



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA**



T
1.5-1
M491
2000
6j:1

**TRABAJO DE TESIS
Para optar al Título de
MÁSTER EN SALUD PÚBLICA**

**"SITUACIÓN DE SALUD DE LAS/LOS ADULTOS MAYORES.
AREA 3.2 MANAGUA. CENTRO DE SALUD EDGARD LANG SACASA.
ENERO - ABRIL 2000. MANAGUA, NICARAGUA"**

**AUTORA:
Dra. Tomasita Marcela Medina Cajina**

**TUTOR:
Dr. Wilfredo Barreto
Máster en Salud Pública**

**Agosto 2000
Managua, Nicaragua**

11 SET. 2000

RESUMEN

El objetivo del presente estudio estuvo orientado al análisis de la situación de salud de las/los adultos mayores del área 3.2 de Managua perteneciente al Centro de Salud Edgard Lang Sacasa durante los meses de Enero a Abril del 2000.

Para tal fin se realizó un estudio descriptivo, transversal. La población de estudio estuvo constituida por 388 adultos mayores, entre hombres (150) y mujeres (238). Las fuentes de información fueron de tipo primaria y secundaria. La información se recolectó a través de una encuesta que abordaba condiciones socioeconómicas, características conductuales y culturales, estado de salud y asistencia sanitaria.

Hay un predominio del sexo femenino con una esperanza de vida promedio de 65.7 años, y en los hombres de 62.3 años. Esto se traduce en más años de mala salud para las mujeres. El nivel de escolaridad de las adultas mayores es inferior al de los adultos mayores. Predomina la dependencia familiar sobre todo en el sexo femenino. El 31% de las/los adultos mayores pertenecen a la población económicamente activa, teniendo un predominio el sexo masculino, a su vez la mayor proporción de estos labora en el sector formal, mientras que las mujeres lo hacen en el sector informal, lo cual explica el menor acceso que tienen a los beneficios de la seguridad social. Sólo una minoría goza de una jubilación/pensión, siendo el mayor porcentaje hombres. Tienen acceso a servicios básicos, sin embargo el acceso a recreación y asistencia sanitaria no son del toda satisfactorias.

Hay estereotipos culturales que impiden que este grupo de población tengan y vivan una vida plena y libre de prejuicios durante la tercera edad. Las diferentes creencias encontradas, reflejan la influencia social educativa de la sociedad confirmando una vez más las condiciones de desigualdad entre hombres y mujeres y la perpetuación de estas formas de comportamiento de generación en generación.

Entre los factores comportamentales predominan el sedentarismo y el consumo de café. Hay un predominio de enfermedades crónicas, siendo la hipertensión arterial y las cardiopatías predominantes en la mujer, mientras que la diabetes en el sexo masculino. Un mínimo porcentaje de la población presenta discapacidad funcional y limitación física, siendo la principal causa el reumatismo con predominio femenino.

Sólo el 77% de esta población acude a los servicios de salud. No cuentan con un programa de atención integral. La calidad de atención de estos servicios es calificada de regular y no se les brinda una atención diferenciada. Hay un acceso limitado a la realización de diferentes exámenes.

Se concluye que la salud de las/los ancianos depende de la calidad de los servicios de salud disponibles, del nivel de ingresos y de las condiciones de vida, así como el estado de salud en años anteriores, que es en sí mismo resultado de una amplia gama de factores económicos, sociales, políticos y culturales. Por lo tanto, se hace necesario proponer alternativas de acción con el fin de mejorar la situación de salud así como las condiciones de vida de este importante grupo de población.

INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	
El envejecimiento de la población mundial	4
El envejecimiento en América Latina	8
El envejecimiento en Nicaragua	11
III. JUSTIFICACION	12
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
V. OBJETIVOS	16
VI. MARCO DE REFERENCIA	
Marco Conceptual del Envejecimiento OPS	17
Estado de la población mundial: Envejecimiento ...	21
El envejecimiento: Como superar los mitos	25
Sexualidad en la vejez	36
Consecuencias de los cambios demográficos	39
VII. METODOLOGIA	41
VIII. RESULTADOS	48
IX. ANALISIS DE LOS RESULTADOS	54
X. CONCLUSIONES	64
XI. RECOMENDACIONES	66
XII. BIBLIOGRAFIA.....	68
XIII. ANEXOS	71

I. INTRODUCCION

La tendencia mundial a la disminución de la fecundidad y a la prolongación de la esperanza de vida ha dado al fenómeno del envejecimiento de la población un relieve sin precedentes, trayendo consigo una serie de consecuencias, entre las cuales están las siguientes:

- ❖ El aumento de la proporción de personas de edad avanzada y la disminución del porcentaje de jóvenes en la mayoría de los países industrializados van acompañados de una reducción del tamaño del grupo de edad económicamente activa.
- ❖ Desde los años sesenta en adelante, la mayoría de los países industrializados establecieron sistemas de seguridad social en gran escala administrados por el sector público para atender a las necesidades de las personas de edad avanzada. Como habían experimentado un auge de los nacimientos a fines del decenio de 1940 y en el decenio de 1950, el número de personas de edad avanzada seguía siendo bajo en el decenio de 1960 en comparación con la población económicamente activa. Ello permitió a los gobiernos establecer rápidamente sistemas de seguridad social y utilizar planes según los cuales con las contribuciones de la población económicamente activa se pagaba directamente el mantenimiento de las personas de edad avanzada. Sin embargo, la dramática disminución de la fecundidad a partir del decenio de 1960 está menoscabando lentamente la viabilidad de ese tipo de planes de seguridad social.
- ❖ Muchos países industrializados están preocupados además por el aumento de la demanda de servicios de atención de la salud por parte de la creciente población de personas de edad avanzada. Como la mayoría de esos países tienen sistemas de salud financiados por el sector público, les preocupa tanto la necesidad de reorientar sus servicios como el aumento de los costos debido al mayor nivel de demanda.
- ❖ Aunque el envejecimiento de la población es principalmente un problema de los países industrializados, en varios informes de los países en desarrollo se señaló la preocupación de éstos por el creciente número de personas de edad avanzada que no tienen a nadie que se haga cargo de ellas. Esta situación se debe al quebrantamiento gradual de la unidad familiar tradicional, que se encargaba del cuidado de las/los ancianos.⁴

El envejecimiento es considerado un proceso universal, normal y dinámico. No es una enfermedad. Aún cuando el proceso de envejecimiento es inevitable e irreversible, las condiciones crónicas discapacitantes que con frecuencia acompañan al envejecimiento pueden ser prevenidas o retrasadas no solamente con intervenciones médicas sino también con intervenciones sociales, económicas y ambientales.²⁷

Como puede observarse, el envejecimiento de la población es un proceso que forma parte del desarrollo. Los adultos mayores saludables son un recurso para sus familias, las comunidades y la economía en general. Sus contribuciones a la economía, habitualmente

sin reconocimiento ni pago, son indispensables para el desarrollo. Se ha visto que existen grandes inequidades en el envejecimiento, reflejadas en la esperanza de vida, la movilidad, la mortalidad prematura, la discapacidad y la calidad de vida. Los prerequisites para la calidad de vida incluyen comida adecuada, agua limpia, un lugar para dormir, seguridad económica básica y acceso a la atención primaria a la salud.²⁷

A su vez, este proceso de envejecimiento de la población repercute sensiblemente sobre varios factores del desarrollo y el funcionamiento de las sociedades, así como sobre el bienestar, no solo de las personas de edad sino de los grupos más jóvenes. De esos factores, los más importantes son los sistemas de pensión y jubilación; la composición y modalidades de participación de la población activa; los arreglos en cuanto a familia y hogar; las transferencias intrafamiliares de una generación a otra; y las condiciones de salud de las personas de edad. La importancia relativa de cada uno de estos aspectos varía, de acuerdo con las particularidades de los regímenes demográficos y las idiosincrasias institucionales de los países. De todas maneras, tarde o temprano ningún país podrá dejar de incluir entre sus asuntos prioritarios de salud pública y economía el tema de las repercusiones del envejecimiento de la población.²⁷

En particular, la salud de las personas de edad es un componente clave para el desarrollo socioeconómico de la Región de las Américas. Entre las razones de esta importancia se puede citar la esperanza de vida, que a principios de los años cincuenta promediaba los 51 años y actualmente supera los 68, llegando incluso a los 75 años en varios países. Este tipo de cambio de la población plantea un reto importante para la salud pública, particularmente en países que todavía no han superado problemas básicos del desarrollo y donde la pobreza persistente genera mayores presiones sobre sistemas que ya están por sí sobrecargados.³³

Este problema de salud relacionado con el crecimiento de la población de adultos mayores incluye además, cuestiones importantes de equidad. En primer lugar, habrá diferencias entre las clases sociales, ya que los miembros de diferentes clases sociales tendrán características de salud notablemente diferentes. Asimismo, la capacidad de acceso a la asistencia sanitaria integral y de alta calidad, y su uso, variará considerablemente según los estratos sociales. El proceso de envejecimiento en estas sociedades, si no se aborda como es debido, hará aumentar fuertemente la desigualdad de la calidad de vida y del bienestar de los miembros de diferentes clases sociales.^{27, 34}

Segundo, habrá que afrontar diferencias entre los sexos, ya que los hombres y las mujeres registran tendencias de mortalidad muy distintas y sufren problemas de salud notablemente distintos.^{10, 12} Además, puesto que entre las mujeres ha habido niveles inferiores de participación en la fuerza laboral, su acceso a la asistencia y a los servicios sanitarios cuando envejecen es considerablemente diferente al de los hombres. Es probable que ello genere un marcado deterioro del bienestar de las mujeres en edad avanzada, cuando la mayoría de ellas sean viudas.^{27, 34}

Finalmente, el crecimiento de la población de adultos mayores irá acompañado de notables diferencias entre cohortes. Ello ocurrirá por dos razones. En primer lugar, los miembros de diferentes cohortes estuvieron expuestos a tendencias muy diferentes de enfermedades, comportamientos y asistencia sanitaria cuando eran jóvenes. Esto ocurre porque, como bien

se sabe, las enfermedades, las prácticas conductuales y la asistencia sanitaria pasada influyen en la salud posterior de las personas. Segundo, en la medida en que el carácter de la participación de la fuerza laboral y la educación de los miembros de una cohorte influyen en su capacidad de exigir y recibir recursos, las cohortes más jóvenes y las de más edad experimentarán diferencias importantes en cuanto a su acceso a los recursos en general y a la asistencia médica y sanitaria en particular.^{27,34}

En general, la mayoría de los países de la Región atraviesan una etapa intermedia de transición demográfica, en la cual las inversiones dirigidas a la salud de los niños y los adolescentes siguen teniendo una gran prioridad, mientras que las necesidades de salud de las personas de edad y el establecimiento de infraestructuras para una sociedad que va envejeciendo rara vez reciben la atención que deberían. Por otra parte, en los países que se encuentran en una etapa más adelantada de la transición demográfica ya se reconoce la necesidad de evaluar los modelos de prestación de servicios de salud a las personas de edad y de lograr que se mantengan los sistemas de pensiones y asistencia sanitarias, pese a las exigencias cada vez mayores que impone el rápido crecimiento del segmento de personas de edad avanzada (75 años o más) en la población.³³

Si bien las dificultades que plantean las necesidades sanitarias, sociales y económicas de las personas de edad avanzada varían considerablemente dentro de la Región, hay un principio común para la acción que radica en concentrar esfuerzos para promover la salud y reducir la dependencia de este grupo de población.³³

II. ANTECEDENTES

IIa. EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL

En los últimos años, la población mundial ha continuado su notable transición de unas tasas de natalidad y mortalidad muy elevadas a unas tasas de natalidad y mortalidad bajas.^{5, 6} Un factor esencial de esa transición ha sido el aumento del número y de la proporción de las personas de edad (véanse los gráficos I a III). Jamás en la historia de la civilización se había asistido a un crecimiento igualmente rápido, amplio y general.²¹

Se prevé que la actual revolución demográfica seguirá en efecto hasta bien entrado el siglo próximo. Entre sus atributos más destacados figuran los siguientes:

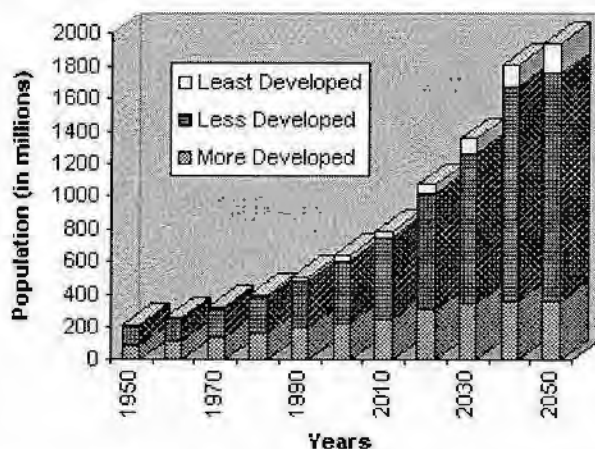
- a) En 1950 había en todo el mundo alrededor de 200 millones de personas de 60 años de edad o mayores. Su número asciende hoy día a casi 550 millones. Alrededor de 2020 la población mundial en proceso de envejecimiento traspasará el umbral de los 1.000 millones y en 2025 alcanzará los 1.200 millones (véase el gráfico I)
- b) Más impresionante aún es el aumento que se espera en el número de mayores de 80 años, puesto que se prevé que en el período de 1950 a 2025 este grupo se habrá multiplicado entre ocho y 10 veces a escala mundial;
- c) Se espera que el incremento más importante de la población de edad en todo el mundo se produzca en los países menos desarrollados. Actualmente, la mayoría (61%) de las personas de edad vive en países en desarrollo. Para el año 2025 se prevé que más del 70% de las personas de edad habitarán en lo que hoy día se denomina el mundo en desarrollo;
- d) La mayoría (55%) de las personas de edad son mujeres. En algunos países las mujeres de edad doblan en número a los hombres;
- e) Hoy día, en algunos países desarrollados, uno de cada cinco habitantes es una persona de edad (véase el gráfico III). En la primera mitad del siglo próximo la proporción será uno de cada cuatro habitantes y en algunos países uno de cada dos;
- f) El proceso de transición demográfica de una sociedad juvenil a una sociedad más madura se está produciendo en los países en desarrollo con mucho más celeridad que en los desarrollados. En Francia pasaron 115 años (de 1865 a 1980) para que la proporción de personas de edad (de 65 años o más) se elevara del 7 al 14%. En el Japón el mismo proceso se produjo en 26 años (1970 a 1996). En Jamaica llevará 18 años (2015 a 2033) y en Túnez 15 años (2020 a 2035);
- g) Para el final del siglo, la mayoría de la población de edad habitará en zonas urbanas. Se prevé que para el año 2000 casi el 78% de las mujeres de edad y más del 75% de los

hombres de edad de las regiones más desarrolladas residirán en zonas urbanas. Se espera que la mayoría de las personas de edad de ambos sexos en las regiones en desarrollo siga habitando en el medio rural (alrededor del 58% de las mujeres y el 60% de los hombres);

- h) En los últimos años se han producido importantes fluctuaciones demográficas a corto plazo. A pesar de su carácter transitorio, esas fluctuaciones, debido al efecto de eco, dan lugar a modificaciones a más largo plazo en la estructura de edad de la población en el ámbito local, nacional e incluso regional, como puede ser el aumento o descenso atípico del número de personas de edad (debido, por ejemplo, a las corrientes de refugiados en el África al sur del Sahara), o al aumento del número de viudas de edad (a causa del aumento de la mortalidad de los varones de los grupos de más edad entre la población activa de varios países europeos en transición de la economía de planificación centralizada a la economía de mercado).²¹

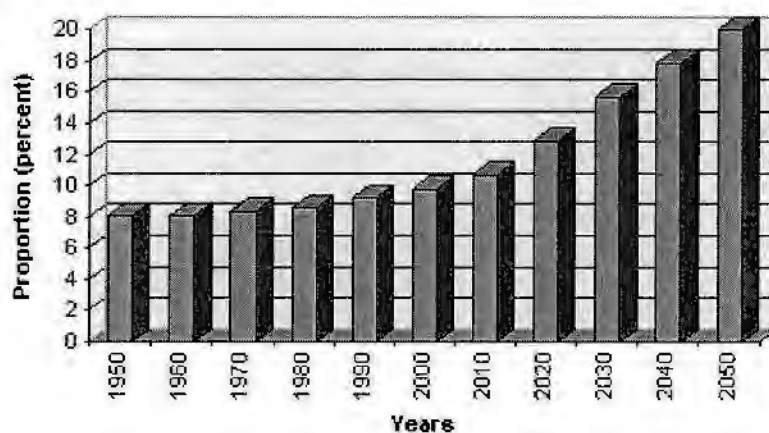
El envejecimiento de la población tiene rasgos específicos en los países desarrollados y en los países en desarrollo. En los países desarrollados las repercusiones más destacadas se deben al número relativo de personas de edad. En los países en desarrollo, por una parte, lo más notable es el aumento del número absoluto de personas de edad y la velocidad con que se produce.²¹

Figure 1. World population aged 60 and over, 1950-2050



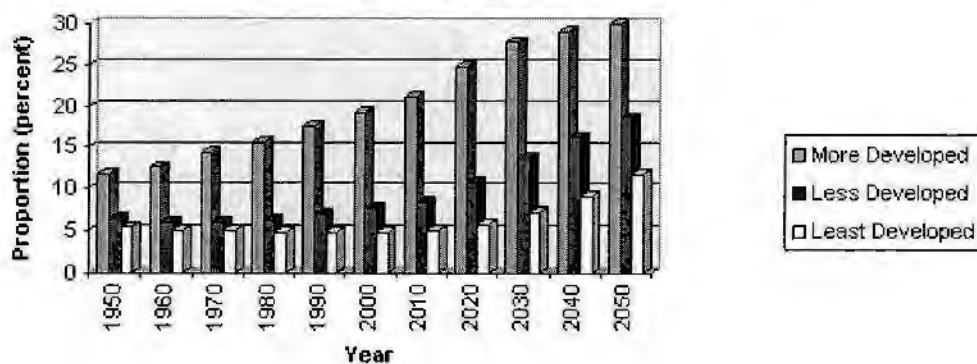
Fuente: Naciones Unidas. División de Población. Proyecciones Población Mundial (Revisión 1994)

Figure II. Proportion of the world aged 60 and over, 1950-2050



Fuente: Naciones Unidas. División de Población. Proyecciones Población Mundial. (Revisión 1994)

Figure III. Proportion of the population aged 60 and over, by country category, 1950-2050

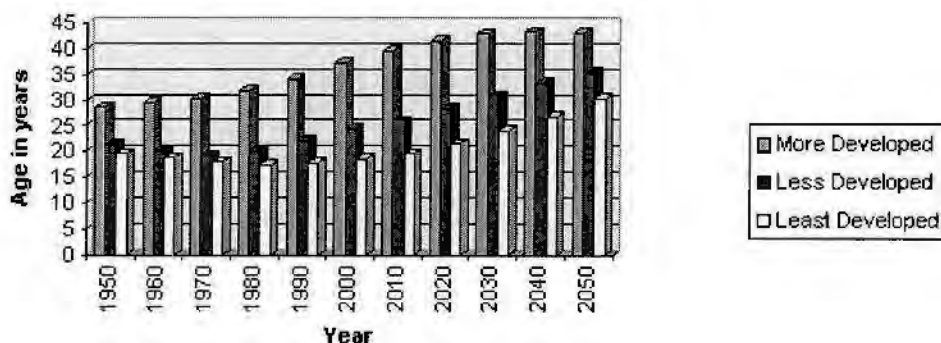


Fuente: Naciones Unidas. División de Población. Proyecciones Población Mundial. (Revisión 1994)

El aumento de la longevidad (véanse los gráficos IV y V), que junto con el descenso de la fecundidad es la causa universal del envejecimiento de la población, afecta a la sociedad en general y a las personas en particular. Las repercusiones sociales son numerosas, y entre ellas figuran las que afectan a las pautas de producción, consumo, ahorro e inversión, a las condiciones del mercado laboral y a la productividad, a los tipos de servicios necesarios y a los patrones del gasto público. En la actualidad, se ha hecho hincapié en los aspectos negativos del envejecimiento, tales como los crecientes costos de los servicios y las prestaciones sociales, sin tener en cuenta a menudo la contribución que las personas de edad pueden hacer a la sociedad e incluso al progreso económico.²¹

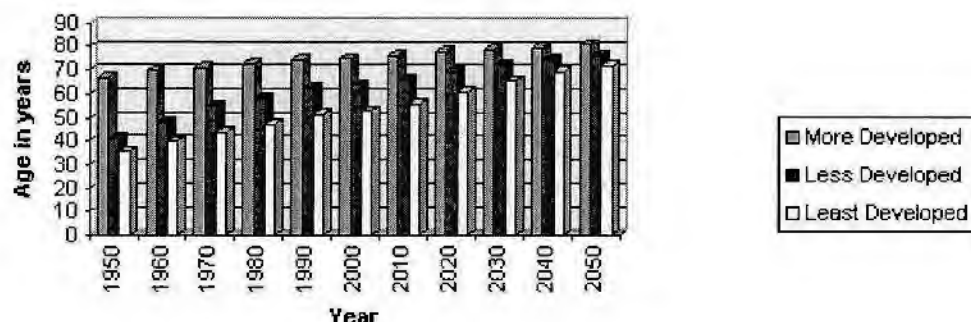
En el ámbito individual, se estima que para finales del siglo se habrán añadido más de 20 años a la duración de la vida media. Para aprovechar al máximo este magnífico don del progreso, será preciso planificar cuidadosamente la trayectoria individual y adoptar estilos de vida saludables, ajustar las finanzas personales y planificar la educación permanente. La política del Estado debe venir en apoyo de esos esfuerzos personales.²¹

Figure IV. Median age by country category, 1950-2050



Fuente: Naciones Unidas. División de Población. Proyecciones Población Mundial. (Revisión 1994)

Figure V. Life Expectancy at birth for both sexes by country category, 1950-2050



Fuente: Naciones Unidas. División de Población. Proyecciones Población Mundial. (Revisión 1994)

IIb. EL ENVEJECIMIENTO EN AMERICA LATINA

El envejecimiento en América Latina es una cuestión que no puede detenerse. La dinámica formal de fecundidad, mortalidad y distribución por edad implica que las trayectorias de las tasas vitales de los países latinoamericanos en los últimos cuarenta años conducirán sistemática e inexorablemente al envejecimiento de la población del continente.^{9, 11, 19, 39} Ese legado de tendencias pasadas no se puede alterar, detener o modificar de ninguna manera, excepto mediante eventos súbitos improbables o políticas extrañas de población.^{27, 34}

Para fines de 1995, en sólo cinco países (Argentina, Barbados, Cuba, Martinica y Uruguay), la proporción de la población mayor de 65 años fue de casi 10 por ciento o más, nivel levemente inferior al registrado en el Canadá y los Estados Unidos (cerca de 12 por ciento). Sin embargo, la mayoría de los otros países de Sudamérica, Centroamérica y el Caribe registrarán esos niveles o los superarán muy pronto, seguramente en los próximos diez o veinte años.³⁴

Las tendencias demográficas que se están produciendo en la Región exigen atención inmediata. Para el año 2000, los Estados Unidos de América y el Canadá cuentan con más de 50 millones de personas de 60 años de edad o más, cifra que en América Latina y el

Caribe asciende a 42 millones. En 2020, 12,4% de la población de América Latina y el Caribe (es decir, 82 millones de personas) tendrá 60 años o más.²⁷

Las proyecciones actuales indican que, para el año 2025, en más de la mitad de los países del continente la distribución por edad estará experimentando un envejecimiento considerable.³⁸ Desde luego, la tendencia hacia el envejecimiento parecerá más acelerada si en nuestra definición de la población de más edad se incluyen el subconjunto de adultos mayores de 60 años y más.³⁴

Como indicador de cambios en la estructura de la población según la edad, el índice de envejecimiento – definido como la cantidad de personas de 60 o más años por cada 100 jóvenes menores de 15 años – es fácil de comprender. En los principales países de las Américas, en 1997 esa relación se situó entre un máximo de 82 en Canadá y un mínimo de 9 en Nicaragua. Se prevé que en la mayoría de los países durante los próximos 30 años se duplicará o se triplicará. Para el año 2025, en varios países habrá menos jóvenes que personas de 60 o más años.³⁰

Ohviamente, el índice de envejecimiento en los países del continente no seguirá un curso único ni homogéneo. De hecho, se observará una heterogeneidad considerable entre los países en relación con el momento, la magnitud y las modalidades del proceso de envejecimiento de la población. En general, puede decirse que el momento y la velocidad de las disminuciones de fecundidad pasadas determinarán en gran medida el momento y la velocidad del envejecimiento de la población. Así pues, por ejemplo, Brasil y México envejecerán después pero en un período más reducido que Chile y Costa Rica, o Uruguay y Argentina. Las mejoras generalizadas de supervivencia de los recién nacidos y los niños en la primera infancia que ocurrieron después de la segunda guerra mundial desempeñarán una función esencialmente equivalente, aunque menos dominante. Finalmente, los cambios previstos de mortalidad en la edad adulta y la vejez configurarán la composición de edades de la población de los adultos mayores más jóvenes (entre 60 y 74 años) y los de edad más avanzada (adultos mayores de 75 años), y por lo tanto determinarán las características más importantes del proceso de envejecimiento.^{27,34}

Otra forma de observar el aumento en la edad poblacional en la Región consiste en examinar el índice de envejecimiento de determinados países, el cual mide la proporción de personas de 60 años o más por cada 100 menores de 15 años. En Brasil, dicho índice aumentará de 24 en 1995, a 58 en 2020 y a 74 en 2025; en Chile en los mismos años pasará de 32 a 67 y a 110, y en Cuba de 54 a 107 y a 159. En casi todos los países el índice de envejecimiento se duplicará en los próximos dos decenios, fenómeno que representa un cambio poblacional sin precedentes.³³

Con el envejecimiento de la población, la muerte se convierte cada vez más en un fenómeno propio de la vejez. En Argentina, Barbados, Chile, Costa Rica, Cuba, Trinidad y Tobago y Uruguay, más de 55% del total de defunciones se da entre personas de 65 años o más. En 1996, casi 25% de todas las defunciones en Estados Unidos correspondieron a mujeres mayores de 80 años. Estas cifras indican las tendencias que se observarán en la mayor parte de los países de la Región en los próximos 20 años.³³

Con el envejecimiento de la población también cambian los tipos de enfermedades predominantes. Las afecciones isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares son las principales causas de defunción en personas de edad, seguidas por las neoplasias y las enfermedades respiratorias, principalmente la neumonía. Conforme aumenta la proporción de personas de edad avanzada, también lo hace el porcentaje de la población que padece enfermedades crónicas y discapacidad, generando una mayor necesidad de recursos sanitarios para estos pacientes, mientras que los costos de la atención de casos agudos o curables permanecen bastante constantes.³³

Estudios realizados en Canadá, Estados Unidos y el Reino Unido indican que en estos países quienes hoy tienen 65 años o más están menos discapacitados que los miembros de cohortes anteriores a esa misma edad. Este tipo de investigaciones demuestra que las discapacidades que a menudo se relacionan con el envejecimiento son susceptibles de modificarse y que alcanzar una edad avanzada no es por fuerza sinónima de discapacidad y enfermedad.³³

Este proceso de envejecimiento tiene una repercusión considerable y asombrosa en varias características que influyen en el funcionamiento normal de las sociedades y el bienestar relativo no sólo de los adultos mayores sino también de las generaciones más jóvenes. Entre las más importantes figuran los sistemas de pensión y jubilación, la composición de la fuerza laboral, las estructuras familiares y domésticas, las transferencias intergeneracionales dentro de las familias y la situación sanitaria y condiciones de salud de los adultos mayores.¹⁹ Desde luego, la importancia relativa de cada uno de estos aspectos varía y depende de las peculiaridades de los regímenes demográficos y las idiosincrasias institucionales de los países. Pero, como la experiencia en Europa, Estados Unidos y Canadá lo demuestra claramente, ninguno de ellos tiene probabilidades de ser tan importante e influyente como el estado de salud y las condiciones sanitarias de los adultos mayores.¹⁹

Entre los factores indicativos de que el crecimiento de la población de adultos mayores va a conducir a una mayor demanda de asistencia y servicios sanitarios están los siguientes: el deterioro gradual de las condiciones de salud física y mental que acompañan al proceso de envejecimiento de las personas^{8, 25}, la reducción resultante de los años previstos de esperanza de vida activa y saludable^{2, 17}, la reducción o el cese completo de la participación en el mercado laboral y la mayor dependencia de las transferencias de ingresos de diversas fuentes públicas y privadas¹³. Puesto que las enfermedades más sobresalientes de los adultos mayores son crónicas en vez de agudas, y progresivas en vez de regresivas¹⁸, esta demanda también podría acarrear un fuerte aumento de los costos de la asistencia sanitaria. Como lo demuestra el caso de los Estados Unidos, Inglaterra y la mayoría de los países de Europa Occidental, estos costos pueden adquirir magnitudes asombrosas¹⁴. Y, como lo demuestra la experiencia lamentable de los países de Europa Oriental, la incapacidad de afrontar estos problemas conduce al rápido deterioro del estado de salud de los adultos mayores y a la pérdida alarmante de años de la esperanza de vida.²⁰

Iic. EL ENVEJECIMIENTO EN NICARAGUA

En 1950, los y las ancianas de Nicaragua apenas llegaban a los 30 mil. En la actualidad, a pesar de que solo representan poco más del 3% de la población total, ya llegan a los 150 mil. Se prevé que para el año 2010 existan alrededor de un cuarto de millón de ancianos y ancianas.⁷

La tasa de crecimiento anual del grupo de 65 años y más (3.8%), supera en más de un punto porcentual al de la población total, siendo aún más rápido el crecimiento del grupo de 80 años y más, que supera al de la población total en casi dos puntos porcentuales.⁷

Los ancianos en Nicaragua, como en la mayoría de los países en desarrollo, sufren severas injusticias sociales y económicas. Por ejemplo, sólo un porcentaje muy bajo dispone de pensiones de jubilación y éstas son insuficientes para cubrir sus necesidades básicas, en tanto que las instituciones de beneficencia para su atención son prácticamente inexistentes. Dado que el 75% de los hogares son nucleares o monoparentales, puede estarse generando una tendencia a excluirlos del seno de la familia debido a los rápidos cambios en el estilo de vida familiar.⁷

III. JUSTIFICACION

En un examen reciente de la situación sanitaria de las/los adultos mayores en América Latina, los autores observan con cierta frustración lo siguiente:

“... las dificultades relacionadas con el envejecimiento de la población en la Región, se complican por la falta de sistemas adecuados de información que pudieran informar a los encargados de adoptar decisiones sobre el mejor curso de acción para resolver problemas concretos.

Esta falta de datos de calidad también impide la evaluación a largo plazo de las intervenciones: ante la falta de datos de base que evalúen su repercusión, tales intervenciones se tornan en ejercicios infructuosos”.....¹⁰

Esta falta de información en América Latina es inquietante, no sólo porque los países latinoamericanos afrontarán problemas relacionados con el envejecimiento dentro de muy poco tiempo, sino porque la combinación de las tendencias demográficas y los contextos institucionales probablemente aumentarán la magnitud de los problemas y obligarán su aparición en un período mucho más corto de lo que se ha visto hasta ahora. Esta falta de información también es paradójica, porque el financiamiento para la planificación familiar sigue siendo constante cuando las tasas totales de fecundidad caen rápidamente por debajo de 3, pero sólo se asignan escasos recursos a la investigación de los efectos que, en el envejecimiento, tiene la disminución repentina, rápida y sin precedentes de la fecundidad, debida en parte, a los programas de planificación familiar.³⁴

Sencillamente, no existen estudios comparativos sobre las condiciones de salud de las/los adultos mayores en América Latina. La única base de datos pertinente y completa que se ha recopilado hasta ahora se produjo mediante un estudio interpaíses patrocinado por la OPS.^{35, 36, 37, 37} Sin embargo los resultados de estos estudios se basan en protocolos que varían de un país a otro y que recogen información solamente sobre los aspectos más elementales del estado de salud de los adultos mayores, información que es necesaria pero insuficiente para describir a fondo las características de la salud de las/los adultos mayores. Estos estudios no pueden usarse para analizar la prevalencia de enfermedades importantes que son características de las/los adultos mayores, o para comparar prevalencias en los distintos países, ni se pueden utilizar como apoyo para comprender el tipo de asistencia médica y sanitaria que las personas mayores requieren, exigen y reciben efectivamente. Análogamente, estos datos tienen un valor limitado para sacar conclusiones acerca de las relaciones entre los aspectos conductuales de las características de los factores de riesgo y las condiciones de salud, y para llevar a cabo un estudio comparativo que explique cómo los factores propios de cada país influyen en la prevalencia de enfermedades y discapacidades físicas o mentales, o el grado en que se satisfacen las necesidades de las/los adultos mayores relacionadas con tal prevalencia.³⁴

Cuando no existe información de ningún tipo, es útil recopilar conjuntos de datos de países por separado, ya sea que tales datos pasen o no las pruebas de comparabilidad rigurosa.³⁴

Un proyecto de recopilación de datos sobre la situación de salud y condiciones de salud de las/los adultos mayores tiene un valor inestimable para fines científicos y de política. La investigación básica de los aspectos que determinan la situación y condiciones de salud de las/los adultos mayores requiere como mínimo una evaluación de la situación y condición entre los grupos de adultos mayores actuales.³⁴

Del mismo modo, las bases para la formulación de cualquier política de salud no pueden ser sentadas sin una evaluación de la situación y condiciones de salud actuales y la determinación de la relación entre la situación y condiciones existentes, por un lado, y los factores determinantes conductuales, sociales y económicos por otro. Este último es un insumo crucial para hacer predicciones y proyecciones fiables y sólidas a corto y mediano plazo en cuanto a la magnitud y la índole de las exigencias de salud de los adultos mayores.³⁴

Para comprender el carácter y la magnitud del problema de salud y las cuestiones pertinentes de equidad relacionadas con el proceso de envejecimiento, es necesario evaluar el estado de salud de los que son adultos mayores ahora y, también muy importante, de los que serán adultos mayores en un futuro próximo.

Debido a lo antes expuesto, se considera que el análisis de la situación de salud y de algunas condiciones sanitarias y de vida de esta población, será importante para la formulación de intervenciones, ya que proporcionará información básica para prever a corto y mediano plazo las necesidades de salud de los adultos mayores. En base a los resultados se podrían formular intervenciones para mantener o mejorar las condiciones y al mismo tiempo abordar cuestiones de equidad.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La importancia del desarrollo de políticas orientadas al incremento de la calidad de vida de las poblaciones de adultos mayores actuales y futuras en la Región de América Latina y el Caribe es evidente por la transición demográfica y la transición epidemiológica que empezó en los últimos decenios de este siglo y que tendrá su impacto más notable a principio del nuevo milenio. En el año 2000, el 8.1% de la población en América Latina tendrá más de 60 años de edad; en el 2010, el 9.6% y para el año 2020, el 12.4% de la población será mayor de 60 años.²⁶

Este incremento en el promedio de vida de las personas, ha traído consigo una serie de consecuencias graves que tienen que ser afrontados por el campo de la salud pública y entre los cuales se encuentran:

- ❖ Aumento de la población de ancianos
- ❖ Aumento de las enfermedades degenerativas invalidantes
- ❖ Aumento de pacientes minusválidos
- ❖ Aumento de la necesidad de asistencia (médica, psicológica, socioeconómica)²⁴

Como se ha observado, en gran parte de la Región de las Américas el envejecimiento de la población no ha recibido mucha atención a pesar de las cifras presentadas. En la mayoría de los países, la principal preocupación ha sido reducir las tasas de fecundidad y de mortalidad infantil y crear oportunidades de educación y empleo para una cantidad creciente de jóvenes. Sin embargo como consecuencia del éxito logrado en estos campos, la Región se enfrenta ahora con nuevos problemas derivados de los rápidos cambios en la estructura de la población según edad.³⁰

Por lo tanto, como las personas de mayor edad consumen proporcionalmente más servicios de atención sanitaria que los grupos más jóvenes, el rápido crecimiento de este segmento de la población obligará a los países a hacer frente a los problemas de la atención de salud durante períodos prolongados, su internamiento en establecimientos especiales y la reforma de los sistemas de jubilados y pensiones, es por tal situación, que se hace necesario contar con investigaciones o datos locales que permitan conocer la situación actual de las/los adultos mayores con la finalidad de establecer estrategias de intervención a corto y mediano plazo que permitan ir enfrentando la grave problemática que se acerca.

En la actualidad, en Nicaragua este proceso de envejecimiento es una situación que progresivamente está avanzando en la agenda de algunas instituciones del Estado y de la sociedad civil, basados en la necesidad de crear programas específicos para este grupo de edad que permitan brindar servicios de salud y de bienestar social con la finalidad de mejorar su calidad de vida. Para tal fin, los resultados del presente estudio permitirán

realizar una aproximación a la realidad social y de salud de las/los adultos mayores de un sector específico de Managua, con el objetivo de brindar alguna información básica que permita ir sentando las bases para un abordaje integral de la problemática anteriormente descrita.

Como consecuencia de lo antes expuesto, se plantea el siguiente problema de estudio:

¿Cuál es la situación de salud actual de las/los adultos mayores del área 3.2 de Managua perteneciente al Centro de Salud Edgard Lang Sacasa en el período comprendido de Enero - Abril del año 2000?

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Analizar desde la perspectiva de género, la situación de salud de las/los adultos mayores del área 3.2 de Managua perteneciente al Centro de Salud Edgard Lang Sacasa. Enero - Abril de 2000.

Objetivos Específicos:

1. Describir las condiciones socioeconómicas y las características conductuales y culturales de las/los adultos mayores.
2. Conocer el estado de salud y los principales problemas de salud de las/los adultos mayores.
3. Determinar el acceso que estas personas tienen a la asistencia y a los servicios sanitarios y el uso que hacen de ellos.

VI. MARCO DE REFERENCIA

Desde que la Asamblea General declaró 1999 Año Internacional de las Personas de Edad, los preparativos para el Año han ocupado un lugar central en las actividades del sistema de las Naciones Unidas relacionadas con el envejecimiento. En 1995 se presentó a la Asamblea un marco conceptual relativo a la preparación y la observancia del Año. Actualmente se está preparando un marco operacional para promover y coordinar las medidas y actividades, y facilitar la difusión de información acerca del envejecimiento.²²

La Asamblea General invitó a los Estados a que adaptaran el marco conceptual para el Año Internacional de las Personas de Edad, que amplía el enfoque tradicional respecto del envejecimiento, a las condiciones nacionales. Si bien se siguen examinando la situación de las personas de edad y la relación entre el desarrollo y el envejecimiento de la población, ahora se asigna más importancia al desarrollo personal en las distintas etapas de la vida y a las relaciones multigeneracionales.²²

Basado en lo anterior, se plantean cuatro facetas del "marco conceptual" sobre el proceso del envejecimiento:

- ❖ Situación de las personas de edad
- ❖ Desarrollo permanente de las personas
- ❖ Relaciones multigeneracionales
- ❖ Desarrollo y envejecimiento de la población²²

❖ *Situación de las personas de edad*

"Es muy posible que un día las propias personas de edad, con la fuerza del aumento de su número e influencia, obliguen a la sociedad a adoptar un concepto de la vejez positivo, activo y orientado hacia el desarrollo. La conciencia colectiva de ser anciano, como concepto socialmente unificador, puede convertirse así en un factor positivo" (Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, párr. 32).

En el Plan de Acción se examina el carácter multidimensional del envejecimiento. En él se señalan las posibilidades de las personas de edad de adoptar medidas para asegurar un enfoque del envejecimiento positivo y orientado hacia el desarrollo. También se hace referencia a la necesidad de establecer políticas y programas que reflejen las aspiraciones de las personas de edad mediante el fomento, por ejemplo, de un equilibrio entre el bienestar material y espiritual. El Plan contiene 62 recomendaciones de medidas que se han de adoptar entre otras, en las esferas de educación, empleo y seguridad de los ingresos, vivienda y el medio ambiente, salud e higiene, bienestar social y la familia. Esas recomendaciones se han expresado en términos más prácticos en los objetivos mundiales sobre el envejecimiento para el año 2001.²²

Entre las cuestiones sectoriales, una de las principales preocupaciones de todos los países es asegurar los medios de que las personas de edad puedan ganarse la vida y tener ingresos seguros. En muchos lugares diversos factores afectan la situación económica de las personas de edad, como la desvinculación de la fuerza de trabajo, la falta de conocimientos actualizados, la desvalorización de los ahorros y las pensiones y la pobreza de las personas de edad, la familia y la sociedad en general. En ese contexto, la situación de las mujeres de edad es motivo de especial preocupación, ya que tienden a vivir más que los hombres y tienen menos recursos que ellos y menos derechos en la sociedad.²²

Las sociedades preindustriales, aunque limitadas en otros sentidos, generalmente asignan a las personas de edad funciones múltiples e importantes. En las sociedades postindustriales, a medida que éstas se orientan más hacia los servicios y la información, a menudo se pueden recuperar funciones que se asemejan en la forma, aunque no en el contenido, a las que caracterizan a las sociedades tradicionales. Esas funciones pueden ser, por ejemplo, la participación en microempresas y cooperativas, las aplicaciones modernas de terapias tradicionales; la transmisión cultural en los jardines de párvulos, las escuelas y las universidades; servicios de asesoramiento y, en situaciones de conflicto, un papel activo de mediación y consejo.²²

Al elaborar políticas para las personas de edad, se han de tener presente su heterogeneidad y las circunstancias especiales de ciertos grupos de las personas de edad como los trabajadores migratorios, los refugiados, las personas de edad que no tienen familia, las personas de edad indigentes y las de salud precaria. Por ejemplo, las personas que están en condiciones precarias de salud exigen toda una serie de cuidados, desde la asistencia en el hogar, que permite el envejecimiento en su propio medio, hasta los cuidados en instituciones, cuando esas personas ya no pueden vivir en forma independiente.²²

En los preparativos para el Año, el debate y las medidas concretas esbozadas en el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y los objetivos mundiales sobre el envejecimiento para el año 2001 pueden servir de elemento catalizador para adoptar medidas prácticas que contribuyan a la independencia, participación, cuidado, autorrealización y dignidad de las personas de edad, como se indica en los Principios.²²

❖ *Desarrollo permanente de las personas*

"El envejecimiento es un proceso que dura toda la vida y deberá reconocerse como tal. La preparación de toda la población para las etapas posteriores de la vida deberá ser parte integrante de las políticas sociales y abarcar factores físicos, psicológicos, culturales, religiosos, espirituales, económicos, de salud y de otra índole" (Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, párr. 25 i)).

En un sentido estricto envejecer significa convertirse en persona de edad. También puede significar un crecimiento y desarrollo permanentes de carácter físico, económico, psicológico, cultural, espiritual y de otra índole. La esperanza de una participación activa en

los últimos años puede influir positivamente en las elecciones de desarrollo personal que se hicieron en años anteriores.²²

El desarrollo de las personas durante las diferentes etapas del ciclo biológico exige iniciativa por parte de éstas y un ambiente propicio. El desarrollo de las personas se puede considerar un proceso de interacción entre la persona y la sociedad, que puede ser mutuamente beneficioso. En el plano personal, ello significa realizar un esfuerzo consciente para combinar la independencia de la persona con su participación y contribución procurando al mismo tiempo la autorealización mediante la educación permanente, el aumento de los conocimientos y un modo de vida sano. Por su parte, la sociedad debe asignar la misma importancia a los problemas que se plantean en cada una de las etapas del ciclo biológico.²²

Los logros y la preparación para la vida cotidiana que se van acumulando en las primeras etapas pueden compensar en gran medida algunas de las limitaciones, principalmente físicas, que experimentan las personas de edad. El apoyo que puedan prestar la familia, la comunidad y la sociedad en general pueden contribuir a mitigar esas limitaciones.²²

Cuando la mayoría de las personas pueden evolucionar permanentemente, la población que envejece puede llegar a la madurez no sólo en términos demográficos sino también intelectuales y emocionales. Ello ayudaría a asegurar, entre otras cosas, que los años que se agregan a la vida se caracterizan por un espíritu animoso y una orientación hacia nuevas metas tanto en el plano individual como en el colectivo.²²

❖ *Relaciones multigeneracionales*

"El respeto y el cuidado de las personas de edad, que ha sido una de las pocas constantes en la cultura humana de todos los tiempos y lugares, refleja una interacción fundamental entre el impulso de autoconservación y el de conservación de la sociedad que ha condicionado la supervivencia y el progreso de la especie humana" (Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, párr. 27).

Las tendencias demográficas y otros cambios de la sociedad están poniendo a prueba los impulsos tradicionales de autopreservación y preservación de la sociedad, lo que ha creado la necesidad de establecer nuevos intercambios intergeneracionales en la familia, la comunidad local y la sociedad nacional en lo concerniente a los cuidados, la seguridad en los ingresos y la definición cultural.²²

La familia es el nivel primero y más íntimo de las relaciones multigeneracionales, en que todos tienden a invertir en los demás y compartir los frutos de esa inversión; se ha dicho que para sus miembros es "el primero y el último recurso". Sin embargo, las familias están experimentando cambios demográficos, culturales y socioeconómicos que tienen consecuencias para las relaciones intrafamiliares, incluidos los cuidados que prodigan. Esos cambios al mismo tiempo dificultan y favorecen las relaciones multigeneracionales.²²

Las comunidades pueden facilitar las relaciones multigeneracionales dentro de las vecindades como entre grupos de intereses especiales. Aunque están experimentando cambios, las comunidades generalmente agrupan a distintas edades, lo que facilita la interacción cotidiana entre los jóvenes y las personas de edad. Las comunidades de intereses especiales, como las organizaciones de las personas de edad o de los jóvenes, pueden establecer nuevas relaciones al abordar intereses de la comunidad como la seguridad, la protección del medio ambiente, el enriquecimiento cultural, la generación de ingresos y otros asuntos. Las comunidades también pueden facilitar las comunicaciones entre las generaciones más jóvenes y las de más edad, en particular con respecto al intercambio de tecnología antigua y nueva y de modos de vida nuevos y tradicionales.²²

En el plano nacional, muchos países desarrollados actualmente están revisando los intercambios multigeneracionales, incluida la aportación de seguridad social y pensiones, y subrayan la importancia de que los países que llegan al envejecimiento de su población más tarde establezcan intercambios apropiados en el ámbito nacional entre las generaciones para asegurar un consenso multigeneracional dentro de la sociedad.²²

❖ *Desarrollo y envejecimiento de la población*

"Los países deberán reconocer y tener en cuenta sus tendencias demográficas y los cambios de estructura de su población a fin de optimizar su desarrollo" (Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, párr. 13).

El envejecimiento demográfico afecta el tamaño y la proporción de las distintas cohortes, cambiando la relación de dependencia entre jóvenes y ancianos y el tamaño de la población activa. Como consecuencia es necesario ajustar el empleo, la seguridad social, el bienestar social, la educación y la atención de salud, así como las pautas de inversión, consumo y ahorro.²²

Por ejemplo, los países desarrollados están ajustando las políticas en el ámbito general para que las personas de edad puedan tener unos ingresos seguros, generalmente mediante la introducción de una combinación de medidas que incluyen diversos planes de pensiones y seguridad social, incentivos para ahorrar durante toda la vida y modalidades flexibles de trabajo y jubilación.²²

Los países en desarrollo generalmente propugnan un enfoque triple para que las personas de edad tengan ingresos seguros: apoyo para sus familias y estructuras comunitarias; prioridad para el desarrollo rural a fin de reducir la emigración de los jóvenes; y ofrecen oportunidades para que las personas de edad puedan ganarse la vida, inclusive mediante la participación en empresas cooperativas, microempresas, o empresas familiares y mediante el acceso a la capacitación y al crédito.²²

Conseguir que las personas de edad tengan ingresos suficientemente seguros es especialmente difícil en los nuevos países industrializados, en los que la población ha envejecido rápidamente, y en los países en transición a partir de sistemas de planificación centralizada, en los que faltan recursos e infraestructuras.²²

Las decisiones de nivel general también pueden contribuir a lograr que todo el medio vital favorezca los intercambios multigeneracionales, el envejecimiento activo en el lugar de residencia promueva una actitud que beneficie a todos, por ejemplo, estableciendo programas para fomentar la autoayuda y el cuidado en la propia familia y para promover toda una serie de sistemas de vivienda, que van desde el "alojamiento para parientes de edad" a instalaciones integradas en la comunidad para la atención a largo plazo.²²

En períodos de transición demográfica y socioeconómica hacer referencia a los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad puede contribuir a que las políticas en el ámbito general tengan en cuenta la independencia, la participación, la atención, la realización y la dignidad de las personas de edad. Como preparación para el Año se podría realizar estudios sobre la integración del envejecimiento en los planes de desarrollo de los países que se encuentren en distintas etapas de transición demográfica y socioeconómica.²²

ESTADO DE LA POBLACION MUNDIAL: ENVEJECIMIENTO DE LAS POBLACIONES

La mejor atención médica está preservando la vida en ambos extremos de la parábola vital: la mortalidad de lactantes ha disminuido rápidamente y hay mayor cantidad de personas que viven más tiempo. El efecto de esta situación, sumado al de una menor tasa de fecundidad, es un aumento de la proporción de personas mayores. Esto es lo que se conoce como el envejecimiento de la población.⁶

En los próximos decenios, todos los países experimentarán algunos cambios en su estructura de edades. La adaptación a las nuevas realidades cambiará las relaciones entre las generaciones, así como los enfoques de trabajo, la atención de la salud y la educación. En los países en desarrollo, las personas mayores por lo general trabajan durante tanto tiempo como les es posible y sólo unos pocos grupos privilegiados reciben pensiones de jubilación. En los países industrializados, las personas jubiladas tal vez deseen suplementar sus ingresos o simplemente ser útiles, pero pueden encontrar pocas maneras de lograrlo. En las partes más prósperas del mundo, a medida que se prolonga la vida activa, está surgiendo una "tercera edad", en que los ancianos exigirán una mayor participación en la vida económica y social. Este fenómeno será impulsado por la generación correspondiente a la "explosión demográfica", a medida que dicha generación avance hacia edades mayores.⁶

Las crecientes cantidades de ancianos y la erosión de los sistemas familiares de apoyo exigirán nuevas disposiciones para la atención de los ancianos. La mayoría de los ancianos son mujeres, lo cual destaca la necesidad de responder a las necesidades de salud de la mujer a lo largo de todo el ciclo de vida. La mayor parte de la carga de atender a los miembros ancianos de la familia ha pesado sobre las mujeres; a medida que la carga se hace más pesada, es preciso que las políticas nacionales respondan.⁶

La parte de las vidas de las personas en que pueden prever que tendrán o bien parientes ancianos o bien un niño en el hogar está prolongándose, aún cuando hay diferentes velocidades en diferentes regiones. Los países que están en diferentes etapas de la transición demográfica y en diferentes condiciones sociales y económicas, enfrentan diferentes hipótesis futuras.⁶

Envejecimiento saludable a lo largo del ciclo vital:

A medida que va aumentando la esperanza de vida, cambian las principales causas de defunción y enfermedad. Los principales problemas de salud en etapas posteriores de la vida pueden tener su principio en trastornos anteriores al nacimiento. La desnutrición de la madre durante la gestación, así como la del recién nacido, crean una predisposición a diversas enfermedades crónicas en la adultez. La diabetes se relaciona con el agotamiento del cuerpo de la madre durante el embarazo, que es a menudo resultado de alumbramientos múltiples y muy próximos entre sí. La desnutrición fetal puede contribuir a riesgos de cardiopatías y enfermedades pulmonares y hepáticas en la adultez.⁶

El aplazamiento del primer embarazo hasta después de la adolescencia redundará, sin lugar a dudas, en beneficios para la salud. No obstante, las mujeres que tienen su primer embarazo después de los 25 años corren mayores riesgos de cáncer de mama y uterino más adelante.⁶

Menopausia, una transición social y biológica:

La edad media en que las mujeres llegan a la menopausia es muy similar en todo el mundo, aproximadamente un año antes o después de los 50. Cada mujer llega al final de su etapa de procreación en un diferente momento, en función de cuáles sean su estado de salud, sus circunstancias sociales y su historia reproductiva.⁶

El fin de la etapa de procreación marca un cambio importante para las mujeres, aún más cuando su valor se define primordialmente por su función reproductiva. En este momento, algunas sociedades ofrecen a la mujer nuevas oportunidades y una mejor condición en la familia, si su historia reproductiva ha satisfecho las normas reinantes; en otras sociedades, la transición rebaja aun más la posición social de la mujer. En algunas sociedades, las mujeres pueden ejercer mayor poder en el hogar como suegras y abuelas que el que tenían cuando eran jóvenes. La adquisición de una nueva autoridad alienta la perpetuación de la pauta, incluida la oposición de las ancianas a la ampliación de los medios de acción de las jóvenes. Por otra parte, en muchas sociedades, el control de los recursos y las decisiones está restringido a lo largo de toda la vida y es posible que las ancianas dependan más que nunca de los demás.⁶

Las investigaciones están prestando cada vez mayor atención a los efectos físicos del cambio de niveles hormonales cuando cesa la menstruación. Dichos efectos abarcan un mayor riesgo de cardiopatías y osteoporosis y una aceleración de los cambios asociados con el envejecimiento de la piel, los músculos y otros tejidos. Entre los cambios psicológicos cabe mencionar la pérdida de apetito sexual y de gratificación sexual, la

inestabilidad en el estado de ánimo y la depresión, lo que también puede ser resultado del cambio en la identidad social y en la forma en que la mujer se percibe a sí misma.⁶

En los países industrializados, la mayoría de las mujeres llegan a la menopausia en un estado general de salud bueno. En los países desarrollados, las mujeres han adoptado cada vez más la terapia de reemplazo hormonal como medio de reducir las incomodidades en ese momento y los riesgos ulteriores para la salud, y restaurar el impulso y la gratificación sexuales. Las compensaciones entre menor riesgo a largo plazo de cardiopatías y osteoporosis y riesgos ligeramente mayores de cáncer de mama o endometrio son temas que se debaten activamente. Es necesario considerar también la eficacia de otros cambios en el régimen, la nutrición o el grado de actividad.⁶

Prolongación de la salud:

Por lo general, en la mayoría de los países en desarrollo no se dispone de estudios sobre el período en que hay probabilidades de tener una vida saludable. Los datos preliminares correspondientes a una creciente cantidad de países posibilitan extraer algunas conclusiones tentativas acerca de la situación y las tendencias actuales. En la mayoría de los países, las mujeres viven más tiempo que los hombres y las diferencias en la esperanza de vida en edades más avanzadas también son mayores. No obstante, después de los 65 años de edad, las mujeres pueden esperar que pasarán en estado de buena salud una proporción más pequeña del tiempo restante que los hombres.⁶

Una vida más larga no necesariamente significa más años de vida inactiva, menoscabada o discapacitada. A medida que ha ido aumentando la esperanza de vida, ha ocurrido lo propio con los años de vida saludable y activa. En los países desarrollados esos aumentos han sido espectaculares, incluso en períodos breves. Las enfermedades crónicas, como la artritis, pueden aumentar su prevalencia con la edad, pero no necesariamente han de menoscabar las actividades normales o discapacitar.⁶

Las investigaciones recientes sugieren que en los últimos años ha disminuido la discapacidad crónica en los países desarrollados. En las encuestas nacionales sobre atención a largo plazo de los ancianos realizadas en los Estados Unidos, se han investigado las tasas de discapacidad entre los mayores de 65 años y se han mostrado cambios espectaculares en las tasas de discapacidad en los últimos 15 años. Las tasas de discapacidad disminuyeron un 1,3% anual entre 1982 y 1994.⁶

Esas decrecientes tasas redujeron en 1,2 millón los casos de discapacidad previstos en las personas de 65 y más años. En forma similar, en el Canadá se estima que en 1978 un 40% de las personas mayores de 65 años padecían discapacidad funcional; hacia 1991, esta proporción había disminuido hasta 25%. En Francia, entre 1981 y 1991 aumentó la esperanza de vida sin discapacidad en 1,3 años para los hombres y 2,3 años para las mujeres. El aumento de la esperanza de vida sin discapacidad para las mujeres fue superior al aumento total en la esperanza de vida (1,8 años) durante el mismo período.⁶

Hay diversas discapacidades que aumentan con la edad pero no son causadas por la edad. La prevención o la corrección precoz de los trastornos que contribuyen ulteriormente a la discapacidad mejorarán el estado general de salud y el potencial y la satisfacción en la vida.⁶

En la ancianidad se producen cambios en el tono y la firmeza de la piel y los músculos y la integridad del tejido conectivo, enfermedades inflamatorias y pérdidas óseas, y aparecen los resultantes signos de envejecimiento. No obstante, al ir aumentando el envejecimiento saludable, se ha aplazado más el comienzo de esos signos. Un hombre de 50 años pintado por un artista del Renacimiento europeo se asemeja a un hombre de 70 años de hoy.⁶

Se han realizado investigaciones para trazar curvas características de rendimiento de las personas afectadas por una amplia gama de trastornos. La mayoría de los ancianos conservan su agudeza mental hasta muy avanzada su vida. Entre los 50 y los 70 años, se produce una pérdida de la memoria a corto plazo (por ejemplo, nombres e información recientemente adquiridos) y se tiende a olvidar, pero esas pérdidas son por lo general muy graduales y pueden subsanarse mediante ejercicios mentales. La destreza y la fuerza física a menudo disminuyen antes y más rápidamente que las aptitudes mentales, aun cuando a diferentes ritmos y probablemente declinan a ritmos más lentos en poblaciones más saludables y que tienen vidas más largas. Esas facultades también pueden acelerar los efectos del envejecimiento.⁶

La pérdida de funciones mentales en la ancianidad se debe a diversos trastornos anteriores, como los efectos secundarios de derrames cerebrales y trastornos cardiopulmonares y la enfermedad de Alzheimer. La incidencia es muy similar en países muy diversos y aumenta desde un 3% entre los 60 y 65 años de edad hasta cerca del 30% al llegar a los 80 años.⁶

Los recientes cambios sustanciales en la esperanza de vida saludable pueden atribuirse a una mejor calidad general de la vida: agua no contaminada, mejor saneamiento y nutrición adecuada. Hay más personas que tienen acceso a servicios de salud y educación. Han mejorado las técnicas y los servicios médicos y los medicamentos para combatir las enfermedades. Un factor ciertamente significativo para los que son hoy países en desarrollo es que una mejor salud en la infancia conduce a una mejor salud en la adultez.⁶

Repercusiones de un mundo con mayor cantidad de ancianos:

El cambio en la estructura de edades sobrecargará los sistemas médicos en gran parte del mundo. Muchos países más pobres se encontrarán con crecientes poblaciones de ancianos, mientras aún están esforzándose por proteger la salud de los grupos de menor edad; a fin de prevenir una elevada incidencia de enfermedades entre los ancianos del futuro, es necesario que esos países mejoren de inmediato la información sobre salud y nutrición y el acceso a los servicios básicos de salud, incluidos los de salud reproductiva, para todos los grupos de edades.⁶

Las demandas de las poblaciones de ancianos en materia de servicios de salud obligarán a los encargados de formular políticas a equilibrar los costos y beneficios relativos de las

acciones a favor de diferentes grupos y a racionalizar las decisiones. Necesitarán una mejor comprensión de la contribución de los servicios al bienestar general, que mejoren la salud a diversas edades, y especialmente la salud de los ancianos.⁶

En los próximos decenios, la carga de la enfermedad y las causas de mortalidad se desplazarán hacia edades mayores, como resultado de cambios en la estructura de edad y sexo de la población, de los cambios generales en las tasas de mortalidad y morbilidad durante todo el curso de la vida y de cambios en la distribución de las defunciones por sexo y edad.⁶

Habrà un continuo decrecimiento en la mortalidad debida a las enfermedades infecciosas, en particular las de la infancia, suponiendo que continúen las acciones nacionales e internacionales para eliminar esas enfermedades. Se espera que en todas las regiones aumenten las defunciones debidas al cáncer, que se producen a edades más avanzadas, aun cuando menos rápidamente en países con economías en transición, donde ya constituyen una fracción importante respecto de las tasas existentes en países más desarrollados, y en al Africa al sur del Sahara, donde las poblaciones son más jóvenes. Se prevé que en Asia, las tasas de defunción debida al cáncer superarán las de enfermedades infecciosas hacia 2015. El cambio en la estructura de edades y causas de las defunciones constituyen la transición epidemiológica en curso, a diferentes ritmos, en todo el mundo.⁶

Según las proyecciones, aumentarán las tasas globales de defunción debidas a enfermedades del aparato circulatorio; los aumentos serán pequeños en los Estados árabes pero en los países de Africa al sur del Sahara irán decreciendo lentamente; los aumentos continuarán en los países más desarrollados.⁶

Se prevé además, que las muertes por afecciones cardiovasculares han de aumentar desde menos del 19% hasta más del 35% del total. Casi un tercio del aumento será resultado de los cambios en la estructura de edades y un 45%, del aumento en las proporciones de defunciones dentro de los grupos de edades, a medida que aumenta la cantidad de personas que adoptan hábitos como fumar y cambios en sus dietas que incrementan los riesgos.⁶

EL ENVEJECIMIENTO: COMO SUPERAR LOS MITOS

La esperanza de vida ha aumentado en forma pronunciada este siglo, y se prevé que seguirá creciendo prácticamente en todas las poblaciones del mundo. Actualmente hay en el mundo 580 millones de personas de 60 años de edad como mínimo. Se prevé que dicha cifra habrá crecido a 1.000 millones para el año 2020, lo que representa un aumento de 75% frente a 50% correspondiente a la población en su conjunto.³²

La salud es un factor básico para mantener el bienestar y la calidad de vida en la vejez, y resulta esencial para que los ciudadanos de mayor edad puedan seguir haciendo aportes activos a la sociedad. La gran mayoría de las personas de edad gozan de buena salud, tienen

vidas muy activas y plenas, y pueden recurrir a reservas intelectuales, emocionales y sociales que a menudo no están al alcance de las personas más jóvenes.³²

A continuación, se esboza la forma en que los principios del envejecimiento activo ayudan a mantener la salud y la creatividad a lo largo de toda la vida, especialmente en sus años más avanzados. También se despejan ciertos mitos comunes sobre el envejecimiento y las personas de edad, y se sugieren formas para que la formulación de políticas pueda transformar los principios en prácticas para hacer del envejecimiento activo una realidad mundial.³²

Mito No. 1: “La mayoría de las personas de edad viven en los países desarrollados”

Lo que es cierto es lo contrario. En su mayoría (más de 60%), las personas de edad viven en los países en desarrollo. Actualmente, en el mundo hay cerca de 580 millones de personas de edad, y 355 millones viven en países en desarrollo. Para el año 2020, la primera cifra habrá crecido a 1.000 millones de personas, y la segunda, a más de 700 millones.³²

La esperanza de vida aumentó, y se prevé que seguirá haciéndolo en casi todo el mundo. Ello obedece al descenso pronunciado de la mortalidad prematura provocada por enfermedades infecciosas y crónicas durante este siglo. Tanto las mejoras al nivel de saneamiento, vivienda y nutrición, como las innovaciones médicas, incluidas las vacunaciones y el descubrimiento de los antibióticos, han favorecido el notable aumento del número de personas que alcanzan la vejez.³²

Para vivir en un mundo que envejece se debe:

- ❖ Reconocer a las personas de edad como un recurso valioso
- ❖ Permitirles tener una participación activa en el proceso de desarrollo
- ❖ Brindarles una atención y promoción de salud adecuadas
- ❖ Fomentar la solidaridad intergeneracional.³²

Esta tendencia, en virtud de la cual el número de personas que alcanzan la vejez aumenta al tiempo que nacen menos niños, se denomina "envejecimiento de la población". El fenómeno ha sido particularmente rápido en los países en desarrollo. Mientras que a Francia le tomó 115 años duplicar de 7% a 14% su porcentaje de adultos mayores, a Costa Rica apenas le tomará 25 años (de 2000 a 2025) lograr el mismo aumento.³²

La vida en un mundo que envejece:

Cuando las personas alcanzan la vejez, entran en un período de sus vidas en el que están más expuestas al riesgo de contraer enfermedades crónicas, que a su vez pueden traducirse en discapacidad. De hecho, se prevé que las enfermedades crónicas, incluidas las cardiovasculares, la diabetes y el cáncer, serán, para el año 2020, los factores principales de la carga de morbilidad de los países en desarrollo. Por su parte, las enfermedades

infecciosas, si bien están en disminución, seguirán aumentando dicha carga en esas regiones.³²

Las proyecciones indican que en muchos países con tasas de fecundidad inferiores al nivel de reemplazo, la proporción de las personas de edad excederá la de las muy jóvenes (de 14 años de edad como máximo) para el año 2025. Sin embargo, en los países desarrollados hay indicios crecientes de que las personas en una etapa posterior de la vida están conservando un nivel de salud superior al registrado en cualquier época pasada. Se calcula que en 1996 en EE.UU. hubo 1,4 millones menos de personas de edad discapacitadas que lo que hubiera sido dable prever si el estado de salud de los adultos mayores no hubiera mejorado desde principios de los años ochenta.³²

Mito No. 2: "Todos los adultos mayores se asemejan "

Las personas de edad constituyen un grupo muy diversificado. Envejecen en formas singulares, que dependen de numerosos factores, incluidos su género, sus antecedentes étnicos y culturales, y el hecho de si viven en países industrializados o en desarrollo, en medios urbanos o rurales. El clima, la ubicación geográfica, el tamaño de la familia, las aptitudes para la vida y la experiencia son todos factores que hacen que las personas se asemejen cada vez menos conforme van envejeciendo.³²

Las diferencias individuales en cuanto a características biológicas (por ejemplo, presión arterial o fuerza física) tienden a ser más grandes entre las personas de edad que entre los jóvenes. Semejante diversidad causa grandes dificultades a la hora de interpretar los resultados de los estudios científicos sobre el envejecimiento, que con frecuencia se realizan en grupos específicos y bien definidos de personas de edad: así, es posible que las conclusiones no se puedan aplicar a un amplio segmento (mayoritario o no) de adultos mayores.³²

¿Por qué tal diferencia?

La duración de nuestras vidas puede depender de un componente genético. Sin embargo, la salud y la actividad a una edad avanzada son en gran medida una síntesis del acervo de experiencias, riesgos y acciones acumulado por una persona a lo largo de toda su vida.³²

Nuestra vida empieza a transcurrir antes del nacimiento. La desnutrición en la niñez, particularmente durante el primer año de vida, las infecciones infantiles como poliomielitis y fiebre reumática, y la exposición a accidentes y lesiones aumentan la probabilidad de contraer enfermedades crónicas y a veces discapacitantes en la edad adulta. Los factores correspondientes al modo de vida en la adolescencia y en la edad adulta, como tabaquismo, consumo de alcohol excesivo, falta de ejercicio, nutrición inadecuada u obesidad, aumentan mucho el riesgo de enfermedades y discapacidad en cualquier momento de la vida adulta.³²

Las diferencias de nivel educativo, ingresos, funciones sociales y expectativas en cualquier etapa de la vida aumentan la diversidad en el envejecimiento. En todo el mundo, el promedio de educación de las personas de edad es inferior al de los jóvenes, y esas diferencias son importantes porque los niveles de educación más elevados se relacionan con una salud mejor.³²

La pobreza se vincula claramente con una longevidad menor y una salud precaria en la vejez. Las personas de menos recursos tienden a vivir en ambientes más nocivos, donde es más probable que se vean expuestas a niveles más altos de contaminación del aire en locales cerrados y al riesgo de contraer enfermedades. Una estructura habitacional deficiente y el hacinamiento aumentan el riesgo de accidentes y de transmisión de enfermedades infecciosas.³²

A menudo, las personas de edad sumidas en la pobreza ven dificultado su acceso a nutrición adecuada. La malnutrición sigue siendo uno de los factores principales de enfermedad y discapacidad en el mundo en desarrollo. Las cifras de la OMS indican que a principios de la década del '90 todavía habían 840 millones de personas por debajo del umbral de nutrición (que representa las necesidades alimentarias mínimas), siendo particularmente vulnerables las personas de edad. Estudios realizados en el mundo en desarrollo indican, por ejemplo, que en épocas de escasez las mujeres mayores tienden a privarse de alimentos en favor de los jóvenes.³²

El aislamiento social debido a viudez o a divorcio, por ejemplo, tiene efectos negativos sobre la salud. Desempeñar un papel en la vida familiar y pertenecer a una organización comunitaria o religiosa tienen efectos beneficiosos sobre la salud, mejoran la autoestima y les permiten a las personas de edad hacer un aporte más importante a la sociedad.³²

Mito No. 3: "El hombre y la mujer envejecen de la misma manera"

La mujer y el hombre envejecen de distinta manera. Ante todo, la mujer es más longeva que el hombre, y parte de su ventaja en cuanto a esperanza de vida es de índole biológica. Lejos de ser el sexo más débil, la mujer parece ser más resistente que el hombre a cualquier edad, pero sobre todo en la primera lactancia. La mujer puede tener una ventaja biológica también en la edad adulta, por lo menos hasta la menopausia, ya que sus hormonas la protegen de la cardiopatía isquémica, por ejemplo.³²

Actualmente en las Américas la esperanza de vida femenina en el momento del nacimiento oscila entre algo más de 52 años en Haití y más de 80 en ocho países, donde la ventaja femenina característica en cuanto a esperanza de vida varía de cinco a ocho años. Como resultado de ello, las personas de edad con más años son sobre todo mujeres. Sin embargo, vidas más largas no son necesariamente sinónimo de vidas más saludables, y los patrones de salud y enfermedad de la mujer y el hombre acusan marcadas diferencias. La longevidad de las mujeres las hace más proclives a contraer enfermedades crónicas que por lo común se relacionan con la vejez. Por ejemplo, se sabe que es más probable que la osteoporosis, la diabetes, la hipertensión, la incontinencia y la artritis aquejen a la mujer que al hombre. Al reducir la movilidad, las enfermedades discapacitantes crónicas como la artritis repercuten

sobre la capacidad para mantener relaciones sociales y, por ende, sobre la calidad de vida. Los hombres tienen más probabilidades de sufrir cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, pero a medida que las mujeres envejecen, dichas enfermedades se convierten en las principales causas de muerte y discapacidad también para ellas. La idea generalizada de que las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares son exclusivamente problemas del hombre ha impedido reconocer su importancia para la salud de la mujer en una edad más avanzada, requiriéndose más investigaciones al respecto.³²

Género, salud:

Si bien algunas diferencias entre la mujer y el hombre obedecen a características biológicas, otras se deben a las funciones y responsabilidades determinadas en el ámbito social, es decir, a las divisiones y las funciones por género. En el pasado, la mujer no siempre fue más longeva que el hombre. En Europa y América del Norte, la brecha recién comenzó a producirse a medida que el desarrollo económico y los cambios sociales fueron eliminando algunos de los riesgos más importantes para la salud femenina. Merced a un control mayor del tamaño de la familia y mejoras en las condiciones de vida y de higiene, el riesgo de la mujer de morir en el parto disminuyó. Al mismo tiempo, la división del trabajo según el género llevó al hombre a asumir más riesgos ocupacionales conforme la industrialización se iba propagando a más países. Como resultado, las defunciones masculinas por causas ocupacionales han sido siempre más numerosas que las femeninas.³²

Los factores relacionados con el modo de vida, combinados con los riesgos ocupacionales, han contribuido a un número mayor de defunciones prematuras entre los hombres, sobre todo en las sociedades industrializadas.³²

El efecto de la discriminación por razones de género:

En algunas sociedades, la ventaja biológica de la mujer se ve reducida por su desventaja social. La ventaja natural de la mujer en cuanto a esperanza de vida se ve disminuida sustancialmente en sociedades en las que la mortalidad infantil femenina es más elevada y donde las niñas sufren discriminación. En todos los países las desigualdades de ingresos y de riqueza en las etapas tempranas de la vida hacen que, en la vejez, las mujeres tiendan a ser más pobres que los hombres. En todas partes la mujer sigue ganando menos que el hombre, y a menudo su presencia está concentrada en trabajos menos remunerados. En los países industrializados, los ingresos de las mujeres en concepto de pensiones y seguridad social siguen siendo inferiores a los que perciben por idéntico concepto los hombres, y generalmente son inferiores porque las mujeres interrumpen sus carreras con más frecuencia que los hombres para atender a la familia. De hecho, tanto en los países desarrollados como en los en desarrollo, la entrada de la mujer a un trabajo remunerado rara vez la libera de sus responsabilidades de trabajo doméstico, y esta carga doble tiene su costo en la salud. En los países en desarrollo, donde la mayoría de las personas no cuenta con el beneficio de los planes públicos de seguridad de ingresos en la vejez, las mujeres mayores casi siempre dependen de sus familias.³²

Como las mujeres viven más que los hombres, también tienen más probabilidades de enviudar, y esta tendencia se ve reforzada por el hecho de que casi todas se casan con

hombres mayores que ellas. De hecho, para la mayoría de las mujeres la viudez es una perspectiva probable para los últimos años de su vida adulta. En algunas sociedades, las normas sociales de la viudez imponen limitaciones que tienen efectos negativos sobre el bienestar de la viuda. En particular, los derechos de herencia a menudo no están bien establecidos, pudiendo incluso llegar a ser inexistentes en la práctica. Mientras que la gran mayoría de las mujeres de edad más avanzada en los países desarrollados logra adaptarse a la viudez, ésta sigue siendo uno de los factores principales vinculados con pobreza, soledad y aislamiento.³²

Los planes de acción formulados en conferencias internacionales recientes de las Naciones Unidas instan a los países a revisar sus marcos jurídicos para eliminar la discriminación entre el hombre y la mujer. Entre los asuntos tratados en dichos planes cabe mencionar el acceso igualitario a la educación para niños y niñas, la lucha contra todo tipo de discriminación contra las niñas y la eliminación de prácticas tradicionales negativas. Muchas de estas primeras intervenciones contra la desigualdad permitirán establecer una trayectoria de vida más propicia para un envejecimiento saludable y activo. Además, las organizaciones no gubernamentales y las de la mujer tanto en los países desarrollados como en los en desarrollo están prestando más atención a las cuestiones urgentes que hoy enfrenta la mujer de edad. Hay ejemplos alentadores de adultas mayores que forman por sí mismas grupos de promoción de su causa y que dan comienzo a proyectos de autoayuda que aumentan su poder y su calidad de vida.³²

El análisis por género estudia los orígenes de las diferencias biológicas, las desventajas y la desigualdad entre la mujer y el hombre, y tiene por objeto mejorar la calidad de vida de ambos conforme van envejeciendo.³²

Mito No. 4: "Las personas de edad son frágiles"

Las personas de edad en su gran mayoría siguen estando en buenas condiciones físicas hasta bien entradas en la vejez. Además de poder realizar las tareas de la vida diaria, siguen desempeñando un papel activo en la vida comunitaria. El mantenimiento del máximo de capacidad funcional es tan importante para las personas de edad como el verse libres de enfermedades.³²

Estilo de vida y envejecimiento:

La capacidad de nuestros sistemas biológicos (por ejemplo fuerza muscular, capacidad cardíaca) aumenta durante los primeros años de vida, alcanza su punto máximo al principio de la edad adulta y de allí en adelante disminuye. Sin embargo, la velocidad de esa disminución depende en gran medida de factores externos relacionados con el modo de vida en la edad adulta, incluidos el tabaquismo, el consumo de alcohol, el régimen alimentario y la clase social. Por ejemplo, la disminución natural de la función cardíaca puede verse acelerada por el hábito de fumar, con lo cual la persona termina teniendo una capacidad funcional menor que la que sería dable esperar normalmente para su edad. La

pendiente de dicha disminución puede llegar a hacerse tan empinada como para desembocar en la discapacidad.³²

Sin embargo, la aceleración de la disminución provocada por factores externos puede revertirse a cualquier edad. Por ejemplo, el abandono del hábito de fumar y los pequeños aumentos del nivel de aptitud física reducen el riesgo de cardiopatía coronaria, incluso en las postrimerías de la vida. Para los discapacitados, las mejoras en la rehabilitación y las adaptaciones del entorno físico pueden ayudar a reducir el avance de la discapacidad.³²

Muchas enfermedades crónicas que reducen la capacidad funcional son el resultado de un modo de vida poco saludable. Según el "Informe sobre la Carga Global de Morbilidad" de 1996, el consumo de alcohol es la causa principal de discapacidad masculina en los países industrializados, y la cuarta causa en los hombres de los en desarrollo. En el informe se señala asimismo que las enfermedades no transmisibles, que se pueden prevenir en gran medida, incluidas las enfermedades cardiovasculares y los cánceres, son una causa importante de discapacidad tanto en los países industrializados como en los que están en desarrollo. Como muchos de estos últimos siguen teniendo que enfrentarse a las enfermedades infecciosas y la malnutrición, este aumento pronunciado de las enfermedades no transmisibles les impone una carga doble.³²

Los factores sociales, que por lo general una persona puede hacer poco para cambiar, también afectan la capacidad funcional. La educación deficiente, la pobreza y las malas condiciones de vida y de trabajo aumentan las probabilidades de ver reducida la capacidad funcional en las postrimerías de la vida. En algunos países, las personas con capacidad funcional deficiente tienen más probabilidades de verse recluidas en instituciones.³²

Entre las medidas a nivel de políticas de salud para mantener un nivel máximo de salud y actividad en las postrimerías de la vida cabe mencionar las siguientes:

- ❖ Promoción de los beneficios de los modos de vida sanos
- ❖ Legislación sobre venta y publicidad de alcohol y tabaco
- ❖ Garantizar el acceso a los servicios de atención de salud y de rehabilitación para las personas de edad
- ❖ Adaptación de los entornos físicos a las discapacidades existentes.³²

Necesitan atención:

La gran mayoría de las personas siguen estando en condiciones de salud adecuadas teniendo capacidad para cuidarse en las etapas posteriores de la vida. El grupo que se vuelve tan discapacitado como para requerir atención y asistencia diarias para las actividades cotidianas constituye una minoría dentro del grupo de las personas de edad, tratándose por lo general de los muy ancianos.³²

Se han definido distintas medidas para pronosticar las necesidades de atención de una población que envejece. Una de las proyecciones más utilizadas es la de estimar la esperanza de vida sin discapacidades. De los resultados más recientes para los países

desarrollados se desprende que el nivel de discapacidades graves está bajando en el grupo de las personas de edad, a razón anual de 1,5%.³²

Cerca de la quinta parte de las personas de edad de los países desarrollados recibe actualmente atención formal, es decir, servicios médicos o sociales. Tan sólo la tercera parte de dicha atención se brinda en instituciones, mientras que los otros dos tercios se proporcionan en el hogar. De hecho, en los últimos años muchos países desarrollados han ido dejando de lado el suministro de atención en instituciones, en favor de un cuidado que les permita a las personas de edad permanecer en el seno de la comunidad, en su propio hogar, el mayor tiempo posible.³²

Las personas de edad son tanto receptoras como proveedoras de atención. Además de cuidar a sus nietos y a sus hijos, muchas atienden también a otros miembros de su familia, especialmente a sus cónyuges y, a veces, incluso a sus propios padres. A menudo, dicha atención se proporciona por cariño, pero también por un sentido de obligación y sin expectativa de reciprocidad. Las exigencias que supone el suministro de esa atención pueden llegar a ser estresantes, cuando no perjudiciales para la salud de quien la proporciona. El reconocimiento del estrés de quien proporciona la asistencia o de la persona que brinda asistencia informal en la familia, que casi siempre es una mujer, debe ser un objetivo importante a nivel de políticas en la formulación de estrategias de suministro de atención.³²

Mito No. 5: “Los mayores no tienen nada para aportar”

En realidad, las personas de edad hacen un sinnúmero de aportes a sus familias, sociedades y economías. La opinión común que perpetúa el mito mencionado tiende a centrarse en la participación en la fuerza laboral y su disminución con el aumento de la edad. En general se da por sentado que la merma del número de personas de edad con ocupación remunerada obedece a una disminución de la capacidad funcional relacionada con el envejecimiento. Sin embargo, una capacidad funcional en disminución no es en absoluto sinónimo de incapacidad laboral. De hecho, las exigencias físicas de muchos trabajos han disminuido gracias a los adelantos tecnológicos, con lo cual las personas gravemente discapacitadas pueden seguir siendo económicamente productivas. Además, el hecho de que haya menos personas de edad en trabajos remunerados a menudo obedece más a desventajas de educación y capacitación.³²

La creencia tan difundida de que las personas de edad no tienen nada que aportar también parte de la noción de que sólo cuentan las ocupaciones remuneradas. Sin embargo, las personas de edad ocupadas en tareas no remuneradas, incluidas la agricultura, el sector informal y los trabajos voluntarios, hacen aportes importantes. Muchas economías en todo el mundo dependen en gran medida de esas actividades, pero pocas de éstas se incluyen en la evaluación de las actividades económicas nacionales, con lo cual el aporte hecho por los ciudadanos de más edad a menudo pasa inadvertido y se lo infravalora.³²

La valoración de lo que tienen para ofrecer las personas de edad implica:

- ❖ Reconocer la participación de dichas personas en el desarrollo
- ❖ Permitirles participar en actividades voluntarias
- ❖ Apoyar las contribuciones que hacen a la sociedad, y en particular a sus actividades de atención
- ❖ Fomentar las oportunidades de aprendizaje a lo largo de la vida.³²

Trabajos remunerados y no remunerados:

Por necesidad financiera, muchas personas de edad, sobre todo en países en desarrollo, trabajan en actividades de producción agrícola hasta muy entradas en años. Se trata, en su mayoría, de mujeres, porque muchas actividades agrícolas, incluidas las relacionadas con los cultivos y la crianza de animales, son inseparables de las tareas domésticas.³²

El trabajo en el sector informal es difícil de medir, porque no forma parte de la economía de mercado y, por ende, muchas veces es "invisible". Según lo define la Organización Internacional del Trabajo, dicho sector está compuesto en general por "actividades en pequeña escala con base en el autoempleo, con o sin trabajadores contratados". Por lo general, ello incluye ocupaciones mal remuneradas, como el menudeo, la venta callejera de alimentos y los trabajos domésticos. Muchas personas de edad, especialmente en el mundo en desarrollo, se mantienen a sí mismas y a otras trabajando en dicho sector. Éste también abarca las actividades de atención en el seno de la familia, incluido el suministro de albergue y atención infantil y de salud. Por ende, las personas de edad les proporcionan a sus nietos albergue, alimentos y educación, y les transmiten valores culturales, permitiéndoles a las madres ingresar en la fuerza laboral.³²

El cuidado de los cónyuges o los familiares enfermos es una actividad que suelen desempeñar mujeres de más edad, si bien está aumentando el número de hombres de edad que también las desempeñan. Incluso en los países desarrollados, el cuidado de los enfermos crónicos está mayormente a cargo de familiares que proporcionan una atención informal. A menudo dicha atención sigue siendo "invisible" porque no se la cuantifica ni se le asigna un valor en las cuentas nacionales.³²

Tanto en los países desarrollados como en las naciones en desarrollo, los adultos mayores con aptitudes se desempeñan a menudo como maestros y líderes comunitarios a título voluntario. Otro ejemplo es el servicio de los ejecutivos de edad, en el cual expertos jubilados se ofrecen para proporcionar asesoramiento, realizar negocios y suministrar adiestramiento a título gratuito. Son muchas las organizaciones de voluntarios de distintas partes del mundo que no funcionarían sin el aporte de las personas de edad.³²

Mito No. 6: "Las personas de edad son una carga económica para la sociedad"

Las personas de edad hacen un sinnúmero de aportes al desarrollo económico de sus sociedades. Sin embargo, dos hechos paralelos alimentan el mito de que en los años

venideros las sociedades no podrán solventar el suministro de apoyo económico y atención de salud a las personas de edad. Uno de esos hechos es el reconocimiento cada vez más claro del gran número de ciudadanos que el siglo próximo vivirán hasta edades más avanzadas. El segundo es el mayor hincapié que se está haciendo en las fuerzas del mercado en casi todo el mundo, y el debate conexo sobre el papel adecuado del estado a la hora de brindarles a sus ciudadanos ingresos seguros y atención de salud.³²

En muchos países, sobre todo en los industrializados, existe una preocupación creciente frente a los niveles de gasto del estado en la esfera de la protección social, y se debate si los costos correspondientes se pudiesen reducir abriendo más la protección social a la competencia del sector privado. Lamentablemente, este debate mundial ha puesto todo el acento en el costo que representa para la sociedad el suministro de pensiones y atención de salud a las personas de edad, en lugar de ponerlo en los aportes económicos constantes y sustanciales que los ciudadanos de edad más avanzada hacen a la sociedad, y ha dado lugar al difundido mito de que las personas de edad por lo general son económicamente dependientes. Sin embargo, los hechos demuestran que ello no es reflejo fiel de la realidad. Hay que tener en cuenta dos aspectos importantes: el trabajo y la protección brindada por las pensiones públicas.³²

Las personas de edad trabajan:

La mayoría de las personas de edad en todo el mundo siguen trabajando, tanto en ocupaciones remuneradas como no remuneradas, haciendo un aporte sustancial a la prosperidad económica de sus comunidades. No hay ninguna base económica ni biológica para la jubilación a una edad fija (a menudo entre los 60 y los 65 años en los países desarrollados). En realidad, en las economías nacionales en las que predomina la agricultura, la mayoría de las personas de edad, tanto hombres como mujeres, siguen trabajando en la producción agrícola hasta estar físicamente incapaces de realizar sus tareas, hecho que a menudo ocurre en una etapa muy avanzada de la vida. A su vez, en las sociedades desarrolladas se reconoce cada vez más ampliamente que las personas de edad deben tener plena libertad para trabajar todo el tiempo que deseen. La edad no debería impedir ni obstaculizar en modo alguno los afanes de una persona para conseguir trabajo, debiendo reconocerse y recompensarse los beneficios de la edad.³²

En épocas de gran desempleo, ha sido fácil argüir que a las personas de edad se las debe alentar a dejar su empleo remunerado a fin de liberar puestos para individuos más jóvenes en busca de trabajo. Sin embargo, las investigaciones han demostrado que la realidad del mercado laboral es mucho más compleja y que el alejamiento temprano de la fuerza laboral por parte de los adultos mayores no se traduce necesariamente en puestos de trabajo para los jóvenes. Por ejemplo, el desocupado en busca de trabajo puede carecer del adiestramiento o las aptitudes necesarias para reemplazar al trabajador de más edad. De hecho, los trabajadores experimentados de más edad resultan necesarios para el mantenimiento de la productividad y para que empleadores y clientes puedan contar con la estabilidad de la fuerza laboral.³²

Las pensiones protegen contra la pobreza:

Hoy, muchas personas de edad cuentan con planes de pensión tanto públicos como privados que las protegen de la pobreza, sobre todo en las economías más desarrolladas. El crecimiento registrado por dichos planes en todo el mundo se relaciona con la industrialización de las economías, la urbanización y la flexibilización de los vínculos familiares tradicionales. Esos programas de pensión representan un enfoque colectivo para permitirles compartir recursos a las personas en edad laboral y a las que han abandonado la fuerza del trabajo.³²

La seguridad de ingresos preocupa no sólo a las personas de edad, sino también a sus hijos. En muchos países en desarrollo, el envejecimiento de la población le ha dado mayores. Mientras que antaño las familias estaban dispuestas a cuidar de sus mayores, y en condiciones de hacerlo, hoy en día se encuentran en un mundo cambiante que limita sustancialmente sus posibilidades para asumir esas funciones tradicionales.³²

Invertir en una población que envejece significa:

- ❖ Programas de aprendizaje a lo largo de toda la vida, para aumentar las posibilidades de que las personas de edad consigan empleo
- ❖ Eliminación de la discriminación por razones de edad en el lugar de trabajo
- ❖ Promoción de políticas que garanticen la seguridad de ingresos, para ofrecer una protección económica adecuada a las personas de edad, a través de planes de pensión públicos y privados fiables
- ❖ Acceso a una atención de salud adecuada para prevenir la pobreza debida a la mala salud
- ❖ Adaptación de las políticas de pensiones, para aumentar al máximo las posibilidades de elección individuales y la flexibilidad del mercado laboral.³²

Muchos decenios de experiencia en materia de seguridad social en Europa, América del Norte, Australia, Nueva Zelandia y otros países demuestran que un enfoque colectivo para brindar ingresos seguros y atención de salud a las personas de edad funciona bien. Se calcula que en muchas sociedades industrializadas más de la mitad de las personas de edad caerían en la trampa de la pobreza si no contaran con las prestaciones de las pensiones públicas. La experiencia reciente también ha puesto de relieve la necesidad constante de adaptar y reajustar dichos programas en función de condiciones socioeconómicas cambiantes. Sin esas adaptaciones (por ejemplo, modificaciones de las edades para jubilarse, jubilaciones flexibles), la capacidad de los programas de pensiones para ofrecer prestaciones en el futuro se vería gravemente amenazada.³²

La experiencia de siglo XX en lo que hace a la protección en el ámbito de la seguridad social también demuestra el vínculo importante que existe entre el nivel de ingresos y la salud. La pobreza se relaciona estrechamente con la mala salud, que, junto con la incapacidad, constituye la amenaza principal para la seguridad de ingresos en muchos países en desarrollo donde la nutrición deficiente y las malas condiciones de vida dejan a muchas personas en estado de demasiada debilidad como para tener un volumen de producción suficiente para satisfacer sus necesidades de subsistencia.³²

El acceso a la atención de salud es fundamental para ayudar a los trabajadores a recuperar su capacidad laboral y asegurarse de que los niños crezcan para convertirse en adultos sanos capaces de participar productivamente en la sociedad. Por consiguiente, las políticas de salud deben adoptar un enfoque basado en el ciclo de vida, que se enfrente a los problemas de salud desde su comienzo, permitiendo así que las personas envejecan sin discapacidades ni enfermedades crónicas. El número creciente de personas de edad que esperan recibir atención de salud y pensiones por vejez no debe ser visto como amenaza o crisis, sino que, más bien, representa una oportunidad para formular políticas que en el futuro puedan asegurar niveles de vida dignos para todos los miembros de la sociedad, tanto jóvenes como adultos mayores. Los países deben establecer marcos estratégicos para la coordinación de reformas de salud, sociales y económicas, y para aumentar el nivel de comprensión del público sobre las elecciones que hay que hacer en cuanto a políticas. El reto más grande que se les plantea a las sociedades en la actualidad no radica en el envejecimiento de las poblaciones, sino precisamente en la necesidad de analizar y realizar cambios pertinentes en las políticas sanitarias, sociales y económicas.³²

SEXUALIDAD EN LA VEJEZ

En la base de la pirámide de los conceptos erróneos sobre el sexo entre los ancianos, se encuentra la filosofía en esencia victoriana, en relación con la sexualidad humana, de que la actividad sexual es primordialmente una función procreativa, y que aquellos que están más allá de sus años reproductivos deben practicar el autorrechazo sexual. Por tanto, y de acuerdo con estos conceptos, no es "nada agradable" que el anciano tenga anhelos sexuales. Otra actitud prevaleciente en nuestra sociedad, que impugna la expresión sexual en los ancianos, consiste en el concepto idealista que liga al sexo, al amor y al romance con el corolario implícito de que los tres aspectos mencionados pertenecen en exclusiva a los jóvenes.¹⁶

Se afirma que la actividad sexual así como el coito, son casi siempre fisiológicamente posibles. Sin embargo, para algunos, el sexo nunca ha sido muy importante. Por tanto, el proceso de envejecimiento proporciona una excusa conveniente para abandonar una actividad que siempre fue, la mayoría de las veces, un manantial de ansiedad. No obstante, para muchos otros, la creencia popular de que la gente después de los 50 años de edad tiene escaso interés en el sexo, se vuelve una profecía cumplida. Al presentir la desaprobación o la ridiculización de parte de los segmentos más jóvenes de la población, el anciano desarrolla un complejo de culpa sobre sus deseos sexuales y busca negarlos, rechazarlos o suprimirlos, extinguiendo su sexualidad al mismo tiempo. Una vez que la actitud de la sociedad haya cambiado hacia ellos, los ancianos gozarán de una vida sexual apacible, más saludable y más completa que la observada en el pasado.¹⁶

EDAD Y SEXO

Según el estereotipo cultural existente, se hace difícil pensar que los hombres y mujeres de edad avanzada tengan todavía sentimientos y necesidades sexuales. La idea de una pareja

entregada a escarceos amorosos resulta chocante y es motivo de burla o risa. A los varones de edad avanzada con deseos sexuales evidentes se les aplica el calificativo de “viejos verdes”. Para las mujeres ya ni siquiera existe este calificativo, dado que se da por supuesto que el poco deseo sexual que pudo haber habido se extinguió por completo a partir de determinada edad o tras la menopausia. Desgraciadamente estos prejuicios no existen solamente a nivel popular, sino incluso entre profesionales de la salud.³

A pesar de esas creencias, las personas mayores necesitan también poder disfrutar de una afectividad y de unas condiciones de vida que les permitan la intimidad suficiente para mantener relaciones con su pareja si así lo desean. De hecho, los estudios llevados a cabo sobre sexualidad en la edad adulta avanzada, muestran una realidad bien distinta de la que los mitos sociales quieren reflejar. Es cierto que con la edad existe un declive en la frecuencia de las relaciones sexuales, pero también es cierto que ello es muchas veces debido a las mismas expectativas que refleja el entorno social, y que, en cualquier caso, la sexualidad se halla presente en personas de muy avanzada edad.³

Sería lógico que una expectativa de vida que va más allá de los 65, 70 años o más, se acompañará de una aceptable actividad sexual, así como en los demás aspectos. El deseo y el impulso sexuales son una expresión de la fuerza vital en el hombre y en la mujer, miden su éxito o fracaso – en especial en el hombre por el tipo de educación que recibe – en la vida que se les a vecina según conserven un vigor general y sexual.¹

El individuo tiene entonces como parte de las miras para su futuro, su actividad sexual. Si ésta llegase a estar ausente por razón de una enfermedad o porque la misma persona se desfuncionaliza por falsas ideas muchas veces impuesta por prejuicios que imponen las costumbres sociales, puede entonces experimentar un sentimiento de incapacidad de su potencial como persona, de su productividad en general.¹

En la vejez se conserva la capacidad de respuesta sexual en sus tres facetas principales. Sin embargo, existen modificaciones, que es necesario tener en cuenta, tanto para la mujer como para el hombre. El deseo sexual usualmente no se pierde. Por el contrario en algunas personas aumenta. En las mujeres deprivadas de sexo por viudez, separación o abandono sexual intraconyugal, el deseo puede desaparecer totalmente, parcialmente, o conservarse. En cada caso con las consecuencias psicológicas inherentes a la situación. En el hombre puede suceder lo mismo, aunque habitualmente por razón de patrones socioculturales en caso de incapacidad de su pareja, busca alternativas extramaritales con más posibilidades que la mujer. Así pues, el deseo sexual no se pierde, no importa que edad o sexo se tenga. Los problemas a este respecto estarán en las dificultades para expresarlo.¹

CREENCIAS ERRONEAS SOBRE EL INTERES SEXUAL EN LA VEJEZ

Félix López, en su libro “Para comprender la Sexualidad”, hace referencia a un grupo de creencias y mitos sobre la sexualidad durante la tercera edad y que han sido perfectamente estudiados e identificados como resultado de la socialización de los roles de género. Entre las principales creencias se encuentran las siguientes:

- ♥ *Los viejos no tienen capacidad fisiológica que les permita tener conductas sexuales.*
- ♥ *Los viejos no tienen intereses sexuales, es indecente y de mal gusto que los manifiesten.*
- ♥ *Los viejos que se interesan por la sexualidad son perversos o viejos verdes.*
- ♥ *Las desviaciones sexuales son más frecuentes en los viejos.*
- ♥ *La actividad sexual es mala para la salud especialmente en la vejez.*
- ♥ *La procreación es el único fin de la sexualidad y, por tanto, no tiene sentido que los viejos tengan actividad sexual.*
- ♥ *Los hombres viejos sí tienen intereses sexuales, pero las mujeres no.*¹⁵

Los resultados de numerosas investigaciones sobre la respuesta y el interés sexual durante esta etapa de la vida pueden esclarecer todas estas creencias, por ejemplo:

- ♥ Pfeifer y colaboradores observaron que más del 75% de los varones estudiados entre 61 a 71 años de edad disfrutaban de actividad sexual con coito, con una frecuencia de una vez al mes o más, mientras que en las mujeres de ese grupo de edad se obtuvo el 61%.
- ♥ Kinsey y colaboradores en otro estudio informaron que la menopausia tuvo pocos efectos en la respuesta sexual en la mujer, aunque si pudieron apreciar que en general si existe un descenso progresivo en los niveles de actividad, planteando que la frecuencia de la actividad sexual en el hombre empieza a declinar desde los 20 años.
- ♥ Estudios realizados en España, se observó que el interés sexual en la vejez, entre los 60 y 65 años, es de un 60% en las mujeres y de un 80% en los hombres, además refirieron tener relaciones sexuales, el 49% de las mujeres y el 69% de los hombres. Las causas más frecuentes de afectación del interés sexual fueron en las mujeres la pérdida de su pareja, la pérdida de interés y/o la impotencia por parte de su compañero; en los hombres, la impotencia, el temor a no alcanzar las expectativas de la pareja y la falta de interés. Ambos grupos coinciden en señalar las enfermedades como una importante razón.¹⁵

Merece la pena advertir que en la vejez existe una gran diversidad en cuanto a valores e intereses sobre la sexualidad entre los distintos individuos. Es evidente que las capacidades sexuales pueden mantenerse hasta edades muy avanzadas si la persona goza de un estado de salud razonablemente bueno y dispone de una pareja interesada, lo cual va a estar influenciado por múltiples factores de la esfera psicológica.¹⁵

CONSECUENCIAS DE LOS CAMBIOS DEMOGRAFICOS

En países de América del Norte la transición demográfica se produjo a lo largo de varias generaciones, pero en otros países de la Región los cambios se produjeron en un lapso mucho más breve y bajo circunstancias diferentes, y pocas veces se han podido anticipar sus consecuencias. A modo de ilustración, cabe mencionar que para las crecientes cohortes de personas que llegan a la edad adulta avanzada, las expectativas de mantener la independencia económica con la pensión de retiro son pocas. En América Latina, la seguridad social tiene una cobertura muy limitada y en muchos casos solo protege a los sectores asalariados urbanos, sin alcanzar a los trabajadores rurales y del sector informal ni a los desempleados y subempleados. Los porcentajes de cobertura de la seguridad social son muy variables entre los países y entre los distintos estratos socioeconómicos de cada país. La expansión de los sistemas es relativamente reciente en muchos países, y en la actualidad los beneficios no alcanzan a la población de mayor edad y es minoritaria la fracción protegida por los esquemas de jubilación. A pesar de que los sistemas de seguridad social ponen el acento en la redistribución del ingreso y en la equidad, con frecuencia los montos de las pensiones resultan insuficientes para mantener a los beneficiarios fuera del nivel de pobreza.²⁵

Las demandas de la economía tienden a reducir la actividad laboral de las personas de más edad, que son desplazadas del mercado por una población joven en expansión. Así se explica, al menos en principio, el sostenido descenso de la tasa de participación en actividades económicas de los trabajadores de edades adultas avanzadas, fenómeno que se observa tanto en países desarrollados como en países en desarrollo.²⁵ La mujer, debido a su menor participación en el mercado de trabajo formal en América Latina, es menos probable que pueda obtener por derecho propio los beneficios de los sistemas de pensiones. Muchas veces, después de la muerte del esposo, se ve obligada a convivir con sus hijos o familiares, ya sea por dependencia económica o por deterioro de su salud.²⁵ En las economías de muchos países de América Latina el sector informal tiene considerables proporciones y la contribución de los hijos a las familias puede ser muy significativa. Sin embargo en las familias modernas los hijos tienden a ser consumidores netos por mucho más tiempo, ocasionando una disminución en la frecuencia y magnitud de las transferencias hacia los abuelos. El comportamiento de las transferencias intergeneracionales, la forma en que las personas mayores enfrentan sus necesidades básicas frente a la incertidumbre, y el papel que desempeña la emergente seguridad social son temas que necesitan ser investigados para orientar la concepción de políticas que mejoren las condiciones de vida de las personas de edad.²⁵

La morbilidad y la mortalidad en la población mayor

La morbilidad y la mortalidad de los adultos mayores difieren de las del resto de la población debido al peso que para ellos tienen las enfermedades no transmisibles, crónicas y degenerativas, tales como las enfermedades cardiovasculares, los tumores y la diabetes, que se asocian con una mayor discapacidad, tanto física como mental. La situación con respecto a la mortalidad se pone de manifiesto en la estructura de la mortalidad y en el número de años potenciales de vida perdidos (AVP) en cada uno de los grupos de causas.

Mientras que para el total de la población el porcentaje del número de AVP por enfermedades transmisibles es de 47.5%, entre la población de 60 años y más es apenas superior a 10%. Por su parte, el porcentaje del número de AVP por causas no transmisibles es de 34% para la población total y de más de 80% para la población de 60 años y más.²⁵

En relación con el peso de las enfermedades no transmisibles tomando en cuenta la gravedad de la discapacidad, los trastornos neuropsiquiátricos son los que concentran el mayor número de años vividos con discapacidad, ya que para la población total y para la de 45 años y más, las cifras superan 20% tanto para los hombres como para las mujeres. La siguen, en el grupo de 45 a 59 años, las enfermedades del sistema osteomuscular, las enfermedades del aparato digestivo, las enfermedades respiratorias y las cardiovasculares. Para los hombres de 60 años y más, luego de los trastornos neuropsiquiátricos se ubican las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades de los sentidos, las enfermedades respiratorias y las del sistema osteomuscular, y para las mujeres del mismo grupo, estas últimas aparecen en segundo lugar, seguidas por las enfermedades de los sentidos y las enfermedades cardiovasculares.²⁵

VII. METODOLOGIA

Tipo de Estudio:

El presente trabajo consiste en un estudio descriptivo de corte transversal sobre la situación de los adultos mayores en el área 3.2 de Managua perteneciente al Centro de Salud Edgard Lang Sacasa, durante los meses de Enero - Abril de 2000. Se hizo uso de variables cualitativas y cuantitativas las cuales fueron analizadas desde una perspectiva de género.

Lugar de Estudio:

El lugar de estudio fue el área 3.2 de Managua el cual es atendido por el Centro de Salud Edgard Lang Sacasa, perteneciente a la parte central de Managua y a su vez está constituido por sectores urbanos y rurales. Está ubicado en la zona sur - occidental del antiguo distrito III y comprende un territorio de 84.5 Km² con una población total de 109,053 habitantes.

Población de Estudio:

La población de estudio estuvo constituida por todas las personas mayores (50 años y más) que habitan en este sector de Managua. Este sector atendido por el Centro de Salud Edgard Lang Sacasa comprende además 8 Puestos de Salud. Por conveniencia se decidió hacer un muestreo que estudiara esta población en el territorio perteneciente al Centro de Salud y 4 Puestos de Salud más, estos últimos fueron seleccionados al azar dentro de los 8 Puestos de Salud existentes. De esta forma, fue seleccionada la población perteneciente a los Puestos de Salud de los Barrios Edgard Munguía, Tierra Prometida, Camilo Ortega y Nejapa. Cabe mencionar que los tres primeros barrios son urbanos y el cuarto es rural.

Dado que no se conocía cual era la población total de adultos mayores en este sector, se decidió, también por conveniencia, realizar entrevistas un día a la semana durante el período estipulado del estudio (Enero - Abril), recolectándose al final del período, una muestra de 388 personas mayores de edad, distribuidos de la siguiente forma:

- 144 adultos mayores de San Judas
- 50 del Edgard Munguía
- 62 del Camilo Ortega
- 88 de Tierra Prometida
- 44 de Nejapa

En este tipo de muestra por conveniencia (Muestra no Probabilística) se estudiaron las personas mayores que en determinado momento visitaron el Centro de Salud, Puesto de Salud u otros lugares de concentración de personas como por ejemplo las Iglesias; además

se realizaron visitas domiciliarias. Se trató de realizar una muestra que estuviese representada por hombres y mujeres de 50 y más años, y no como se suele hacer, de personas mayores de 65 años solamente, lo que permite en cierta medida, predecir la situación de salud de las personas que dentro de pocos años formarán parte de lo que hoy se considera más convencionalmente la población de adultos mayores.

Recolección de la Información:

Las fuentes de información fueron de tipo primario ya que se obtuvo directamente de las personas mayores y de tipo secundario dado que fue necesario revisar algunas estadísticas.

Técnicas e Instrumentos de recolección de la información:

Se utilizó una guía de entrevista aplicada a muestras urbanas y rurales de la población de adultos mayores. El esquema general de la guía de entrevista contenía los siguientes acápite: (Ver anexos)

1. Condiciones sociales, económicas y de vida
2. Características conductuales y culturales
3. Estado de salud y características de la salud
4. Asistencia Sanitaria

La guía de entrevista estaba constituida por preguntas dicotómicas, preguntas de elección y preguntas de opinión.

Operacionalización de Variables:

1. Edad:
 - Indicador: Tiempo cronológico que se mide en años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista.
 - Valor:
 - 50 – 59
 - 60 – 69
 - 70 – 79
 - 80 y más
2. Sexo:
 - Indicador: Características biológicas que diferencian a un hombre de una mujer.
 - Valor:
 - Masculino
 - Femenino

3. Estado civil:
- Indicador: Condición social de cada persona mayor como parte de una pareja.
 - Valor: Soltero(a)
Casado(a)
Divorciado(a)
Viudo(a)
Acompañado(a)
4. Escolaridad:
- Indicador: Nivel de instrucción educativa alcanzado por la persona entrevistada.
 - Valor: Analfabeta
Primaria
Secundaria
Técnico
Universitario
5. Dependencia familiar:
- Indicador: Lugar que ocupa la persona mayor entrevistada dentro del núcleo familiar.
 - Valor: Jefe de familia
Miembro independiente
Miembro dependiente
6. Participación en la fuerza laboral:
- Indicador: Inserción de la persona entrevistada dentro del mercado laboral.
 - Valor: Sí
No
Jubilado/pensionado
7. Sector laboral:
- Indicador: Area de trabajo en la cual se desempeña como persona económicamente activa.
 - Valor: Sector Formal
Sector Informal

8. Acceso a servicios básicos:
- Indicador: Disponibilidad y uso de servicios básicos que toda persona debe tener con el fin de solventar sus necesidades básicas.
 - Valor: Agua Potable
Luz Eléctrica
Eliminación de basura
Asistencia a Centro Recreativo
Asistencia Sanitaria/Médica
9. Pareja sexual:
- Indicador: Presencia o ausencia de una pareja sexual en la actualidad
 - Valor: Sí
No
10. Vida sexual activa:
- Indicador: Práctica de relaciones sexuales en la actualidad
 - Valor: Sí
No
11. Percepción acerca de la Tercera Edad:
- Indicador: Diferentes significados y opiniones positivas o negativas que tienen las/los adultos mayores acerca de esta etapa de la vida.
 - Valor: Percepciones Positivas
Percepciones Negativas
12. Actitud hacia el envejecimiento:
- Indicador: Percepciones erradas de las personas mayores acerca del proceso de envejecimiento.
 - Valor: De acuerdo
Parcialmente de acuerdo
En desacuerdo
13. Creencias sobre la Sexualidad en personas mayores:
- Indicador: Mitos que las personas mayores tienen sobre la sexualidad en esta etapa de la vida.
 - Valor: De acuerdo
En desacuerdo

14. Comportamientos relacionados con la salud:
- Indicador: Prácticas conductuales pasadas y actuales que pueden tener consecuencias nocivas para la salud de las personas mayores.
 - Valor: Tabaquismo
Consumo de alcohol
Obesidad
Café
Sedentarismo
15. Experiencia de padecimientos actuales:
- Indicador: Es la presencia o ausencia de enfermedades o trastornos crónicos o agudos que contribuyen a aumentar la morbilidad y mortalidad del adulto mayor.
 - Valor: Hipertensión arterial
Diabetes mellitus
Cardiopatías
Enfermedades Cerebrovasculares
Enfermedad Mental
Cáncer de mama
Cáncer de útero
Cáncer de próstata
16. Discapacidad funcional crónica:
- Indicador: Limitaciones que están determinadas por la presencia o ausencia de actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria o algunas variedades de ésta.
 - Valor: Sí
No
17. Deficiencia física crónica:
- Indicador: Limitaciones físicas que pueden contribuir o no a la discapacidad crónica pero que, en cualquier caso, afectan al bienestar de la persona.
 - Valor: Cataratas
Aumento del tamaño de la próstata
Trastornos del oído
Osteoporosis
Reumatismo y artritis
Fracturas recientes

18. Utilización de los servicios de salud:
- Indicador: Aprovechamiento de los servicios médicos por parte de las personas mayores cuando estas se enferman.
 - Valor: Sí
No
En ocasiones
19. Lugar de atención médica:
- Indicador: Centros de Asistencia sanitaria pública o privada a la cual asisten las personas mayores para solicitar atención médica.
 - Valor: Puesto de Salud
Centro de Salud
Hospital
Clínica Privada
Seguro Social
Otro
Ninguno
20. Razones de no asistencia a los servicios de salud:
- Indicador: Motivos por los que las personas mayores no acuden a los servicios de salud para recibir atención sanitaria.
 - Valor: Transporte
Económicas
Horario de atención / Tiempo
Mala atención
No le gusta / no confía
Otra
21. Calidad de la Atención Médica:
- Indicador: Calificación de la atención médica recibida, de acuerdo a los requerimientos de las personas mayores o más allá de lo que ésta pide o espera.
 - Valor: Excelente
Buena
Regular
Deficiente

22. Atención diferenciada a personas mayores:
- Indicador: Condiciones de tiempo u otras acciones que permitan una atención diferente e integral de las personas mayores con relación al resto de usuarios de los servicios de salud.
 - Valor: Sí
No
23. Exámenes médicos:
- Indicador: Serie de pruebas diagnosticas que deberían ser consideradas de rutina en personas mayores y que permitirían la detección y tratamiento oportuno de las complicaciones propias de esta etapa de la vida.
 - Valor: Autoexamen de mama
Examen médico mama
PAP
Examen ginecológico
Tacto rectal (próstata)
US prostático
Lípidos/Glicemia

Procesamiento y análisis de la Información:

Una vez recolectada la información, esta fue procesada en un programa estadístico EPI INFO y posteriormente analizada con el fin de conocer la situación de salud de las personas mayores.

VIII. RESULTADOS

Según el Censo Nacional de Nicaragua en 1995, la población total de personas de 60 años y más se había estimado en 222,309 constituyendo de esta forma el 5.1% de la población total en Nicaragua. Actualmente según datos de ENDESA 98, la población de 60 y más representa el 6% de la población total.²³

Con respecto a la población económicamente activa, representan únicamente el 6.2% de la totalidad de este grupo, teniendo la siguiente distribución en base al sexo:

Mujeres	21,300	(23.5%)
Hombres	69,336	(76.49%)
Total	90,636	

En lo que respecta a la población económicamente inactiva de este grupo, el 59.1% depende económicamente de otros y sólo el 15.9% es pensionado o jubilado. Llama la atención que el grupo masculino representa el mayor porcentaje de jubilados/pensionados con relación al sexo femenino:

Mujeres	5,696	(28%)
Hombres	14,801	(72%)
Total	20,497	

Las personas con incapacidad permanente, también aparecen representados en las estadísticas concernientes a la población económicamente inactiva:

Mujeres	10,441	(54%)
Hombres	8,996	(46%)
Total	19,437	

Según la Fundación para el desafío económico, las mujeres mayores de 65 años aportan el 41.2% de las horas invertidas en actividades productivas, mientras los hombres del mismo grupo de edad aportan el 58.8%.

En las actividades reproductivas (actividades domésticas), el 77.8% de las horas es aportado por las mujeres y sólo el 35.6% por hombres.

Datos del estudio de Medición de la Pobreza realizado por el Ministerio de Acción Social en 1996, reflejan lo siguiente con relación a las personas mayores de 60 años:

Representan:	5.9% de los no pobres
	7.7% de los pobres
	4.3% de la pobreza extrema

Asimismo, el 40.9% y el 40.4% de los hogares jefeados por mayores de 60 años se encuentran en la pobreza y en la pobreza extrema respectivamente, y sólo el 18.7% son no pobres.

La información recolectada en el presente estudio no difiere mucho de la referida anteriormente, encontrándose lo siguiente:

Sobre la base de la caracterización sociodemográfica se observa que el grupo etáreo predominante en ambos sexos se encuentra entre los 50 y 59 años para un 40% del total de los estudiados, conocidos como adultos mayores y no perteneciente todavía a lo que se considera como Tercera Edad. Es notorio el incremento observado en los grupos de edad más avanzada con respecto a años anteriores, siendo un poco superior en las mujeres para un 9.3% con relación a los hombres (5.3%) lo cual está directamente relacionado con el incremento de la esperanza de vida al nacer sobre todo en el grupo femenino. La edad promedio en los hombres fue de 62.3 años, mientras que en las mujeres fue de 65.7 años. (Cuadro No. 1)

En lo que respecta al estado civil, predominan los/las casadas para un 32% y 36% respectivamente. Se observa un ligero predominio en el sexo masculino de los estados que no conllevan mayor responsabilidad como son los solteros en un 16%, los separados/divorciados en un 23.3% y los acompañados en un 15.3%. El estado de viudez es predominante en el sexo femenino para un 20%, lo cual nuevamente se asocia a la diferencia existente en la esperanza de vida al nacer entre hombres y mujeres. (Cuadro No. 1)

Con relación a la escolaridad, predomina en ambos sexos la primaria para un 53% y dentro de ésta hay predominio de la primaria incompleta. Cabe señalar que de forma general, es mayor el nivel de escolaridad en el sexo masculino que en el femenino, lo cual se caracteriza por un mayor porcentaje de analfabetismo en el sexo femenino (15%), un menor porcentaje de nivel secundario correspondiente a un 28% y una ausencia de formación técnica en este sexo con relación al sexo masculino, en donde el analfabetismo representa el 11%, el nivel secundario el 39% y el nivel técnico el 3%. En ninguno de los dos sexos se reportó formación universitaria. (Cuadro No.1)

Con respecto al lugar que ocupan estas personas dentro de la familia, se encontró que el mayor porcentaje 56% son miembros dependientes desde todo punto de vista, principalmente de tipo económico. Dentro de los miembros dependientes predomina el sexo femenino, ya que el 70% del total de mujeres entrevistadas viven en una situación de dependencia, en cambio sólo el 33% del total de hombres se encuentran en esta condición. La jefatura de la familia sigue siendo predominantemente masculina ya que se observa en un 50% de los hombres y en un 24% de las mujeres. Cabe mencionar que aunque sigue siendo bajo la jefatura femenina de la familia, ésta ha sufrido un incremento con respecto a los años anteriores debido a la mayor participación que la mujer ha tenido en la fuerza laboral. Es mínimo el porcentaje de hombres y mujeres que se encuentran como miembros independientes dentro de la familia, encontrándose únicamente el 17% y el 6% respectivamente. (Cuadro No.1)

En lo que respecta a las características socioeconómicas de las/los adultos mayores, se encontró que solo el 39% de la población estudiada puede ser considerada población económicamente activa y el 61% restante es población económicamente inactiva. Al comparar el sexo masculino con el sexo femenino, se encontró que el 55% de los hombres pertenecen a la población económicamente activa, mientras que el 71% del total de mujeres se ubican dentro de la población económicamente inactiva, lo cual vendría a explicar en cierta medida el estado de dependencia que representan las mujeres dentro del núcleo familiar. (Cuadro No. 2)

Del total de población masculina y femenina que participan en la fuerza laboral (152 personas), el 55% labora en el sector informal y el 45% restante en el sector formal. Al comparar el sexo masculino con el femenino se encuentra que la mayor participación de los hombres se encuentra en el sector formal para un 58%, mientras que la mayor participación de las mujeres se concentra en el sector informal para un 70% del total de mujeres. (Cuadro No. 2)

La población económicamente inactiva representa el 61% del total de las/los adultos mayores estudiados, donde el mayor porcentaje está representado por las personas que dependen económicamente de otros para un 71%, pero además se encuentran los jubilados/pensionados en un 24% y las personas con incapacidad permanente para un 5%. La mayor dependencia económica y la incapacidad permanente predominan en las mujeres en un 82% y en 6% del total de estas; mientras que en los hombres estas condiciones representan el 44% y el 3% respectivamente. La condición de jubilado/pensionado tiene su mayor representatividad en el sexo masculino para un 53% del total de hombres en contraste con las mujeres donde solo representa el 12%. Esto último está íntimamente relacionado con la dependencia de la mujer y con la mayor participación laboral de estas en el sector informal lo cual posteriormente no les brinda ningún beneficio de seguridad social. (Cuadro No. 2)

Parte de las condiciones de vida, es el acceso que tiene esta población a los servicios básicos. Dentro de esto se encontró que más del 90% de la población estudiada tiene acceso a agua potable y luz eléctrica; sólo el 67% tiene acceso a eliminación de basuras a través del camión recolector. Un mínimo porcentaje 16% asiste a centros recreativos y generalmente son las personas que gozan de algún beneficio como parte de la seguridad social. El resto de la población no tiene capacidad económica para recrearse por sí sola. Llama la atención que sólo el 77% de la población estudiada tiene acceso a asistencia sanitaria/médica. (Cuadro No. 3)

Al abordar los aspectos conductuales sobre todo con relación a la sexualidad de esta población, se encontró que el 62% de los hombres y el 54% de las mujeres refirieron tener pareja sexual. En lo que respecta a la vida sexual, llama la atención que el 70% de los hombres tiene vida sexual activa y sólo el 33% de las mujeres refirieron tener vida sexual activa. (Cuadro No. 4)

En lo concerniente a las percepciones que tiene esta población en relación con esta etapa de la vida, los mayores porcentajes se encuentran en opiniones negativas con respecto a este proceso. El 24% de los hombres y el 28% de las mujeres opinan que es estar ya viejo/a.

Posteriormente existen algunas divergencias de opiniones, encontrándose que el 15% de los hombres expresan que es volverse dependiente; 13% manifiestan que ya se vivió lo que se tenía que vivir y el 12% que es llegar a una etapa final. En cambio las mujeres expresan lo siguiente: 18% opina que es volverse inservible y el 12% acusa que es el fin de la vida sexual. Sólo el 13% de la población masculina y femenina opinaron que se sienten feliz, realizados y tranquilos/as. El 8% de los hombres y el 10% de las mujeres opinaron que es un proceso normal de la vida. (Cuadro No. 5)

En lo que respecta a las opiniones de las/los adultos mayores hacia el proceso de envejecimiento, se encontró lo siguiente:

- ❖ El 43% de la población estudiada está en desacuerdo en que la mayoría de las personas de edad viven en países desarrollados. Más del 50% de esta población está de acuerdo y/o parcialmente de acuerdo con esta aseveración.
- ❖ El 60% de la misma población refiere estar de acuerdo en el hecho de que todos los adultos mayores se asemejan.
- ❖ El 45% del total de adultos/as mayores están en desacuerdo en que el hombre y la mujer envejecen de la misma manera. Más del 50% refieren estar de acuerdo y/o parcialmente de acuerdo con esta afirmación. (Cuadro No. 6a)
- ❖ El 43% del total de la población en estudio está en desacuerdo en que las personas de edad son frágiles; sin embargo el porcentaje restante correspondiente a un poco más del 50% está distribuido entre las personas que están de acuerdo y las que están parcialmente de acuerdo con esto.
- ❖ Un alto porcentaje de esta población (84%) está en desacuerdo con relación a la aseveración de que las personas mayores no tienen nada para aportar.
- ❖ El 78% de las/los adultos mayores entrevistados refirieron estar en desacuerdo con la afirmación de que las personas de edad son una carga económica para la sociedad. (Cuadro No. 6b)

Cabe mencionar que en los resultados mencionados anteriormente, no se observaron diferencias marcadas de opiniones entre hombres y mujeres.

Al abordar las creencias que estas personas tienen sobre la sexualidad en esta etapa de la vida, se encontraron los siguientes resultados:

- ❖ El 67% de los hombres y el 50% de las mujeres refirieron estar en desacuerdo con la creencia de que las personas de edad no tienen capacidad fisiológica que les permita tener conductas sexuales.
- ❖ El 56% de la población estudiada manifestó estar en desacuerdo con la creencia de que las personas mayores no tienen intereses sexuales. Sin embargo al realizar el análisis por sexo se observan algunas diferencias sexo ya que el mayor porcentaje de los hombres (68%) opinó estar en desacuerdo con esto, mientras que el mayor porcentaje de las mujeres (51%) manifestaron estar de acuerdo con lo expresado en la creencia.
- ❖ El 56% de la población total estudiada expresó estar en desacuerdo con la creencia de que las personas mayores que se interesan por la sexualidad son perversas o rabos verdes. Al realizar el análisis por sexo, se encuentra que el

77% de los hombres y sólo el 43% de las mujeres refirieron estar en desacuerdo con esto.

- ❖ Con relación a la creencia de que las desviaciones sexuales son más frecuentes en las personas mayores, tanto hombres (87%) como mujeres (66%) están en desacuerdo con esta aseveración. (Cuadro No. 7a)
- ❖ El 62% de las/los adultos mayores estudiados opinaron estar en desacuerdo con la creencia de que la actividad sexual es mala para la salud especialmente en la vejez. Se observan diferencias con relación al sexo, dado que el 81% de los hombres y sólo el 50% de las mujeres refirieron estar en desacuerdo con esto.
- ❖ El 66% del total manifestaron estar en desacuerdo con la creencia de que la procreación es el único fin de la sexualidad por o tanto no tiene razón en las personas mayores. Se observan nuevamente las diferencias de opiniones con relación al sexo, ya que el 85% de los hombres y sólo el 55% de las mujeres manifestaron su desacuerdo en torno a esta creencia.
- ❖ El 52% de la población total estudiada refirieron estar de acuerdo con el mito de que sólo los hombres mayores tienen intereses sexuales y las mujeres no. En este caso se siguen observando diferencias genéricas, dado que el 57% de los hombres manifestaron estar en desacuerdo con esto, mientras el 57% de las mujeres opinaron estar de acuerdo con la creencia mencionada. (Cuadro No. 7b)

Al investigar el estado de salud de las/los adultos mayores, se encontraron ciertos comportamientos considerados perjudiciales para la salud se encontró que el 77% del total de la población estudiada es consumidora de café predominando en ambos sexos (81% en los hombres y 75% en las mujeres). Luego de la ingesta de café, los comportamientos de mayor riesgo para la salud observados en el sexo masculino es el tabaquismo (52%) y el consumo de alcohol (48%) como parte del estereotipo correspondiente a este género. En las mujeres se encuentra en segundo lugar, la obesidad en un 30% de esta población. Sólo un mínimo porcentaje de ambos sexos realiza algún tipo de ejercicio físico (17% de los hombres y 18% de las mujeres) predominando el sedentarismo como posible factor de riesgo para algunas patologías. (Cuadro No. 8)

En lo que respecta propiamente al estado de salud de las/los adultos mayores, se encontró que predomina el perfil epidemiológico de enfermedades crónicas estando casi ausentes las enfermedades de tipo infecciosas. Esto conlleva a una sobrecarga de los deteriorados servicios de salud.

Dentro de la experiencia de padecimientos actuales, se encontró en el 26% de la población total la hipertensión arterial; en el 16% las cardiopatías y en el 10% la diabetes mellitus. Se observan algunas diferencias en cuanto al sexo, predominando la hipertensión arterial y las cardiopatías en el sexo femenino, mientras que la diabetes mellitus predomina en el sexo masculino. Los cánceres de mama, útero y próstata representan alrededor del 1% cada uno dentro de la población total. Hay ausencia de enfermedades cerebrovasculares y de enfermedades mentales. (Cuadro No. 9)

Otra situación importante dentro del estado de salud de esta población es la presencia de discapacidad funcional crónica, encontrándose ausencia de esta situación en el 96% de la población total, no existiendo mayores diferencias en relación con el sexo. (Cuadro No. 9)

Las limitaciones físicas es otro componente del estado de salud de las/los adultos mayores, encontrándose que el 16% de la población total tiene como principal causa de limitación física al reumatismo/artritis, teniendo un ligero predominio en el sexo femenino en relación masculino (18% vs 14%). Luego en orden de importancia aparecen las fracturas en el 9% de la población total, observándose también un predominio en el sexo femenino en comparación con el masculino (10% vs 7%). En general son limitaciones físicas que afectan sobre todo al sexo femenino. (Cuadro No. 9)

Al investigar la utilización de los servicios de salud por las/los adultos mayores teniendo como base su perfil epidemiológico y como ya se mencionó anteriormente, se encontró que sólo el 77% de la población acude a los servicios de salud, siendo mayormente utilizados por el sexo femenino (85%) en comparación con el sexo masculino (63%). (Cuadro No. 10)

Se encontró que el 39% del total de la población que acude a los servicios de salud, asisten al Puesto de Salud / Centro de Salud por su cercanía. El 14% acude al seguro social y un 11% a clínicas privadas. Se observa un 16% que no acude a estos lugares y un 8% que prefiere visitar curanderos etc. (Cuadro No. 11)

Dentro de las principales razones por las que no asisten a los servicios de salud un 23% de la población total estudiada, se encuentran las siguientes: el 41% refiere que es por la mala atención, 22% por desconfianza y 18% por el horario de atención. (Cuadro No. 11)

Al calificar la atención médica recibida por el 77% de la población que utiliza los servicios de salud, se encontró que el 57% la calificó de regular, el 41% de buena y un 2% restante de mala. Nadie le dio el calificativo de excelente. (Cuadro No. 11)

Se encontró además que el 90% de la población que utiliza los servicios de salud, manifestaron no recibir ninguna atención diferenciada a pesar de lo compleja que son sus patologías. (Cuadro No. 11)

Otro dato de la utilización de los servicios de salud son los diferentes exámenes realizados oportunamente en esta etapa de la vida para la detección temprana de algunas patologías, encontrándose en este caso, que el 51% y 39% de las mujeres se habían realizado PAP y Examen ginecológico respectivamente en el último año transcurrido, mientras que el 35% y 11% de los hombres se habían realizado un examen de glicemia y practicado tacto rectal respectivamente en el último año. (Cuadro No. 12)

IX. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Resulta en la actualidad un desafío importante para la práctica médica y en la investigación la atención dirigida a un número creciente de personas de la tercera edad. Procesos de cambio como la transición demográfica y epidemiológica hacen que en el ámbito mundial dicha población vaya en aumento. Actualmente cerca de 578 millones de personas están comprendidas dentro de este grupo equivalente a un 9% de la población total del planeta.⁶

El número de ancianos que se agrega a la población mundial se está aproximando a los 9 millones por año, o menos del 10% del agregado anual. Esta proporción aumentará hasta aproximadamente 14.5 millones por año en el período 2010 – 2015. En la actualidad, un 77% del aumento en las poblaciones de mayor edad ocurre en las regiones en desarrollo. Hacia el año 2015, corresponderá a esas regiones más del 80%.⁶

Estos cambios demográficos denotan la necesidad cada día más de ir priorizando a esta población. El patrón reproductivo y sociocultural, así como los roles estereotipados han influenciado notablemente esta situación, marcando una notable diferencia. Debido a lo anterior las mujeres viven más tiempo que los hombres, sin embargo, en promedio tienen más años de mala salud a edades avanzadas.⁶

En 1950, las y los ancianos de Nicaragua apenas llegaban a los 30 mil. En la actualidad, a pesar de que sólo representan poco más del 3% de la población total ya llegan a los 150 mil. Se estima que para el año 2,010 existan alrededor de un cuarto de millón de ancianos y ancianas.⁷

La tasa de crecimiento anual del grupo de 65 años y más (3.8%), supera en más de un punto porcentual al de la población total, siendo aún más rápido el crecimiento del grupo de 80 años y más, que supera al de la población total en casi dos puntos porcentuales.⁷

Basados en datos recientes de ENDESA 98, los porcentajes van disminuyendo conforme aumenta la edad de la población, reportándose una esperanza de vida al nacer de 65 años lo que conlleva a una mayor presencia de personas de la tercera edad.²³

En el presente estudio se encontró un predominio del sexo femenino con relación al masculino (61% vs 39%). Lo anterior se corresponde con los datos que tradicionalmente se han venido reportando a través de diferentes fuentes y en diferentes países, en donde la proporción femenina es ligeramente superior a la masculina a nivel de la población total. Se menciona que la mayoría (55%) de las personas de edad son mujeres y en algunos países las mujeres de edad doblan en número a los hombres.¹⁷ Datos reportados por ENDESA 98, revelan que la población de adultas mayores representa el 52% del total de este grupo, mientras que los adultos mayores el 48% restante. Este comportamiento demográfico pone de manifiesto el incremento en la esperanza de vida al nacer siendo mucho mayor en el sexo femenino.²³

La edad promedio en los hombres fue de 62.3 años, mientras que en las mujeres fue de 65.7. Según reporte de la Organización Panamericana de la Salud, la esperanza de vida al nacer para los nicaragüenses según el sexo es de 64.8 para los hombres y 68.5 para las mujeres lo que indica que la mujer tiene más expectativas de vida que el hombre.

La población nicaragüense está envejeciendo, y prueba de ello es el Índice de Envejecimiento observado, el cual se define como la cantidad de personas de 60 o más años por cada 100 jóvenes menores de 15 años. En los principales países de las Américas, en 1997 esa relación se situó entre un máximo de 82 en Canadá y un mínimo de 9 en Nicaragua. Se prevé que en la mayoría de los países durante los próximos 30 años se duplicará o se triplicará.³⁰

La información anteriormente mencionada, revela que en Nicaragua se está presentando un notable aumento del número absoluto de las personas de edad y a una velocidad acelerada. Por lo tanto, este cambio en la configuración demográfica del país plantea un reto importante para la salud pública, dado que todavía no se han superado los problemas básicos del desarrollo y donde la pobreza persistente genera mayores presiones sobre el sistema.³³

Producto del incremento de la esperanza de vida al nacer sobre todo en las mujeres, se observa un aumento del número de viudas de edad a causa de la mortalidad de los varones de los grupos de más edad, lo cual coincide con lo observado en otros países.

La viudez es un tema que cobra suma importancia en esta etapa. Los ancianos pueden depender de sus esposas para que los atiendan más que las ancianas de sus esposos y una mujer que sobrevive a su esposo y no tiene hijos casados pueden quedar con escaso apoyo en su ancianidad dado que puede acceso limitado a pensiones y derechos de propiedad o a la riqueza acumulada durante el matrimonio.⁶

Como ya se mencionó, las poblaciones de ancianos y, en particular, los ancianos de edad más avanzada, son en casi todo el mundo predominantemente mujeres, debido a la mayor esperanza de vida femenina. Las probabilidades de que una mujer pierda a su compañero son mayores que las que tiene un hombre de perder a su compañera y aumentan aún más por la tendencia de que los hombres contraigan matrimonio con mujeres mucho menores y a que en las uniones polígamas se vayan agregando esposas más jóvenes. Asimismo, hay mayores probabilidades de que un hombre vuelva a contraer matrimonio o establezca relaciones no oficializadas poco tiempo después de enviudar y que esas decisiones merezcan la aprobación social. Las mujeres pueden quedar viudas a cualquier edad y la tendencia es a que sigan solas durante más tiempo que los hombres.⁶

La viudez va comúnmente acompañada de un sustancial menoscabo en la condición social. Cuanto más dependa esa condición de la relación de la mujer con su esposa y su familia, tanto mayor será la pérdida concomitante. La viudez es más que la pérdida de un esposo, puede significar la pérdida de una identidad separada.⁶

Otro factor determinante de la situación que enfrentan estas personas, es el nivel de escolaridad de este grupo de población. Como parte de las diferencias genéricas presentes en etapas anteriores de la vida, el nivel de escolaridad de las adultas mayores es inferior al de los adultos mayores, dado que presentan mayores porcentajes de analfabetismo y menores porcentajes de nivel secundario.

Las estadísticas mundiales reflejan que las probabilidades de que las adultas mayores sepan leer y escribir o hayan recibido algún tipo de educación escolar son inferiores a las de las mujeres de menor edad o los hombres de su misma edad. Si bien tal vez hayan administrado la economía del hogar o trabajado en el sector no estructurado o informal de la economía, en algunos casos su falta de experiencia en cuanto a enfrentar el mundo fuera de su hogar las hace más vulnerables a la explotación.⁶

En todo el mundo, el promedio de educación de las personas de edad es inferior al de los jóvenes, y esas diferencias son importantes porque los niveles de educación más elevados se relacionan con una salud mejor.³²

En la actualidad, diversos estudios revelan que los “nuevos ancianos” están mejor educados y son más sanos que las anteriores generaciones de ancianos lo cual les permite desempeñar papeles más activos y productivos en sus sociedades.⁶

Al investigar acerca del lugar que ocupan dentro de la familia se encuentra de que es una situación que depende estrechamente de la actividad o ingresos económicos. Se observa que un poco más del 50% de la población total estudiada son miembros dependientes, predominando el sexo femenino, ya que el 70% de las mujeres entrevistadas se encuentran en esta condición. En cambio las condiciones de jefatura y de miembros independientes siguen estando ocupadas por el sexo masculino. Se evidencia un ligero incremento de las jefaturas femeninas lo cual se relaciona con la mayor participación de la mujer dentro de la fuerza laboral. De hecho, tanto en los países desarrollados como en los en desarrollo, la entrada de la mujer a un trabajo remunerado rara vez la libera de sus responsabilidades de trabajo doméstico, y esta carga doble tiene su costo en la salud. En los países en desarrollo, donde la mayoría de las personas no cuentan con el beneficio de los planes públicos de seguridad de ingresos en la vejez, las mujeres mayores casi siempre dependen de sus familias.³²

La dependencia de este grupo de población se relaciona sobre todo menor poder adquisitivo a medida que aumenta la edad. En la actualidad la mayoría de las personas de edad en todo el mundo siguen trabajando, tanto en ocupaciones remuneradas como no remuneradas, haciendo un aporte sustancial a la prosperidad económica de sus comunidades. No hay ninguna base económica ni biológica para la jubilación a una edad fija.³²

La información obtenida en este estudio revela que sólo el 31% del total de la población estudiada es considerada económicamente activa. Al realizar el análisis por sexo se encuentra que sólo el 29% de las mujeres pertenecen al total de la población económicamente activa para este grupo. Esto se debe a que las demandas de la economía tienden a reducir la actividad laboral de las personas de más edad, que son desplazadas del mercado por una población joven en expansión. Así se explica, al menos en principio, el

sostenido descenso de la tasa de participación en actividades económicas de los trabajadores de edades adultas avanzadas, fenómeno que se observa tanto en países de países desarrollados como en países en desarrollo.³¹

Según este estudio, la situación se torna aún más grave cuando se analiza la población económicamente activa sobre la base del sector donde laboran, y se encuentra que el mayor porcentaje de los hombres todavía económicamente activos, laboran en el sector formal, mientras las mujeres, en su mayor porcentaje se encuentran en el sector informal, lo cual explica el menor acceso que tiene la mujer a los beneficios que le podría brindar más adelante una seguridad social.

El trabajo en el sector informal es difícil de medir, porque no forma parte de la economía de mercado y, por ende, muchas veces es invisible. Según lo define la Organización Internacional del Trabajo, dicho sector está compuesto en general por “actividades en pequeña escala con base en el autoempleo, con o sin trabajadores contratados”, y por lo general incluye ocupaciones mal remuneradas. Muchas personas de edad, especialmente en el mundo en desarrollo, se mantienen a sí mismas y a otras trabajando en dicho sector.³²

Este mismo estudio revela que dentro de la población económicamente inactiva, sólo el 24% goza de los beneficios sociales que le puede brindar el ser pensionado/jubilado. Dentro de este reducido grupo, el mayor porcentaje son hombres, lo cual se relaciona con el campo laboral donde se desarrollaron anteriormente.

Esto coincide con las estadísticas existentes, en donde se plantea que la mujer, debido a su menor participación en el mercado de trabajo formal en América Latina, es menos probable que pueda obtener por derecho propio los beneficios de los sistemas de pensiones. Muchas veces después de la muerte del esposo, se ve obligada a convivir con sus hijos o familiares, ya sea por dependencia económica o por deterioro de su salud.³¹

De forma general, en los países en desarrollo, las personas mayores por lo general trabajan durante tanto tiempo como les es posible y sólo unos pocos grupos privilegiados reciben pensiones de jubilación. En los países industrializados, las personas jubiladas tal vez deseen suplementar sus ingresos o simplemente ser útiles, pero pueden encontrar pocas maneras de lograrlo. En las partes más prósperas del mundo, a medida que se prolonga la vida activa, está surgiendo una tercera edad, en que los ancianos exigen una mayor participación en la vida económica y social.⁶

En América Latina, la seguridad social tiene una cobertura muy limitada y en muchos casos sólo protege a los sectores asalariados urbanos, sin alcanzar a los trabajadores rurales y del sector informal ni a los desempleados y subempleados. Además, con frecuencia los montos de las pensiones resultan insuficientes para mantener a los beneficiarios fuera del nivel de pobreza.³¹

El acceso que se tenga a los servicios básicos, constituye otro factor determinante de la calidad vida de este grupo. En la actualidad, los recientes cambios sustanciales en la esperanza de vida saludable pueden atribuirse a una mejor calidad general de la vida: agua no contaminada, mejor saneamiento y nutrición adecuada. Hay más personas que tienen

acceso a servicios de salud y educación. Han mejorado los servicios médicos y los medicamentos para combatir las enfermedades.⁶

Otra situación importante de ser estudiada, corresponde a las características conductuales y/o culturales de esta población en torno a la sexualidad y lo que significa para ellos llegar a esta etapa de la vida. Sobre la base de lo anterior, se encontró que el 57% del total de la población estudiada es la que refiere tener pareja sexual, siendo un poco más elevado el porcentaje en el sexo masculino con respecto al femenino. A pesar de que ambos sexos tienen porcentajes similares en cuanto al tener pareja, se encuentra que sólo el 33% de las mujeres tienen vida sexual activa en contraste con los hombres en donde el 70% de ellos mantienen una vida sexual activa.

Debido al estereotipo cultural existente se hace difícil pensar que hombres y mujeres de la tercera edad tengan todavía sentimientos y necesidades sexuales. La idea de una pareja de ancianos entregados a relaciones sexuales amorosas resulta incómoda aceptarla y casi motivo de censura. A los hombres en edad avanzada con deseos sexuales evidentes se les aplica el calificativo de viejos verdes, para las mujeres ni siquiera existe este calificativo dado que se da por concluida su vida sexual debido a los prejuicios existentes en la sociedad. En realidad en la edad avanzada se puede tener una vida sexual adecuada, siempre y cuando se conozcan y acepten con naturalidad los cambios fisiológicos propios de esta etapa de la vida.³

Intimamente relacionado con lo anterior, un alto porcentaje de ellos refirieron tener percepciones negativas acerca de este proceso. Se menciona que significa el ya estar viejo/a y el volverse inservible, entre otras opiniones. Sólo un mínimo porcentaje refirió opiniones positivas sobre la tercera edad, en donde se ve esta etapa como el sentirse realizado/a o el verlo como algo normal que les da más fortaleza y experiencia.

Como es sabido, al llegar a esta etapa de la vida se presentan una serie de creencias y mitos sobre el envejecimiento y las personas de edad. La falta de conocimientos certeros acerca de este proceso, conlleva a una serie de situaciones erróneas que afectan el desarrollo normal y positivo de esta etapa de la vida.

En el presente estudio se encontró que el 43% del total de la población está en desacuerdo con la aseveración de que la mayoría de las personas de edad viven en países desarrollados. Por el contrario, más del 50% de los mismos están en cierta medida de acuerdo con la aseveración. Lo cierto es lo contrario, ya que el mayor porcentaje (60%) de las personas de edad viven en los países en desarrollo. Ha sido un fenómeno que se está presentando con mayor rapidez en estos países.³²

El 60% de la población estudiada refirió estar de acuerdo con la aseveración de que todos los adultos mayores se asemejan, lo cual es una percepción errada. Se menciona que las personas de edad son un grupo muy diversificado. Envejecen en formas singulares que dependen de numerosos factores, incluyendo el género. Las diferencias del nivel educativo, ingresos, funciones sociales y expectativas en cualquier etapa de la vida aumentan la diversidad en el envejecimiento.³²

Sólo un 45% de esta población está en desacuerdo con la aseveración de que el hombre y la mujer envejecen de la misma manera. Estudios revelan que el hombre y la mujer envejecen de distinta manera. La mujer es más longeva que el hombre y parte de su ventaja en cuanto a la esperanza de vida es de índole biológica. Lejos de ser el sexo más débil, la mujer parece ser más resistente que el hombre a cualquier edad. La mujer puede tener una ventaja biológica también en la edad adulta, por lo menos hasta la menopausia, ya que sus hormonas la protegen de la cardiopatía isquémica. Si bien algunas diferencias entre hombre y mujeres obedecen a características biológicas, otras se deben a las funciones y responsabilidades determinadas a nivel social, es decir, a las divisiones y las funciones por género.³²

Un 43% del total refirió estar en desacuerdo con la aseveración de que las personas en edad son frágiles. Por lo tanto, el porcentaje restante que representa la mayor parte de las opiniones, está de acuerdo o parcialmente de acuerdo con esto. Lo contrario es cierto, ya que las personas de edad en su gran mayoría siguen estando en buenas condiciones físicas hasta bien entradas en la vejez. Además de poder realizar las tareas de la vida diaria, siguen desempeñando un papel activo en la vida comunitaria. El mantenimiento del máximo de capacidad funcional es tan importante para las personas de edad como el verse libre de enfermedades.³²

Más del 75% de la población estudiada refirió estar en desacuerdo con las aseveraciones de que las/los mayores no tienen nada para aportar y que por lo tanto constituyen una carga económica para la sociedad. Estas creencias que tienen cierta parte de la población parten de la noción de que sólo cuentan las ocupaciones remuneradas. Sin embargo, las personas de edad ocupadas en tareas no remuneradas, hacen aportes importantes. Diversos estudios muestran que la mayoría de las personas de edad en todo el mundo siguen trabajando tanto en ocupaciones remuneradas como no remuneradas, haciendo un aporte sustancial a la prosperidad económica de sus comunidades.³²

Cabe mencionar que en relación con las creencias mencionadas anteriormente con respecto al proceso de envejecimiento, no se observan diferencias en las respuestas dadas por hombres y mujeres.

Con respecto a los mitos y tabúes que se presentan en esta etapa en torno a la sexualidad, se evidencia claramente de que son producto de los patrones culturales en donde el hombre resalta su machismo y la mujer su baja autoestima.

De forma general, un poco más del 50% de hombres y mujeres están en desacuerdo con las creencias de que las personas de edad no tienen capacidad fisiológica que les permita tener conductas sexuales, que no tienen intereses sexuales, que los que se interesan por la sexualidad son perversos, que es mala para la salud y de que la procreación es el único fin.

A pesar de que los resultados obtenidos a nivel de la población total son satisfactorios en torno a estas creencias, cuando se analizan cada una de ellas por sexo se observa que existen diferencias importantes en las opiniones entre hombres y mujeres con relación a estos temas. De esta forma, los mayores porcentajes de desacuerdo corresponden al sexo femenino lo cual refleja que tiene un mejor nivel de conocimientos acerca de los temas o

simplemente tienen un mejor nivel educativo que las mujeres de su mismo grupo etáreo. Así por ejemplo, el 77% de los hombres y sólo el 43% de las mujeres refirieron estar en desacuerdo en que las personas que se interesan por la sexualidad son rabos verdes; el 81% de los hombres y sólo el 50% de las mujeres muestran su desacuerdo con la creencia de que la procreación es el único fin de la sexualidad y que por lo tanto no tiene ninguna razón en las personas mayores. Lo anterior puede estar condicionado por el factor cultural y social que se les asigna a las mujeres en su rol de maternidad, en donde desde edades tempranas se les inculca de que la única finalidad de la sexualidad es la de tener hijos.

Otro aspecto importante que llama la atención, es que el 57% de los hombres expresaron estar en desacuerdo con la creencia de que sólo los hombres mayores tienen intereses sexuales mientras que las mujeres no. Contrario a las respuestas obtenidas de los varones, el 57% de las mujeres opinaron que estaban de acuerdo con esta aseveración.

Por lo tanto, a través de estas creencias se refleja la influencia social – educativa de nuestra sociedad, confirmando el papel pasivo de las mujeres y la perpetuación de estas formas de comportamiento de generación en generación. También se manifiesta el papel activo y determinante del hombre en la toma de decisiones en todas las áreas incluyendo la sexual.

A pesar de que el estilo de vida puede cambiar al tener más edad, el interés por la sexualidad adquiere nuevos matices que dependen de diferentes patrones socioculturales. Se ha evidenciado que la pareja educada adecuadamente con relación a la sexualidad muestra menos dificultad al llegar a esta etapa de la vida.

Aún a costa de las creencias, las personas mayores necesitan también poder disfrutar de una vida sexual y de condiciones de vida que les permitan mejorar esa calidad de vida. De hecho los estudios llevados a cabo sobre la sexualidad de la tercera edad muestran una realidad distinta de la que los mitos y tabúes quieren reflejar, es cierto que en esta edad existe un declive en la frecuencia de las relaciones sexuales pero también es cierto que ello es muchas veces consecuencia del entorno social.

Otro aspecto importante de ser abordado en estos estudios, es el estado de salud de las/los adultos mayores. Se debe de estar claro que la salud de las/los ancianos depende de la calidad de los servicios de salud disponibles, del nivel de ingresos y de las condiciones de vida, así como el estado de salud en años anteriores, que es en sí mismo resultado de una amplia gama de factores económicos, sociales, políticos y culturales.

Debido a lo antes expuesto, es interesante abordar como punto de partida, los comportamientos relacionados con la salud, que en muchos casos constituyen factores de riesgo para los mismos.

Un factor de riesgo es aquel que en determinada circunstancia puede producir daños, enfermedad o muerte. Se han descrito una serie de factores comportamentales que son considerados de riesgo para la salud. El alcohol es inhibidor de los osteoblastos lo cual incide en la unidad de remodelación ósea. El fumar reduce el nivel máximo de la densidad ósea y afecta el sistema cardioplumonar. La cafeína aumenta la eliminación de calcio por la orina y dentro de los beneficios del ejercicio se encuentra el control de los lípidos, presión

arterial, enfermedades cardiovasculares y osteoporóticas; en síntesis disminuye la sintomatología del climaterio masculino y femenino así como el estrés. Por lo tanto, estos factores de riesgo inciden en enfermedades degenerativas crónicas que pueden ser prevenibles en edades tempranas.⁶

En el presente estudio los principales factores encontrados en la población total fueron el sedentarismo y el consumo de café. Luego se presentan diferencias genéricas basadas en el tipo de comportamiento estereotipado de cada uno de ellos. Así en el caso del sexo masculino se presenta el tabaquismo y el consumo de alcohol como parte de su estereotipo, mientras que en el sexo femenino se presenta la obesidad. Comparando con otros estudios, se observa una asociación del tabaquismo con la morbimortalidad de las enfermedades cardiovasculares, en donde se encontró que un 47.5% de hombres fumadores y el 38% tomadores estaban asociados a un 11.5% de hipertensión arterial. En mujeres el 30% eran fumadoras y el 13.4% tomadoras se relacionaban a un 22% de hipertensión arterial.²⁶

Además de lo mencionado anteriormente, se sabe que la obesidad cobra importancia en el sexo femenino. Esta situación constituye un problema de nutrición pudiendo afectar tanto a hombres como a mujeres, sin embargo, quienes se ven más afectadas según algunos estudios son las mujeres pues se menciona que en las mujeres de 55 a 65 años este fenómeno es más del doble de la observada en los hombres de la misma edad y al parecer su prevalencia va en aumento. La preocupación por la obesidad surge por su condición de factor de riesgo importante de varias enfermedades crónicas, en particular, la hipertensión, la diabetes, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.²⁶

La predisposición a estas enfermedades aumenta con la edad, de manera que la mujer de edad avanzada está expuesta a un mayor riesgo, en cualquier caso, y la obesidad sencillamente amplía la posibilidad de que se manifieste una de esas afecciones discapacitantes. La falta de ejercicios contribuye en gran manera a agudizar el problema de la obesidad ya que en nuestra cultura no es costumbre el realizar ejercicios.

Las tendencias de los factores de riesgos a largo plazo parecen señalar un aumento del consumo de tabaco y alcohol por las mujeres, como ya se ha observado en muchos países. El aporte del tabaquismo a las diferencias en las tasas de mortalidad por sexo está no solo en las distintas características del hábito de fumar, sino también en los diversos aspectos biológicos que tiene cada sexo.⁶

Con el envejecimiento de la población también cambian los tipos de enfermedades predominantes. Las afecciones isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares son las principales causas de defunción en personas de edad, seguidas por las neoplasias y las enfermedades respiratorias, principalmente la neumonía. Conforme aumenta la proporción de personas de edad avanzada, también lo hace el porcentaje de la población que padece enfermedades crónicas y discapacidad, generando una mayor necesidad de recursos sanitarios para estas personas.³³

Los resultados del presente estudio no difieren de lo expresado anteriormente. Se observa un predominio del perfil epidemiológico correspondiente a las enfermedades crónicas propias de esta etapa, con diferencias genéricas en cuanto a la prevalencia de cada una de

ellas. La hipertensión arterial y las cardiopatías son predominantes del sexo femenino, mientras que la diabetes tiene su manifestación predominante en el sexo masculino.

Aunque la longevidad de la mujer es señal de una sólida ventaja biológica, ésta se ve empañada con frecuencia por las desventajas sociales y culturales que afronta en su condición de género. Las tensiones acumuladas durante toda una vida de nutrición inadecuada, hijos numerosos, embarazos a intervalos cortos y una doble o triple carga de trabajo, a menudo ocasionan el envejecimiento prematuro de las mujeres, lo cual se manifiesta en la aparición temprana de varios problemas crónicos de salud física, como la hipertensión arterial, cardiopatías y diabetes, las cuales también forman parte de las cinco principales causas de muerte en la mujer mayor de 65 años (Cardiopatía, Diabetes, Apoplejía, Influenza y Neumonía).

Analizando en conjunto los factores de riesgo y las patologías encontradas en ambos sexos, se puede inferir que hay una gran influencia de estos factores sobre las características de la morbilidad de este grupo.

Otra situación importante de analizar en el estado de salud de esta población es la presencia de discapacidades y limitaciones físicas. En este estudio se encontró que sólo el 4% de la población estudiada presenta alguna discapacidad funcional crónica y un 16% de la misma presenta alguna limitación física siendo su principal causa el reumatismo/artritis, siendo predominante en el sexo femenino.

Estudios realizados en Canadá, Estados Unidos y el Reino Unido indican que en estos países quienes hoy tienen 65 años o más están menos discapacitados que los miembros de cohortes anteriores a esa misma edad. Este tipo de investigaciones demuestra que las discapacidades que a menudo se relacionan con el envejecimiento son susceptibles de modificarse y que alcanzar una edad avanzada no es por fuerza sinónimo de discapacidad y enfermedad.³³

Se concluye que una vida más larga no necesariamente significa más años de vida inactiva, menoscabada o discapacitada. A medida que ha ido aumentando la esperanza de vida, ha ocurrido lo propio con los años de vida saludable y activa. En los países desarrollados, esos aumentos han sido espectaculares, incluso en períodos breves. Las enfermedades crónicas, como la artritis, pueden aumentar su prevalencia con la edad, pero no necesariamente han de menoscabar las actividades normales o discapacitar. Diversos estudios mencionan que la prevención o la corrección precoz de los trastornos que contribuyen ulteriormente a la discapacidad mejorarán el estado de salud y el potencial y la satisfacción en la vida.⁶

Como se evidencia en los resultados anteriores, conforme aumenta la proporción de personas de edad avanzada, también lo hace el porcentaje de la población que padece enfermedades crónicas y discapacidad, generando una mayor necesidad de recursos sanitarios para estas personas, incrementándose los costos de atención por parte de los servicios de salud.³³

Al investigar sobre la demanda de atención médica por parte de esta población, se encontró que sólo el 77% de la población estudiada acude a los servicios de salud, no existiendo por lo tanto una cobertura universal de estos servicios.

Como es conocido, las personas de la tercera edad no cuentan con un programa de salud que les brinde una atención integral. Acuden a las unidades hasta que se presenta un problema de salud que les causa algún impedimento físico. Sólo existe un programa de dispensarizados destinado a la atención de este grupo, el cual es un programa puramente asistencial, careciendo del abordaje preventivo e integral que necesitan los problemas de salud en esta etapa de la vida. A la falta de programa para atender este grupo, se une la inaccesibilidad sobre todo de tipo económico que conllevan estos servicios de salud.

La calidad de atención en los servicios de salud está definida predominantemente como regular (57%). Generalmente no se les llenan sus expectativas de atención médica. Se mencionan entre las principales causas de inasistencia, la mala atención y desconfianza en los servicios de salud existentes.

Hay que estar totalmente claros de que las necesidades del cuidado de la salud de la tercera edad difieren importantemente de los servicios brindados a los jóvenes. Los cambios físicos, sociales y psicológicos que coinciden con el climaterio y el envejecimiento paulatino, están determinados por el entorno conyugal, familiar y sociocultural en que se desenvuelve el individuo y que a menudo se combinan con los efectos debilitantes de múltiples enfermedades agudas y crónicas.

Se debe de tomar en cuenta de que las mujeres acuden mucho más que los varones a los servicios de salud (85% vs 63%), por lo cual la visión de servicios integrales debe de llevar consigo un fuerte componente de género que permita ir eliminando ciertos mitos y tabúes que afectan sobre todo a las mujeres de esta etapa de la vida. Es evidente que las mujeres consultan con más frecuencia los servicios de salud debido a su perfil de vida ginecológica y a la mayor prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas encontradas en este sexo.

Otro dato importante de ser analizado en la asistencia sanitaria es el acceso que tiene esta población a la realización de diferentes exámenes los cuales utilizados de forma oportuna, permiten la detección temprana de algunas patologías características de esta etapa de la vida, sobre todo en un grupo de población que puede ser considerado de riesgo. Muestra de ello es que sólo el 51% de las mujeres estudiadas se habían realizado PAP durante el último año transcurrido. Sólo el 11% de los hombres se habían realizado un tacto rectal, el cual es un examen sencillo que permite la detección temprana de alteraciones relacionadas con la próstata.

El empeño que se ponga en mantener la salud en esta etapa de la vida dependerá del nivel económico y educativo, sumado a esto la existencia de servicios de salud que respondan a las necesidades de las y los ancianos que les permitan tener acceso a una atención integral.

X. *CONCLUSIONES*

1. Se observa un incremento de la población de adultos mayores con predominio del sexo femenino producto del aumento en la esperanza de vida lo que a su vez se traduce en más años de mala salud a edades avanzadas, menoscabo en la condición social de la mujer e incremento del grado de dependencia familiar.
2. El promedio de educación de las personas de edad es inferior al de los jóvenes, y esas diferencias son importantes porque los niveles de educación más elevados se relacionan con una mejor salud, así mismo, el lugar que ocupan dentro del núcleo familiar generalmente se relaciona con la actividad o el ingreso económico que realicen estas personas.
3. La participación de este grupo en la población económicamente activa es reducida, con predominio del sexo masculino. A su vez, la mayor proporción de hombres económicamente activos pertenece al sector formal, mientras que las mujeres que laboran en su mayoría lo hacen en el sector informal, lo cual explica el menor acceso que tienen a los beneficios de una seguridad social.
4. Cuentan con acceso a diversos servicios básicos, sin embargo el acceso a actividades recreativas, a la asistencia sanitaria y a la seguridad social, no son del todo satisfactorias.
5. Existen una serie de creencias y mitos que impiden que este grupo de población tengan y vivan una vida plena y libre de prejuicios durante la tercera edad. Predominan las percepciones negativas en torno al proceso de envejecimiento. Hay una falta de conocimientos certeros acerca de este proceso, lo que conlleva a una serie de situaciones erróneas que afectan el desarrollo normal y positivo de esta etapa de la vida.
6. Se encuentran una serie de factores comportamentales que pueden ser considerados de riesgo para la salud (sedentarismo, consumo de café). Hay un predominio del perfil epidemiológico correspondiente a las enfermedades crónicas, con diferencias genéricas en cuanto a la prevalencia de cada una de ellas.
7. Un mínimo porcentaje de la población presenta discapacidad funcional y limitación física, siendo la principal causa de limitación física el reumatismo/artritis, predominando en el sexo femenino.
8. No existe una cobertura universal de los servicios de salud para esta población. No se cuenta con un programa de salud que les brinde una atención integral. Sólo se cuenta con el programa de dispensarizados, el cual es puramente asistencial.

9. La calidad de atención de los servicios de salud existentes es calificada como regular, no existe una atención diferenciada para los mismos y el acceso a la realización de exámenes que permitan la detección temprana de algunas patologías propias de esta etapa es limitado.
10. De forma general, se observa que a medida que aumenta la proporción de personas de edad avanzada también se incrementan las enfermedades crónicas y la discapacidad, las cuales suponen sufrimiento y costo elevados, así como un desgaste persistente y progresivo. Ante la insuficiencia de la seguridad social y de los sistemas de salud, el mayor peso recae en la familia, lo cual se traduce en desventajas socioeconómicas que repercuten en la calidad de vida de las personas envejecidas y de su entorno familiar y social.

XI. RECOMENDACIONES

Partiendo de la justificación de este trabajo y en los diferentes resultados obtenidos, se proponen alternativas de acción con el fin de mejorar la calidad de vida de las/los adultos mayores:

1. Atender las necesidades de una población en proceso de envejecimiento, lo cual debe tener lugar en el contexto de las más amplias políticas sociales y bajo una perspectiva del ciclo de vida.
2. Formulación de políticas, programas y servicios los que deben concentrarse en tres ámbitos específicos con la finalidad de estas personas se mantengan durante mayor tiempo saludables, independientes y productivas:
 - a. Programas comunitarios integrales que proporcionen toda una gama de entornos para el envejecimiento sano, y programas concebidos para apoyar las actividades de cuidado familiar, la protección de la dignidad de las personas de edad y la prevención del internamiento innecesario en establecimientos asistenciales de las personas de edad.
 - b. Programas formulados para fortalecer la capacidad del nivel de atención primaria de salud con la finalidad de mejorar la calidad de la atención proporcionada a las personas de edad, contribuyendo así a evitar la utilización de las salas de urgencias de los hospitales públicos, que es más costosa.
 - c. Programas concebidos para ofrecer incentivos capaces de alentar la autonomía, las actividades socialmente productivas y los programas generadores de ingresos para las personas de edad.
3. Es importante empezar a reconocer la importancia del proceso de envejecimiento y la necesidad de contar con información adecuada y oportuna para orientar la adaptación del sistema de salud y la creación de programas de prevención.
4. Es necesario adaptar el sistema de salud y el modelo de atención médica a la creciente incidencia de las enfermedades crónicas y a sus necesidades particulares de prevención, considerando los tratamientos y el seguimiento a largo plazo.
5. Se debe conducir a inversiones equilibradas en toda la gama de servicios sociales básicos (de salud, educación, saneamiento y nutrición) a fin de mejorar la calidad de la vida y el potencial futuro para todos los segmentos de la población.
6. Promover la participación de las/los ancianos en instituciones locales de autoayuda, asistencia mutua y difusión hacia otros miembros de sus comunidades y, por ende, fortalecer la sociedad civil.

7. Alentar una evaluación de las tradiciones culturales, a fin de preservar las prácticas beneficiosas y eliminar las que son perjudiciales.
8. La educación y la capacitación son necesarias a todos los niveles para todos los grupos involucrados con el envejecimiento. Esto incluye: educación para los adultos mayores de manera que se incremente su capacidad para el autocuidado y para el cuidado solidario de otros adultos mayores, y para la autogestión y liderazgo educación en gerontología y geriatría para personal técnico y profesional relacionado con la salud así como con los servicios sociales; capacitación práctica para la familia y la red de apoyo social; y finalmente, educación al público en general para eliminar mitos y estereotipos.

Cabe mencionar que todas las acciones a desarrollarse deben ser intersectoriales, tomando en cuenta los determinantes biofísicos, sociales, psicológicos, económicos y ambientales de la salud y de las condiciones de vida de este grupo de población.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Acuña, Alonso; et. al . Enciclopedia del Sexo y de la Educación Sexual. Tomo 2. Capítulo: Sexo en la madurez y vejez. Editorial Genthoo. Bogotá, Colombia. 1996.
2. Crimmins, E. , Y. Saito y D. Ingegneri. "Changes in life expectancy and disability-free life expectancy in the United States", *Population and Development Review*, 15:235-267.1989.
3. Ferré Martí, José Ma; et. al. Enciclopedia de la Sexualidad. Tomo I. Capítulo 5: El Sexo en Acción. Editorial Océano. Barcelona, España.
4. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Síntesis de Informes Nacionales. Población y Desarrollo: Un compromiso universal. CIPD. Cairo, Egipto. 1994.
5. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Programa de Acción: Población y Desarrollo un Compromiso Universal. CIPD. Cairo, Egipto. 1994.
6. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la Población Mundial: Las Nuevas Generaciones. 1998.
7. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la Población Mundial: Nicaragua. Resumen Ejecutivo. Septiembre 1998.
8. Fries, J.F. "The compression of morbidity" *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 61: 397-419. 1983
9. Horiuchi, S. Y S.H. Preston. "Age-specific growth rates: he legacy of past population dynamics." *Demography*:25(3). 1988.
10. Kalache, A. y Y.Coombes. "Population aging and care of the elderly in Latin America and the Caribbean" *Reviews of Clinical Gerontology*, 5:347-355. 1995
11. Kinsella, K. *Aging in the Third World*. Washington D.C.: US Bureau of the Census. 1988.
12. Kinsella, K. "Dimensiones demográficas y de salud en América Latina y el Caribe." in Pérez, E.A. *La atención de los ADULTOS MAYORES: un desafío para los años noventa*. OPS. Publicación Científica No. 546. 1994
13. Lee, R. " A cross-cultural perspective on intergenerational transfers and the economic life cycle" in *Proceedings of the Seminar on Intergenerational Economic Relations and Demographic Change*, Honolulu, Hawaii, 12-14 September 1995.

14. Lee, R. Y S. Tuljapurkar. "Death and taxes: how longer life will affect social security." Unpublished manuscript. Demography Group, University of California at Berkeley. 1996.
15. López, Félix; Fuentes, Antonio. Para comprender la Sexualidad. Editorial Verbo Divino. Madrid, España. 1989.
16. Mc Cary James Leslie, et. al. Sexualidad Humana de Mc Cary. Capítulo 14: Sexualidad en la Vejez. 5ª edición. Manual Moderno. México D.F. 1996.
17. Manton, K. "Cross-sectional estimates of active life expectancy for the US elderly and oldest old populations". Journal of Gerontology 47. 1991.
18. Manton, K. Y E. Stallard. "Medical demography: interaction of disability dynamics and mortality" Washington D.C.: National Academy Press. 1994.
19. Martin, L.G. y K. Kinsella. "Research on the demography of aging in developing countries". Washington D.C.: National Academy Press. 1994.
20. Mesle, F., V.M. Shkolnikov, V. Hertrich y J. Vallin. Tendances Récentes de la Mortalite par Cause en Russie 1965-1994. Donnes Statistiques, Institut National D'Etudes Démographiques. 1996.
21. Naciones Unidas. El Envejecimiento de la Pohlación Mundial. Septiembre 1998.
22. Naciones Unidas. Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. 1999.
23. Nicaragua. Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos. Encuesta Demográfica y de Salud. 1998.
24. Nicola Pietro. Geriatria. Manual Moderno. México D.F. 1985.
25. Olshansky, S.J., B.A. Carnes y C.K. Cassel. "The aging of the human species". Scientific American: 50-57. 1993.
26. Organización Panamericana de la Salud. Risk factors of chronic non communicables diseases: Survey in Latin American urban groups. 1985 – 1986.
27. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento y Salud: Políticas para el envejecimiento saludable en América Latina. Parlamento Latinoamericano. 1996.
28. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Brasilia sobre el Envejecimiento. Brasilia. 1 – 3 julio 1996.
29. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Montevideo: Políticas de Protección Integral al Envejecimiento y la Vejez Saludable. Montevideo. 31 de julio al 2 de agosto de 1997.

30. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento en las Américas: Proyecciones para el Siglo XXI. Instituto Nacional de Envejecimiento. 1998.
31. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Volumen I. Edición 1998.
32. Organización Panamericana de la Salud. Sigamos activos para envejecer bien: El Envejecimiento, como superar mitos. Abril 1999.
33. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento y Salud: un cambio de paradigma. Revista Panamericana de Salud Pública. Vol.7, No.1. Enero 2000.
34. Palloni, Alberto; Peláez, Martha. Descripción del Estudio Multicéntrico: Salud, Bienestar y Envejecimiento en Siete Centros Urbanos de América Latina y el Caribe. Washington, D.C. 30 de enero de 1997.
35. Pan American Health Organization. A Profile of the Elderly in Argentina, Technical Paper No 26, Washington D.C. 1989.
36. Pan American Health Organization. A profile of the Elderly in Guyana, Technical Paper No 24, Washington D.C. 1989.
37. Pan American Health Organization. A profile of the Elderly in Chile, Technical Paper No 26, Washington D.C. 1990.
38. Pan American Health Organization. Health Conditions in the Americas, Vol. 1, Scientific Publication No 524, Washington D.C. 1990.
39. Preston, S.H., C. Himes y M. Eggers. "Demographic conditions responsible for population aging." Demography: 26(4). 1989.

ANEXOS

CUADRO No. 1
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LAS/LOS ADULTOS MAYORES. AREA
3.2 MANAGUA. CENTRO DE SALUD EDGARD LANG SACASA. ENERO - ABRIL 2000.
MANAGUA, NICARAGUA.

GRUPO ETAREO	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
50 - 59	57	38	98	41.3	155	40
60 - 69	53	35.3	79	33	132	34
70 - 79	32	21.3	39	16.3	71	18
80 y más	8	5.3	22	9.3	30	8
<i>Total</i>	<i>150</i>	<i>39</i>	<i>238</i>	<i>61</i>	<i>388</i>	<i>100</i>
ESTADO CIVIL						
Soltero/a	24	16	25	10	49	13
Casado/a	48	32	85	36	133	34
Divorciado(a)/Separado(a)	35	23.3	52	22	87	22
Viudo(a)	20	13.3	48	20	68	18
Acompañado/a	23	15.3	28	12	51	13
<i>Total</i>	<i>150</i>	<i>100</i>	<i>238</i>	<i>100</i>	<i>388</i>	<i>100</i>
ESCOLARIDAD						
Analfabeta	16	11	35	15	51	13
Primaria	70	47	135	57	205	53
Secundaria	59	39	68	28	127	33
Técnico	5	3	0	0	5	1
Universitario	0	0	0	0	0	0
<i>Total</i>	<i>150</i>	<i>100</i>	<i>238</i>	<i>100</i>	<i>388</i>	<i>100</i>
LUGAR QUE OCUPAN EN LA FAMILIA						
Jefe de Familia	75	50	58	24	133	34
Miembro Independiente	25	17	15	6	40	10
Miembro Dependiente	50	33	165	70	215	56
<i>Total</i>	<i>150</i>	<i>100</i>	<i>238</i>	<i>100</i>	<i>388</i>	<i>100</i>

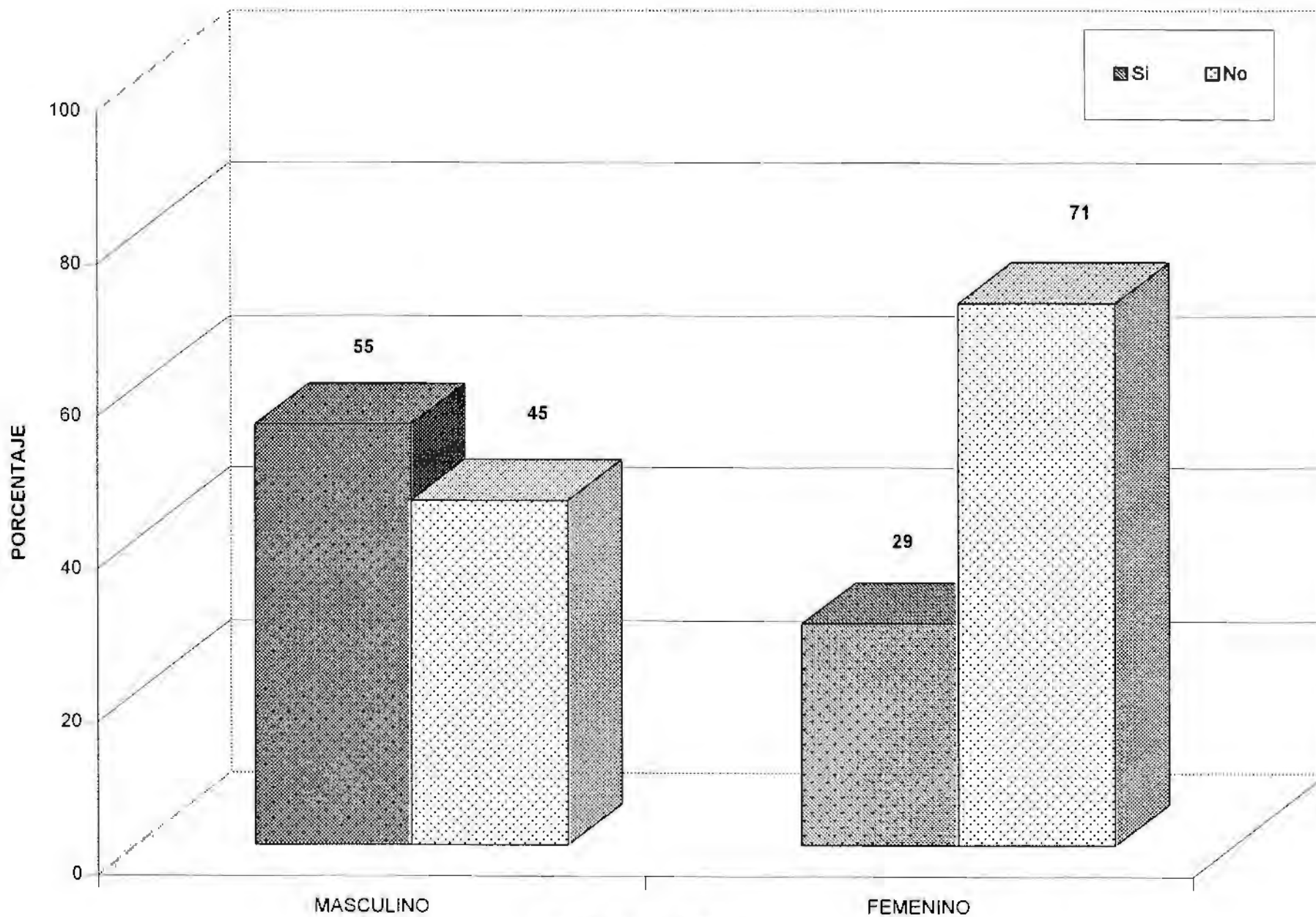
Fuente: Encuesta Situación de Salud de las/los adultos mayores.

CUADRO No. 2
CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS DE LAS/LOS ADULTOS MAYORES. AREA 3.2
MANAGUA. CENTRO DE SALUD EDGARD LANG SACASA. ENERO - ABRIL 2000.
MANAGUA, NICARAGUA

POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	82	55	70	29	152	39
No	68	45	168	71	236	61
<i>Total</i>	<i>150</i>	<i>100</i>	<i>238</i>	<i>100</i>	<i>388</i>	<i>100</i>
SECTOR DONDE LABORA						
Sector Formal	48	58	21	30	69	45
Sector Informal	34	42	49	70	83	55
<i>Total</i>	<i>82</i>	<i>100</i>	<i>70</i>	<i>100</i>	<i>152</i>	<i>100</i>
POBLACION ECONOMICAMENTE INACTIVA						
Dependencia económica de otros	30	44	138	82	168	71
Pensionado/Jubilado	36	53	20	12	56	24
Incapacidad Permanente	2	3	10	6	12	5
<i>Total</i>	<i>68</i>	<i>100</i>	<i>168</i>	<i>100</i>	<i>236</i>	<i>100</i>

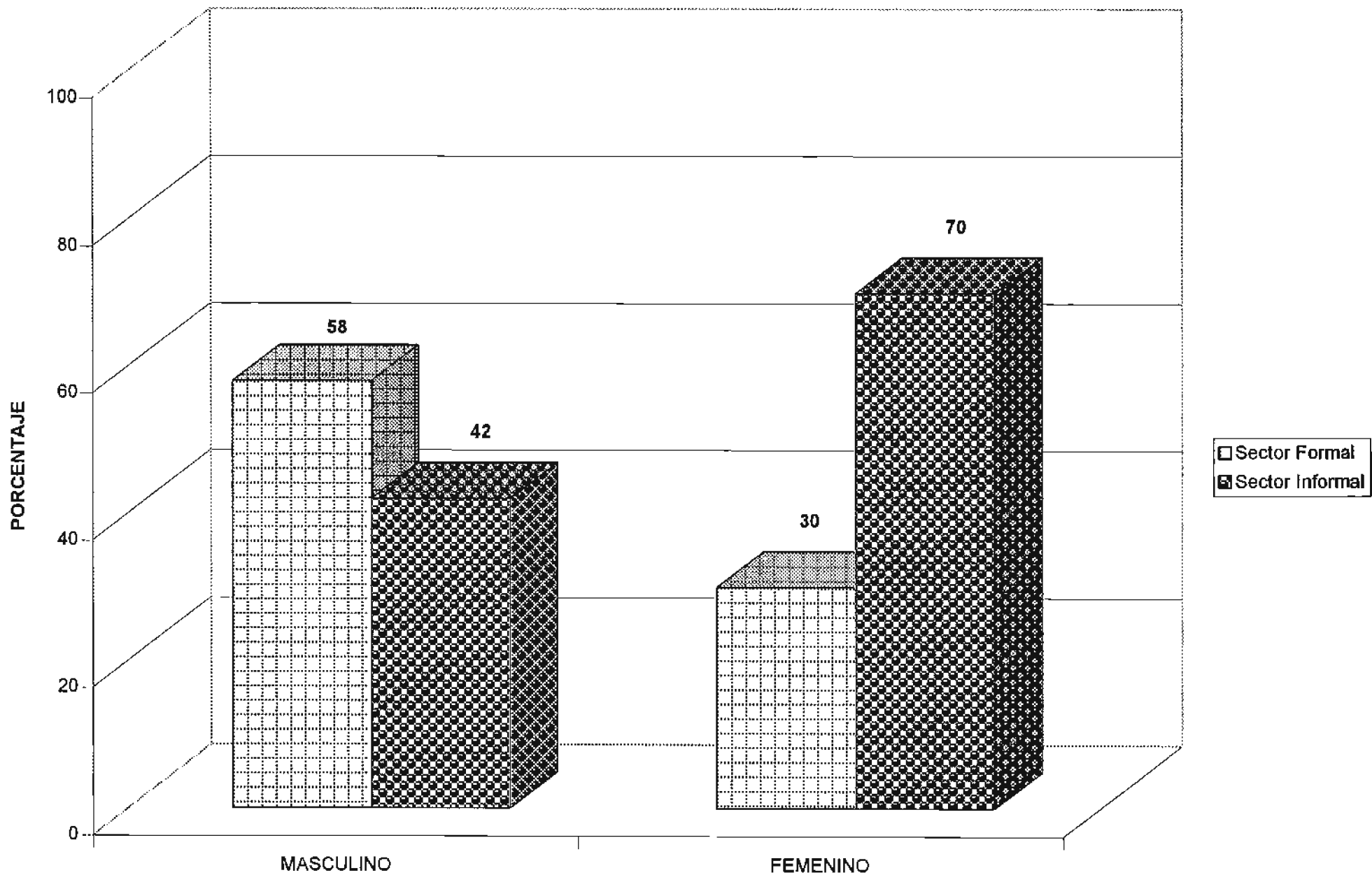
Fuente: Encuesta Situación de Salud de las/los adultos mayores.

ADULTOS MAYORES QUE PERTENECEN A LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA. AREA 3.2
MANAGUA. CENTRO DE SALUD EDGARD LANG SACASA. ENERO - ABRIL 2000. MANAGUA,
NICARAGUA.



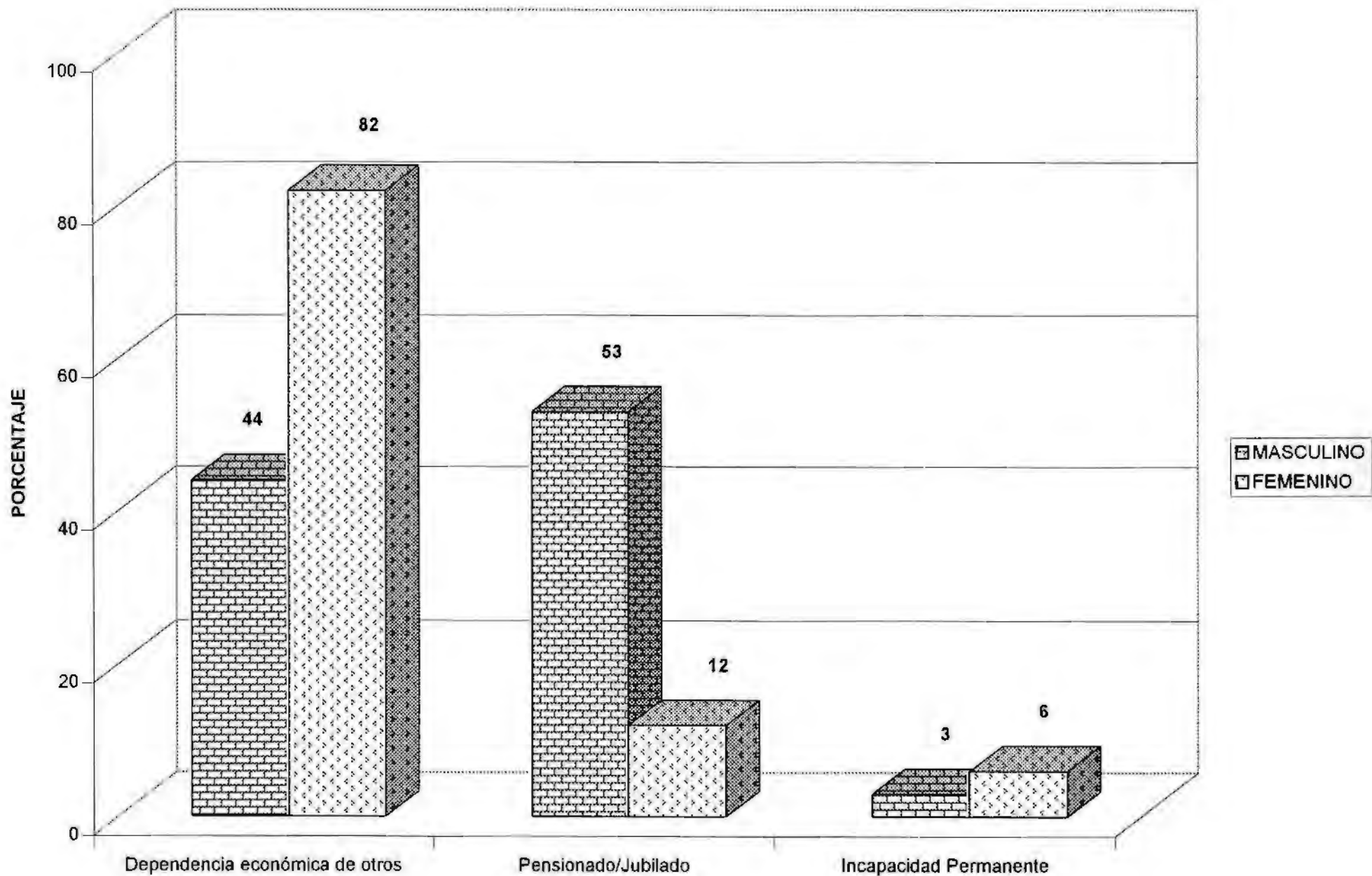
Fuente: Cuadro No. 2

**SECTOR LABORAL DE LA POBLACION DE ADULTOS MAYORES ECONOMICAMENTE ACTIVOS. AREA
3.2 MANAGUA. CENTRO DE SALUD EDGARD LANG SACASA. ENERO - ABRIL 2000. MANAGUA,
NICARAGUA.**



Fuente: Cuadro No. 2

**DISTRIBUCION DE LAS/LOS ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES A LA POBLACION
ECONOMICAMENTE INACTIVA. AREA 3.2 MANAGUA. CENTRO DE SALUD EDGARD LANG SACASA.
ENERO - ABRIL 2000. MANAGUA, NICARAGUA.**



Fuente: Cuadro No. 2

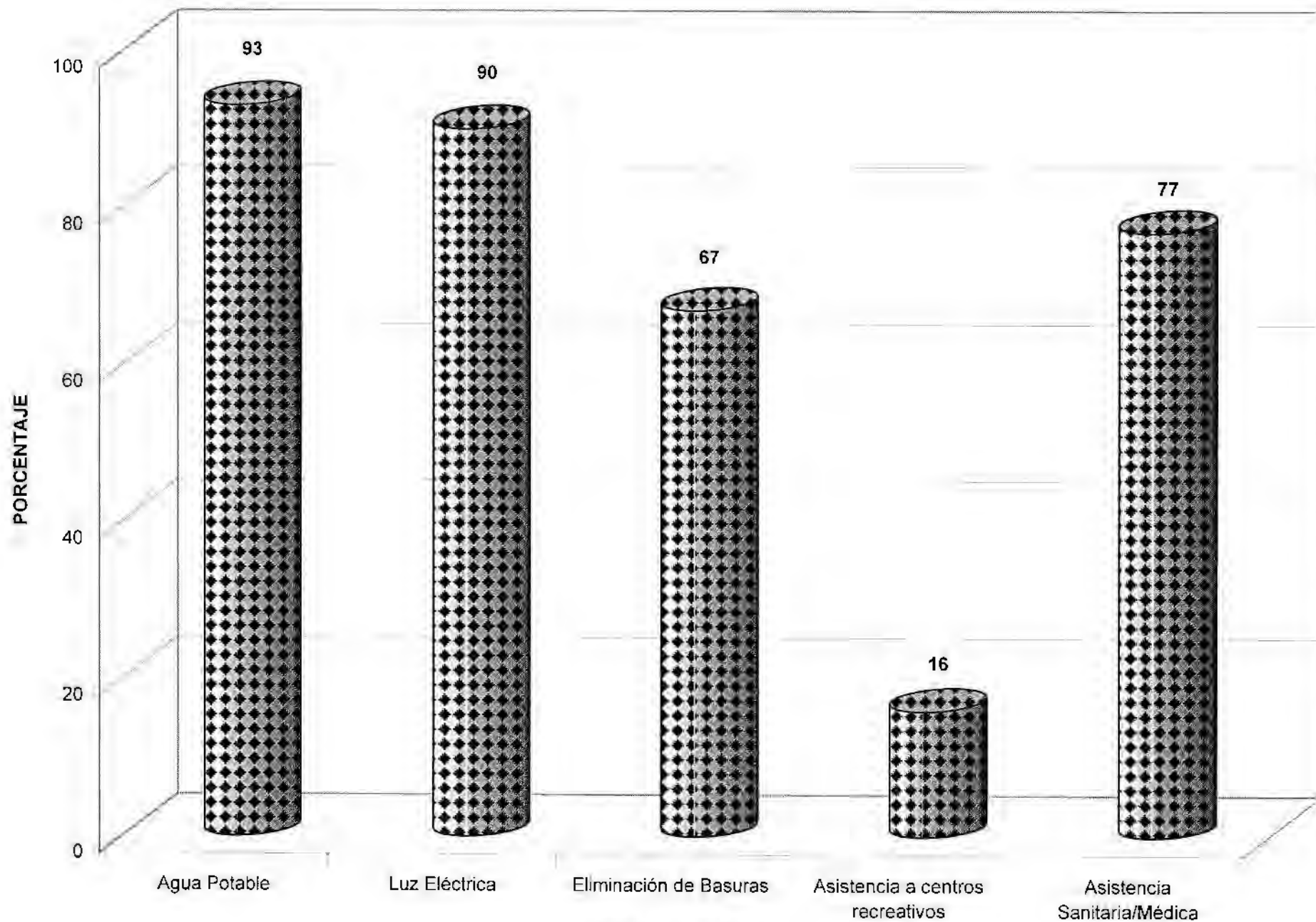
CUADRO No. 3
ACCESO DE LAS/LOS ADULTOS MAYORES A LOS SERVICIOS BASICOS. AREA 3.2
MANAGUA. CENTRO DE SALUD EDGARD LANG SACASA. ENERO - ABRIL 2000.
MANAGUA, NICARAGUA

ACCESO A SERVICIOS BASICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Agua Potable	362	93
Luz Eléctrica	350	90
Eliminación de Basuras	261	67
Asistencia a centros recreativos	62	16
Asistencia Sanitaria/Médica	297	77

Fuente: Encuesta Situación de Salud de las/los adultos mayores.

n = 388

ACCESO DE LAS/LOS ADULTOS MAYORES A LOS SERVICIOS BASICOS. AREA 3.2 MANAGUA.
CENTRO DE SALUD EDGARD LANG SACASA. ENERO - ABRIL 2000. MANAGUA, NICARAGUA.



Fuente: Cuadro No. 3

CUADRO No. 4
COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LAS/LOS ADULTOS MAYORES. AREA 3.2 MANAGUA.
CENTRO DE SALUD EDGARD LANG SACASA. ENERO - ABRIL 2000. MANAGUA,
NICARAGUA.

PAREJA SEXUAL	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
SI	93	62	128	54	221	57
NO	57	38	110	46	167	43
<i>Total</i>	<i>150</i>	<i>100</i>	<i>238</i>	<i>100</i>	<i>388</i>	<i>100</i>
VIDA SEXUAL ACTIVA						
SI	105	70	78	33	183	47
NO	45	30	160	67	205	53
<i>Total</i>	<i>150</i>	<i>100</i>	<i>238</i>	<i>100</i>	<i>388</i>	<i>100</i>

Fuente: Encuesta Situación de Salud de las/los adultos mayores.

CUADRO No. 5
PERCEPCIONES DE LAS/LOS ADULTOS SOBRE LA TERCERA EDAD. AREA 3.2
MANAGUA. CENTRO DE SALUD EDGARD LANG SACASA. ENERO - ABRIL 2000.
MANAGUA, NICARAGUA.

PERCEPCIONES SOBRE LA TERCERA EDAD	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Me siento feliz, realizado y tranquilo/a	19	13	32	13	51	13
Es algo normal	12	8	23	10	35	9
Estoy viejo / a	36	24	66	28	102	26
Me volví inservible	14	9	42	18	56	14
Ya viví lo que tenía que vivir	20	13	18	8	38	10
Es llegar a una etapa final	18	12	18	8	36	9
Es el fin de la vida sexual	9	6	29	12	38	10
Es volverse dependiente	22	15	10	4	32	8
<i>Total</i>	<i>150</i>	<i>100</i>	<i>238</i>	<i>100</i>	<i>388</i>	<i>100</i>

Fuente: Encuesta Situación de Salud de las/los adultos mayores.

CUADRO No. 6a
ACTITUD DE LAS/LOS ADULTOS MAYORES HACIA EL PROCESO DE
ENVEJECIMIENTO. AREA 3.2 MANAGUA. CENTRO DE SALUD EDGARD LANG
SACASA. ENERO - ABRIL 2000. MANAGUA, NICARAGUA.

ACTITUD HACIA EL ENVEJECIMIENTO	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
La mayoría de las personas de edad viven en países desarrollados						
De acuerdo	32	21	64	27	96	25
Parcialmente de acuerdo	54	36	72	30	126	32
Desacuerdo	64	43	102	43	166	43
<i>Total</i>	150	100	238	100	388	100
Todos los adultos mayores se asemejan						
De acuerdo	91	61	142	60	233	60
Parcialmente de acuerdo	23	15	59	25	82	21
Desacuerdo	36	24	37	15	73	19
<i>Total</i>	150	100	238	100	388	100
El hombre y la mujer envejecen de la misma manera						
De acuerdo	33	22	91	38	124	32
Parcialmente de acuerdo	38	25	53	22	91	23
Desacuerdo	79	53	94	40	173	45
<i>Total</i>	150	100	238	100	388	100

Fuente: Encuesta Situación de Salud de las/los adultos mayores.

CUADRO No. 6b
ACTITUD DE LAS/LOS ADULTOS MAYORES HACIA EL PROCESO DE
ENVEJECIMIENTO. AREA 3.2 MANAGUA. CENTRO DE SALUD EDGARD LANG
SACASA. ENERO - ABRIL 2000. MANAGUA, NICARAGUA.

ACTITUD HACIA EL ENVEJECIMIENTO	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Las personas de edad son frágiles						
De acuerdo	32	21	42	18	74	19
Parcialmente de acuerdo	57	38	89	37	146	38
Desacuerdo	61	41	107	45	168	43
<i>Total</i>	<i>150</i>	<i>100</i>	<i>238</i>	<i>100</i>	<i>388</i>	<i>100</i>
Los mayores no tienen nada para aportar						
De acuerdo	5	3.3	3	1.2	8	2
Parcialmente de acuerdo	20	13.3	34	14.3	54	14
Desacuerdo	125	83.3	201	84.5	326	84
<i>Total</i>	<i>150</i>	<i>100</i>	<i>238</i>	<i>100</i>	<i>388</i>	<i>100</i>
Las personas de edad son una carga económica para la sociedad						
De acuerdo	9	6	11	5	20	5
Parcialmente de acuerdo	37	25	29	12	66	17
Desacuerdo	104	69	198	83	302	78
<i>Total</i>	<i>150</i>	<i>100</i>	<i>238</i>	<i>100</i>	<i>388</i>	<i>100</i>

Fuente: Encuesta Situación de Salud de las/los adultos mayores.

CUADRO No. 7a
CREENCIAS DE LAS/LOS ADULTOS MAYORES ACERCA DE LA SEXUALIDAD. AREA
3.2 MANAGUA. CENTRO DE SALUD EDGARD LANG SACASA. ENERO - ABRIL 2000.
MANAGUA, NICARAGUA.

CREENCIAS SOBRE LA SEXUALIDAD	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Las personas de edad no tienen capacidad fisiológica que les permita tener conductas sexuales						
De acuerdo	50	33	118	50	168	43
Desacuerdo	100	67	120	50	220	57
<i>Total</i>	150	100	238	100	388	100
Las personas mayores no tienen intereses sexuales, es indecente y de mal gusto que los manifiesten						
De acuerdo	48	32	122	51	170	44
Desacuerdo	102	68	116	49	218	56
<i>Total</i>	150	100	238	100	388	100
Las personas mayores que se interesan por la sexualidad son perversos o rabos verdes						
De acuerdo	34	23	136	57	170	44
Desacuerdo	116	77	102	43	218	56
<i>Total</i>	150	100	238	100	388	100
Las desviaciones sexuales son más frecuentes en las personas mayores						
De acuerdo	19	13	82	34	101	26
Desacuerdo	131	87	156	66	287	74
<i>Total</i>	150	100	238	100	388	100

Fuente: Encuesta Situación de Salud de las/los adultos mayores.

CUADRO No. 7b
CREENCIAS DE LAS/LOS ADULTOS MAYORES ACERCA DE LA SEXUALIDAD. AREA
3.2 MANAGUA. CENTRO DE SALUD EDGARD LANG SACASA. ENERO - ABRIL 2000.
MANAGUA, NICARAGUA.

CREENCIAS SOBRE LA SEXUALIDAD	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
La actividad sexual es mala para la salud especialmente en la vejez						
De acuerdo	28	19	118	50	146	38
Desacuerdo	122	81	120	50	242	62
<i>Total</i>	150	100	238	100	388	100
La procreación es el único fin de la sexualidad y, por tanto, no tiene sentido que las personas mayores tengan actividad sexual						
De acuerdo	23	15	108	45	131	34
Desacuerdo	127	85	130	55	257	66
<i>Total</i>	150	100	238	100	388	100
Los hombres mayores sí tienen intereses sexuales, pero las mujeres mayores no						
De acuerdo	64	43	136	57	200	52
Desacuerdo	86	57	102	43	188	48
<i>Total</i>	150	100	238	100	388	100

Fuente: Encuesta Situación de Salud de las/los adultos mayores.

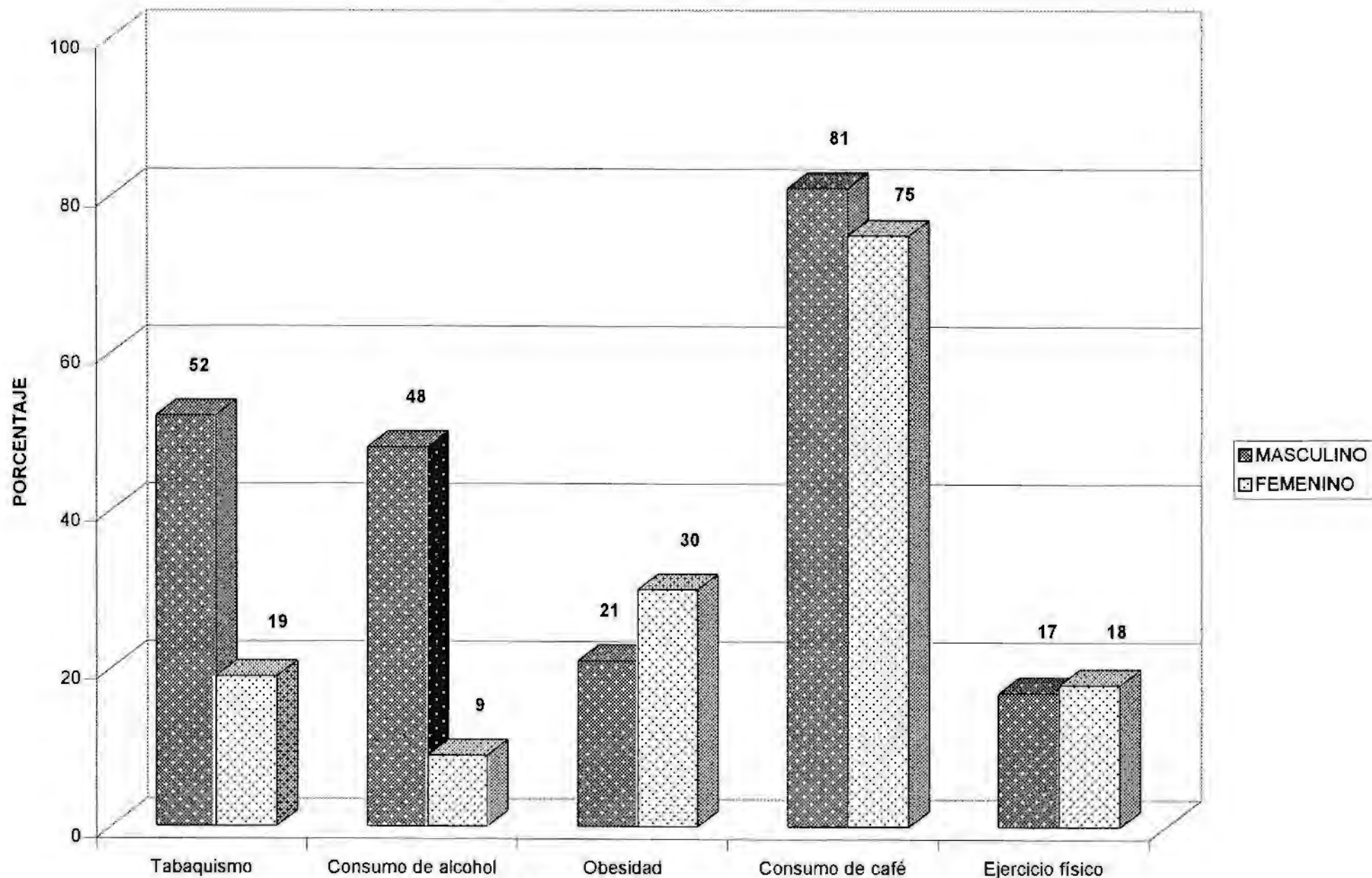
CUADRO No. 8
COMPORTAMIENTOS RELACIONADOS CON LA SALUD DE LAS/LOS ADULTOS
MAYORES. AREA 3.2 MANAGUA. CENTRO DE SALUD EDGARD LANG SACASA.
ENERO - ABRIL 2000. MANAGUA, NICARAGUA.

COMPORTAMIENTOS RELACIONADOS CON LA SALUD	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Tabaquismo	78	52	46	19	124	32
Consumo de alcohol	72	48	21	9	93	24
Obesidad	31	21	72	30	103	27
Consumo de café	121	81	178	75	299	77
Ejercicio físico	26	17	43	18	69	18

Fuente: Encuesta Situación de Salud de las/los adultos mayores

Masculino n= 150
Femenino n= 238
Total n= 388

COMPORTAMIENTOS RELACIONADOS CON LA SALUD DE LAS/LOS ADULTOS MAYORES. AREA 3.2
MANAGUA. CENTRO DE SALUD EDGARD LANG SACASA. ENERO - ABRIL 2000. MANAGUA,
NICARAGUA.



Fuente: Cuadro No. 8

CUADRO No. 9
ESTADO DE SALUD DE LAS/LOS ADULTOS MAYORES. AREA 3.2 MANAGUA. CENTRO
DE SALUD EDGARD LANG SACASA. ENERO - ABRIL 2000. MANAGUA, NICARAGUA

EXPERIENCIA DE PADECIMIENTOS ACTUALES	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión Arterial	34	23	68	29	102	26
Diabetes Mellitus	23	15	17	7	40	10
Cardiopatías	22	15	39	16	61	16
Enfermedad Cerebrovascular	0	0	0	0	0	0
Demencia	0	0	0	0	0	0
Cáncer de mama			3	1	3	1
Cáncer de útero			3	1	3	1
Cáncer de próstata	3	2			3	1
	n = 150		n = 238			
PRESENCIA DE DISCAPACIDAD FUNCIONAL CRONICA						
SI	6	4	8	3	14	4
NO	144	96	230	97	374	96
<i>Total</i>	150	100	238	100	388	100
LIMITACIONES FISICAS						
Cataratas	1	1	2	1	3	1
Aumento tamaño de la próstata	5	3			5	1
Trastornos del oído	10	7	12	5	22	6
Osteoporosis			18	8	18	5
Reumatismo / Artritis	21	14	43	18	64	16
Fracturas	11	7	23	10	34	9
	n = 150		n = 238			

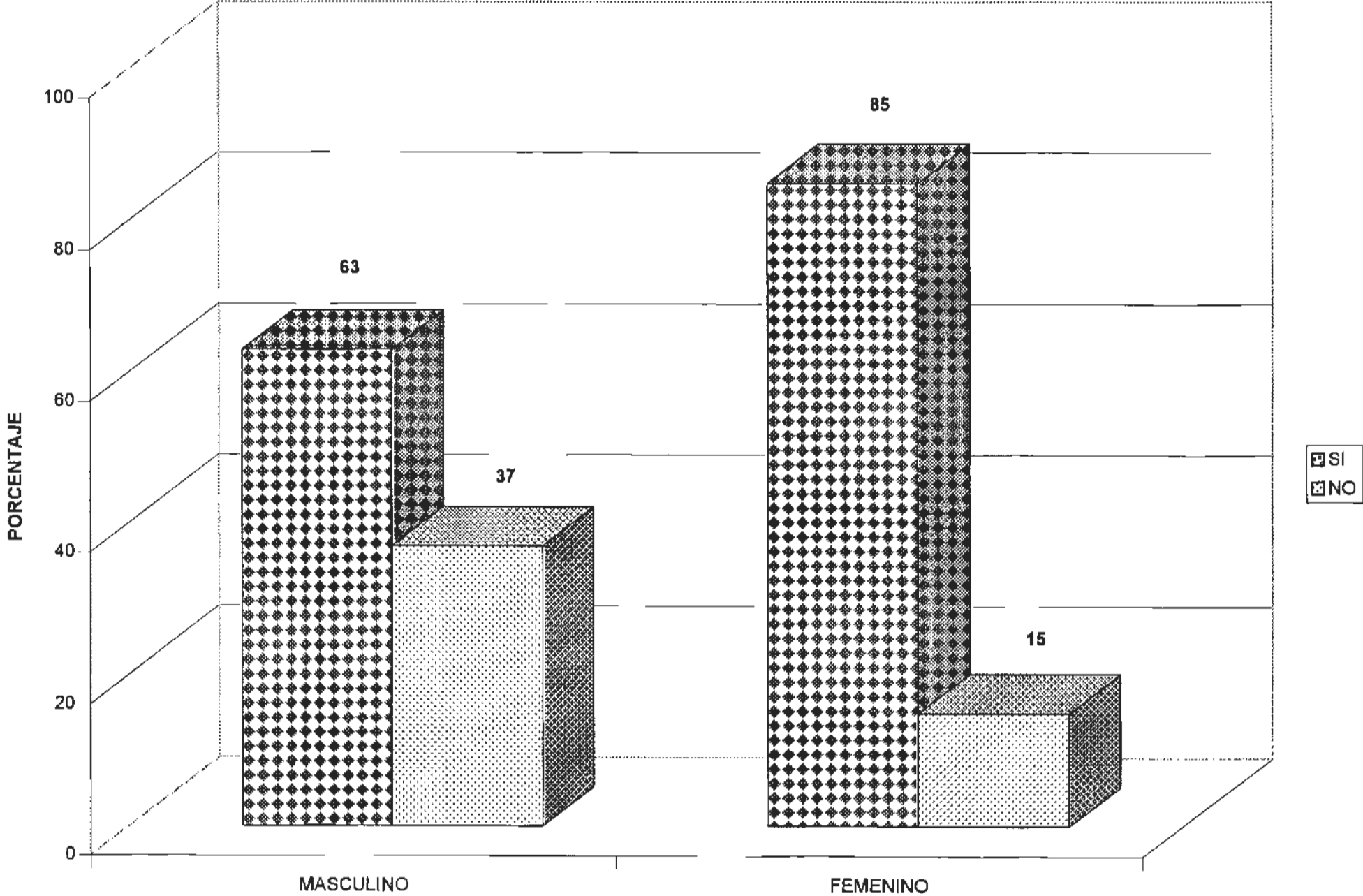
Fuente: Encuesta Situación de Salud de las/los adultos mayores.

CUADRO No. 10
UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR LAS/LOS ADULTOS MAYORES.
AREA 3.2 MANAGUA. CENTRO DE SALUD EDGARD LANG SACASA. ENERO - ABRIL
2000. MANAGUA, NICARAGUA.

UTILIZACION DE SERVICIOS DE SALUD	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
SI	95	63	202	85	297	77
NO	55	37	36	15	91	23
<i>Total</i>	<i>150</i>	<i>100</i>	<i>238</i>	<i>100</i>	<i>388</i>	<i>100</i>

Fuente: Encuesta Situación de Salud de las/los adultos mayores.

UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR LAS/LOS ADULTOS MAYORES. AREA3.2 MANAGUA.
CENTRO DE SALUD EDGARD LANG SACASA. ENERO - ABRIL 2000. MANAGUA, NICARAGUA.



Fuente: Cuadro No. 10

CUADRO No. 11
CARACTERISTICAS DE LA UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR LAS/LOS
ADULTOS MAYORES. AREA 3.2 MANAGUA. CENTRO DE SALUD EDGARD LANG
SACASA. ENERO - ABRIL 2000. MANAGUA, NICARAGUA.

LUGAR EN DONDE RECIBEN ASISTENCIA MEDICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Puesto de Salud / Centro de Salud	150	39
Hospital	50	13
Clínica Privada	41	11
Seguro Social	56	14
Otro lugar	30	8
Ningún lugar	61	16
<i>Total</i>	388	100
RAZONES POR LAS QUE NO ASISTEN A LOS SERVICIOS DE SALUD		
Transporte	2	2
Económicas	11	12
Horario de atención	16	18
Mala atención	37	41
Desconfianza	20	22
Otras	5	5
<i>Total</i>	91	100
CALIFICACION DE LA ATENCION RECIBIDA		
Excelente	0	0
Buena	122	41
Regular	168	57
Mala	7	2
<i>Total</i>	297	100
EXISTENCIA DE UNA ATENCION DIFERENCIADA		
SI	30	10
NO	267	90
<i>Total</i>	297	100

Fuente: Encuesta Situación de Salud de las/los adultos mayores.

CUADRO No. 12
EXAMENES MEDICOS Y DE LABORATORIO REALIZADOS POR LAS/LOS ADULTOS
MAYORES. AREA 3.2 MANAGUA. CENTRO DE SALUD EDGARD LANG SACASA.
ENERO - ABRIL 2000. MANAGUA, NICARAGUA.

EXAMENES REALIZADOS EN LA POBLACION FEMENINA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Autoexamen de mamas	27	11
Examen médico de mamas	39	16
PAP	121	51
Examen ginecológico	92	39
Lípidos / Glicemia	60	25
EXAMENES REALIZADOS EN LA POBLACION MASCULINA		
Tacto rectal	17	11
US prostático	8	5
Lípidos / Glicemia	52	35

Fuente: Encuesta Situación de Salud de las/los adultos mayores.

Femenino = 238

Masculino = 150

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA**

SITUACION DE SALUD DE LAS/LOS ADULTOS MAYORES

I.	Condiciones económicas y de vida	sociales,	Sector donde labora:
			Sector formal /_/_/
			Sector informal /_/_/
Edad:	50 – 59	/_/_/	
	60 – 69	/_/_/	Acceso a servicios básicos:
	70 – 79	/_/_/	Agua potable /_/_/
	80 y más	/_/_/	Luz eléctrica /_/_/
			Eliminación basuras /_/_/
Sexo:	Masculino	/_/_/	Asistencia a centro recreativo/_/_/
	Femenino	/_/_/	Asistencia sanitaria/médica /_/_/
Estado Civil:	Soltero(a)	/_/_/	
	Casado(a)	/_/_/	II. Características conductuales y culturales
	Divorciado(a)/Sep.	/_/_/	
	Viudo (a)	/_/_/	Tiene pareja actualmente?
	Acompañado (a)	/_/_/	Si /_/_/
Escolaridad:	Analfabeta	/_/_/	No /_/_/
	Primaria	/_/_/	
	Secundaria	/_/_/	Tiene vida sexual activa?
	Técnico	/_/_/	Si /_/_/
	Universitario	/_/_/	No /_/_/
Lugar que ocupa dentro de la familia:	Jefe de Familia	/_/_/	Qué significa para usted, llegar a esta etapa de la vida (Tercera Edad)?
	Miembro independ	/_/_/	
	Miembro depend	/_/_/	
Participación en la fuerza laboral:	Trabaja actualmente:		Actitud hacia el envejecimiento:
	Si	/_/_/	
	No	/_/_/	La mayoría de las personas de edad viven en países desarrollados.
Si no participa en fuerza laboral, es jubilado o pensionado?	Si	/_/_/	De acuerdo /_/_/
	No	/_/_/	Parcialmente de acuerdo /_/_/
			En desacuerdo /_/_/

Todos los adultos mayores se asemejan.
 De acuerdo / /
 Parcialmente de acuerdo / /
 En desacuerdo / /

El hombre y la mujer envejecen de la misma manera.
 De acuerdo / /
 Parcialmente de acuerdo / /
 En desacuerdo / /

Las personas de edad son frágiles.
 De acuerdo / /
 Parcialmente de acuerdo / /
 En desacuerdo / /

Los mayores no tienen nada para aportar.
 De acuerdo / /
 Parcialmente de acuerdo / /
 En desacuerdo / /

Las personas de edad son una carga económica para la sociedad.
 De acuerdo / /
 Parcialmente de acuerdo / /
 En desacuerdo / /

Creencias sobre la sexualidad:

Las personas de edad no tienen capacidad fisiológica que les permita tener conductas sexuales.
 De acuerdo / /
 En desacuerdo / /

Las personas mayores no tienen intereses sexuales, es indecente y de mal gusto que los manifiesten.
 De acuerdo / /
 En desacuerdo / /

Las personas mayores que se interesan por la sexualidad son perversos o rabos verdes.
 De acuerdo / /
 En desacuerdo / /

Las desviaciones sexuales son más frecuentes en las personas mayores.
 De acuerdo / /
 En desacuerdo / /

La actividad sexual es mala para la salud especialmente en la vejez.
 De acuerdo / /
 En desacuerdo / /

La procreación es el único fin de la sexualidad y, por tanto, no tiene sentido que las personas mayores tengan actividad sexual.
 De acuerdo / /
 En desacuerdo / /

Los hombres mayores sí tienen intereses sexuales, pero las mujeres mayores no.
 De acuerdo / /
 En desacuerdo / /

III. Estado de Salud y características de la salud.

Comportamientos relacionados con la salud:

	Si	No
Tabaquismo	/ <input type="checkbox"/> /	/ <input type="checkbox"/> /
Consumo de alcohol	/ <input type="checkbox"/> /	/ <input type="checkbox"/> /
Obesidad	/ <input type="checkbox"/> /	/ <input type="checkbox"/> /
Café	/ <input type="checkbox"/> /	/ <input type="checkbox"/> /
Ejercicio físico	/ <input type="checkbox"/> /	/ <input type="checkbox"/> /

Experiencia de padecimientos actuales:

Hipertensión arterial	/ <input type="checkbox"/> /
Diabetes mellitus	/ <input type="checkbox"/> /
Cardiopatías	/ <input type="checkbox"/> /
Enfermedades cerebrovasculares	/ <input type="checkbox"/> /
Demencia/Enfermedades mentales	/ <input type="checkbox"/> /
Cáncer de mama	/ <input type="checkbox"/> /
Cáncer de útero	/ <input type="checkbox"/> /
Cáncer de próstata	/ <input type="checkbox"/> /

Presencia de discapacidad funcional crónica que depende de la ausencia de actividades de la vida diaria:

Si //
No //

Limitaciones físicas:

Cataratas //
Aumento del tamaño de la próstata //
Trastornos del oído //
Osteoporosis //
Reumatismo y artritis //
Fracturas recientes //

IV. Asistencia Sanitaria.

Utiliza los servicios de salud:

Si //
No //
En ocasiones //

A dónde acude cuando se enferma?

Puesto de Salud/Centro de Salud //
Hospital //
Clínica Privada //
Seguro Social //
Otro //
Ningún lugar //

Razones por las que no asiste a los servicios de salud:

Transporte //
Económicas //
Horario de atención / Tiempo //
Mala atención //
No le gusta / no confía //
Otra //

Si utiliza los servicios de salud, como califica la atención médica que ha recibido?

Excelente //
Buena //
Regular //
Deficiente //

Existe una atención diferenciada para las personas mayores?

Si //
No //

Se ha realizado alguno de los siguientes exámenes? (en dependencia de si es hombre o mujer)

Autoexamen de mama //
Examen de mamas por médico //
PAP //
Examen ginecológico //
Tacto rectal (próstata) //
Ultrasonido prostático //
Perfil lipídico/Glicemia //