

SABE COLOMBIA2015: ESTUDIO NACIONAL DE SALUD, BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO.

RESUMEN EJECUTIVO

Introducción:

El estudio SABE Colombia tiene como objetivo conocer la situación actual, en el ámbito rural y urbano, de la población de personas adultas mayores en Colombia, a través de la exploración y evaluación interdisciplinaria y a profundidad de la vejez y el envejecimiento, en el marco de los Determinantes del Envejecimiento Activo y desde el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud.

SABE Colombia hace parte del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud, del Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de dirigir, reunir y consolidar todos los estudios relacionados con la salud en Colombia y disponer de información relevante, suficiente, oportuna, confiable y de calidad para la toma de decisiones en salud pública.

Así mismo, este estudio responde a lo definido por Colciencias en el Plan Estratégico de Investigación para Colombia 2010-2020.

Metodología:

SABE Colombia es un estudio poblacional descriptivo en salud, sobre el envejecimiento y bienestar de la población de hombres y mujeres mayores de 60 años en el país.

Este estudio tiene tres componentes:

- **Encuesta Poblacional:** con muestreo probabilístico, por conglomerados, polietápico que entrevistó a 23.694 personas en hogares de zonas urbanas y rurales de Colombia.

Midió los determinantes del envejecimiento activo (socioeconómicos, entorno social, entorno físico, factores personales, factores conductuales, condiciones de salud y uso y acceso a servicios de salud)

Se incluyeron mediciones antropométricas:

- Toma de tensión arterial (5.106 personas adultas mayores).
- Evaluación objetiva de función física (4.831 personas adultas mayores).
- Medición de parámetros hematológicos y bioquímicos (4.092 personas adultas mayores).

- **Estudio Cualitativo:** sobre la calidad de vida, con una perspectiva cultural y de género, para comprender sus diferentes dimensiones y significados desde la perspectiva de la persona adulta mayor.
- **Encuesta a Cuidadores Familiares:** Encuesta en una muestra intencional entre cuidadores familiares (1.141 cuidadores). Evaluó las características del cuidado, la carga percibida, la valoración de la salud del cuidador y el entrenamiento formal o informal para el cuidado de la persona adulta mayor.

Resultados

1. Encuesta Poblacional

Determinantes socioeconómicos:

Edad:

- La mediana de la edad fue 69 años (rango: 60 - 108 años).
- Con más de la mitad de la población adulta mayor en el grupo de 60-69 años (57,2%), (30,2%) en el grupo de 70-79 años y (12,6%) de los de 80 y más.

Distribución Urbana - Rural

- De cada 10 personas adultas mayores 8 viven en la zona urbana (78,1%).

Etnia:

Por identificación étnica, la población se clasificó como blanca (30,2%) o mestiza (46,2%) principalmente, seguida por negra 6% e indígena 5%.

Educación:

En promedio la población adulta mayor alcanzó 5,5 años de escolaridad y menos de 1% se encontraba estudiando.

- Los bajos niveles educativos aumentan con la edad y son mayores en la zona Atlántica.

Ocupación:

- Las personas adultas mayores reportaron haber trabajado un promedio de 36,6 años.

Razones de trabajo actualmente:

- 60% lo hacen porque tienen necesidad del dinero.
- 13% para ayudar a su familia.
- 9.3% para mantenerse ocupado
- 7.5% para sentirse útil.
- 58% de los que trabajan lo hacen en ocupaciones informales de baja calificación.
- En todos los grupos etarios cerca del 30% no recibió dinero, y de los que reciben, alrededor de la mitad recibieron menos de un salario mínimo legal vigente de Colombia.

Los ingresos provienen

- 30,9% de actividades laborales.
- 29.1% del sistema pensional.

- 29.2% de aportes de familiares que viven en Colombia.
- A su vez, una quinta parte reportó recibir subsidios estatales.
- 11.9% recibió ingresos de rentas e inversiones
- 3.9% reportó recibir giros de familiares del exterior o de alguna otra institución o persona.

Afiliación a Salud

- 48,9% están afiliadas al régimen contributivo.
- 46,8% al régimen subsidiado.
- 0,4% al régimen de excepción.
- 1,6% al régimen especial.
- 2,2% no pertenecen a ningún régimen.

Pensiones

- 11.9% de la zona rural.
- 33.9% de la zona urbana.

Determinantes entorno social:

Percepción respecto de la infraestructura física de su vecindario fue negativa, especialmente en el área rural.

- 26,7% refirió que en su vecindario hay muchas aceras y andenes irregulares.
- 24,3% no tienen transporte público cerca de la vivienda.
- 43,5% consideró que no hay parques o áreas para caminar
- 48,3% dijo que no hay centros deportivos o de recreación.
- 67,8% menciona que no hay sitios para sentarse o descansar en las paradas del bus o en parques.
- 79,0%, menciona que para las personas con discapacidad no hay transporte público.
- 86,2%, menciona no tener parqueaderos adecuados.

Los asuntos sociales del vecindario que fueron considerados por las personas adultas mayores como un problema mayor:

- 29,2% son el expendio y uso de drogas
- 26,9% son la delincuencia
- 24,8% la presencia de pandillas o vandalismo
- 24,3% el abuso de alcohol en las calles
- 23,9% la presencia de basuras
- 21,6% el ruido excesivo

El reporte de este tipo de problemas es menor en los estratos socioeconómicos 5 y 6 y mayor en la zona rural:

- En términos generales, las personas adultas mayores reciben soporte de los hijos, de otras personas con quienes viven, y de familias y amigos que no conviven con ellos.
- 85%, se encontró que refiere recibir compañía y afecto -soporte emocional por los hijos.
- la mitad recibe comida, ropa, transporte y dinero en efectivo -soporte material.
- Dos terceras partes reciben apoyo en las actividades diarias –soporte instrumental.

- Un poco menos del 30% reportó no recibir ningún tipo de apoyo.
- 55,0% reportó que participa en actividades grupales, principalmente en grupos religiosos.
- 4% participó En el programa de alimentación para el adulto mayor el
- 18% fue usuario del programa “Colombia Mayor”.
- 68% en zona urbana y el 57% en zona rural usa teléfono celular
- El 18,0% de la población reportó haber estado expuesta a situaciones de violencia durante los primeros 15 años de vida.
- Dos terceras partes de las personas adultas mayores encuestadas no se consideraron “viejas”, a medida que los ingresos económicos y la escolaridad son mayores aumentó esta autopercepción.
- Dos terceras partes de las personas adultas mayores encuestadas consideraron que no ocupan el lugar en la sociedad que les corresponde.
- Cerca de la mitad tenían una visión negativa del envejecimiento que lo relacionaban con fragilidad, dependencia o discriminación.
- El 12,9% de las personas adultas mayores reportó haber sufrido maltrato, más frecuente en mujeres, a mayor edad, en estratos socioeconómicos bajos y en la zona rural.
- El 15,4% reportó haber sido desplazado alguna vez por violencia o conflicto armado.

Determinantes relacionados con el entorno físico:

- 63% viven en casa propia.
- 18% viven de arriendo
- 12% vivienda de propiedad familiar.
- El 88% de los adultos mayores colombianos vive sin hacinamiento.
- 11% viven en Hacinamiento.
- Mientras el 95,0% de las viviendas de la zona urbana dispone de servicio de alcantarillado, solamente el 24,8% de la zona rural lo poseen, solo el 14% del área rural tiene todos los servicios públicos.
- El 52% usa como principal medio de transporte el transporte público masivo, el 69% 69,5% lo usan sin ayuda de terceros, 15,1% requieren ayuda y 15,4% no lo usan.

Determinantes de factores personales:

- Entre el 75% y 85% las personas como mayor nivel educativo y mayores ingresos económicos disminuye la religiosidad.
- El 50% de las personas adultas mayores refiere que la sexualidad es importante en su vida. las personas adultas mayores con mejor situación socioeconómica y mayor nivel educativo refieren mayor importancia de la sexualidad.
- La mitad de los encuestados tiene un espacio de vida total reducido, es decir, no salen fuera de la ciudad y la frecuencia de salidas está disminuida; este espacio se restringe con el aumento de la edad, en las mujeres, en el área rural y en estratos socioeconómicos bajos.
- En cuanto a funcionalidad, el 79% de la población es independiente en sus AVD básicas, se deteriora con la edad y hay mayor dependencia en las mujeres y en estratos socioeconómicos bajos. El 62% de la población son independientes en sus AVD instrumentales-hacen la actividad sin ayuda de nadie y sin dificultad- se deteriora con la edad, en las mujeres y en estratos socioeconómicos bajos.

Determinantes conductuales:

- El 12%, consumió el consumo de tabaco fue más frecuente en hombres,
- El 14% consumió alcohol el último mes, más frecuente en hombres y en zonas urbanas; a mayores ingresos y nivel educativo se aumenta el consumo.
- La inactividad física aumentaba con la edad; mayor proporción entre las personas de 80 años y más (45,2%-67,0%), se observó una tendencia al aumento de la inactividad en los estratos más bajos y con menor escolaridad.
- 2.2%, presenta malnutrición, cerca de la mitad están en riesgo de malnutrición, en el estrato socioeconómico 1 y zona rural es el doble del resto de la población del estrato socioeconómico 5-6. Afiliados al régimen subsidiado y en los niveles educativos bajos (4% en analfabetos). La malnutrición desaparece cuando se reciben más de dos salarios mínimos.
- Respecto de la salud bucal se encontró que alrededor de dos tercera partes de los personas adulta mayores considera requerir prótesis dental, independiente de si se tiene o no. es el doble en los estratos socioeconómicos bajos comparado con los altos y es mayor en las mujeres y más frecuente en el área rural.
- El 35% de los grupos de edad menores tienen prótesis de más de 10 años de evolución, que indica que son edentulos desde temprana edad.

Determinantes de condiciones de salud:

- El 60,7% prevalencia total de hipertensión arterial en la población adulta mayor mayor en mujeres, en áreas urbanas y en estratos socioeconómicos bajos.
- 88.5% de ellos conocían su enfermedad.
- 45,5% tiene presión arterial controlada.
- 25,8% presento artritis-artrosis (segunda condición crónica más frecuentemente encontrada en este estudio), mayor en mujeres, en zonas urbanas y en estratos altos socioeconómicos altos.
- 18,5%, prevalencia de diabetes mellitus, mayor en mujeres, de estratos 4 y 5, de zonas urbanas. aumentó con la edad hasta los 75 años para luego descender en los grupos mayores.
- 14,5%, prevalencia total de enfermedad isquémica cardíaca, la prevalencia aumentó con la edad y en las zonas urbanas.
- 11,8%, prevalencia total de osteoporosis, mayor en mujeres y aumentó en la medida que se incrementó la edad. mayor en los estratos 3 y 4 de áreas urbanas.
- 11,4%, prevalencia de Enfermedad Pulmonar Crónica, mayor en estratos socioeconómicos 2 a 4, procedentes de área urbana.
- 5,3% prevalencia total de cáncer: En hombres el cáncer reportado con mayor frecuencia: próstata, piel y estómago.
- En mujeres el cáncer más frecuente: cuello uterino, mama, piel.
- 4.7% prevalencia de enfermedad cerebro-vascular.
- El 35.9% deterioro visual fue informado de la población, mayor en los hombres y en zona rural.
- El 67,0% reportó el uso de anteojos, gafas o lentes de contacto para mejorar su visión cercana y lejana, con menor uso en estratos socioeconómicos bajos.
- El 11,5% de la población adulta mayor reportó haber recibido la prescripción de lentes intraoculares.
- El 27,2% de la población adulta mayor reportó deterioro auditivo con mayores porcentajes en zona urbana.
- El 2,6% de la población adulta mayor reportó el uso de aparatos como audífonos para mejorar su audición, especialmente en zonas urbanas.
-

- El 41,0% reportó síntomas depresivos. La prevalencia disminuyó con la edad y fue mayor en estratos socio-económicos altos.
- El 17,5% reportó Deterioro Cognoscitivo Leve (DCL).
- El último año fue de 31,9%, total de caídas, más alta en las mujeres.
- 15,2% prevalencia de fragilidad, las personas adultas mayores vigorosas se caracterizan por ser más jóvenes, hombres, de estrato socioeconómico alto, vivir en zona urbana. A diferencia, los adultos mayores frágiles tienen mayor edad, son mujeres y viven en zona rural; los adultos mayores prefrágiles presentaron características muy similares.
- El 84,8% padece de más de una condición crónica de salud (multimorbilidad). Las dos condiciones crónicas de salud que se presentaron en más del 40% son hipertensión arterial y la presencia de síntomas depresivos, seguidos por condiciones crónicas asociadas al envejecimiento como problemas visuales y auditivos.

Determinantes del uso de servicios de salud:

- El 74,4% utilizó los servicios de salud ambulatorios en los últimos 30 días previos a la encuesta, de estratos más altos y quienes tienen un plan complementario de salud, específicamente, 95,2% de personas adultas mayores de estratos 5 y 6.
- El 94,9% refirieron hacerlo a medicina general o medicina especializada.
- El 46% acude a las instituciones del asegurador donde está afiliado.
- El 26,5% acude los hospitales.
- El 15,1% acude a centros de salud de carácter público.
- El 84,2% le prescribieron medicamentos en la última consulta médica a la que acudió.
- El 86,9% recibió los medicamentos completos.
- Baja frecuencia de atención de servicios de nutrición (15,1%), terapia física (9,7%) y terapia ocupacional (2,7%).
- El 41,3% de la población femenina se le había realizado una mamografía en los dos últimos años.
- El 45,7% de los hombres encuestados se habían realizado -en los dos últimos años- un examen de tacto digital rectal para detección temprana de cáncer de próstata y el 46,3% reportó haber tenido prueba de antígeno prostático.
- El 55,7% considera que la atención recibida es muy buena o buena.

2. Resultados estudio vejez y calidad de vida:

Narrativa individual: una mirada subjetiva de la vejez

- Entre el bien-estar y el mal-estar. Las narraciones de las personas entrevistadas muestran el concepto de calidad de vida significativamente más complejo, incorporando relaciones tales como la tenencia de vivienda, tener o no una pensión e ingresos, el empleo incierto o la desocupación estructural y diversas expresiones emocionales. El nivel de bien-estar es en gran parte resultado de cómo han vivido, de las múltiples carencias: se conjuga envejecimiento con pobreza y falta de oportunidades.
- Ser viejo y sentirse viejo: los “viejos” son los otros. Existe una gran diferencia entre ser viejo y sentirse viejo. Los relatos presentan un límite entre la propia condición y situación y la de otros: los viejos son los otros. La vejez es pérdida, deterioro, declinación, y sobre todo, pérdida de la movilidad. Así, si estas condiciones no están presentes no se es viejo. Además, se sienten discriminados, excluidos, manifiestan

falta de respeto por el hecho de ser mayores y pérdida de valores de la sociedad. Esta percepción es generalizada e independiente del estrato social, la edad o el sitio de residencia.

- **Finitud y proximidad de la muerte.** El tiempo esperado se acorta y ante ésta certeza y a su vez la incertidumbre de lo que va a ocurrir, se detonan con mayor fuerza la fe, la resignación y la petición a dios de no sufrir. La certeza de la cercanía de la muerte está muy presente y se acompaña de una visión positiva de un futuro escaso, que se estrecha y en el que no se hacen planes a largo plazo. Esta cercanía se acompaña de incertidumbre y miedo, sin embargo, los temores asociados no están relacionados principalmente con la muerte misma, sino con las condiciones en las que se puede producir.
- **Libertad: autonomía e independencia.** Uno de los grandes dilemas y paradojas de la experiencia de la vejez alude a la autonomía y la independencia. Los relatos permiten describir dos líneas de referencia acerca de la autonomía: autonomía para la toma de decisiones y autonomía de ejecución. La primera consiste en la capacidad y la libertad para tomar decisiones sin coerción o restricción externa, en los participantes, se vincula con la disponibilidad de recursos económicos: la independencia económica que posibilita la autonomía financiera. Además, hay evidencia de sentimientos de frustración ante la pérdida de la autonomía, cuando tienen la sensación de que se la arrebatan.
- **Movilidad: estar, ser y hacer.** Con relación a la movilidad y al movimiento, se expresa el reconocimiento y la satisfacción de disponer de ella y por tanto de saberse en la vejez pero no sentirse viejo, puesto que perder la movilidad es sinónimo de ser y estar viejo; y la segunda (el movimiento), los lleva a reconocer los cambios corporales y a sentir el temor a la dependencia física. La vejez es sinónimo de pérdida de movilidad porque implica carga, pérdida de la independencia y de la autonomía. De otro lado, aún con relación a la movilidad, el mundo va demasiado deprisa para el anciano quien abandona paulatinamente cualquier pretensión de adaptarse a esa velocidad. Los semáforos no dan tiempo, en el bus cuesta mucho ir de pie, la gente camina muy rápido por la calle y los escalones son muy altos.
- **Calidad de vida en la vejez.** En la mayoría de las regiones la percepción individual sobre la calidad de vida está volcada en tres elementos: la salud, la condición económica y la satisfacción de necesidades básicas, pero la importancia atribuida cambia el orden según las condiciones de vida; en los sitios más pobres está centrada en recursos económicos y gira alrededor de la pobreza, la falta de vivienda y de agua corriente. En los estratos altos se habla de salud en primer lugar.
- **Espacios y formas de participación: salir y relacionarse.** Los entornos sociales, conectados con escenarios públicos institucionalizados a través de programas, grupos y organizaciones, tiene un lugar importante en la vida cotidiana de las personas adultas mayores, al constituirse en un referente de satisfacción, sentido de pertenencia y validación de la utilidad social que gratifica la vida. Las formas de participación social son múltiples, como diversas son las personas, y se muestran o se concretan en una gran variedad de espacios, actividades y grados de dedicación.
- **Hábitos y rutinas: la vida cotidiana.** Los hábitos y las rutinas giran en torno a un tiempo propio que se traduce en actividades de autocuidado, labores domésticas, actividades de descanso, lectura y participación social; actuaciones que en ocasiones se anudan en el discurso de la economía de la gratitud a dios, por el regalo que les ha brindado en los años que tienen. Este tiempo propio referido al autocuidado y a las prácticas religiosas, es el inicio del día y no hay grandes diferencias de género. Contrario a las creencias populares, las personas adultas mayores viven “muy ocupados”, realizan una cantidad de actividades cotidianamente, además de los hábitos y las rutinas para el autocuidado, la planeación de las actividades y responsabilidades domésticas, los compromisos laborales que aún tienen algunos y otros planes cuidadosamente elaborados con mucha anticipación
- **SOPORTE SOCIAL.** Intercambios e interacciones. Los intercambios e interacciones, es decir las relaciones sociales están marcados por las redes y el soporte social que de ellas se desprenden. En general, la red primaria de soporte social es ante todo la familia, a ella recurren ante la calamidad, para tomar decisiones, para celebrar y es muy importante en torno a los recursos económicos. Las amistades son

- compañía y escucha y proporcionan soporte emocional. La gente con la que se comparte el vecindario, es clave en el soporte instrumental. Con relación a los vecinos, aparecen referencias al significado de la reciprocidad comunitaria, la ayuda económica y el acompañamiento. En esta red vecinal el soporte no es solamente emocional, sino que incluye el material (recursos tangibles), instrumental (asistencia práctica en la vida cotidiana) e informativo (información y consejería); además, en cuanto a la dirección de este soporte, en los relatos se encuentran referencias al soporte dado, recibido, anticipado y percibido
- Vinculación emocional y afectiva. Sin desconocer la presencia de tensiones y desgaste afectivo, la vida familiar se constituye en un soporte fundamental para la calidad de vida y se nutre de rutinas y rituales que sostienen la unidad familiar. La convivencia familiar se nutre de los procesos de comunicación y las expresiones afectivas. Se ha incluido de la tecnología virtual como mediador de la comunicación familiar, estimula la capacidad de aprendizaje y es fuente de motivación para emprender nuevas tareas y enfrentar nuevos retos. Se menciona el acceso a redes sociales como, Facebook y WhatsApp. Otro aspecto significativo es que los nietos son las personas encargadas enseñarles así, el uso de la tecnología es una de las formas en que se producen los enlaces intergeneracionales.
- Abuelazgo. Crianza y cuidado. Las relaciones intergeneracionales se ven fortalecidas por la presencia de los nietos, en la mayoría de los casos, fuente de satisfacción y canalización de afectos. Además, este papel de cuidadores, generalmente gratificante, reconduce la relación con los hijos. Se consolidan las relaciones horizontales, de adultos, de colaboración y complicidad, de reencuentro entre dos generaciones en torno al cuidado de los nietos.

Narrativa del grupo focal. Envejecimiento y vejez: construcción colectiva

- El lugar de los mayores en la sociedad. El lugar se enuncia a partir de tres códigos de autopercepción; el primero, un sentimiento de orgullo, de fortaleza, de aceptación de la vejez como expresión de un proceso biológico inexorable, intransferible y el rechazo de considerarla como un tiempo extra de vida. El segundo, la valoración de los años que se tienen y la distinción entre la forma como se sienten y como los ven las demás personas y el tercero alude a la vejez como liberación, al disfrute del tiempo propio, con la mirada retrospectiva de las obligaciones que ya no se tienen.
- Diferencias, encuentros y enlaces intergeneracionales. La vejez no es solo una experiencia de vida individual, es una clave para leer el mundo y los tiempos sociales. En las conversaciones entre las personas adultas mayores se encontró una distancia con la juventud, Las participantes coincidieron en enunciar colectivamente la producción de una profunda grieta entre “el tiempo que les tocó vivir a ellos y el tiempo de las nuevas generaciones”; Voces colectivas que coinciden en un sentimiento de no pertenencia al mundo contemporáneo, situación que los mantiene vinculados a la memoria de su propia juventud, es decir, sienten un profundo desarraigo del tiempo actual y expresan un congelamiento en su tiempo anterior. Fragmentación que hace más difícil la comprensión del enlace intergeneracional.
- Tecnología. El mundo tecnológico es conocido por los mayores pero usado por los jóvenes, hay un mundo extraño que media entre la juventud y la vejez y esto trae incertidumbres y provoca transformaciones profundas en las dinámicas interaccionales; ya no hay abrazos y conversaciones sino mensajes.
- El envejecimiento y la vejez desde la perspectiva de género. Sin embargo, se mantiene el lente social que expresa la diferencia de percepción puesta en el dualismo de género. La mujer envejece más rápido, al hombre le llegan más tarde las huellas de la vejez. A la mujer le toca más duro, el hombre es más tranquilo. La vejez masculina se piensa en términos del éxito alcanzado, de los logros vinculados al trabajo y simultáneamente la vejez de los hombres se considera responsabilidad de una socialización donde la masculinidad está asociada a falta de auto cuidado. En lo femenino se encuentra la experiencia del cuidado familiar, de la crianza de los hijos y de la educación y se responsabiliza la maternidad del envejecimiento desfavorable de las mujeres.

Narrativa interpretativa, revelando significados y sentidos sobre la calidad de vida de las personas adultas mayores.

- Las personas mayores, le otorgan significado a la calidad de vida que tienen, en la enunciación de un Bien-estar o estar bien a través del entrecruzamiento de dos vértices: uno material y físico y el otro simbólico. El primero, alude a la disposición de condiciones que les garantizan la autonomía y la independencia; y el otro, se refiere a la valoración, reconocimiento y confianza.
- La marca cultural del lenguaje del déficit sobre la vejez se somete a una confrontación: desde la propia experiencia subjetiva, se pone como un bien-estar pero a partir de la mirada ajena, sobre una otredad generacional, se señala un mal-estar.”
- Siempre habrá personas adultas mayores en mejores o peores condiciones, la comparación genera posibilidades de cosas mejores, se mira más hacia abajo que hacia arriba, pero la mirada hacia arriba proporciona la medida para mirar hacia abajo; esto configura un lugar de auto reconocimiento frente al otro.
- La opción del hogar unipersonal, se constituye en una expresión de calidad de vida y en un aporte a la autonomía e independencia, en contravía al imaginario de la soledad, el abandono familiar y la existencia de débiles vínculos afectivos.
- La participación en redes primarias y secundarias, les reporta a las personas mayores, confianza y seguridad en su vida cotidiana”.
- La calidad de vida se resignifica desde la construcción de nuevos significados del cuerpo en sus dimensiones subjetiva e intersubjetiva, que buscan reafirmar de permanencia de rituales cotidianos.
- El cuerpo en la vejez conserva las huellas del cuerpo de la niñez y de la juventud, la calidad de vida de las personas adultas mayores se materializa en el cuerpo, desde la sexualidad, la apropiación y desapropiación del cuerpo, la enfermedad y la salud.
- Emerge un paradigma sobre la vejez que hace visible la paradoja social y cultural entre las viejas reglas del sentimiento de vulnerabilidad, déficit y pérdida, y unas nuevas demandas sociales en torno al individualismo, la autonomía y la independencia.
- La demanda social y política de un envejecimiento y una vejez dignos, se soporta en el reconocimiento y valoración como componentes fundamentales de los enlaces intergeneracionales, lo cual permite hacer visibles los cambios y transformaciones de la sociedad.
- La vejez no se aprehende por testimonio, sino por vivencias intencionales; la experiencia de la vejez es íntima y por tanto no es transferible, no se comunica, simplemente se vive.

3. Resultados de encuesta a personas cuidadoras familiares de personas adultas mayores:

Características sociodemográficas:

- En esta población encuestada, 83.9% eran mujeres, el promedio de edad fue 49 años (18 - 88 años) y el 16,7% tenían 60 o más años (“personas mayores que cuidan personas mayores”). Entre las mujeres cuidadoras se encontró similar proporción de solteras (27.3%) y casadas (27.7%), en tanto que en los hombres la mayoría son solteros (40.8%). Más de la mitad (61.3%) vive con los hijos, sólo el 1.5% vive solo y 76,1% vive con la persona adulta mayor a quien cuida. En cuanto a la afiliación al sistema de seguridad social de las personas cuidadoras familiares una mayor proporción cotiza en salud, que en fondos de pensión. La afiliación al régimen de salud subsidiado es el más frecuente (57.1%) y la no afiliación en salud fue de 2,3%. Se observó que 84.9% no cotiza a fondos de pensión.
- Dos terceras partes de los cuidadores familiares ejercen simultáneamente un trabajo diferente a este rol. Específicamente, la mitad de hombres se dedicaron a trabajar y las mujeres a las labores domésticas

en la última semana; alrededor del 7% recibió salario, recompensa o ayuda económica por sus labores de cuidado y 37% cubre los gastos que demandan las personas cuidadas con estos ingresos. Por lo regular el 61% de los cuidadores son hijos de las personas mayores que cuidan, 10% cónyuges, 14% nietos, padres o hermanos y menor al 10% la familia política u otras personas. Una pequeña proporción recibe pago o salario por el cuidado y uno de cada tres debe invertir los gastos que demanda la persona cuidada.

Autopercepción de salud y presencia de síntomas

- En general todos los cuidadores familiares reportan buena autopercepción de salud, sin grandes cambios cuando se compara con el año anterior, inclusive algunos se sienten mejor. La mayoría de las personas cuidadoras familiares refirió no haber tenido ninguno de los síntomas asociados a las actividades del cuidado. Sin embargo, una tercera parte, más frecuentemente las mujeres refieren síntomas, en orden de frecuencia para mujeres y hombres fue malestar o dolor articular o de espalda (57% vs 34%), cansancio o debilidad (52% vs 31%), dificultad para dormir (36% vs 24%), desgano o desaliento (35% vs 17%) y pérdida de memoria (31% vs 22%), respectivamente.

Características del cuidado

- En la mayoría (58.2%) de los casos quienes cuidan son los hijos, independientemente del sexo y el tiempo que llevan realizando labores de cuidado varió entre 6 y 600, no obstante, la mitad lo ha realizado durante 60 meses o menos. Además 1 de cada 5 cuidadores familiares cuidaban a dos personas. El tipo de cuidado que realizaban con mayor frecuencia fue para ayudar a realizar actividades instrumentales de la vida diaria, como administrar medicamentos, salir a la calle, hacer compras e ir al médico. Solamente el 12,5% prestaba cuidados especializados como manejo de sondas, equipos médicos o terapias específicas. Cuidados personales (AVD básico) lo hacían el 36% de los encuestados.
- Dos terceras partes de las personas cuidadoras familiares manifestaron que realizan las labores de cuidado por iniciativa propia y la distribución de esta y otras razones fue similar para hombres y mujeres. La dedicación diaria reportada para el cuidado oscila entre 1 y 24 horas, la mitad de ellos dedicó 10 horas o menos diariamente a las labores de cuidado; la mayoría de las personas cuidadoras (87.2%) realizaron las actividades del cuidado todos los días, lo cual implica ausencia de tiempo libre o de ocio y conduce a sobrecarga. Cuidar a una persona mayor es una labor continuada que perdura en el tiempo.

Percepción de carga y satisfacción con la labor de cuidado

- La mayoría (63%) de las personas cuidadoras se siente satisfecha, reconocida y valorada por su labor. Solamente 21% de las mujeres y 12% de los hombres cuidadores familiares no se sienten satisfechos, ni reconocidos o valorados por su labor. La mitad no refiere consecuencias profesionales negativas, quienes lo hacen reportan con mayor frecuencia no poder trabajar fuera de casa o tener que dejar de trabajar. Entre una cuarta y una quinta parte se quejan de no poder ir de vacaciones, reducción del tiempo libre y algunos refieren no tener tiempo para cuidar de sí mismos o de otros.
- Dos terceras partes de hombres y mujeres refirieron no presentar molestia ante ninguna de las tareas ejecutadas, en proporción similar no refieren molestias ante los comportamientos de las personas que cuidan.

Formación y capacitación para el cuidado

- La mayoría de las personas cuidadoras no han participado en ninguna de las opciones de formación mencionadas. El 54% consideran que siempre hace falta preparación, el 35% que cualquiera puede hacerlo, el 9% consideró que solo se requiere cuando la persona está en cama o tiene demencia avanzada. Sobre los temas que el 86% del total de los cuidadores estaban muy interesados de recibir, estaban en su orden: aspectos de salud, practicas sobre el cuidado, aspectos afectivos y emocionales del cuidado, y solamente una cuarta parte habló de autocuidado.

Recomendaciones

En coherencia con la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2019, es necesario abordar estas diferencias con una aproximación de protección social integral, en la que se consideren estrategias de manejo social del riesgo, que prevengan, mitiguen y permitan superar las consecuencias de las inequidades identificadas. En particular, se requiere el abordaje intersectorial para que garanticen la seguridad económica, de vivienda y entorno, la educación, la salud, la seguridad alimentaria, la promoción y asistencia social, y el derecho a una vida digna.

En aras de la prevención se requiere enfatizar en aminorar las diferencias de género, de etnia, de posición social y de orden geográfico que promuevan el acceso a la educación, al empleo formal y calificado, a los sistemas de protección social y de promoción y prevención en salud. La prevención de las inequidades identificadas requiere el trabajo sostenido en las nuevas generaciones con un abordaje de curso de vida.