años y más. De 50 a 59 encontramos un total en las dos instituciones de

4 ancianos, 60 a 69 hallamos un total de 16, 70 a 79 encontramos un total de 47 y 80 y más hallamos un total de 29. Detectando que las edades más frecuentes son de 70 a 79 años en los ancianos existentes en dichas instituciones (Ver cuadro No. 5).

CUADRO No. 6

POBLACION DISTRIBUIDA POR SEXO Y EDAD

sexo asilo edad	Mujeres		Hombres		Tot.
50 - 59	-	2	2	-	4
60 - 69	-	7	9	-	16
70 - 79	1	26	20	-	47
80 y más	4	16	9	-	29
Totales	5	51	40	-	96

5.2.2.2 RESIDENCIA ACTUAL DE LA FAMILIA

Pudimos apreciar que el 54% de los familiares de los ancianos, se encuentran residenciados en la ciudad de Barranquilla siendo este el mayor porcentaje, notamos que el 27% de los an-

cianos internos en los asilos no tienen familia, el 17% de los ancianos sus familiares se encuentran fuera del departamento y el 2% se encuentran sus familiares suscritos dentro del departamento del Atlántico. (Ver cuadro No. 6)

CUADRO No. 7

RESIDENCIA ACTUAL DE LA FAMILIA
DE LOS ANCIANOS

Residencia	F	%
Barranquilla	52	54
Departamento	2	2
Fuera del Dpto.	16	17
No tienen flia.	26	27
Totales :	96	100

5.2.2.3 RESIDENCIA DEL ANCIANO ANTES DE HABER INGRESADO AL ASILO.

Notamos que el 74% de los ancianos son procedentes de la ciudad de Barranquilla, hay

un 19% que viven fuera del departamento y solo un bajo porcentaje del 7% vivían dentro del departamento.

Si comparamos este cuadro con el anterior puede observarse que de las 19 personas que vivían fuera del departamento 16 sus familiares viven fuera de este. (Ver cuadro No. 7)

CUADRO No. 8

LUGAR DONDE VIVIA EL ANCIANO ANTES DE HABER INGRESADO AL ASILO

Residencias	F	%
Barranquilla	71	74
Departamento	7	7
Fuera del Dpto.	18	19
Totales :	96	100

5.2.3 ASPECTOS INSTITUCIONALES

5.2.3.1 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LA INSTITUCION Y EL TIPO DE INQUILINO

Dependiendo de cada Institución vemos que la Granja San José en la sección de caridad presta el nivel a 33 ancianos en la de 1/2 pensión a 4 y en pensionados a 8, siendo el total de 45.

El Asilo San Antonio en caridad resta el servicio a 48 ancianos y en pensionados a 3, para un total de 51, esta institución no presta el servicio de 1/2 pensión (Ver cuadro No. 8).

CUADRO No. 9

NIVELES QUE PRESTAN LOS ASILOS A LOS ANCIANOS



asilo \ nivel	C.	1/2 P.	P.	Total
G. San J.	33	4	8	45
S. Anton.	48	-	3	51
Totales :	81	4	11	96

5.2.3.2 FORMA DE INGRESO A LA INSTITUCION

Apreciamos que el mayor porcentaje de ancianos que ingresan a los asilos son llevados por sus familiares correspondiendo al 37%

Un 27% ingresan al asilo por su propia voluntad debido a que se encuentran en un total abandono, un 14% ingresan llevados por sus amigos y otro 14% de ancianos son ingresados por intermedio de religiosos, el 5% son trasladados de hospitales a los asilos solo el 3% de los ancianos son reclusos por las autoridades.

Los resultados de este cuadro muestra que el 70% de ancianos reclusos en los asilos son llevados por sus familiares, por sus amigos, o por su propia voluntad.

Es aquí donde se puede observar que los ancianos son una carga para sus familiares ya que la sociedad los convierte de un ser activo a pasivo. (Ver cuadro No. 10)

CUADRO No. 10
 FORMA DE INGRESO DE LOS ANCIANOS A
 LA INSTITUCION

Elementos de Ingreso	No.	%
Amigos	13	14
Familia	36	37
Autoridades	3	3
Religiosos	13	14
Solo (por su propia vol)	26	27
Hospitales	5	5
Totales :	96	100

5.2.3.3 VALORACION DEL ASILO POR PARTE DE
 LOS USUARIOS.

En esta tabla aparecen las opiniones expresadas por los ancianos sobre la valoración de los asilos. Se puede apreciar que el porcentaje más elevado es 64% es referente al buen servicio que prestan ellos a los ancianos. Un 27% son conformes con su estada dentro del asilo.

Es de anotar que sólo el 90% de los ancianos recluidos en ellos consideran no estar de acuerdo con el servicio que prestan los asilos.

Se desprende la consideración de los ancianos que para ellos el asilo es favorable, porque según sus opiniones notamos que es un lugar donde ellos pueden satisfacer sus necesidades y encontrar paz y resolver el problema de abandono a que son sometidos (Ver Cuadro No.11)

CUADRO No. 11

VALORACION DE LOS ASILOS POR PARTE
DE LOS USUARIOS

Valoración	F	%
Favorable	61	64
Desfavorable	7	7
Indiferente	2	2
Conformes	26	27
Totales :	96	100



5.2.3.4 TIEMPO DE INGRESO EN EL ASILO

Observamos que el porcentaje más elevado es 48% correspondiendo este al tiempo de ingreso 0-4 años, hay un 25% que se encuentran entre 0-1 año de ingreso, 5-9 años un 16% y el menor porcentaje que nos presenta es el de 10 y más años que solo se encuentran un 11%.

(Ver Cuadro No. 12)

CUADRO No. 12

TIEMPO DE INGRESO DEL ANCIANO AL
ASILO

Tiempo	F	%
0-1	24	25
0-4	46	48
5-9	15	16
10-y más	11	11
Totales :	96	100

5.2.3.5 UTILIZACION DE LOS DORMITORIOS

Observamos que en los pabellones de caridad 31 personas duermen con más de 30 compañeros, 41 duermen en el pabellón de 20-29 compañeros solo un reducido número de ancianos en caridad se encuentran de 9 compañeros.

En la sección de 1/2 pensión se encuentra que los ancianos duermen en pabellones con menor número de personas ya que solo de 10-19 personas en un dormitorio solo se encuentran 2 y de 0-9 personas encontramos solo un anciano.

En el pabellón de pensionados encontramos que estos dormitorios están mejor equipados ya que estos duermen cada uno en su habitación y son atendidos en forma muy especial.

Observamos que en los asilos en el pabellón de caridad duermen un elevado número de ancianos en un mismo dormitorio lo que nos lle-

va a pensar que en estos hay hacinamiento y por lo tanto hay mayor transmisión de enfermedades y condición que no son adecuadas para el desenvolvimiento de ellos. (Ver cuadro No. 13)

CUADRO No. 13

NUMERO DE PERSONAS QUE UTILIZAN LOS DORMITORIOS

No. de Pers.	C.	$\frac{1}{2}$ P.	P.	Tot.
0-1	1	-	9	10
0-9	4	1	2	7
10-19	5	2	-	7
20-29	40	1	-	41
30 y más	31	-	-	31
Totales :	81	4	11	96

5.2.3.6 VALOR DE LAS PENSIONES

Observamos que en los dos asilos hay un total de 83 personas que se encuentran en la escala de 0 - 1.999.00 correspondiendo esta a la sección de caridad, en la escala de 10.000 y más

se encuentran 10 personas y este número corresponde a la sección de pensionados, en la escala de 5.000 - 9.999 se encuentran dos personas y solo una persona se encuentra en la escala de 2.000 - 4.999 (Vea cuadro No. 14)

CUADRO No. 14

VALOR DE LAS PENSIONES COBRADAS POR
LOS ASILOS

	G.S.J.	S.A.	Totales
0 - 1.999	35	48	83
2.000 - 4.999	1	-	1
5.000 - 9.999	2	-	2
10.000 y más	7	3	10
Totales :	45	51	96

Aquí podemos analizar que el mayor número de ancianos que ingresan a los asilos son de pocos recursos económicos y por tal motivo ingresan de caridad.

5.2.3.7 VALORACION DE LAS RELACIONES ENTRE COMPAÑEROS

Observamos que el porcentaje más elevado es 50% correspondiendo este a la opinión que las relaciones entre ellos son regulares, un 48% opinan que sus relaciones son buenas ya que predomina la comprensión y el compañerismo y solo un bajo porcentaje del 2% afirma que las relaciones son malas (Ver cuadro No. 15)

CUADRO No. 15
RELACIONES ENTRE COMPAÑEROS

Valorac.	F	%
Buenas	46	48
Regulares	48	50
Malas	2	2
Totales :	96	100

En esta tabla captamos que los ancianos dentro de los asilos se respetan como seres humanos, pero sin embargo muestran proble -

mas de adaptación.

5.2.4 ASPECTO FAMILIAR

5.2.4.1 VALORACION DE LAS RELACIONES DEL ANCIANO CON LOS FAMILIARES.

Apreciamos la opinión de los ancianos que se distribuyen de acuerdo a las siguientes frecuencias, el 33% no tienen relaciones, un 23% son malas con sus familiares puesto que ellos lo abandonaron o no tienen que ver con estos porque son un estorbo para sus familiares, un 22% son buenas y un 22% son regulares (Ver Cuadro No. 16)

CUADRO No. 16

RELACION FAMILIAR DE LOS ANCIANOS

Calidad de las relaciones	F	%
Buenas	21	22
Regulares	21	22
Malas	22	23
No tiene	32	33
Totales :	96	100

En esta tabla podemos analizar que la mayoría de ancianos se encuentran desvalidos y que por lo tanto tienen que recluirse en el asilo en la escala de caridad ya que no cuentan con sus familiares por una u otra razón.

5.2.4.2 VISITAS DE LOS FAMILIARES

Observamos que el 63% de los ancianos sus familiares no los visitan ya que estos no tienen buenas relaciones por una u otra razón, el 12% de los familiares los visitan una vez por semana, el 22% los visitan al mes y el 3% ocasionalmente. (Ver Cuadro No. 17)

CUADRO No. 17

Frecuencia de las Visitas	F	%
Una vez por semana	12	12
Una vez al mes	21	22
No lo visitan	60	63
Ocasionalmente	3	3
Totales :	96	100

Aquí podemos anotar que los familiares no visitan a los ancianos, y estos manifiestan sentir poco apoyo por parte de sus familiares.

5.2.4.3 ORIGEN DE SU ESTADIA EN EL ASILO

Encontramos diferentes causas como son : soledad, el abandono familiar, enfermedades y además decisión propia , el mayor porcentaje es 70% el cual corresponde al abandono y soledad del anciano, el 25% por enfermedades el 5% por decisión propia (Ver cuadro No. 18)

CUADRO No. 18

ORIGEN DE SU ESTADIA EN EL ASILO

Causas	F	%
Soledad	39	41
Abandono Familiar	28	29
Enfermedad	24	15
Decisión propia	5	5
Totales :	96	100

En este cuadro podemos analizar que la soledad y el abandono familiar son las causas más frecuentes para que el anciano vaya a recluírse a una institución como son los asilos.

5.2.5 ASPECTO OCUPACIONAL

5.2.5.1 ACTIVIDADES QUE REALIZA DURANTE EL DIA.

Observamos que el 48% de los ancianos no realizan ninguna actividad siendo este el porcentaje más elevado, un 17% por estar enfermo no realiza ninguna actividad y un 35% realiza actividades como oficios varios, bordar, tejer, coser, barrer, leer y se dedican a la agricultura (Ver Cuadro No. 19)

Podemos analizar que la mayor parte de los ancianos se encuentran en ocio ya que no les queda otra alternativa y esto los lleva a pensar que se sientan como seres aislados y no como personas de nuestra sociedad.

CUADRO No. 19

ACTIVIDADES QUE REALIZAN LOS ANCIANOS

Actividades	F	%
Ninguna	46	48
Oficios varios	5	5
Zapatería, carpintería	3	3
Bordar	11	11
Tejer	4	4
Coser	1	1
Barrer	1	1
Leer	2	2
Agricultura	5	5
Portero	2	2
Enfermero	16	16
Totales :	96	100

5.2.5.2 ACTIVIDADES QUE LE GUSTARIA REALIZAR

Observamos que el mayor porcentaje que es de 43% no quieren realizar ninguna actividad porque ya se han acostumbrado a ser seres ociosos y se creen personas inútiles, imposi-

bilitados para realizar cualquier trabajo, un 17% por estar enfermos no pueden realizar actividades, un 7% se dedican a tejer, un 7% a bordar, un 5% a la agricultura y solo un 21% desearía realizar algunas actividades como oficios varios, tejer, bordar, carpintería y zapatería (Ver cuadro No. 20)

CUADRO No. 20

ACTIVIDADES QUE LE GUSTARÍA REALIZAR
A LOS ANCIANOS

Actividades que les gustarían realizar	F	%
Enfermos	16	17
Ninguna	41	43
Agricultura	5	5
Oficios Varios	3	3
Carpintero, Zapatero	2	2
Carpintería	2	2
Portero	2	2
Tejer	7	7
Oficios Varios	6	6
Coser	5	5
Bordar	7	7
Totales :	96	100

5.2.6 ASPECTO RECREACIONAL

5.2.6.1 ACTIVIDADES RECREATIVAS DESEADAS POR LOS ANCIANOS.

Las actividades recreativas que más le gustan realizar a los ancianos son : los paseos, ver televisión, baile, cine, observamos que el porcentaje más elevado es 39% correspondiendo a la recreación de ver televisión, un 26% desea recrearse yendo a paseos, otro 15% bailando, otro 5% yendo a cine y un 13% por sentirse como personas ya inútiles opinan que no quieren recrearse que solo desean estar tranquilos y en paz para esperar la muerte. (Ver cuadro No. 21).

CUADRO No. 21

ACTIVIDADES RECREATIVAS DESEADAS POR LOS ANCIANOS

Actividades	F	%
Paseos	25	26
Televisión	37	39
Cine	5	5
Baile	14	14
Lectura	1	1
Radio	1	1
Ninguna	13	13
Totales :	96	100

5.3 VALORACION DE LOS ASILOS POR PARTE DE 20 ANCIANOS
NO USUARIOS DE SUS SERVICIOS.

5.3.1 ASPECTO PERSONAL

5.3.1.1 DISTRIBUCION POR SEXO Y EDAD

Pudimos apreciar que de las 20 personas entrevistadas, 12 están en la escala de 70 - 79 años, de edad distribuidos así: hombres 7 y 5 mujeres, de 60 - 69 años encontramos 6 personas de los cuales hay 4 hombres y 2 mujeres y en la escala de 50 - 59 años encontramos dos hombres (Ver cuadro No. 22)

CUADRO No. 22

DISTRIBUCION POR SEXO Y EDAD

edad \ sexo	H	M	Total
50 - 59	2	-	2
60 - 69	4	2	6
70 - 79	7	5	12
Totales :	13	7	20

5.3.2 CONSIDERACIONES SOBRE LA PROBLEMATICA

5.3.2.1 PRINCIPALES PROBLEMAS DE LAS PERSONAS EN EDAD AVANZADA.

El porcentaje más elevado es el 40% que presenta como principales problemas lo de salud y económico; un 25% manifiestan como problemas más incidentes la salud, lo económico y abandono, un 15% sostienen como problema principal el de la soledad,

De lo que puede deducirse que para estas personas la problemática se concreta en los factores salud, económico y soledad (Ver cuadro No.23)

CUADRO No. 23

PRINCIPALES PROBLEMAS DE LAS PERSONAS EN EDAD AVANZADA

Problemas	F	%
Salud, económico	8	40
Salud, atención familiar	1	5
Salud	2	10
Salud, económico aband.	5	25
Económico	1	5
Soledad	3	15
Totales :	20	100

5.3.2.2 COMO ENFRENTAN O SOLUCIONAN ESTOS PROBLEMAS

La forma como los ancianos enfrentan sus problemas es con paciencia y la resignación ante la situación de inactividad y soledad en que se encuentran estos ancianos. Se distribuyen en un 80% en factores tales como la paciencia y la resignación, solo 10% se inclinan hacia el factor trabajo (Ver cuadro No. 24).

CUADRO No. 24

FORMA COMO ENFRENTAN SUS PROBLEMAS

Soluciones	F.	%
Paciencia	8	40
Resignación	8	40
Trabajando	2	10
Ayuda de familia	2	10
Totales :	20	100

5.3.2.3 SUGERENCIAS PARA EL ESTADO

Las sugerencias con mayor porcentaje son :
 65% es que el Estado debe realizar políticas para ayudar al anciano. El 20% opina que le brinde atención a los ancianos, un 10% que el Estado debe intervenir en forma positiva y un 5% que debe asumir el cuidado de los ancianos con mayor responsabilidad (Ver Cuadro No. 25),

CUADRO No. 25

SUGERENCIAS PARA EL ESTADO

Sugerencias	F	%
Que realicen políticas para ayudar al anciano	13	65
Que preste atención a los ancianos.	4	20
Que intervenga en forma positiva.	2	10
Debe asumir el cuidado de los ancianos con mayor responsabilidad.	1	5
Totales :	20	100

5.3.2.4 OPINIONES ACERCA DE LOS ASILOS

El 45% de los ancianos opinan que los asilos son muy buenos ya que allí los ancianos encuentran techo y comida, un 25% que son regulares porque hay mucha desorganización, un 10% no opinan el 5% que son aceptables, otro 5% que son malos porque estos agravan más el problema de los ancianos, un 5% que son regulares por la falta de profesionales especializados para el cuidado de los ancianos y otro tanto que son para pocas personas (Ver cuadro No. 26).

CUADRO No. 26

SUGERENCIAS ACERCA DE LOS ASILOS

OPINIONES	F	%
Son muy buenos	9	45
Regulares porque hay mucha desorganización	5	25
Aceptables	1	5
Son malos	1	5
Son regulares por falta de profesionales especializados	1	5
Son para pocas personas	1	5
No opinan	2	10
Totales :	20	100

Estos datos demuestran que un 70% están a favor de los asilos, en nuestro concepto se deben a el poco conocimiento de la problemática de los ancianos en los asilos ya que aquellos ancianos que no cuentan con una protección familiar ven en el asilo una solución a su problema.

5.3.2.5 OPINIONES ACERCA DE LA GENTE JOVEN

Pudimos detectar que las 20 personas entrevistadas en su mayoría no están de acuerdo como actúan estos jóvenes es así como podemos darnos cuenta que el 45% opinan que son muy desordenados, el 30% disfrutan de mucha libertad, 10% son muy corrompidos, 10% que son regulares y solo un 5% opina que le gusta la juventud de hoy porque son muy alegres. (Ver Cuadro No. 27)

CUADRO No. 27
SUGERENCIAS ACERCA DE LA GENTA JOVEN

Opiniones	F	%
Son muy corrompidos	2	10
Son muy desordenados	9	45
Son regulares	2	10
Disfrutan de mucha libertad	6	30
Muy alegres	1	5
Totales :	20	100

Nos muestra este cuadro que existe hoy día prevenciones en las personas de edad avanzada sobre la juventud y los obstáculos a la comunicación que deben presentarse en virtud de tales diferencias.

5.3.3 ASPECTO FAMILIAR

5.3.3.1 VIVE CON SU FAMILIA Y RELACIONES FAMILIARES.

Observamos que de las 20 personas entrevistadas 13 viven con sus familiares y 7 no viven.

De las 13 personas que viven con sus familiares hay 11 que sus relaciones son buenas y 2 son regulares y las 7 restantes que no viven con sus familiares, hay 4 que las relaciones son buenas y 3 que son malas porque los abandonaron (Ver cuadro No. 28).

CUADRO No. 28

VIVE CON SU FAMILIA Y RELACIONES

Tipo	B.	R.	M.	Total
Si	11	2	-	13
No	4	-	3	7
Total :	15	2	3	20

5.3.3.2 FRECUENCIA DE LAS VISITAS FAMILIARES

Observamos que un 35% dice que sus familiares lo visitan una vez por semana, un 30% que los visitan rara vez y un 15% nunca son visitados por sus familiares (Ver Cuadro No. 29)

CUADRO No. 29

FRECUENCIAS DE LAS VISITAS FAMILIARES

Frecuencia de Visitas	F	%
Una vez por semana	7	35
Rara vez	6	30
Por mes	4	20
Nunca	3	15
Total :	20	100

5.3.4 ASPECTO OCUPACIONAL

5.3.4.1 ACTIVIDADES QUE REALIZAN LOS ANCIANOS EN SUS RESIDENCIAS

Pudimos apreciar que los ancianos realizan actividades como : oficios varios, oficinistas, celador, es así como tenemos que el porcentaje más elevado es 45%, perteneciente a ofi-

cos varios, el 30% trabaja en oficinas, un 10% celadores, otro tanto no realiza actividades y un 5% son choferes. (Ver Cuadro No. 30)

CUADRO No. 30

ACTIVIDADES QUE REALIZAN LOS ANCIANOS EN SU RESIDENCIA

Actividades	F	%
Chofer	1	5
Oficios Varios	9	45
Celador	2	10
Oficina	6	30
Ninguna	2	10
Totales :	96	100

De la comparación de este cuadro, con el cuadro de los ancianos recluidos en los asilos, podemos observar que los primeros tienden a ocuparse en actividades de tipo remunerativo.

5.3.4.2 OFICIOS DESEADOS POR LOS ANCIANOS

Hay un 40% de los ancianos que le gusta reali-

zar oficios varios, un 30% no desea realizar actividades porque opinan que ya han trabajado demasiado para ayudar a sus familiares, un 20% desea ejercer las actividades de celador, un 5% leer y otro tanto desea tejer. (Ver cuadro No. 31) CUADRO No. 31

OFICIOS DESEADOS POR LOS ANCIANOS

Oficios	F	%
Oficios varios	8	40
Celadores	4	20
Leer	1	5
Tejer	1	5
Ninguna	6	30
Totales :	20	100

Este cuadro confirma el anterior y demuestra una tendencia clara en el anciano no recluido en asilo a preferir la realización de una actividad específica al ocio.

5.3.5 ASPECTO RECREACIONAL

5.3.5.1 ACTIVIDADES MAS DESEADAS

Observamos que el 30% quiere recrearse le-

yendo, ver televisión y oír radio, un 25% desea leer, viajar y ver televisión, un 25% no quiere recrearse porque ya gozaron cuando jóvenes (Ver cuadro No. 32)

CUADRO No. 32
ACTIVIDADES RECREATIVAS DESEADAS POR
LOS ANCIANOS

Actividades	F	%
Leer. TV. Radio	6	30
Cine, Paseo	2	10
Leer, Viajar, T.V.	5	25
Paseos	5	25
Ninguna	2	10
Totales :	20	100

Este cuadro nos muestra que la recreación en sus diversas actividades son deseadas por los ancianos como medio de ocupar su tiempo libre y que prefieren como es lógico actividades de tipo pasivas.

CUADRO No. 33
 PERSONAS INVOLUCRADAS EN LA PROBLE-
 MATICA DE LA EDAD AVANZADA

Profesión	F	%
Bacterfologo	1	5
Educador	4	20
Abogado	2	10
Administrador	2	10
Ingeniero	2	10
Odontólogo	1	5
Aux. de Contab.	1	5
Secre taría	2	10
Arquitecto	1	5
Sicólogo	1	5
Químico	1	5
Comerciante	1	5
Economista	1	5
Totales :	20	100

5.4 CONCEPTOS Y OPINIONES DE PROFESIONALES INVOLUCRADOS EN LA PROBLEMATICA DE LA VEJEZ, SOBRE EL PAPEL DELASILO.

5.4.1 DISTRIBUCION SEGUN LA PROFESION

Para detectar los profesionales involucrados en la problemática de la vejez tomamos una muestra de 20 personas de diferentes profesiones, es así como tenemos 1 bacteriólogo, 4 educadores, 2 abogados, 2 administradores, 2 ingenieros, 1 odontólogo, 1 auxiliar de contabilidad, 2 secretarias, 1 arquitecto, 1 sicólogo, 1 químico, 1 comerciante y 1 economista que nos darán su concepto sobre las inquietudes de esta problemática (Ver Cuadro No.33)

5.4.2 EXPERIENCIA EN EL CAMPO DE TRABAJO

5.4.2.1 PARTICIPACION EN CURSOS O ESPECIALIZACION SOBRE LA VEJEZ.

Apreciamos que de las 20 personas entrevistadas solo 5 han hecho cursos o especializaciones con respecto a la vejez, 7 tienen experiencias profesionales sobre la problemática, 5

ha ocupado o ocupan puestos de manejo o dirección de instituciones relacionadas con la atención del anciano. (Ver cuadro No. 34).

CUADRO No. 34

PARTICIPACION EN CURSOS O ESPECIALIZACION SOBRE LA VEJEZ

Tipo de estudios y exp.	Si	No	Tp.
Cursos especializados	5	15	20
Exper. profesionales	7	13	20
Manejo o Direc. de Inst.	5	15	20
Totales :	17	43	60

5.4.3 CONCEPTOS Y VALORACION SOBRE LA PROBLEMATICA DE LA EDAD AVANZADA EN BARRANQUILLA.

5.4.3.1 OPINIONES SOBRE LA VEJEZ

Observamos que 45% de las opiniones sobre la vejez es la falta de apoyo para las personas mayores de pocos recursos económicos, el 25% dice : que hay poca atención a la problemática de la vejez por parte del Estado, un 10% afirma que: hay falta de centros especia-

lizados para personas de edad avanzada, otro 10% afirma que : es una etapa donde se recopilan muchas experiencias, un 5% dice que:hay muchos problemas por la escasez de asilos - y otro tanto piensa que es una etapa de la vida y no estamos preparados para ella. (Ver Cuadro No. 35)

CUADRO No. 35

OPINIONES SOBRE LA VEJEZ

O p i n i o n e s	F	%
Es una etapa de la vida y no estamos preparados para ella.	1	5
Falta de apoyo para las personas mayores de pocos recursos económicos.	9	45
Es una etapa donde se recopilan muchas experiencias.	2	10
Falta de centros especializados para personas de edad avanzada.	2	10
Poca atención a la problemática de la vejez por parte del Estado.	5	25
Hay muchos problemas por la escasez de asilos.	1	5
Totales :	2	100

5.4.3.2 OPINIONES SOBRE LA INTERVENCION DEL ESTADO EN LA PROBLEMATICA DE LA VEJEZ.

El 70% de los profesionales entrevistados opinan que la intervención es pasiva por parte del Estado ante esta problemática, un 25% dice que el Estado debe cumplir con las leyes propuestas para la protección del anciano y el 5% afirma que la falta de recursos económicos por parte del Estado son insuficientes. (Ver Cuadro No. 36)

CUADRO No. 36

OPINIONES SOBRE LA INTERVENCION DEL ESTADO EN LA PROBLEMATICA DE LA VEJEZ

Opiniones	F	%
Intervención pasiva por parte del Estado ante esta problemática.	14	70
Falta de recursos económicos por parte del Estado.	1	5
Que cumpla con las leyes propuestas para la protección del anciano.	5	25
Totales :	20	100

5.4.4 VALORACION SOBRE LOS ASILOS

5.4.4.1 CONCEPTO SOBRE LOS ASILOS DE BARRANQUILLA.

El 35% dice que los asilos cumplen un buen papel dentro de la sociedad, el 30% que los asilos funcionan muy mal, el 20% que los asilos son deficientes por estar monopolizados por la política, el 10% opina que es un lugar donde se recluyen a los ancianos que no tienen familia el 5% que los asilos en Barranquilla son para la clase privilegiada.

CUADRO No. 37

CONCEPTO SOBRE LOS ASILOS

Conceptos	F	%
Que cumplan un buen papel dentro de la sociedad.	7	35
Los asilos funcionan muy mal	6	30
Los asilos son deficientes por estar monopolizados por la política.	4	20
Es un lugar donde se recluyen a los ancianos que no tiene familia.	2	10
Que los asilos en B/quilla son para la clase privilegiada.	1	5

5.4.4.2 CONCEPTO SOBRE LA RECLUSION DE LAS PERSONAS EN LOS ASILOS.

Pudimos darnos cuenta que de los 20 profesionales entrevistados solo 3 están de acuerdo y los 17 restantes no lo están porque opinan que el anciano debe ser atendido por sus familiares ya que estos fueron los que produjeron los bienes para que ellos sobrevivieran. (Ver Cuadro No. 38).

CUADRO No. 38

CONCEPTO SOBRE LA RECLUSION DE LAS PERSONAS EN LOS ASILOS

Concepto	si	no	Total
Está de acuerdo que el anciano se recluya en el asilo	3	17	20

5.4.4.3 MOTIVOS PARA ESTAR O NO DE ACUERDO CON LA RECLUSION EN EL ASILO.

El 60% opinan que los ancianos deben ser atendidos por sus familiares, el 15% opinan que el asilo es un medio de escape para la familia,

otro tanto dice que los ancianos que no tienen familia deben ser recluidos en los asilos y un 10% opinan que el anciano debe seguir su vida activa. (Ver Cuadro No. 39)

CUADRO No. 39

OPINIONES DE LA RECLUSION DEL ANCIANO EN EL ASILO

Conceptos	F	%
El asilo es un medio de escape para la familia	3	15
Los ancianos deben ser atendidos por su familia	12	60
El anciano debe seguir su vida activa	2	10
Los ancianos que no tienen familia deben ser recluidos en los asilos	3	15
Totales :	20	100

Si comparamos el Cuadro No. 37 con éste nos daremos cuenta que la respuesta de mayor porcentaje es que los ancianos deben seguir al lado de sus familiares.

5.4.5 SALIDAS QUE PLANTEAN AL PROBLEMA EN NUESTRA SOCIEDAD.

Pudimos apreciar diferentes opiniones con porcentajes más o menos equitativos pero el mayor porcentaje que es de 30% corresponde a que se construyen centros especializados para las personas de edad avanzada, 20% ayudar a los ancianos en esta etapa de la vida, 20% capacitar al anciano para esta etapa de la vida, 15% que le dan más oportunidades a los ancianos por sus experiencias, 15% plantear políticas asistenciales por parte de l Estado (Ver Cuadro No. 40)

5.4.6 RESUMEN Y CONCLUSIONES DE LA ENCUESTA

Del análisis de los datos de la encuesta podemos observar que los profesionales rechazan al asilo como medio de atención a la problemática de la población en edad avanzada, y se manifiesta de acuerdo con la familia debe retribuir al anciano los esfuerzos que este ha hecho a lo largo de su vida para cuidar a sus familiares en oposición a las tendencias de la sociedad actual

que por reducción de espacio, limitaciones económicas y otros factores tienden a hacer cada vez más difícil este tipo de atención.

CUADRO No. 40

SALIDAS QUE PLANTEAN AL PROBLEMA
EN NUESTRA SOCIEDAD

Tipo de soluciones	F	%
Que construyan centros especializados para las personas de edad avanzada.	6	30
Ayudar a los ancianos en esta etapa de la vida.	4	20
Que le den más oportunidades a los ancianos por sus experiencias.	3	15
Capacitar al anciano para esta etapa de la vida.	4	20
Plantear políticas asistenciales por parte del Estado.	3	15
Totales :	20	100

CAPITULO VI

EL TRABAJADOR SOCIAL EN LOS ASILOS DE BARRANQUILLA

6.1 SITUACION ACTUAL, PLANTEAMIENTO DE ALTERNATIVAS

En este capítulo vamos a estudiar los aspectos relacionados con la participación del Trabajador Social en la atención de la población envejeciente a través de los asilos existentes en Barranquilla.

En la actualidad el trabajador social no está vinculado directamente por lo menos en Barranquilla, a las instituciones encargadas de la problemática de esta población. Las razones son de diversos orden, pero priman entre ellas básicamente las relacionadas con la no incursión de este profesional en algunos campos de la problemática social, como en el caso específico de la problemática de la Gerontología Social y por otro lado a las limitaciones de recursos de capacidad administrativa y de políticas objetivamente diseñadas para la atención de este tipo de problemas.

El caso concreto de las tres instituciones existentes en Barranquilla es muy claro al respecto.

La ubicación de un Trabajador Social en estas instituciones requiere del cambio total de su estructura , objetivos y políticas o en su defecto la proximación de un Trabajador Social formado según la concepción asistencialista y religiosa que les demuestre física o intelectualmente estar identificado plenamente con la institución por lo que inútil plantear alternativas de atención que no sean las que actualmente posee ésta.

Respecto a los dos asilos estudiados patrocinados por el Estado pero en manos del sector religioso cabe afirmar que en cuanto a políticas objetivas y programas, con la actual directiva es inútil intentar un replanteamiento de éstas por lo que sin caer en la negatividad proponemos como tareas inmediatas para el Trabajador Social en el campo de la Gerontología Social los siguientes elementos:

- a) Iniciar estudios que profundicen sobre la problemática de la población envejeciente, ya que está por su magnitud (7%) (1), de la población aproximadamente.

(1) Taller investigativo internacional sobre Gerontología Social y Pensiones de Jubilación, Vejez y Ancianidad, Barranquilla. Nov. 7, 8, 9.10, 1980.

2.000.000 de personas para 1982 van a ocupar un papel destacado en el contexto de la problemática social.

- b) Participar con las asociaciones de pensionados y los grupos de presión de tipo laboral, gremial y sindical, acciones tendientes a crear conciencias sobre esta problemática dentro de la concepción que implica el que ella, tarde o temprano va a afectar a todos y específicamente a quienes por falta de oportunidades no se hallan ubicados en los sectores privilegiados de la población.
- c) Cuestionar científicamente la intervención del Estado, especialmente el papel que cumplen hoy día los asilos por cuanto su concepción es reflejo de la etapa asistencialista y filantrópica que ha orientado la asistencia social en los sistemas divididos en clases sociales y ser en estos momentos una contradicción histórica.

6.2 FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LAS INSTITUCIONES DE ATENCION AL ANCIANO.

A continuación planteamos las que podrían ser funciones básicas del Trabajador Social en aquellas instituciones encargadas de atender a los ancianos.

1. Diseñar políticas de intervención profesional e institucional de acuerdo a la población que se atiende en ellos, tomando en consideración la situación laboral, familiar y el estado físico síquico de los atendidos.
2. Vigilar el cumplimiento de los beneficios a que tengan derecho cuando estén amparados por los servicios de los Seguros Sociales, de las Cajas de Compensación y por las pensiones de jubilación a que hallan tenido derecho.
3. Coordinar y unificar políticas y servicios de la institución con los otros centros o instituciones que puedan facilitar un mejor aprovechamiento de los recursos existentes.
4. Mantener un inventario permanente de las necesidades físicas, sociales y económicas de la institución con el fin de poder formular programas y actividades tendientes a satisfacerlas.
5. Coordinar programas de recreación y terapias ocupacional que mantenga en todo momento la condición de ser social, útil y la de personas que viven una etapa de su vida y no de quien espera la muerte.

6. Participar en los equipos interdisciplinarios y crear conciencia en ellos de la necesidad de la intención integral al anciano.

6.3 METODOS Y TECNICAS A APLICAR

El cumplimiento de las funciones anteriormente relacionadas va a exigir un desempeño total del Trabajador Social en los niveles administrativos, institucionales, familiares y comunitarios.

La labor de concientización implica incidir a nivel de la comunidad mediante programas de promoción e inducción sobre la problemática de los ancianos sobre las instituciones y servicios que deben crearse para su atención y educación, sobre los aspectos de las relaciones humanas con este tipo particular de población.

A nivel institucional la labor implica la utilización de métodos y técnicas de grupo en lo que respecta la atención de los ancianos con el fin de mantener mediante las actividades asociativas sus vínculos con aquellos que comparten cronológicamente su problemática y conservan en ellos la solidaridad como un elemento fundamental para enfrentar a aquellos problemas que

individualmente se constituyen en serios obstáculos para el ser humano limitado física y/o mentalmente.

CONCLUSIONES

1. El asilo no es la solución para la problemática de la edad avanzada y del anciano.
2. El envejecimiento es un proceso natural que se inicia en el hombre desde el momento en que se configura su unidad biológica, continúa a lo largo de su vida y se acelera a partir - aproximadamente a los 30 años, etapa en la cual las células dejan de regenerarse y se acentúa alrededor de los 50 en adelante hasta que la muerte interrumpe este proceso.

La figura del anciano se asocia porque así ocurre, a la disminución de las facultades mentales, físicas y locomotrices, y la pérdida de la capacidad de adaptación, pero con el progreso de los medios de producción y la mejora en las condiciones de vida tienden a desarrollarse las facultades de mando, toma de decisiones y organización, que hacen hoy unicelulares los servicios de la gente, en edad avanzada con adecuada preparación.

3. El viejo ha sido históricamente una figura objeto de estudio, - desde Platón en Grecia, Cicerón en Roma, Birren en Inglaterra, Halle en los E.E.U.U. hasta Canal Ramírez en Colombia

se han ocupado de él. En algunos momentos históricos anciano quizo decir sabio a excepción que todavía perdura, pero que la vida moderna con sus limitaciones de espacio y tiempo y con la agudización de la incidencia del factor económico.

Debido a que cada vez es mayor la explotación del hombre se ha problematizado la posición del anciano en la familia: después de haber formado las generaciones que le precedieron y hecho su aporte social de trabajo, es jubilado en el mejor de los casos o simplemente abandonado en su gran mayoría. Esta situación, por lo menos en Colombia, se ha acentuado con la crisis del capitalismo con la depauperización de los sectores menos favorecidos económicamente hasta convertir al anciano en su serio problema.

4. Frente a la problemática de la vejez y de la edad avanzada en general se han forjado un conjunto de disciplinas que conforman el campo de la Gerontología, dentro de esta encontramos una rama que es llamada Geriatria, la cual se divide en dos grandes sectores : a saber : Geriatria Clínica y Geriatria Social, está última que conforma la unidad en la que se desenvuelve el Trabajador Social.

5. La población envejeciente tiende a aumentar cada vez más y a convertirse por lo tanto en una gran demanda de servicios especializados de salud, vivienda, recreación, terapia, alimentación, capacitación y reeducación por lo que en la medida en que aumente el tamaño de esta población su incidencia en la economía de los países va a tener cada vez mayor preponderancia.

6. Frente a la situación y a la realidad de la población en edad avanzada en el mundo contemporáneo los países desarrollados socialistas y capitalistas han dispuesto todo un conjunto de servicios e instituciones especializadas en su atención y dedicadas no sólo a añadir años a la vida del anciano sino a dar vida a la vejez.

Se ha abandonado la concepción filantrópica en la atención del problema por un enfoque más objetivo que contiene como elementos de ejecución el aporte significativo que la población vieja ha hecho a la sociedad y que le da derecho a esperar de ella condiciones aceptables y decorosas de vida.

Uno de los aspectos en el que se concentra la atención de las instituciones encargadas del problema lo es el laboral por los

requerimientos significativos que reúne este factor, no solo en lo que toca la remuneración de los esfuerzos sino por que psicológica y moralmente ubican al individuo dentro de su mayor potencial humano.

En la actualidad el aumento de los ancianos en Colombia y específicamente en Barranquilla por ser ésta una ciudad industrializada es un hecho real que en los años venideros serán mayor por lo tanto no puede escapar de la responsabilidad de las vidas llegadas a la vejez.

7. Frente a la problemática en edad avanzada en Barranquilla como en Colombia la prestación de los servicios se concentran en los llamados asilos cuyo manejo está a cargo de comunidades religiosas o filantrópicas con recursos aportados en forma deficientes e insuficiente por el Estado en los cuales se atiende 321 ancianos. Manejados con criterios en los cuales está ausente toda óptica científica y en las que la ausencia del Trabajador Social es un hecho protuberante, prueba de ello fué el tratamiento que se nos dió en el Hogar Madre Marcelina con una actitud impermeable ante la necesidad de tener que aportar datos sobre la institución y el temor de verse perjudicados por ellos.

8. Situación del anciano en los asilos de Barranquilla, están dirigidos y orientados por comunidades religiosas y una de ellas es de índole privada y en las otras dos existen servicios de pensionados, media pensión y caridad, con valores que pueden llegar a los \$ 10.000.00 mensuales. El total de personas atendidas en los dos centros en los que se pudo realizar el estudio es de 321 de los cuales 270 son atendidos por caridad.

Los asilos de Barranquilla como la mayoría de estas instituciones en el país tratan la problemática del anciano con un enfoque asistencialista y en ellos se dan condiciones que no reflejan la calidad de los servicios que merece este sector de la población, por otro lado la valoración de estos asilos es negativa en sus aspectos generales y en ella se reafirma la tendencia a recluír al anciano como un medio de escape para la familia que si bien resuelve a este su problema constituye para el anciano una forma de aislamiento y disociación.

9. En cuanto a conclusión e incluso recomendación sobre la ubicación del trabajador social en la problemática de la población en edad avanzada nos remitimos al contenido del capítulo VI en el que no existirá experiencias en este campo, sobre sus posibilidades de intervención en las instituciones existentes, formu-

lamos un conjunto de conclusiones y recomendaciones cuya vigencia recomendamos para esta sección.

RECOMENDACIONES

1. Favorecer la construcción de centros donde el anciano no pierda su capacidad de sociabilización y cumplan con los servicios que demandan esta población.
2. Que los asilos existentes sean administrados por personal especializado y no por comunidades religiosas.
3. Educar a la población considerando todas las etapas de la vida como normales en el proceso del ser humano, que merecen y deben ser vividas a plenitud.
4. La facultad de Trabajo Social debe plantear en la programación universitaria cátedras que conlleven a la creación de una especialización en Geriátría Social, por ser este un campo que va a adquirir mayor importancia.
5. La sociedad debe tener conciencia de la problemática de la edad avanzada para así llevar a cabo investigaciones científicas que conlleven a un mejor tratamiento en esta etapa.
6. Que el Estado aporte los auxilios necesarios a las instituciones encargadas a la atención de la población envejeciente.

Nos permitimos repetir dentro de estas recomendaciones, las incluidas en el capítulo No. VII pag. 152 y 153.

7. Iniciar estudios que profundicen sobre la problemática de la población envejeciente en Colombia, ya que ésta por su magnitud (7%) de la población aproximadamente 2.000.000 de personas para 1982 van a ocupar un papel destacado en el contexto de la problemática social.
8. Participar con las asociaciones de pensionados y los grupos de presión de tipo laboral, gremial y sindical, acciones tendientes a crear conciencias sobre esta problemática dentro de la concepción que implica el que ella, tarde o temprano va a afectar a todos y específicamente a quienes por falta de oportunidades no se hallen ubicados en los sectores privilegiados de la población.
9. Cuestionar científicamente la intervención del Estado, especialmente el papel que cumplen hoy día los asilos por cuanto su concepción es reflejo de la etapa asistencialista y filantrópica que ha orientado la asistencia social en los sistemas divididos en clases sociales y ser en estos momentos una contradicción histórica.

BIBLIOGRAFIA

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. CRUZ ROJA COLOMBIANA. PRIMER SEMINARIO NACIONAL SOBRE EL ANCIANO. Bogotá. Octubre 8, 9, 10 y 11 de 1.973. Resultado del Trabajo de Grupo. Pag. 19.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. CRUZ ROJA COLOMBIANA. HACIA UN PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL AL ANCIANO. PRIMER SEMINARIO NACIONAL SOBRE EL ANCIANO. Bogotá 8, 9, 10 y 11 de 1973. Ponencia por Doctor Humberto Carvajal Flórez - Médico - Ministerio de Salud. Documento Informativo No. 3 Bogotá D.E. - I.C.B.F. pag. 13.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. CRUZ ROJA COLOMBIANA. PONENCIA: EL ANCIANO, LA FAMILIA Y LA SOCIEDAD. PRIMER SEMINARIO NACIONAL SOBRE EL ANCIANO. Octubre 9, 10 y 11 de 1.973 Ponente Dra. Ruth Pizano de Vela. Jefe División Promoción Social del Menor y la Familia I.C.B.F. Bogotá D.E. Octubre 1973 pag. 9.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. CRUZ ROJA COLOMBIANA. ESQUEMA DE

LAS FUNCIONES DEL MEDICO DE GUARDIA DE UNA RESIDENCIA DE ANCIANO. PRIMER SEMINARIO NACIONAL SOBRE EL ANCIANO. BOGOTA D.E. Octubre 8, 9, 10 y 11 de 1973. Ponencia Dr. Carlos Cromadesa Marco Memoria Presentada a la Oposición para médico de Guardia de la Gran Residencia de Ancianos de Madrid. Documento Informativo No. 5 Pag. 19.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. CRUZ ROJA COLOMBIANA. ASPECTOS MEDICOS Y PSICOLOGICOS DEL ANCIANO. PRIMER SEMINARIO NACIONAL SOBRE EL ANCIANO. Octubre 8, 9, 10 y 11 de 1.973. Ponente Dr. Jaime Márquez, Centro Geriátrico San Isidro Manizales Geriatra Bogotá D.E. I.C.B.F. pag. 17.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. CRUZ ROJA COLOMBIANA. GERIATRIA. PRIMER SEMINARIO NACIONAL SOBRE EL ANCIANO. Octubre 8, 9, 10 y 11 de 1.973 Ponencia : Dr. Jaime Vélez Ramirez. Geriatra. Documento Informativo No. 4 pag. 4.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. CRUZ ROJA COLOMBIANA. PROBLEMAS NECESIDADES Y ASPIRACIONES DEL ANCIANO. PRIMER SEMI-

NARIO NACIONAL SOBRE EL ANCIANO. Octubre 8, 9, 10 y 11 de 1.973. Ponencia : Señores Nicolás Vásquez N. Carlos Julio Escobar López. Residentes " Mi casa" Documento Informativo No. 6 Pags. 7.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. CRUZ ROJA COLOMBIANA. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. PRIMER SEMINARIO NACIONAL SOBRE EL ANCIANO. Bogotá. Octubre 8, 9, 10 y 11 de 1.973. Pag. 5.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR CRUZ ROJA COLOMBIANA. ESTUDIO SOBRE LA SITUACION DEL ANCIANO DE COLOMBIA. PRIMER SEMINARIO NACIONAL SOBRE EL ANCIANO. Octubre 8, 9, 10 y 11 de 1.973. Ponencia. Sor Soledad Rubio. Hermanita de los Pobres. Con experiencia atención a Ancianos. Documento Informativo No. 1 Bogotá D.E. I.C.B.F. Pag. 25.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. CRUZ ROJA COLOMBIANA. ATENCION DEL ANCIANO. ALGUNAS CONSIDERACIONES. PRIMER SEMINARIO NACIONAL SOBRE EL ANCIANO. Ponencia. María Teresa Gnecco de Ruia. Miembro de la Junta Directiva del Instituto Colom-

biano de Bienestar Familiar. Decana Facultad Trabajo Social. Universidad Javeriana. Documento Informativo No. 8 Bogotá D.E. - I.C.B.F. Pag. 5.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. CRUZ ROJA COLOMBIANA. SITUACION DEL ANCIANO EN COLOMBIA. PRIMER SEMINARIO NACIONAL SOBRE EL ANCIANO. Octubre 8, 9, 10 y 11 de 1.973. Ponencia. Profesor Jorge E. Cavelier. Presidente Cruz Roja Colombiana. Bogotá D.E. I.C.B.F. Pag. 16.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. CRUZ ROJA COLOMBIANA. SITUACION DEL ANCIANO EN COLOMBIA. PRIMER SEMINARIO NACIONAL SOBRE EL ANCIANO. Octubre 8, 9, 10 y 11 de 1.973. Ponencia : Sor Soledad Rubio. Hermanita de los Pobres, con experiencia en Atención a Ancianos. Bogotá. D.E. I.C.B.F. Pag. 16.

PRIMER SEMINARIO NACIONAL SOBRE EL ANCIANO. ALGUNOS ASPECTOS DE ORDEN LEGAL. DOCUMENTO DE TRABAJO. Bogotá D.E. I.C.B.F. O.R.H. 185/73 Pag. 12.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. CRUZ ROJA COLOMBIANA. PROBLEMAS

DE LA GERIATRIA EN EL MUNDO ACTUAL. PRIMER SEMINARIO NACIONAL SOBRE EL ANCIANO. Octubre 8, 9, 10 y 11 de 1.973. Ponencia. Dra. Carmen Cavestany Geriatra. Presidente del Colegio A.T.S. Femeninos y Enfermeras de Madrid y Delegada Vecinal de la Obra Ayuda al Anciano. Presentado por España en el Congreso de México el 16 de Mayo de 1.973. Bogotá D.E. Octubre 1.973. pag- 25.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. CRUZ ROJA COLOMBIANA. PROBLEMAS NECESIDADES Y ASPIRACIONES DEL ANCIANO. PRIMER SEMINARIO NACIONAL SOBRE EL ANCIANO. Octubre 8, 9, 10 y 11 de 1.973. Ponencia. Señor Nicolás Vásquez. Señor Gonzalo Urrea Jaramillo. Señor Carlos Julio López. Señor Félix Granados. Residentes " Mi Casa". Bogotá. D.E. I.B.C.B. Pag. 4.

FEDERACION INTERNACIONAL DE LA ANCIANIDAD. AGE ING INTERNATIONAL. Boletín Informativo. Volumen 7 No. 1 Marzo - 1.980. Pag. 73.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. PROBLEMAS DE SALUD MENTAL DEL ENVEJECIMIENTO. INFORME DEL COMITE DE EXPERTOS EN SALUD MENTAL. Editorial Humanitas. Vol. 10.1959 Pag. 60.

FEDERACION INTERNACIONAL DE LA ANCIANIDAD. AGEING
INTERNACIONAL. Boletín Informativo. Volumen 2 No. 6 de Junio
de 1.979. pag. 72.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA . INSTITUTO COLOMBIANO DE
BIENESTAR FAMILIAR. CRUZ ROJA COLOMBIANA. PRIMER SE-
MINARIO NACIONAL SOBRE EL ANCIANO. Documento Informati-
vo No. 7 Bogotá D.E. Octubre 8, al 11 de 1973. Ponencia por el Dr.
Rubén Darío Guevara Canales. Antropólogo División de Promoción
del Menor y la Familia I.C.B.F. Pag. 11.

ASOCIACION NACIONAL DE ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS DE
ASISTENCIA AL ANCIANO. TALLER INVESTIGATIVO INTERNA_
CIONAL SOBRE GERONTOLOGIA SOCIAL GERIATRIA Y PENSIO-
NES DE JUBILACION, VEJEZ Y ANCIANIDAD. PROVIDA SUS ME-
TAS Y REALIZACIONES. Informe General Barranquilla. Nov. 7 al
10 de 1.980. Pag. 13.

ASOCIACION NACIONAL DE ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS DE
ASISTENCIA AL ANCIANO. TALLER INVESTIGATIVO INTERNA_
CIONAL SOBRE GERONTOLOGIA SOCIAL GERIATRIA Y PENSIO-
NES DE JUBILACION, VEJEZ Y ANCIANIDAD. HABITAT PARA
ENVEJECIENTES. Arquitecto Oscar Alzate Hernández. Barranqui-



lla. Nov. 7 al 10 de 1.980. Pag. 10.

PROTESTA. SON PARASITOS. No. 37 Pag. 42.

ENVEJECER NO ES DETERIORARSE. Gonzalo Canal Ramirez. Antares .Bogotá Pag. 321.

BIBLIOTECA DE PSICOLOGIA YO PSICOLOGIA DE LA SENECTUD. Ursula Leher. Barcelona. Editorial Hereder 1.980.

ENCICLOPEDIA MEDICA MODERNA. Tomo I Dr. M.A. Hammerly. Ediciones Interamericana. México D.E. Guatemala , Panamá, Juan P.R. San José C.R. Bogotá Caracas , Santo Domingo, Madrid Pag. 684.

SOCIEDAD COLOMBIANA DE GERONTOLOGIA Y GERIATRIA. Revista No. 249 Vol. II No. 1978. Bogotá D.E. Pag. 46.

SICOLOGIA DE LA EDAD ADULTA Y DE LA VEJEZ. PRESENECENCIA, SENESCENCIA Y ANCIANIDAD. Dr. Humberto Bronx. Editorial Argemiro Salazar & Cía Ltda. Pag. 123.

LA SICOLOGIA Y TU VEJEZ AÑOS DE PLENITUD. Robert Kastentbaum A.P.U.C.O.L Ltda. Bogotá Colombia Pag. 128.

NUEVA ENCICLOPEDIA TEMATICA. El Mundo del Estudiante To-
7. Editorial Richards. S.A. Panamá Pag. 581.

INDICE

	Página No.
INTRODUCCION	
I. MARCO CONCEPTUAL DE LA PROBLEMATICA DE LA EDAD AVANZADA	1
1.1 El Envejecimiento en el ser humano	1
1.2 Ancianidad	8
1.3 Vejez	11
1.4 Anciano o Geronte	12
1.5 Gerontología	15
1.6 Geriatría	21
II. LA POBLACION EN EDAD AVANZADA COMO PRO- BLEMA SOCIAL.	24
2.1 El Viejo en la Historia	26
2.2 El Viejo en la Sociedad Contemporánea	32
2.3 La Vejez y la Sociedad de Clases	34
2.4 Demanda de servicios de la población anciana	38
2.4.1 Atención familiar	39
2.4.2 Limitaciones en la Vivienda	40
2.4.3 Asistencia médica y psíquica	41
2.5 Aspectos físicos, sociales y económicos de la	44

	Página No.
problemática de la población envejeciente	44
III ATENCION DEL ANCIANO EN SOCIEDADES AVAN- ZADAS DEL MUNDO CONTEMPORANEO	55
3.1 Modelo Soviético	58
3.1.1 Educación	59
3.1.2 Empleo	61
3.1.3 Servicios de Salud	63
3.2 Alemania Federal	64
3.2.1 Educación	65
3.2.2 Empleo	66
3.2.3 Salud	67
3.3 Estados Unidos	70
3.3.1 Educación	70
3.3.2 Empleo	70
3.3.3 Salud	72
3.4 La Atención del Anciano en Suiza	75
3.5 La Atención del Anciano en el Japón	76
IV POBLACION EN EDAD AVANZADA EN COLOMBIA	78
4.1 El Problema en Cifra	78
4.2 El Factor económico y laboral	82

	Página No.
4.3 La Atención del Estado (Normas de Seguridad Social)	88
V. EVALUACION DE LOS CENTROS DE ATENCION AL ANCIANO EN BARRANQUILLA	93
5.1 Descripción de los servicios de las dos Instituciones objeto del estudio.	94
5.1.1 Dirección y Manejo de los Asilos	98
5.1.2 Recursos	99
5.1.3 Aspectos Locativos	101
5.2 Valoración de las Instituciones por parte de los Ancianos Usuarios de sus servicios	102
5.2.1 Distribución de la población según el tipo de atención.	102
5.2.2 Aspecto Personal	104
5.2.2.1 Distribución de la población atendida en los centros de anciano, según la edad, el sexo y la institución.	104
5.2.2.2 Residencia actual de la familia.	105

	Página No.
5.2.2.3 Residencia del anciano antes de haber ingresado al asilo	106
5.2.3 Aspecto Institucional	107
5.2.3.1 Distribución de la población se- gún la institución y el tipo de in- quilino.	107
5.2.3.2 Forma de ingreso a la Institución	108
5.2.3.3 Valoración del Asilo	110
5.2.3.4 Tiempo de ingreso en el asilo	112
5.2.3.5 Utilización de los dormitorios	113
5.2.3.6 Valor de las pensiones	114
5.2.3.7 Valoración de las relaciones en- tre compañeros	116
√ 5.2.4 Aspecto Familiar	117
√ 5.2.4.1 Valoración de las relaciones del anciano con los familiares	117
5.2.4.2 Visitas de los familiares	118
5.2.4.3 Origen de su estada en el asilo.	119
√ 5.2.5 Aspecto Ocupacional	120
√ 5.2.5.1 Actividades que realiza durante el día	120

	Página No.
5.2.5.2 Actividades que le gustaría realizar.	121
√5.2.6 Aspecto Recreacional	123
√5.2.6.1 Actividades Recreativas de- seadas por los ancianos	123
5.3 Valoración de los Asilos por parte de ancia- nos no usuarios de sus servicios.	124
5.3.1 Aspectos Personales	124
5.3.1.1 Distribución por sexo y edad	124
5.3.2 Consideraciones sobre la problemáti- ca.	125
5.3.2.1 Principales problemas de las personas en edad avanzada	125
5.3.2.2 Como enfrentan o solucionan estos problemas	126
5.3.2.3 Sugerencias para el Estado	127
5.3.2.4 Opiniones acerca de los Asilos	128
5.3.2.5 Opiniones acerca de la gente joven.	129
√5.3.3 Aspecto Familiar	130
√5.3.3.1 Vive con su familia y relaciones familiares.	130

	Página No.
5.3.3.2 Frecuencias de las Visitas Familiares.	131
5.3.4 Aspecto Ocupacional	131
5.3.4.1 Actividades que realizan los Ancianos en sus residencias	131
5.3.4.2 Oficios deseados por los Ancianos	132
5.3.5 Aspecto Recreacional	133
5.3.5.1 Actividades Recreativas más deseadas.	133
5.4 Conceptos y Opiniones de profesionales invo- lucradas en la problemática de la vejez, so- bre e papel del Asilo.	136
5.4.1 Distribución según la profesión	136
5.4.2 Experiencia en el campo de trabajo	136
5.4.2.1 Participación en cursos o especializaciones sobre la vejez.	136
5.4.3 Conceptos y Valoración sobre la pro- blemática de la Edad Avanzada en Ba- rranquilla.	137



5.4.3.1	Opiniones sobre la Vejez	137
5.4.3.2	Opiniones sobre la Inter- vención del Estado en la Problemática de la Vejez	139
5.4.4	Valoración sobre los Asilos	140
5.4.4.1	Concepto sobre los Asilos en Barranquilla	140
5.4.4.2	Concepto sobre la relación de las personas en los asilos	141
5.4.4.3	Motivos para estar o no de acuerdo con la reclusión en el Asilo.	141
5.4.5	Salidas que plantea al problema en nues- tra Sociedad.	143
5.4.6	Resumen y conclusiones de la encuesta	143
VI.	EL TRABAJADOR SOCIAL EN LOS ASILOS DE BARRANQUILLA.	146
6.1	Situación Actual, Planteamiento de alterna- tivas.	146
6.2	Funciones del Trabajador Social en las Institu- ciones de Atención al Anciano	147

	Página No.
6.3 Métodos y Técnicas a Aplicar	149
CONCLUSIONES	151
RECOMENDACIONES	157
BIBLIOGRAFIA	159