

PERCEPCIONES SOBRE LA SALUD DEL ANCIANO EN COLOMBIA¹

Carlos A. León²

INTRODUCCION

Como el proceso de envejecimiento de los seres humanos es el resultado de una interacción muy compleja de factores fisiológicos, psicológicos y sociales, no es sorprendente que la noción de vejez sea tan variable en cuanto a los distintos modos como se percibe y a la diversidad de convenciones socioculturales relacionadas con esa etapa de la vida. En estas circunstancias, el significado de términos tales como "los ancianos", "la vejez", "edad avanzada", "tercera edad" y otros, que a menudo se usan indistintamente, es vago y contradictorio y requiere mayor precisión para ser útil. Si bien la edad cronológica a veces no corresponde con las condiciones biológicas de determinadas personas, es necesario llegar a un acuerdo sobre los límites de edad establecidos para denominar a un grupo de personas "ancianos". Dependiendo de diversos factores, la gama de edades que define el límite inferior de la vejez fluc-

túa entre los 50 y 70 ó 75 años y aun en publicaciones estadísticas y demográficas no existe uniformidad al respecto. Como es de esperar, en los países en desarrollo se considera ancianas a las personas de una edad más bien temprana. Un hombre de 45 años puede ser despedido de su empleo por ser "demasiado viejo" y bajo el título periodístico, "Anciano muerto por un camión", se descubre que el hombre solamente tenía 49 años. En este trabajo se usará el término anciano para hacer referencia a personas de 60 años de edad o más.

Debido a la escasez de publicaciones fidedignas y a las enormes dificultades para obtener información proveniente de otros países en desarrollo, la mayor parte del material presentado se referirá únicamente a lo que se ha observado en Colombia. Por consiguiente, los aspectos demográficos y condiciones psicosociales y de salud aquí tratados se relacionan con los ancianos en ese país.

¹ Una versión condensada de este trabajo se presentó al Simposio sobre Investigaciones Relacionadas con la Salud Mental de los Ancianos: Situación Actual y Perspectivas Futuras, organizado conjuntamente por la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud y por el Instituto Central de Salud Mental, Mannheim, República Federal de Alemania, del 24 al 26 de septiembre de 1984. La preparación de este trabajo fue respaldada en parte por el Fondo Margarita de Pacini y por la Fundación para la Educación Superior.

² Profesor Emérito de Psiquiatría, Universidad del Valle, Unidad de Salud Mental. Dirección postal: Apdo. Aéreo 1418, Cali, Colombia.

ASPECTOS DEMOGRAFICOS

Estructura de la población

Durante el presente siglo, el crecimiento demográfico en Colombia —como el de varios otros países de América Latina y del mundo en desarrollo— se ha mantenido estable y el grupo de 60 años de edad o más ha representado una proporción constante de alrededor del 5% de la población total. No obstante, en los últimos decenios esta situación se ha estado modificando a causa de los cambios notables en las tasas de mortalidad y natalidad. De hecho, la tasa bruta de mortalidad ha descendido de 16,5 por 1 000 habitantes en 1950–1955 a 8,3 en 1978–1983, y la tasa de niños nacidos vivos se ha reducido de 123,3 en 1950–1955 a 53,3 en 1980–1983 (1). Mientras que en el pasado transcurrían de 26 a 30 años antes de que se doblara la cantidad absoluta de ancianos, ahora se espera que esa duplicación se produzca en solo 20 años.

Si bien actualmente la estructura demográfica de Colombia muestra la forma piramidal típica de los países en desarrollo, la proyección realizada para el año 2003 prevé una importante modificación estructural en virtud de la cual la proporción estimada de personas de 60 años o más representa un 6,8% de la población total (figura 1).³ El índice de

³ Las cifras absolutas son: población total de Colombia en el año 2003, 40 327 941; personas de 60 años o más, 2 742 300. Esta última cifra representa a los sobrevivientes de la cohorte integrada por quienes tenían 40 años o más en 1983. Se estima que alrededor del 50% de ellos habrán fallecido antes de 2003 (1).

esperanza de vida ha aumentado correlativamente de 44 años para las personas nacidas en 1937–1939, a 61 años para las nacidas en 1978–1983 y se espera que llegue a los 70 años para quienes nazcan en el año 2000. Hoy día, la esperanza de vida para una persona de 60 años es de 15,7 años adicionales (16,6 para las mujeres, 14,9 para los hombres); pero en el año 2000 las cifras serán de 18,6 años más para las mujeres y 16,6 para los hombres.

Como resultado de los cambios demográficos antes mencionados, para fines de siglo se habrá producido un aumento considerable en el número de personas de 60 años o más, que casi duplicará la cifra actual.

En 1977, la tasa de mortalidad entre las personas de 60 años o más fue de 55 por 1 000 habitantes y representó el 34% del total de defunciones. Las cifras correspondientes a las mujeres fueron más bajas que las de los varones; esta diferencia se observa en todos los grupos de edad.

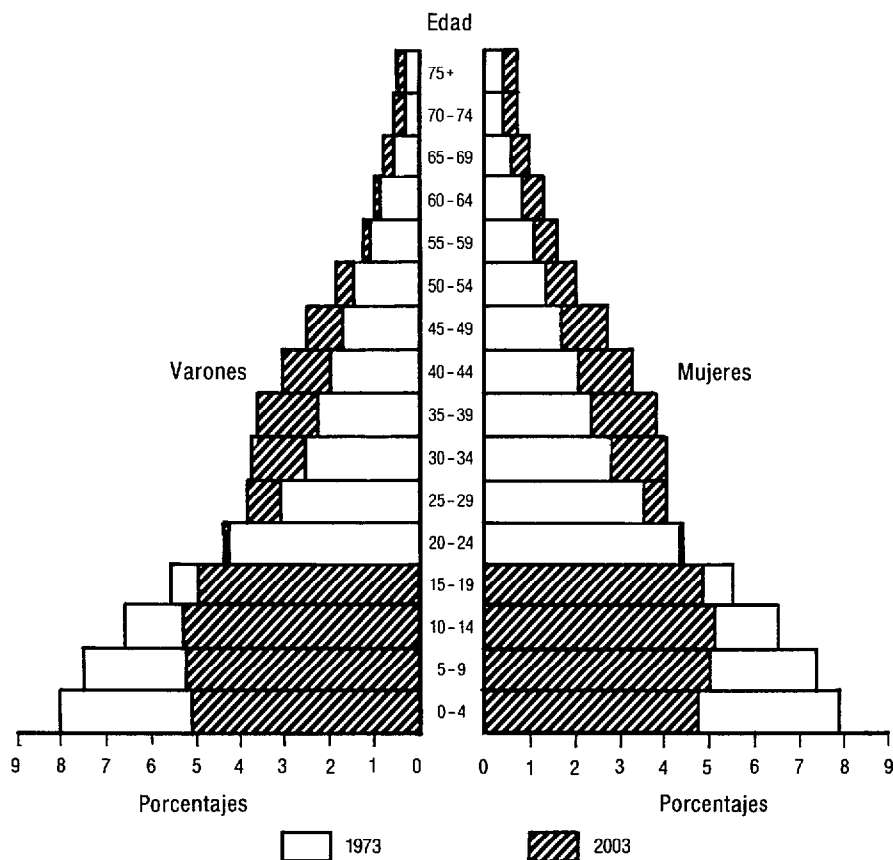
Migración del campo a la ciudad

Al considerar la migración interna, se descubre que, según el censo de 1938, solo el 30% de la población de Colombia vivía en zonas urbanas. En 1973 ese porcentaje se elevó aproximadamente al 61% y, de acuerdo con una estimación reciente, se acercaría ahora al 70% (2).

La migración de zonas rurales a urbanas es muy común en el mundo en desarrollo y aumenta constantemente en los países latinoamericanos y del Caribe (cuadro 1). En consecuencia, se espera que se produzca un crecimiento extraordinario en varias ciudades latinoamericanas, que se convertirán en verdaderas megalópolis para fines de siglo (cuadro 2).

Las naciones en desarrollo harán un gran aporte al crecimiento demográfico mundial y se estima que para el año 2000 alrededor del 78% de los ha-

FIGURA 1. Composición de la población según los grupos de edad y sexo en Colombia, 1973-2003 (2)



CUADRO 1. Porcentaje estimado de población urbana en América Latina y el Caribe, 1950-2000 (15)

Años		
1950	1980	2000
41,4	65,3	75,4

bitantes del planeta vivirán en esos países. La mayor proporción (85%) de la población mundial en regiones menos desarrolladas corresponderá al grupo de menores de quince años, pero las personas de 65 años o más contribuirán un porcentaje considerable (54%) a dicha población (cuadro 3).

Como resultado de prácticas migratorias selectivas, combinadas con una mayor reducción de la tasa de natalidad en las zonas urbanas, es de esperar que se produzcan modificaciones en la composición de la familia colombiana. Las estimaciones efectuadas en los últimos años revelan una tendencia hacia la reducción del tamaño de la familia promedio, la cual ha disminuido de 5,8 personas en 1964 a 5,4 en 1978, en las zonas urbanas. El porcentaje de familias colombianas constituidas por seis o más personas se redujo del 51,2% en 1964 a 47,7% en 1973 y a 45,5% en 1978 (3).

CUADRO 2. Ciudades latinoamericanas con poblaciones de más de 10 000 000 de habitantes, 1950-2000 (15)

	Años			
	1950		2000	
Ninguna	México	11 900 000	México	31 000 000
	São Paulo	10 700 000	São Paulo	25 800 000
			Río de Janeiro	19 000 000
			Buenos Aires	12 100 000
			Bogotá	11 700 000

CUADRO 3. Estimaciones de la población mundial para el año 2000 y porcentajes que vivirán en las regiones menos desarrolladas (16)

Grupos de edad	Población (en miles de habitantes)	Porcentaje correspondiente a regiones menos desarrolladas
< 15	2 025 831	85
15-24	1 157 934	83
25-34	931 692	80
35-44	769 627	80
45-64	973 274	69
65-74	264 161	61
75-79	74 252	55
80+	57 605	46
Total	6 254 376	78

Según se muestra en el cuadro 4, en 1981 los tumores malignos y las enfermedades degenerativas predominaron entre las diez principales causas de defunción de personas de 60 años o más en Colombia. Para establecer una comparación específica con cifras anteriores solo se cuenta con datos correspondientes a 1973; esa comparación revela un evidente aumento en las tasas de mortalidad por tumores malignos, enfermedades hipertensivas y enfermedades de las arterias y de los vasos capilares en ese grupo. Solo seis de las diez causas más frecuentes de muerte figuran entre las causas de internación hospitalaria, y cinco entre las de consultas externas. El orden de esas causas según su rango es bastante diferente en las tres categorías (4).

Dolencias e incapacidades

En 1981 se realizó una encuesta de una muestra de 400 pensionados afiliados a la Caja Nacional de Previsión Social (CNPS), institución gubernamental para funcionarios públicos jubilados. Se preguntó a los informantes, habitantes urbanos con un promedio de edad de 65 años, si habían estado enfermos durante los últimos seis meses. El 69% de ellos respondieron en forma afirmativa e identi-

ASPECTOS

RELACIONADOS CON LA SALUD

Principales causas de defunción

En la mayoría de los países en desarrollo existe muy poca información concerniente a la salud de los ancianos. En Colombia, solo en los últimos decenios ha sido posible reunir información en forma sistemática. Uno de los hallazgos importantes, ya mencionado, es la notable disminución de la tasa general de mortalidad.

CUADRO 4. Las 10 principales causas de muerte entre personas de 60 años o más y su relación con la morbilidad en ese grupo de edad, Colombia, 1981, 1982

Causa	Mortalidad			Morbilidad, 1982 ^a	
	Rango 1981 ^a	Tasa por	Rango 1973 ^b	Pacientes	
		1 000 1981 ^a		Hopitalizados Rango	Ambulatorios Rango
Túmore malignos	1	7,80	2	5	6
Enfermedades cardiovasculares	2	7,20	1	2	7
Enfermedad isquémica del corazón	3	6,40	3		
Enfermedades cerebrovasculares	4	5,42	4	6	
Enfermedades hipertensivas	5	3,13	6	7	1
Enfermedades de las arterias y de los vasos capilares	6	1,68	9		
Infecciones respiratorias agudas	7	1,55	5	9	8
Enfermedades del aparato digestivo, incluidas las hernias	8	1,50	8	1	5
Diabetes mellitus	9	1,47	10		
Enfermedades crónicas del aparato respiratorio	10	1,04	7		

^a Ministerio de Salud de Colombia, Encuesta Nacional de Salud

^b Bayona, A y Pabón, A. *La mortalidad en Colombia*, Vol. II. Bogotá, 1982.

ficaron sus dolencias, que se distribuyeron de la siguiente manera: enfermedades cardiovasculares, 38%; musculoesqueléticas, 24%; broncopulmonares, 10%; genitourinarias, 6%; de los ojos, oídos, nariz y garganta, 6%; digestivas, 6%; nerviosas, 3%, y de otro tipo, 7% (5).

Una evaluación efectuada en 1980 por terapeutas ocupacionales se basó en una muestra de 1 000 ancianos internados en instituciones de Bogotá. Sus edades fluctuaban entre los 57 y los 99 años (no se estableció el promedio de edad). Se encontró que 71% podían caminar sin ayuda, 16,5% necesitaban muletas, 4,4% tenían que usar una especie de andador, 2,7% se movilizaban en sillas de ruedas y 4,8% no podían abandonar sus lechos. El 69% de los ancianos conservaba la coordinación básica, la visión era normal en el 52,5% de ellos y 66,3% eran "mentalmente lúcidos" (6).

Trastornos mentales

Nunca se ha realizado en Colombia un estudio de la prevalencia de trastornos mentales entre los ancianos ni existen informes de la distribución por edad de los pacientes internados en las instituciones de salud mental del país. No obstante, se ha observado un hecho interesante en el Hospital Psiquiátrico San Isidro en Cali, que durante varios años fue la única institución psiquiátrica pública al servicio de cerca del 80% de la población de esta área; y es que con el tiempo se nota un evidente aumento de la demanda de asistencia psiquiátrica por parte de los ancianos. El cuadro 5 indica el incremento en la proporción de pacientes ancianos hospitalizados así como en los que fueron atendidos en los consultorios externos en 1963, 1973 y 1983, según los datos proporcionados por ese hospital.

A nivel mundial, suponiendo que las tasas de trastornos mentales sean

CUADRO 5. Porcentaje de pacientes de 60 años o más admitidos por primera vez al hospital psiquiátrico de San Isidro en Cali, Colombia, 1963-1983

Año	Pacientes internados	Pacientes externos
1963	1,87	3,43
1973	2,22	3,82
1983	2,51	4,69

iguales a las estimadas en 1975 para los países en desarrollo, es de esperar que los índices correspondientes a varios de esos trastornos hayan aumentado considerablemente para el año 2000. Como consecuencia de la dinámica del crecimiento demográfico en esos países los cambios podrían ser extremados y alcanzar las dimensiones de una auténtica "pandemia de trastornos mentales" (cuadro 6) (7). Es preciso señalar que entre todos los trastornos considerados, el mayor porcentaje de aumento corresponde a la demencia senil.

En el Hospital Psiquiátrico San Isidro de Cali, los diagnósticos más frecuentes de pacientes psiquiátricos ancianos durante 1983 fueron, en orden descendente, demencia senil, psicosis asociada con otros procesos cerebrales, trastornos no psicóticos asociados con lesión cerebral, psicosis afectiva, esquizo-

frenia, neurosis y otras psicosis. Fue muy ostensible la ausencia de psicosis alcohólica y alcoholismo. Una opinión personal que comparten colegas de Colombia y otros países latinoamericanos es que la enfermedad de Alzheimer parece ser un trastorno más bien inusitado en esa parte del mundo.

Suicidio y accidentes

De 1962 a 1964 se efectuó una investigación metódica de la mortalidad urbana y entre las 10 ciudades latinoamericanas incluidas figuraron, Cali y Bogotá. Este estudio reveló que, en Cali, la tasa anual de suicidios en el grupo de 55-64 años de edad era de 14 por 100 000 habitantes entre los varones y cero entre las mujeres. En el grupo de varones y mujeres de 65-74 años no se registró ningún deceso por suicidio durante ese período. En cuanto a Bogotá, las cifras correspondientes fueron de 22,9 por 100 000 en los varones y ningún deceso por suicidio entre las mujeres del grupo de 55-64 años. En el grupo de 65-74 años, las tasas fueron de 13,8 entre los varones y de 11,9 entre las mujeres. Según los resultados de la investigación, se observó que los suicidios tendían a disminuir a medida que avanzaba la edad en Cali, la ciudad de Guatemala y la ciudad de México, mientras que en las otras siete ciudades latinoamericanas aumentaban con la edad, si bien nunca en la misma proporción que la señalada en ciudades europeas, canadienses y estadounidenses. Los autores del estudio comentan que "cuando se comparan ciudades de habla inglesa con las ciudades latinoamericanas, se descubre una gran similitud en las tasas de mortalidad correspondientes al grupo de 15-34 años de edad y una

CUADRO 6. Proyección de los efectos del crecimiento demográfico sobre la prevalencia de algunos trastornos mentales (7)

Trastornos	% de aumento, 1975-2000	
	Países más desarrollados	Países menos desarrollados
Trastornos mentales serios	20,2	72,6
Esquizofrenia	15,0	83,0
Demencia senil (en mayores de 65 años)	54,0	123,0
Epilepsia	15,9	61,5

enorme diferencia entre los grupos de más edad" (8). Se notó además que en todas las ciudades latinoamericanas la tasa de defunciones por accidentes de vehículos de motor aumenta en relación directa con la edad.

Nociones utópicas

Una de las nociones, quizás mitos, que persisten en el mundo en desarrollo es que, en cierta región remota y oculta, un grupo de personas gozan de una notable longevidad y están exentas de las dolencias y enfermedades ordinarias de la vejez. Esta situación insólita se atribuye a causas tan diversas como los factores climáticos, estirpe genética, hábitos alimentarios y el estilo general de vida. La mayoría de las investigaciones que han intentado comprobar esas afirmaciones parecen no haber llegado a resultados concluyentes y carecen de marcos metodológicos que permitan establecer comparaciones; no obstante, el interrogante sigue planteado y para aclararlo se requerirían esfuerzos mancomunados. Un informe reciente sobre observaciones hechas en la región amazónica de Venezuela (9), describe el estudio de una muestra aleatoria de incluía a 30 aborígenes de la zona, cuyas edades se estimaron en 60 años o más (19 mujeres, 11 hombres). Las entrevistas, exámenes físicos y pruebas de laboratorio revelaron que el estado de salud de los integrantes de la muestra era "muy bueno, en cuanto a enfermedades degenerativas, pero existía un porcentaje elevado de infecciones y trastornos por carencias". Se señaló también: "se mantienen bastante activos y tratan de adaptarse a las posibilidades de su organismo".

La geriatría en Colombia

Un último punto concerniente a la salud de los ancianos en Colombia se relaciona con el número de médicos que practican la geriatría en ese país. Se estima que, de un total de 18 000 médicos,⁴ solo alrededor de 80 se dedican a la geriatría, la mayoría de ellos sin ninguna formación académica específica previa. La geriatría no está incluida como materia en las escuelas de medicina y no existen programas para una especialización posterior. Sin embargo, la ciudad de Manizales cuenta con un adecuado hospital geriátrico de 600 camas. En un grupo de aproximadamente 600 estudiantes de medicina en Cali, solo uno manifestó interés por especializarse en geriatría.

ASPECTOS PSICOSOCIALES

Perfil psicosocial del anciano

Hay muy pocos estudios en Colombia sobre las características de la población de ancianos. Durante 1981 y 1983, el Instituto del Seguro Social (ISS) llevó a cabo una serie de encuestas regionales con el objeto de estudiar a los pensionados protegidos por la institución. Se estimó que esa población incluía a 103 208 personas (en febrero de 1984), de las cuales el 55,5% tenían pensiones asignadas por vejez, 30,5% recibían pensiones en concepto de supervivencia y 14% eran incapacitados como consecuencia de accidentes o enfermedades profesionales. La disparidad de los méto-

⁴ La cantidad estimada en 1981 fue de un total de 17 999 médicos, lo que da una proporción de 66,7 médicos por cada 100 000 habitantes (10). La proporción en el caso de los geriatras sería de 5,5 por cada 100 000 ancianos colombianos.

dos empleados por las distintas dependencias dificultó el análisis conjunto de los datos y se decidió complementar la encuesta mediante una serie de coloquios, estructurados de manera uniforme, con los pensionistas y sus familiares. A continuación se sintetiza la información presentada en un informe provisional publicado recientemente (11).

Cerca del 78% de los pensionados son hombres. Su grupo de edad modal es de 60-69 años. Alrededor del 90% de ellos viven en zonas urbanas y más del 60% están casados. Aproximadamente el 95% vive con familiares. Sus principales actividades cotidianas consisten en faenas domésticas o reparaciones en el caso de los hombres y el manejo de la casa en el de las mujeres; en cuanto a pasatiempos, la mayoría son de carácter pasivo, como la radio, la televisión y los juegos de mesa. Casi no hay actividades de grupo. Las respuestas a las preguntas formuladas en la encuesta revelaron índices elevados de bienestar y satisfacción personal de cerca del 80% de los sujetos, pero, al ahondar en el tema durante los coloquios, la mayoría admitió que predominaban en ellos sentimientos de depresión, irritabilidad, escasa autoestima, insatisfacción e inutilidad.

En un estudio independiente con testigos, que incluyó una muestra de 200 ancianos colombianos (12), se usó el cuestionario de Tuckman-Lorge y se descubrió que las características que se asignaban a las personas de edad avanzada eran en su mayoría negativas. También se observó que existían diferencias estadísticamente significativas entre los ancianos y un grupo de testigos jóvenes (cuya autoevaluación fue en su mayor parte positiva) y que la evaluación tendía a ser más negativa en los entrevistados de ambos grupos que pertenecían a las clases socioeconómicas más bajas.

En una encuesta efectuada por la CNPS, el 60% de los entrevistados

tenían una imagen positiva de los ancianos. En este mismo grupo de pensionados, expresaron insatisfacción con la familia el 12%, con los amigos, el 19%, con la sociedad, el 20% y consigo mismos, el 30% (5).

Durante los coloquios con los pensionados del ISS se descubrió que a la mayoría de los ancianos les gustaría continuar trabajando "en forma independiente" y con un horario flexible en actividades tales como industrias domésticas, pequeñas cooperativas, reparación de artefactos, cuidado de niños, jardinería, etc. También expresaron la necesidad de algún tipo de actividades recreativas organizadas, como excursiones y otras actividades de grupo compartidas con sus familiares.

Entre los pensionados de la muestra investigada por la CNPS, 73% señalaron que tenían interés en actividades nuevas, en su mayoría de carácter recreativo (63%), pero también en trabajos remunerados (27%). En este mismo grupo, se observó que la experiencia subjetiva de la propia incapacidad variaba según el grupo de edad; la mayor proporción de pensionados con "muchas incapacidades" corresponde al grupo de 55-59 años de edad; la mayoría de los que sienten "pocas incapacidades" pertenecen al grupo de 60-64 y los que no admiten "ninguna incapacidad" están incluidos en el grupo de 65-69 años. Esto indicaría que existe un proceso gradual de "aceptación" o "tolerancia" de la incapacidad y que esta se percibe con más intensidad inmediatamente después de la jubilación.⁵ Cuando se les preguntó

⁵ De acuerdo con la legislación colombiana, la edad mínima para jubilarse en ciertas ocupaciones es de 50 años, después de haber trabajado por lo menos durante 20 años.

cómo se habían sentido durante ese período, el 57% de ellos se quejaron de haberse sentido en malas condiciones físicas, 50% afirmaron que su sexualidad había disminuido, 36% señalaron que habían decaído sus actividades cotidianas y 34% dijeron que les faltaba el “deseo de vivir”.

Actitudes familiares

Un importante aspecto de la investigación efectuada mediante los coloquios organizados por el ISS se relaciona con las nociones, sentimientos y actitudes de los familiares hacia los pensionados que convivían con ellos. El perfil predominante del pensionado, según lo percibían sus familiares, era el de una persona que parecía deprimida, preocupada, aburrida, irritable, retraída, pasiva, hipersensible, a veces exigente y atormentada por la necesidad de salir de la casa y el temor de hacerlo. No obstante, a pesar de todas esas apreciaciones los informantes estaban de acuerdo en que los pensionados *deberían permanecer con sus familias*, aun cuando no hubiese comodidades. Esto obviamente indica que los valores tradicionales de la familia permanecen fuertemente arraigados a pesar de las modificaciones estructurales formales de la composición familiar. Es evidente que existe una fuerte inclinación afectiva a retener a los pensionados en el grupo familiar aunque las posibilidades de brindarles una atención adecuada sean limitadas. Es bien sabido que el proceso de migración del campo a la ciudad y la industrialización posterior tienden a socavar los patrones de influencia familiar. Sin embargo, Carlos y Sellers (13) ofrecen una perspectiva diferente al presentar elementos que indican la importante función que desempeñan en América Latina las redes de nexos familiares en el fortalecimiento de la cohesión y adaptación del grupo.

Buscando los medios y formas de contribuir a la solución de los problemas descritos por los pensionados, los participantes en los coloquios organizados por el ISS sugirieron lo siguiente:

1 Mantener activos a los jubilados asignándoles algunas tareas específicas, como reparaciones en la casa, el cuidado de los niños, trabajos manuales, participación en industrias domésticas, etc.

2 Incrementar las actividades sociales y recreativas organizadas bajo los auspicios de una institución, y también las actividades educativas encauzadas a la superación personal y la reorientación profesional.

3 Preparar a las personas para la vida de jubilados mediante reuniones y discusiones de grupo, en los que participen también los familiares.

4 Ofrecer servicios de orientación para la familia sobre cómo manejar los problemas de los jubilados.

5 Prestar servicios sociales de preferencia a las familias que conservan con ellas a los jubilados.

6 Otorgar subsidios especiales a esas familias, en particular cuando el pensionado sufre una enfermedad crónica o está incapacitado y requiere atención especial.⁶

7 Prestar atención médica domiciliaria cuando sea necesaria.

No se conoce con exactitud el número y capacidad de las instituciones que asisten a los ancianos en Colombia. En 1982 se estimó que había 270 instituciones públicas que atendían a 14 623

⁶ Paradjóticamente, en Colombia se pagan subsidios a las familias que *no* conservan al jubilado en el hogar sino que lo internan en un hogar para ancianos u otra institución similar.

personas. En once de ellas se proporcionaba atención médica (14). No se dispone de información acerca del número y capacidad de los hogares para ancianos y residencias para personas de edad que dependan de la iniciativa privada, o de otras instituciones similares. No obstante, se puede estimar que solo un poco menos de 2 por 1 000 ancianos colombianos viven en instituciones.

COMENTARIO GENERAL

Después de haber considerado algunos de los problemas más importantes relacionados con los ancianos en un país en desarrollo, puede ser útil tratar de sintetizar algunas de sus posibles consecuencias para la salud en general y, en particular, para la salud mental.

El aumento real de la cantidad tanto absoluta como relativa de ancianos, resultado de una modificación de factores demográficos tales como la disminución de las tasas de mortalidad y de niños nacidos vivos, crea nuevos problemas para la planificación, distribución y prestación de servicios de salud. La mayor demanda de servicios para la atención de enfermedades degenerativas y crónicas, representa una carga adicional y más bien inesperada para los programas, que se han orientado principalmente a la higiene ambiental y la lucha contra enfermedades infecciosas, parasitarias y carenciales. En lo que se refiere a trastornos mentales, el aumento de la longevidad de la población dará origen a un mayor número de trastornos seniles e involutivos. En poblaciones con altas tasas de mortalidad, esta es aun más elevada entre los psicóticos (a causa del mayor

riesgo) y la prevalencia de psicosis no se acrecienta; no obstante, la disminución, por cualquier motivo, de las tasas generales de mortalidad puede resultar también en un aumento de la prevalencia de psicosis.

La migración de zonas rurales a urbanas y el proceso de modernización e industrialización provocan cambios de adaptación, estilo de vida y dinámica familiar. A pesar de la persistencia de valores tradicionales, la imagen del anciano se vuelve negativa y puede ser considerado una carga. En las sociedades agrícolas, los ancianos son los depositarios de los conocimientos prácticos, experiencia y principios; todo esto se vuelve inútil frente a un brusco cambio de ambiente que requiere habilidades y conocimientos de otro tipo. La juventud se promueve y glorifica en todas partes en tanto que la vejez provoca temor y desprecio. Por otra parte, graves problemas de espacio limitan el tamaño de las familias, que antes solían ser extensas y ahora tienden cada vez más a convertirse en nucleares. Sin embargo, por lo general no se detectan sentimientos francos de rechazo hacia los ancianos entre sus familiares, que se inclinan a conservarlos en la familia siempre y cuando se cumplan ciertas condiciones mínimas. Las sugerencias de los familiares de pensionados durante los coloquios efectuados en Colombia señalan necesidades muy reales e importantes que, una vez satisfechas, consolidarán la función de la familia como principal agente protector y socializante de los ancianos.

Es preciso modificar toda el área de capacitación de personal de salud de acuerdo con las nuevas necesidades creadas por la creciente cantidad de ancianos. Se deben fomentar las investigaciones relacionadas con este grupo, especialmente en aspectos tales como estudios de prevalencia, comparaciones entre distintas poblaciones, grupos espe-

ciales expuestos a riesgos y grupos con características poco comunes. La cooperación internacional debe considerarse como un elemento crucial para facilitar toda esta labor.

RESUMEN

En el artículo se utiliza el término anciano para referirse a personas de 60 años o más y se describen y analizan los aspectos psicosociales y de salud que se relacionan con esa edad en Colombia.

Los datos provienen de diversas fuentes y años, entre ellas, la Encuesta Nacional de Previsión Social de 1981, la encuesta a los afiliados de la Caja Nacional de Previsión Social del mismo año, una encuesta efectuada por terapeutas colombianos a ancianos internados en instituciones de Bogotá en 1983, la observación de la consulta del Hospital Psiquiátrico San Isidro en Cali durante 1983, el Informe de la Investigación Interamericana de Mortalidad Urbana (OPS, 1969), encuestas regionales de pensionados del Instituto del Seguro Social de 1981 y 1983, y estudios independientes.

Estas fuentes fueron utilizadas para lograr una descripción significativa de las causas principales de defunción, de las dolencias e incapacidades más frecuentes y una comparación entre las tasas de accidentes y suicidios de Cali y otras ciudades latinoamericanas.

De las mismas fuentes provienen los datos para obtener un perfil psicosocial del anciano y hacer un análisis de las actitudes familiares ante los individuos de ese grupo de edad.

En la última parte se describen los efectos que provocan la alteración de la pirámide demográfica, la migración rural a las ciudades y los cambios so-

cioeconómicos sobre la salud de los ancianos. □

REFERENCIAS

- 1 Bayona, A. y Rico, J. Socio-demografía de la tercera edad en Colombia, Data estudios, 1983. Documento mimeografiado.
- 2 Rico, J. *Tendencias futuras de la población colombiana*. Cali, Colombia, Universidad del Valle, 1983.
- 3 Rico de Alonso, A. *Incidencia de la urbanización y de la disminución en la fecundidad sobre el tamaño, composición y funciones de la familia colombiana*. Bogotá, Universidad Javeriana, 1983.
- 4 Colombia. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. *Colombia, diagnóstico de salud, políticas y estrategias*. Bogotá, 1984.
- 5 Caja Nacional de Previsión Social. *El pensionado: un potencial desconocido*. Bogotá, 1983.
- 6 Ortega, M. A. y Muñoz, C. M. Macrodiagnóstico de la situación del anciano en Bogotá. *Publ Soc Colomb Gerontol Geriatr* 6:185-191, 1983.
- 7 Kramer, M. The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities in epidemiological research as basis for the organization of extramural psychiatry. *Acta Psych Scand* (Supp 285) 62:382-397, 1980.
- 8 Puffer, R. R. y Griffith, G. W. *Características de la mortalidad urbana. Informe de la Investigación Interamericana de Mortalidad*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1968. Publicación Científica 151.
- 9 Ariel, A., Castillo, H. M. y González, A. C. Rol que desempeña el geronte en las comunidades indígenas del territorio federal de Amazonas. *Publ Soc Colomb Gerontol Geriatr* 2:167-170, 1979.
- 10 Colombia. Ministerio de Salud. *Hacia la equidad en salud. Plan Nacional 1983-1986*. Bogotá, 1983.

- 11 Colombia. Instituto de Seguros Sociales. Oficina Nacional de Planeación. Plan nacional de atención al pensionado del ISS. Marco general. Bogotá, 1984. Documento mimeografiado.
- 12 Dulcey, E. y Ardila, R. Actitudes hacia los ancianos. *Rev Lat Am Psychol* 8:57-67, 1976.
- 13 Carlos, M. L. y Sellers, L. Family, kinship structure and modernization in Latin America. *Lat Am Res Rev* 7:95-125, 1972.
- 14 Marroquín, G. El anciano en la sociedad colombiana. *Publ Soc Colomb Gerontol Geriatr* 5:138-141, 1982.
- 15 Banco Mundial. *Report on World Development*. Washington, DC, 1984.
- 16 Naciones Unidas. División de Población, 1976.

SUMMARY

HEALTH OF THE ELDERLY IN COLOMBIA

In this article the elderly are persons 60 and older, and the psychosocial and health aspects of this age group in Colombia are described and analyzed.

The data are taken from a variety of sources and years, including the 1981 National Health Survey, the survey that same year of subscribers to the National Social Welfare Fund, a survey conducted by Colombian therapists of elderly persons confined in Bogotá institutions in 1983, the observation of consultations at the San Isidro Psychiatric Hospital in Cali during 1983, the Inter-American Urban Mortality Study (PAHO, 1969), regional surveys of pensioners of the Social Security Institute of 1981 and 1983, and independent studies.

These sources were used to compile a meaningful description of the leading causes of death and the most frequent diseases and disabilities, and for a comparison between the accident and suicide rates of Cali and those of other Latin American cities.

The same sources yielded the data for a psychosocial profile of the elderly and an analysis of the attitudes toward them of the members of their families.

The last part describes the effects of a shift in the population pyramid, rural-to-urban migration, and socioeconomic changes, on the health of the elderly.

RESUMO

A SAÚDE DO ANCIÃO NA COLÔMBIA

Esse artigo utiliza o termo ancião para referir-se a pessoas de 60 anos ou mais, descrevendo e analisando os aspectos psicossociais e de saúde observados nos anciãos da Colômbia.

Os dados referem-se a vários anos e provêm de diversas fontes, entre elas a Pesquisa Nacional de Saúde de 1981, a pesquisa dos afiliados da Caixa Nacional de Previdência Social do mesmo ano, uma pesquisa efetuada por terapeutas colombianos em anciãos internados em instituições de Bogotá em 1983, observação das consultas do Hospital Psiquiátrico San Isidro em Cali durante 1983, o Relatório da Pesquisa Interamericana de Mortalidade Urbana (OPAS, 1969), pesquisas regionais de pensionistas do Instituto de Seguro Social de 1981 e 1983 e estudos independentes.

Essas fontes foram utilizadas para obter uma descrição significativa das principais causas de óbito, enfermidades e incapacidades mais freqüentes e efetuar uma comparação entre as taxas de acidentes e suicídios de Cali e outras cidades latino-americanas.

Das mesmas fontes provêm os dados empregados para obter um perfil psi-

cossocial do ancião e fazer uma análise das atitudes familiares para com os indivíduos desse grupo de idade.

Na última parte descrevem-se os efeitos sobre a saúde dos anciãos provocados pela alteração da pirâmide demográfica, pela migração rural para as cidades e pelas mudanças sócio-econômicas.

RÉSUMÉ

LA SANTÉ DES PERSONNES DU TROISIÈME ÂGE EN COLOMBIE

Dans cet article, l'expression "personne du troisième âge" désigne les personnes âgées de 60 ans ou plus. Cet article décrit et analyse les aspects psychologiques et les aspects propres à la santé des personnes du troisième âge en Colombie.

Les données émanent de diverses sources et années, notamment de l'enquête nationale sur la santé de 1981, de l'enquête sur les affiliés à la Caisse nationale de prévision sociale, de la même année, d'une enquête effectuée en 1983 par des thérapeutes colombiens sur des personnes du troisième âge en pension dans des établissements de Bogota, de l'observation des consultations de l'hôpital psychiatrique San Isidro de Cali en 1983, du rapport sur l'enquête interaméricaine sur la mortalité (OPS, 1969), d'enquêtes régionales de 1981 et 1983 auprès de titulaires de pensions de retraite de l'Institut de sécurité sociale et d'études indépendantes.

Ces sources ont été utilisées pour donner une description significative des principales causes de décès, des maladies et des incapacités les plus fréquentes, et pour établir une comparaison entre les taux d'accidents et de suicides observés à Cali et dans d'autres villes d'Amérique latine.

Dans la dernière partie sont décrits les effets de la modification de la pyramide des âges, de l'exode rural et des transformations socioéconomiques sur la santé des personnes du troisième âge.